

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID  
FACULTAD DE MEDICINA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



**EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO: EL  
MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA**

TESIS DOCTORAL

**María Avilés Martínez**

DIRECTORA: M<sup>a</sup> Carmen Sellán Soto

Madrid, 2022

A mi madre,

A M<sup>a</sup> Carmen, mi madre, ejemplo de constancia y superación, por apoyarme y animarme de forma incondicional desde que decidí comenzar este proyecto, sus ánimos y palabras de sabiduría han hecho que no desfalleciera, sin duda un pedacito de esta tesis también lleva su nombre.

A mi marido, Daniel, por acompañarme sin prisas en cada uno de mis sueños, por su apoyo incondicional desde que nos conocimos.

A mis hijos, Alonso y Paula, su alegría y su amor han hecho que el final de esta tesis sea mucho más llevadero.

A mi padre, Antonio, por estar siempre a mi lado, por facilitarme momentos para terminar esta tesis, ayudándome, junto a mi madre, en todo lo que he necesitado.

A Carmen Sellán, mi directora de tesis, por ser la mejor guía para un proyecto de este calibre. Por haber confiado en mí desde que nos conocimos. Todo lo compartido me ha hecho crecer a nivel intelectual, profesional y personal. Gracias Carmen.

A mi hermana, porque a pesar de la distancia estamos muy cerca. Gracias Marta por tus ánimos durante todo este tiempo.

A mis abuelos, por todos los ánimos recibidos durante estos años, por el amor de toda una vida.

A Marisa Díaz, por sus palabras de ánimo y apoyo durante estos años.

A Juan José de la Cruz Troca, por su inestimable ayuda con el análisis estadístico, por su disponibilidad y su amabilidad.

A mis amigas, por todos los ánimos recibidos durante este largo camino.

A mis compañeras del Hospital Universitario Rey Juan Carlos y a todas las enfermeras y matronas que de forma desinteresada han participado en esta investigación, gracias por ayudarme hacer que esta tesis sea una realidad.

A todas las mujeres que han participado en el estudio en un momento tan agotador como es el puerperio, gracias por vuestro tiempo, gracias por querer contribuir al desarrollo de la Enfermería.

Al Departamento de Enfermería de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid, por generar la posibilidad de la defensa de esta tesis.

A todas aquellas personas que, de una forma u otra, han contribuido a la producción de esta tesis y que, por falta de memoria, no he mencionado en estas líneas, gracias.

A todas aquellas mujeres y profesionales sanitarios que creen en la Lactancia Materna y luchan por ella, gracias de corazón.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	21
ABSTRACT .....	22
PREFACIO .....	23
CAPÍTULO I: FISIOLÓGÍA DE LA CONCEPCIÓN.....	27
<b>1.1.    Introducción .....</b>	<b>29</b>
<b>1.2.    Ciclo reproductivo de la mujer .....</b>	<b>29</b>
1.2.1.    Ciclo ovárico.....	29
1.2.1.1.    Fase proliferativa.....	29
1.2.1.2.    Ovulación .....	31
1.2.1.3.    Fase lútea .....	32
1.2.2.    Ciclo endometrial.....	32
1.2.2.1.    Fase proliferativa.....	33
1.2.2.2.    Fase secretora .....	34
1.2.2.3.    Fase menstrual .....	35
<b>1.3.    Inicio de la anticoncepción posparto .....</b>	<b>36</b>
<b>1.4.    Conclusión .....</b>	<b>37</b>
CAPÍTULO II: EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA.....	39
<b>2.1.    Introducción .....</b>	<b>41</b>
<b>2.2.    El Método Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia. ....</b>	<b>41</b>
2.2.1.    La mujer ha de estar en un estado de amenorrea .....	42

2.2.2. El recién nacido ha de tener menos de seis meses de edad .....	42
2.2.3. La lactancia materna ha de ser exclusiva .....	45
<b>2.3. Conclusión .....</b>	<b>51</b>
<b>CAPÍTULO III: UN RECORRIDO HISTÓRICO EN ANTICONCEPCIÓN .....</b>	<b>53</b>
<b>3.1. Introducción .....</b>	<b>55</b>
<b>3.2. Prehistoria .....</b>	<b>55</b>
<b>3.3. Edad Antigua .....</b>	<b>56</b>
3.3.1 Egipto .....	56
3.3.2. Grecia .....	58
3.3.3. Roma .....	59
3.3.4. El Occidente Cristiano .....	61
<b>3.4. La Edad Media .....</b>	<b>62</b>
<b>3.5. Edad Moderna .....</b>	<b>64</b>
<b>3.6. Edad Contemporánea .....</b>	<b>65</b>
<b>3.7. Conclusión .....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO IV: ACTUALIZACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO .....</b>	<b>69</b>
<b>4.1. Introducción .....</b>	<b>71</b>
<b>4.2. El puerperio y la planificación familiar .....</b>	<b>71</b>
<b>4.3. Métodos anticonceptivos.....</b>	<b>74</b>
4.3.1. Métodos barrera .....	74
4.3.2. Métodos hormonales.....	75

a) Métodos hormonales combinados .....	76
b) Métodos de solo gestágenos .....	77
4.3.3. Dispositivos Intrauterinos (DIU).....	80
4.3.4. Métodos anticonceptivos naturales .....	82
4.3.5. Métodos no reversibles .....	85
<b>4.4. Efectividad de los Métodos Anticonceptivos Posparto .....</b>	<b>85</b>
<b>4.5. Situación de MELA en la anticoncepción posparto .....</b>	<b>87</b>
<b>4.6. Conclusión .....</b>	<b>88</b>

## CAPÍTULO V: FACILITANDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS EN

### ANTICONCEPCIÓN POSPARTO..... 89

<b>5.1. Introducción .....</b>	<b>91</b>
<b>5.2. Necesidades informativas de la mujer anticoncepción .....</b>	<b>91</b>
<b>5.3. Los profesionales de Enfermería y la anticoncepción posparto.....</b>	<b>92</b>
<b>5.4. Educación para la salud sobre anticoncepción posparto.....</b>	<b>93</b>
<b>5.5. La mujer y la toma de decisiones informadas en anticoncepción posparto .....</b>	<b>95</b>
<b>5.6. Conclusión .....</b>	<b>97</b>

## CAPÍTULO VI: MARCO TEÓRICO: DOROTHEA OREM. LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE

### AUTOCUIDADO APLICADA A LA ANTICONCEPCIÓN POSPARTO ..... 99

<b>6.1. Introducción .....</b>	<b>101</b>
<b>6.2. Génesis de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA) .....</b>	<b>101</b>
<b>6.3. Teoría General Enfermera sobre el Déficit de Autocuidado .....</b>	<b>102</b>

<b>6.4. Aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado a MELA .....</b>	<b>108</b>
<b>6.5. Conclusión .....</b>	<b>109</b>
<b>CAPÍTULO VII: METODOLOGÍA .....</b>	<b>111</b>
<b>7.1. Introducción .....</b>	<b>113</b>
<b>7.2. Hipótesis y objetivos .....</b>	<b>113</b>
7.2.1. Hipótesis .....	113
7.2.2. Objetivos .....	113
7.2.2.1. Objetivo principal .....	113
7.2.2.2. Objetivos secundarios .....	113
<b>7.3. Estrategia Metodológica .....</b>	<b>115</b>
7.3.1. Diseño .....	115
7.3.2. Ámbito del estudio.....	117
7.3.3. Población y Muestra. ....	123
7.3.3.1. Población Diana.....	123
7.3.3.2 Criterio de inclusión. ....	123
7.3.3.3 Muestra .....	123
7.3.3.4. Método de muestreo. ....	128
7.3.4. Procedimiento.....	128
<b>7.4. Conclusión .....</b>	<b>130</b>
<b>CAPÍTULO VIII: RESULTADOS .....</b>	<b>133</b>
<b>8.1. Introducción .....</b>	<b>135</b>
<b>8.2. Análisis descriptivo de los cuestionarios. ....</b>	<b>135</b>
<b>8.3 Resultados de los profesionales .....</b>	<b>136</b>

8.3.1. Características generales .....	137
8.3.2. Rol de los profesionales de Enfermería en Planificación Familiar Posparto .....	138
8.3.3. Conocimientos generales sobre Planificación Familiar Posparto .....	143
8.3.4. Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos en el posparto .....	146
8.3.5. Motivaciones de los profesionales a la hora de elegir el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en un contexto de lactancia materna exclusiva.....	150
8.3.6. Relación entre la experiencia personal de los profesionales y sus decisiones profesionales en anticoncepción.....	155
8.3.7. Conocimiento de los profesionales sobre MELA.....	156
<b>8.4. Resultados de las puérperas .....</b>	<b>163</b>
8.4.1. Características generales .....	163
8.4.2. Información recibida y conocimientos generales de las mujeres sobre PFP .....	165
8.4.3. Información recibida y conocimientos generales de las mujeres sobre LM .....	167
8.4.4. Conocimiento de las mujeres sobre MELA.....	170
8.4.5. Decisión en anticoncepción posparto .....	174
<b>8.5. Conclusiones.....</b>	<b>176</b>
<b>CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN.....</b>	<b>179</b>
<b>9.1. Introducción .....</b>	<b>181</b>
<b>9.2. Discusión de los resultados de la muestra de profesionales .....</b>	<b>181</b>
<b>9.3. Discusión de los resultados de la muestra de puérperas.....</b>	<b>188</b>
<b>CAPÍTULO X: CONCLUSIONES.....</b>	<b>197</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>201</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>225</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Composición de la muestra: hospitales y CS .....	117
<b>Tabla 2:</b> Hospitales y CS en fase de acreditación IHAN .....	122
<b>Tabla 3:</b> Cálculo del tamaño muestral: profesionales .....	124
<b>Tabla 4:</b> Cálculo del tamaño muestral: puérperas .....	125
<b>Tabla 5:</b> Distribución de los profesionales del ámbito hospitalario en la población diana .....	125
<b>Tabla 6:</b> Distribución de las puérperas en la población diana .....	126
<b>Tabla 7:</b> Distribución de los profesionales del ámbito hospitalario en la muestra .....	127
<b>Tabla 8:</b> Distribución de las puérperas en la muestra .....	127
<b>Tabla 9:</b> Distribución de las matronas de AP en la población diana .....	128
<b>Tabla 10:</b> Características demográficas de la muestra (N=139) .....	137
<b>Tabla 11:</b> Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: servicio de paritorio .....	139
<b>Tabla 12:</b> Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: unidad de puerperio .....	140
<b>Tabla 13:</b> Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: centros de salud .....	141
<b>Tabla 14:</b> Rol profesional en PFP: comparación por categoría profesional .....	142
<b>Tabla 15:</b> Comparación del conocimiento de los profesionales en	

anticoncepción por hospital de procedencia .....	144
<b>Tabla 16:</b> Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: comparación interhospitalaria .....	146
<b>Tabla 17:</b> Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: comparación por hospitales de los servicios de paritorio y AP .....	147
<b>Tabla 18:</b> Comparación interhospitalaria de la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: unidades de puerperio .....	149
<b>Tabla 19:</b> Comparación por categoría profesional de la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM .....	150
<b>Tabla 20:</b> Comparación interhospitalaria del motivo por el que fue elegido el método anticonceptivo más idóneo .....	151
<b>Tabla 21:</b> Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en el servicio de paritorio .....	152
<b>Tabla 22:</b> Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en las unidades de puerperio .....	153
<b>Tabla 23:</b> Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en el Servicio .....	153
<b>Tabla 24:</b> Comparación por categoría profesional de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM .....	154

<b>Tabla 25:</b> Comparación de los métodos anticonceptivos utilizados por los profesionales en sus últimos 6 meses posparto y su elección a nivel profesional en cuanto a la idoneidad de uso .....	156
<b>Tabla 26:</b> Análisis interhospitalario y por servicio del conocimiento de MELA .....	157
<b>Tabla 27:</b> Análisis comparativo del conocimiento de MELA por categoría profesional .....	158
<b>Tabla 28:</b> Conocimiento de los profesionales sobre MELA: criterio y uso de la LM .....	159
<b>Tabla 29:</b> Características de los 4 profesionales que respondieron correctamente las 5 preguntas sobre MELA .....	160
<b>Tabla 30:</b> Conocimiento de los profesionales sobre LM .....	162
<b>Tabla 31:</b> Inclusión de la amenorrea de la lactancia en los beneficios de LM: comparación por categoría profesional .....	163
<b>Tabla 32:</b> Características generales de las puérperas .....	164
<b>Tabla 33:</b> Información y conocimientos en PF .....	165
<b>Tabla 34:</b> Información recibida, conocimiento e inicio de la LM .....	167
<b>Tabla 35:</b> Conocimiento de las mujeres sobre MELA .....	170
<b>Tabla 36:</b> Conocimiento sobre la efectividad y posibilidad de uso de MELA entre las puérperas que indicaron conocer el método .....	172
<b>Tabla 37:</b> Información recibida en PFP por parte de las “potenciales usuarias” de MELA sobre cada uno de los métodos .....	172
<b>Tabla 38:</b> Plan en anticoncepción posparto de las mujeres que conforman la muestra .....	174

## ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

<b>Figura1:</b> Esquema que ilustra las interrelaciones entre el ciclo ovárico y el ciclo endometrial .....	36
<b>Gráfico 1:</b> Distribución de la muestra por Hospitales y centros de salud asociados (N=139) .....	137
<b>Gráfico 2:</b> Elección personal en anticoncepción de las profesionales con hijos durante los primeros seis meses posparto tras el nacimiento de su último hijo/a .....	155
<b>Gráfico 3:</b> Recomendación de MELA .....	159
<b>Gráfico 4:</b> Plan actual en anticoncepción posparto de las mujeres que indicaron no haber utilizado ningún tipo de método en los primeros seis meses de su puerperio anterior (N=32) .....	176
<b>Gráfico 5:</b> Opinión de las mujeres que no usaron ningún tipo de método anticonceptivo en los primeros seis meses de su posparto anterior sobre la importancia de la separación intergenésica de al menos un año para reducir riesgos en embarazos futuros (N=32) .....	176

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo I:</b> Cuestionario para los profesionales	227
<b>Anexo II:</b> Hoja de información para los profesionales	233
<b>Anexo III:</b> Consentimiento informado para los profesionales	235
<b>Anexo IV:</b> Cuestionario para las mujeres	236
<b>Anexo V:</b> Hoja de información para las mujeres participantes	241
<b>Anexo VI:</b> Consentimiento informado para las mujeres	243
<b>Anexo VII:</b> Dictamen Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid .....	244
<b>Anexo VIII:</b> Informe de la Comisión Central de Investigación de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid .	245
<b>Anexo IX:</b> Informe del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Universitario La Paz .....	246
<b>Anexo X:</b> Informe del Comité de Ética de la Investigación del Hospital Fundación Jiménez Díaz .....	247
<b>Anexo XI:</b> Dictamen del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara (I) .....	248
<b>Anexo XII:</b> Dictamen del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara (II) .....	249

## RESUMEN

**Introducción:** La anticoncepción posparto desempeña una labor fundamental a la hora de promover la salud materna y la del recién nacido. El Método Amenorrea de la Lactancia (MELA), es un método eficaz y fácil de usar para aquellas mujeres que alimentan a sus hijos con Lactancia Materna Exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida. El objetivo principal de esta investigación fue describir la situación actual de MELA en relación a las mujeres en período posparto y a los profesionales de Enfermería que se encargan de su cuidado durante el proceso de embarazo, parto y posparto. **Métodos:** estudio llevado a cabo en tres hospitales públicos y en sus treinta y siete Centros de Salud asociados. Se compone de dos muestras, una de profesionales de Enfermería dedicados al cuidado de la salud de la mujer (N=153) y otra de puérperas (N=225). Se realizó mediante dos cuestionarios *ad hoc*. entre marzo de 2017 y junio de 2019. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva. **Resultados:** aunque 94.4% de los profesionales afirmaron conocer MELA, solo un 14.4% conocían su efectividad. El 61.4 % de las mujeres indicó que la Lactancia Materna (LM) no se puede utilizar como método anticonceptivo y un 25.1% lo desconocía. **Conclusiones:** el desconocimiento y la reticencia de los profesionales a recomendar o informar sobre MELA repercute de forma directa sobre la capacidad para tomar una decisión informada en anticoncepción.

**Palabras clave:** Anticoncepción, Posparto, Conocimiento, Enfermera, Matrona, Puerperio, Mujer y Lactancia.

## ABSTRACT

**Introduction:** Postpartum contraception plays an essential role in promoting maternal and infant health. The Lactational Amenorrhea Method (LAM) is an effective and easy-to-use method for those women who exclusively breastfeed their babies during the first six months of life. The principal aim of this research was to describe the current situation of LAM in relation to postpartum women and Nursing professionals who are responsible for their care during pregnancy, labour and postpartum period. **Methods:** study carried out in three public hospitals and their thirty-seven associated Health Centers. It consists of two samples, one of Nursing professionals dedicated to the care of women's health (N=153) and another of postpartum women (N=225). It was performed through two ad hoc questionnaires between March 2017 and June 2019. Data were analyzed using descriptive statistics. **Results:** although 94.4% of the professionals claimed to know LAM, only a 14.4% knew about its effectivity. 61.4% of the women reported that Breastfeeding cannot be used as a contraceptive method and an 25.1% unaware of it. **Conclusions:** the professionals' lack of knowledge and the reluctance to recommend or inform of LAM has a direct impact on the woman's ability to make an informed decision on contraception.

**Keywords:** Contraception, Postpartum, Knowledge, Nurse, Midwife, Puerperium, Woman and Breastfeeding.

## PREFACIO

El presente trabajo cobra sentido dentro del ámbito de la promoción de la salud, en concreto en la promoción de la salud de la mujer y del recién nacido a través de la anticoncepción posparto, donde los profesionales de Enfermería desempeñan una labor crucial.

El objetivo principal de este proyecto de investigación es describir la situación actual del Método Amenorrea de la Lactancia (MELA) en relación a las mujeres en periodo posparto, y al conocimiento de los profesionales de Enfermería que se encargan de su cuidado durante el proceso de embarazo, parto y posparto.

Las motivaciones profesionales de este trabajo surgen a raíz de mi experiencia como estudiante de matrona en Reino Unido, donde observé que muchas matronas en el momento del alta en la unidad de puerperio alertaban a las mujeres sobre la incapacidad anticonceptiva de la Lactancia Materna (LM), animándolas a utilizar algún tipo de método anticonceptivo durante el posparto. Esa información, contraria a la que yo había recibido durante mi formación universitaria, me llevó a indagar más acerca de MELA, encontrando en mi búsqueda inicial un gran número de evidencia que avalaba la eficacia del Método cuando se utiliza de forma correcta. El resultado de esta primera búsqueda me hizo reflexionar sobre cuáles serían los motivos que podían estar generando que las matronas facilitaran una información errónea sobre MELA, reflexión que derivó en una segunda búsqueda bibliográfica de estudios relacionados con el conocimiento de las matronas sobre el Método. No obstante, en esta ocasión, encontré un único estudio llevado a cabo en Estados Unidos, el cual abordaba el conocimiento de las matronas sobre MELA y otros métodos naturales (Fehring, Hanson y Stanford, 2001).

Esta situación de controversia entre la gran cantidad de evidencia que avala el Método, la actitud de algunos profesionales a la hora de abordarlo y la falta de evidencia sobre su conocimiento, motivó mi proyecto de investigación como trabajo de fin de especialidad, el cual se tituló *“Midwives’ Knowledge about Lactational Amenorrhea as a Contraceptive Method”* (El conocimiento de las

matronas sobre la amenorrea de la lactancia como método anticonceptivo). Proyecto que tres años después sería la base de esta tesis doctoral.

Aparte de los motivos anteriormente descritos, me decidí a desarrollar esta tesis doctoral sobre MELA porque para mí es vital que las matronas trabajemos en base a la evidencia y promovamos la toma de decisiones informadas entre las mujeres, dejando atrás la actitud paternalista de antaño. Desde mi punto de vista, solo de esta forma podremos ofrecer un cuidado actualizado y de calidad, y solo de esta forma las matronas podremos estar al lado de la mujer advocating por ellas en las situaciones en las que sea necesario. Actitud que al fin y al cabo es la esencia de nuestra profesión tal y como indica la propia definición del término “*midwife*” (matrona) que significa “*with woman*” (con la mujer).

No obstante, la hipótesis que guía esta investigación responde a la convicción de que los profesionales de Enfermería no informan de forma habitual a las mujeres sobre MELA, hecho que dificulta una elección informada en anticoncepción posparto. Situación que desde nuestro punto de vista puede estar motivada por una falta de conocimiento o por una falta de consenso entre los profesionales a la hora de desarrollar su actividad profesional en anticoncepción posparto.

En este ámbito, aunque la evidencia sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su uso durante el posparto es extensa, apenas existen estudios dedicados a determinar cuál es el conocimiento de los profesionales de Enfermería sobre Planificación Familiar Posparto (PFP) o cómo desarrollan su actividad profesional en este campo.

A través de la búsqueda bibliográfica realizada de Octubre a Diciembre de 2016 y de Marzo a Abril de 2021 en las bases de datos PubMed, Cinhal, Biblioteca Cochrane Plus, Embase y Lilacs, se encontraron solo cinco estudios (Botfield, 2021; Cohen *et al.*, 2017; De Sousa *et al.*, 2012; Fehring *et al.*, 2001; Sannisto y Kosunen, 2009), dos tratan sobre el conocimiento de las matronas (Botfield, 2021; Fehring *et al.*, 2001), tres sobre el conocimiento y la práctica profesional de las enfermeras (Cohen *et al.*, 2017; De Sousa *et al.*, 2012; Sannisto y Kosunen, 2009) y en ninguno se compara el conocimiento de los distintos profesionales de Enfermería que ejercen dentro del ámbito de los

cuidados obstétricos. De todos los estudios encontrados, ninguno muestra la realidad española, ya que todos se han realizado a nivel internacional.

Dicho esto, en nuestra opinión la pertinencia de este trabajo se justifica por diversas razones las cuales procedemos a enumerar:

1. La anticoncepción posparto desempeña una labor fundamental a la hora de promover la salud materna y la del recién nacido.
2. La incompatibilidad de algunos métodos anticonceptivos con la LM o la dudosa seguridad de otros durante las primeras semanas posparto, hacen necesaria la existencia de una alternativa segura para la madre y el recién nacido en anticoncepción. Sobre todo, si tenemos en cuenta la pronta reanudación de las relaciones sexuales por parte de un gran número de mujeres tras el parto.
3. MELA es un método eficaz y fácil de usar para aquellas mujeres que alimentan a sus hijos con Lactancia Materna Exclusiva (LME) avalado por numerosas investigaciones. Además, se trata de un método seguro para la salud materna y la del recién nacido.

Con el fin de sentar una base teórica, el capítulo I está dedicado a la fisiología propia de la concepción, información esencial a la hora de entender el funcionamiento de MELA como método anticonceptivo, tema principal de esta tesis, el cual desarrollamos en profundidad en el capítulo II. A continuación, en el capítulo III hacemos un recorrido por la historia de la anticoncepción, donde ponemos de manifiesto no solo la evolución de la anticoncepción a lo largo de los años, sino también como el cuidado en anticoncepción ha sido históricamente un cuidado ofrecido de mujer a mujer, y por lo tanto condicionado por los derechos y libertades que las mujeres han tenido a lo largo de la Historia. Posteriormente es en el capítulo IV donde profundizamos en los diferentes métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, incluido MELA, tratando aspectos como la eficacia, los posibles efectos secundarios y la compatibilidad con la LM. Una vez conocidas las diferentes alternativas en anticoncepción y su idoneidad de uso durante el posparto y la LM, en el capítulo V tratamos la toma de decisiones informadas por parte de la mujer en este ámbito, haciendo especial hincapié en el papel de la enfermera. Por

último, para terminar de cerrar la parte teórica de esta tesis, y antes de adentrarnos en los datos obtenidos a través de los cuestionarios cumplimentados por las matronas, las enfermeras generalistas y las puérperas de los diferentes hospitales que han participado como parte de nuestra muestra, dedicamos el capítulo VI a la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, aplicándola a la anticoncepción posparto como marco teórico al que responde esta investigación. Finalmente, los capítulos VII, VIII, IX y X, están dedicados respectivamente a la metodología, los resultados, la discusión y las conclusiones de este estudio.

## **CAPÍTULO I: FISIOLOGÍA DE LA CONCEPCIÓN**

- 1.1. Introducción
- 1.2. Ciclo reproductivo de la mujer
- 1.3. Inicio de la anticoncepción posparto
- 1.4. Conclusión

## **1.1. Introducción**

Por definición, hablar de anticoncepción es hablar de cómo impedir la concepción, término también conocido como fecundación y que se refiere a la formación del cigoto (Serci, 2009). En el caso de la mujer, la concepción depende directamente del ciclo reproductivo, siendo esta la razón principal por la que el objetivo de la mayoría de los métodos anticonceptivos es impedir que esto ocurra. Con el fin de mejorar la comprensión de los diferentes mecanismos de acción de los métodos anticonceptivos disponibles en la actualidad, entre los que incluimos a MELA, se ha considerado necesario dedicar este primer capítulo a la fisiología del ciclo reproductivo, centrándonos, sobre todo, en aquellos conceptos que son más relevantes en términos de anticoncepción.

## **1.2. Ciclo reproductivo de la mujer**

### **1.2.1. Ciclo ovárico**

El ciclo ovárico, cuyo inicio está marcado por el primer sangrado menstrual o menarquía (Stables, 2010), está regulado por el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (González-Merlo y González Bosquet, 2018) y se define como los diferentes cambios fisiológicos que ocurren de forma periódica en los ovarios y que hacen posible la maduración y expulsión del ovocito para su posterior fecundación (Serci, 2009). Este proceso tiene una duración media de 28 días y en él se distinguen tres fases: proliferativa, ovulación y lútea (González-Merlo y González Bosquet, 2018; Ordás y Usandizaga, 2018; Serci, 2009).

#### **1.2.1.1. Fase proliferativa**

El descenso del nivel de estrógenos y progesterona que tiene lugar al final de cada ciclo tras la menstruación hace que los niveles de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) aumenten, dando lugar al comienzo de un nuevo ciclo (González-Merlo y González Bosquet, 2018). Así mismo, la FSH y LH son liberadas en la hipófisis por la acción de la Hormona Liberadora de Gonadotropina (GnRH), la cual, a su vez, es previamente liberada en el hipotálamo (González-Merlo y González Bosquet, 2018).

Es importante mencionar, que en relación a la liberación de la FSH y la LH los estrógenos desempeñan un papel muy importante, ya que por un lado “aumentan en la hipófisis la liberación de la LH y la FSH, al sensibilizarla frente a los pulsos de la GnRH”, y por otro, al mismo tiempo en el hipotálamo, “inhiben la liberación de la GnRH al disminuir la amplitud de su pulso” (González-Merlo y González Bosquet, 2018, p. 20). En este contexto, en relación a la progesterona, se cree que cuando se asocia a los estrógenos “disminuye la frecuencia de los pulsos de gonadotropinas, al parecer, actuando sobre la hipófisis y el hipotálamo”, aunque esta función de la progesterona es menos conocida que la de los estrógenos (González-Merlo y González Bosquet, 2018, p. 20). Idea que también sostiene Morales Martínez y Monreal Alanís (2016).

Por lo tanto, como decíamos al principio, durante los primeros días del ciclo ovárico, es decir, al inicio de la fase proliferativa, la FSH y la LH estarán elevadas. Siendo la acción de la FSH fundamental para el reclutamiento folicular (Morales Martínez y Monreal Alanís, 2016), momento inicial de la fase proliferativa donde varios folículos primarios comenzarán la fase de maduración (González-Merlo y González Bosquet, 2018). A partir de ese momento, para que la foliculogénesis continúe, la FSH deberá mantenerse por encima del umbral (Morales Martínez y Monreal Alanís, 2016) y los folículos comenzarán un periodo de crecimiento que los convertirá en folículos preantrales, de los cuales un grupo continuará madurando dando lugar a los folículos secundarios o antrales, caracterizados por presentar en su interior una cavidad rellena de líquido denominada antro. Entre los días 5º y 7º del ciclo, habitualmente solo uno de estos folículos secundarios alcanzará el estado de folículo dominante (Ordás y Usandizaga, 2018), experimentando el resto un proceso de atresia mediado por la disminución de la FSH que tiene lugar por el aumento del estradiol entre los días 3º y 5º del ciclo (González-Merlo y González Bosquet, 2018). Sin embargo, a pesar de la caída de la FSH, el folículo dominante continuará su desarrollo, haciéndose su antro más grande y llenándose de líquido folicular (González-Merlo y González Bosquet, 2013) a la vez que se aproxima hacia la superficie del ovario, dónde, como menciona Ordás y Usandizaga (2018, p. 44), “hace prominencia en forma de vesícula ricamente

vascularizada”, denominándose al final de su desarrollo folículo de Graaf o terciario o maduro o preovulatorio, el cual ocupará casi la mitad del ovario y en su interior contendrá la célula más grande del cuerpo humano: el ovocito (Ordás y Usandizaga, 2018).

Durante esta última etapa de la fase folicular, debido a la secreción de estradiol, cuyo valor máximo se alcanza entre las 24 y 26 horas previas a la ovulación, se produce un aumento en la secreción de la LH, la cual alcanza su pico entre 10 y 12 horas previas a la ovulación. Por su parte, la FSH se recupera del momento de caída en el que se encontraba y aumenta junto con la LH, pero en menor cantidad (González-Merlo y Bosquet, 2018). Este aumento de la LH y la FSH es posible, tal y como señalan González-Merlo y González Bosquet (2018):

Por el estímulo de los estrógenos al producirse la desconexión de las sinapsis en las células nerviosas sensibles a los estrógenos que segregan neurotransmisores inhibidores y las células secretoras de la GnRH. La GnRH producida estimula en la hipófisis, sensibilizada por los estrógenos, LH y FSH. Después de la ovulación se establece de nuevo la conexión sináptica y, en consecuencia, la retroacción negativa de los estrógenos. (p. 27)

#### **1.2.1.2. Ovulación**

La ovulación tiene lugar como consecuencia del pico de LH (González-Merlo y González Bosquet, 2018). Durante esta etapa, el folículo maduro continuará haciéndose prominente en la superficie del ovario, lo que generará que el ovocito quede flotando en el líquido folicular como consecuencia del ensanchamiento de algunas de sus células, que lo despegarán de la pared antral (Ordás y Usandizaga, 2018). Finalmente, por su punto más prominente denominado estigma, el folículo se romperá produciéndose la denominada dehiscencia folicular (Ordás y Usandizaga, 2018), a través de la cual se producirá la expulsión del líquido folicular, y como consecuencia, la expulsión del ovocito al peritoneo, donde será captado por la trompa de Falopio para esperar a ser fecundado (Ordás y Usandizaga, 2018). Es importante mencionar, que durante esta etapa la acción de la progesterona aumentará la

distensibilidad de la pared folicular, y además, inducirá la disminución de los valores de la LH (González-Merlo y González Bosquet, 2018).

### **1.2.1.3. Fase lútea**

Durante esta última fase, las células del folículo residual roto proliferan y forman una estructura irregular de un color amarillento, denominada cuerpo lúteo (Stables, 2010). El cuerpo lúteo alcanza su pico de actividad en el 8º día de la fase, produciéndose su involución hacia el 10º día si no se ha producido el embarazo, dando lugar a un tejido conjuntivo que permanecerá en el ovario como una cicatriz fibrosa denominada *corpus albicans* (Ordás y Usandizaga, 2018).

A nivel hormonal, tras la ovulación, la progesterona aumenta alcanzando su nivel máximo al 8º día del pico de LH, momento en el que empieza a descender hasta la menstruación. Además, en esta fase los estrógenos experimentan un segundo aumento, haciendo que la FSH y LH se encuentren en sus niveles más bajos, situación que se mantendrá hasta la regresión del cuerpo lúteo (González-Merlo y González Bosquet, 2018).

Por el contrario, si el óvulo es fecundado, esta última fase no terminaría de ocurrir y la mujer experimentaría un estado de amenorrea (Serci, 2009). Situación en la que el cuerpo lúteo, en vez de entrar en luteólisis, comenzaría a crecer y aumentaría su producción hormonal, función que permanecería hasta que fuera sustituido por la placenta alrededor de las doce semanas de gestación (Ordás y Usandizaga, 2018).

## **1.2.2. Ciclo endometrial**

Tal y como lo define González-Merlo y González Bosquet (2018, p.30), el endometrio es “la mucosa que recubre la cavidad del cuerpo uterino”. El cual a lo largo del ciclo ovárico experimenta una serie de cambios que lo preparan para acoger al cigoto en caso de que la fecundación ocurra (Ordás y Usandizaga, 2018). Cambios, que son sincrónicos al ciclo ovárico y que están determinados por los cambios hormonales que van teniendo lugar a lo largo del mismo (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008) como se puede apreciar en la

figura 1. Dividiéndose también el ciclo endometrial en tres fases: proliferativa, secretora y menstrual (Gonzalez-Merlo y Gonzalez Bosquet, 2018).

No obstante, antes de adentrarnos en cada una de las fases con el fin de explicar sus características principales, cuyo conocimiento, como mencionábamos al principio de este capítulo, nos ayudará a entender mejor los mecanismos de acción de los diferentes métodos anticonceptivos, nos gustaría hacer dos aclaraciones en relación al endometrio.

En primer lugar, mencionar su propiedad de descamación y regeneración cada 28 días (Ordás y Usandizaga, 2018), hecho que es posible gracias a que a nivel morfológico el endometrio está compuesto por una capa funcional y otra basal. La capa funcional abarca los dos tercios superiores, y es la que se desprende en el momento de la menstruación, y la capa basal, constituye el tercio restante y adyacente al miometrio, y es la que sirve como tejido de reserva para la regeneración de la capa funcional al final de la descamación endometrial (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008).

En segundo lugar, mencionar también, que a nivel histológico el endometrio es una mucosa constituida por una capa de epitelio que se apoya sobre otra denominada estroma, constituida principalmente por tejido conjuntivo (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008). El estroma, sustenta la mucosa endometrial y la separa de la siguiente capa, el miometrio, siendo por ésta por dónde discurren los vasos sanguíneos y las glándulas endometriales que se abren en la superficie epitelial (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008).

#### **1.2.2.1. Fase proliferativa**

Esta fase se inicia después de la menstruación y coincide con la secreción de estrógenos por parte del ovario (Gonzalez-Merlo y Gonzalez Bosquet, 2018). De tal forma que, durante esta primera fase, el endometrio irá progresivamente regenerándose y aumentando de espesor tras la descamación que tuvo lugar en la fase menstrual del ciclo anterior (Gonzalez-Merlo y Gonzalez Bosquet, 2018; Ordás y Usandizaga, 2018).

A nivel histológico, el estroma experimenta un desarrollo más lento que el endometrio. Además, la ausencia de paralelismo entre el crecimiento de las glándulas endometriales y el estroma da lugar a dos partes bien diferenciadas:

“una superficial o compacta, con tubos glandulares rectos, y otra profunda o esponjosa, con glándulas festoneadas” (Ordás y Usandizaga, 2018, p.46)

A nivel vascular, los vasos sanguíneos también proliferan (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008), lo que genera que las arteriolas ubicadas en la zona profunda del endometrio se dispongan en posición helicoidal y alrededor de las glándulas endometriales comience a aparecer una profusa red capilar (Ordás y Usandizaga, 2018).

A nivel hormonal, se ha de tener en cuenta que la proliferación llega a su punto máximo entre los días 8º y 10º del ciclo, coincidiendo con los máximos niveles de estradiol circulante (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008). Así mismo, la proliferación que experimenta cada uno de los componentes del tejido endometrial está marcada por el aumento de la actividad mitótica y, el incremento de la síntesis del ADN nuclear y del ARN citoplasmático. Las concentraciones intranucleares de receptores de estrógenos y progesterona alcanzan su pico hacia la mitad de ciclo previo a la ovulación (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008).

#### **1.2.2.2. Fase secretora**

Esta fase ocurre tras la ovulación y finaliza con el comienzo de la menstruación, coincidiendo con la producción de estrógenos y progesterona por parte del ovario (Gonzalez-Merlo y Gonzalez Bosquet, 2018). Siendo el objetivo de la misma crear un endometrio muy secretor que contenga grandes cantidades de nutrientes almacenados, lo cual ofrecerá las condiciones óptimas para la implantación del óvulo fecundado (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008).

Según Ordás y Usandizaga (2018), tras la ovulación, debido al colapso del folículo, se produce una brusca disminución de la secreción hormonal por parte del ovario, situación que genera que durante algunas horas el endometrio disminuya su espesor. Sin embargo, al poco tiempo lo vuelve a recuperar llegando incluso a superarlo debido a que las glándulas endometriales aumentan nuevamente su volumen. No obstante, llegados a este punto, las células dejan de proliferar y su núcleo se mueve desde la base a la porción

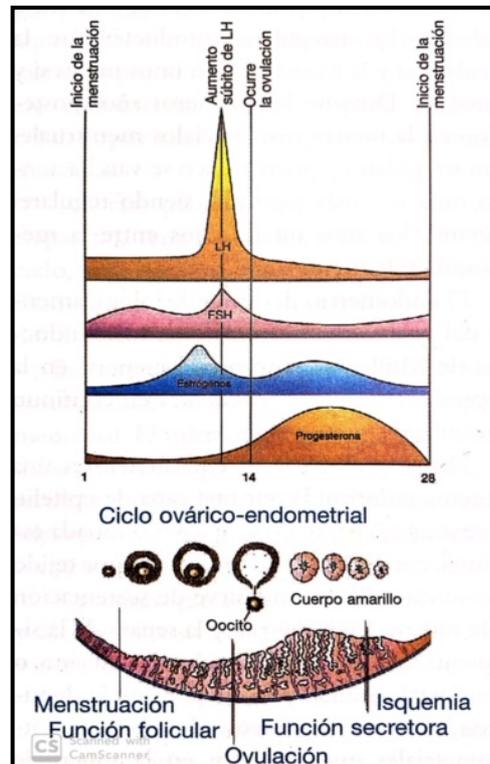
media de las mismas, signo característico de esta fase (Ordás y Usandizaga, 2018).

Posteriormente, el tercer día de esta fase, en la base de las células se comienzan a observar depósitos de glucógeno, el cual se extiende al citoplasma en los días siguientes (Ordás y Usandizaga, 2018). Así mismo, una vez que la fase secretora está del todo establecida, el estroma comienza a edematizarse y los vasos sanguíneos continúan desarrollándose, volviéndose más espirales en la zona profunda (Ordás y Usandizaga, 2018). Por otro lado, como mencionábamos al principio, durante esta fase el endometrio se vuelve más secretor, produciendo proteínas específicas, hormonas, factores de crecimiento y prostaglandinas (Ordás y Usandizaga, 2018).

Durante la última semana del ciclo, el edema no solo está localizado en el estroma, sino que se extiende a todo el endometrio, lo cual, hace que la dilatación glandular aumente todavía más y que el endometrio se vuelva todavía más espeso, llegando a alcanzar los 12 mm (Ordás y Usandizaga, 2018). En los últimos días del ciclo, en la mucosa del endometrio tiene lugar la reacción decidual afectando particularmente a las células del estroma que aumentan su volumen, mostrando abundante citoplasma y núcleos prominentes (Ordás y Usandizaga, 2018). En este momento del ciclo, si la fecundación no ha tenido lugar y el embarazo no se ha producido, la capa funcional del endometrio comenzará a descamarse, produciéndose la menstruación (Ordás y Usandizaga, 2018).

### **1.2.2.3. Fase menstrual**

Como se ha visto en la fase anterior “la menstruación es la expresión del fracaso del ciclo en su función reproductora” (Ordás y Usandizaga, 2018, p.55). Por lo tanto, la ausencia de embarazo supone la involución del cuerpo lúteo, lo cual, a nivel hormonal, se caracteriza por un descenso progresivo de la secreción de progesterona y estrógenos, más drástico en los días finales de la fase secretora (Martínez-Guisasola y Guerrero, 2008). Situación que, como comentábamos al principio del ciclo ovárico, implica el cese de la inhibición de la secreción de gonadotropinas por parte de la hipófisis, y como consecuencia, el comienzo de un nuevo ciclo través del incremento de la secreción de la FSH y LH (González-Merlo y González Bosquet, 2018).



**Figura1.** Esquema que ilustra las interrelaciones entre el ciclo ovárico y el ciclo endometrial

Fuente: Ordás y Usandizaga (2018, figura 2-16).

### 1.3. Inicio de la anticoncepción posparto

El retorno de la ovulación tras el parto es un momento difícil de determinar, no obstante, existe consenso a la hora de afirmar que la primera ovulación es altamente dependiente de la situación de lactancia de la mujer (Labbok, 2015), hecho sobre el que se profundizará en el capítulo siguiente. La revisión realizada por Jackson y Glasier (2011) muestra que entre las mujeres que no alimentan a sus hijos con LM la ovulación puede ocurrir durante la cuarta semana posparto (Campbell y Gray, 1993; Cronin, 1968; Gray *et al.*, 1987), siendo el día 25 posparto el más precoz descrito (Gray *et al.*, 1987). Aunque se trata de estudios llevados a cabo hace años, en la actualidad se continúa recomendando el uso de algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto (Clift-Matthews, 2009; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), 2014; The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care

(FSRHC), 2015, 2017), es decir antes de que se inicie la cuarta semana posparto. Recomendación de gran relevancia si tenemos en cuenta que cada vez son más los autores que sugieren que las mujeres reanudan las relaciones sexuales antes de finalizar las primeras seis semanas posparto (Labbok, 2015; Nkwabong *et al.*, 2019; Sok *et al.*, 2016; Speroff y Mishell, 2008; Teal, 2014).

#### **1.4. Conclusión**

Como se ha mostrado a lo largo de este capítulo, el ciclo reproductivo de la mujer es el resultado de la combinación del ciclo ovárico y el ciclo endometrial. El conocimiento de ambos procesos nos facilitará la comprensión de los próximos capítulos, especialmente el del siguiente capítulo el cual está dedicado al funcionamiento de MELA.

## **CAPÍTULO II: EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA**

2.1. Introducción

2.2. El Método Amenorrea de la Lactancia

2.3. Conclusión

## **2.1. Introducción**

Como mencionábamos en el capítulo anterior la amenorrea es un signo de embarazo (Serci, 2009). No obstante, este estado de ausencia de menstruación también ocurre durante la Lactancia Materna (LM), beneficio que posibilita su uso como método anticonceptivo (Rankin, 2010; Smith y Taylor, 2011).

En general, los beneficios de la LM para la madre y el recién nacido son conocidos en todo el mundo (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011). Sin embargo, desde nuestro punto de vista, no todas las mujeres conocen el beneficio de la amenorrea de la lactancia y por tanto la posibilidad de utilizar MELA como método anticonceptivo durante el posparto. Falta de información que repercute directamente sobre la capacidad de la mujer para tomar una decisión informada en anticoncepción posparto.

Con el fin de entender mejor el funcionamiento de MELA, su eficacia y su idoneidad de uso, se ha querido dedicar este capítulo a la descripción del mismo, información a partir de la cual se asientan las bases de nuestra investigación.

## **2.2. El Método Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia**

En agosto de 1988, un grupo internacional de investigadores se reunió en el Congreso de Infertilidad de la Lactancia en Bellagio (Italia), con el fin de aunar las conclusiones de sus estudios prospectivos sobre los cambios en las hormonas ováricas durante la LM (Jackson, 2005). El consenso al que se llegó en dicho encuentro establece que el riesgo de fecundación mientras se usa MELA es menor al 2% si se cumplen las siguientes premisas: estar en estado de amenorrea, que el recién nacido sea menor de seis meses de edad y que el recién nacido sea alimentado con Lactancia Materna Exclusiva (LME) (Too, 2003). Criterio que vamos a proceder a explicar de forma detallada a continuación:

### **2.2.1. La mujer ha de estar en un estado de amenorrea**

El estado de amenorrea en el que se encuentra la mujer durante la lactancia es consecuencia de la prolactina secretada por la estimulación del pezón a través de la succión del recién nacido. Dicha estimulación, hace posible que los niveles de prolactina en el organismo de la mujer se mantengan lo suficientemente altos como para inhibir la secreción de la GnRH y, como consecuencia, la síntesis y liberación de la FSH y la LH tampoco tienen lugar (Stables, 2010). La inhibición de estas hormonas, imprescindibles para la consecución del ciclo ovárico (Usandizaga y De la Fuente, 2018) evita que se produzca la maduración del folículo, imposibilitando como consecuencia la ovulación y la posibilidad de fecundación.

Esta situación que acabamos de mencionar ya fue descrita por Hytten (1995), el cual explicó que el inicio del ciclo menstrual en la mujer tras el embarazo está relacionado con la desaparición de los efectos supresivos del mismo sobre la capacidad del hipotálamo para segregar la GnRH. Así mismo, al igual que Howie y McNeilly (1982), Hytten (1995) también mencionó que entre las mujeres que amamantan a sus hijos el retorno de la ovulación es posterior, ya que como se ha explicado en el párrafo anterior, a través de la succión del recién nacido los niveles de prolactina se mantienen lo suficientemente altos como para continuar inhibiendo a la GnRH.

### **2.2.2. El recién nacido ha de tener menos de seis meses de edad**

A partir de los seis meses de vida, aunque la LM continúa siendo una fuente importante de alimentación para el lactante, sus aportes nutricionales no son suficientes para cubrir las necesidades alimenticias, motivo por el cual se ha de iniciar la alimentación complementaria (Meyer, 2009). Este cambio en la alimentación es de vital importancia para MELA, ya que la introducción de otros alimentos en la dieta del lactante hará que la demanda de leche materna disminuya. Lo cual se traducirá en una disminución de la succión por parte del recién nacido, hecho que afectará de forma directa a la secreción de prolactina, aumentando así la posibilidad de que la GnRH vuelva a ser secretada y de que el ciclo ovárico se restituya.

En este contexto, es muy importante mencionar que la prolactina no solo inhibe la secreción de GnRH por parte del hipotálamo, sino que además desempeña un papel esencial en el inicio y mantenimiento de la lactancia debido a su función durante la galactopoyesis, actuando sobre los galactocitos y estimulando la producción de leche (Martín-Calama Valero, 2009). Estimulación que primeramente responde al nivel circulante de prolactina durante el puerperio, el cual se mantiene durante las primeras 3-4 semanas posparto, y posteriormente, a la prolactina segregada como respuesta a la succión del recién nacido (Hernández Alcántara, 2018). Además, como señala Martín-Calama Valero (2009, p.62), “durante las primeras seis semanas, la prolactina estimula la aparición de nuevos receptores en los galactocitos”.

También es importante mencionar que la LM es posible gracias a los diferentes cambios que ocurren en el tejido mamario durante el embarazo (Hilton, 2008). Proceso en el que se diferencian dos fases: mamogénesis y lactogénesis (Rankin, 2010), siendo en esta última fase en la que se inicia la producción de la leche (Ackerman, 2011) y por tanto la que más nos interesa en relación a MELA.

La lactogénesis se divide en cuatro fases: uno, dos, tres e involución (Pollard, 2011). Durante la lactogénesis uno la secreción de la leche está regulada de forma endocrina, sin embargo, a partir de la lactogénesis dos y hasta la finalización de la lactogénesis tres, el control de la secreción de la leche es de tipo autocrino (Rankin, 2010), lo que significa que durante las fases dos y tres la producción de la leche dependerá directamente de la cantidad de succión que el recién nacido realice al pecho (Rankin, 2010). Este cambio en el control de la secreción de la leche es esencial para el mantenimiento de la lactancia y para MELA, ya que el único motivo por el que un recién nacido lacta es por su propia supervivencia. Por lo tanto, cualquier problema relacionado con la obtención de la leche afectaría de forma directa a la secreción de prolactina y disminuiría la efectividad de MELA (Howie y McNeilly, 1982). De ahí que durante los primeros 6 meses de vida del recién nacido, las mujeres interesadas en la utilización de MELA deben evitar la suplementación con leche de fórmula o la iniciación precoz de la alimentación complementaria a los 4 meses de vida, ya que el número de tomas y la duración de las mismas se

verían reducidas (Hytten, 1995), lo cual, a su vez, disminuiría la producción de leche (Department of Health (DH), 2021) y promovería el uso rutinario de suplementos, situación que impediría el uso de MELA. En este contexto, las recomendaciones para aquellas madres que deseen llevar a cabo una LME son: alimentar al recién nacido a demanda, pero con un mínimo inicial de 10 a 12 tomas diarias, número de tomas que podrían reducirse posteriormente a un total de 8 a 10, incluyendo la toma nocturna, si el recién nacido así lo requiere (OMS, 2018a).

Partiendo de lo mencionado en el párrafo anterior, y teniendo en cuenta que no existe relación alguna entre la cantidad de leche producida y la concentración de prolactina en sangre (más allá del vínculo que comparten en su producción y secreción a través de la succión del recién nacido) (Labbok, 2007), es preciso realizar algunas concreciones en relación a la segregación de prolactina con el fin de comprender mejor el funcionamiento de MELA.

En primer lugar, se ha de saber que la secreción de dicha hormona sigue un ritmo circadiano, el cual consiste en variaciones diurnas y en un aumento de la secreción durante la noche (Ackerman, 2011). En segundo lugar, es importante mencionar que el pico máximo de prolactina se alcanza a los treinta minutos de la toma y vuelve a su estado basal después de tres o cuatro horas de la misma (Hilton, 2008). El conocimiento de esta información es fundamental para aquellas mujeres que deseen utilizar este método, ya que deberá de ser utilizada para sentar las bases del patrón de lactancia. Patrón que según las recomendaciones del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2009), deberá consistir en al menos una toma cada cuatro horas durante el día y cada seis durante la noche, ya que como se ha mencionado, la segregación de prolactina durante la noche es mayor. Al mismo tiempo autores como Radwan *et al.* (2009) también sostienen esta idea y reafirman que, la duración de la LM y la duración de la amenorrea de la lactancia están directamente relacionadas.

En cuanto a la duración de las tomas en relación a la segregación de prolactina, actualmente la evidencia es escasa y, además, entre la evidencia existente se aprecia cierta controversia. Por un lado, Kennedy (2010) recomienda realizar al menos seis tomas al día con una duración total de al

menos 65 minutos (lo cual supondría un mínimo aproximado de 11 minutos por toma), y por otro, Hytten (1995) sugiere que la duración de las tomas no es relevante si se realizan al menos diez tomas diarias. En nuestra opinión también es importante tener en cuenta que, en relación a la succión, existen dos tipos de succiones, la succión nutritiva, la cual tiene un mero objetivo alimenticio, y es a la que estamos haciendo referencia, y la succión no nutritiva o no alimenticia, la cual tiene dos funciones según Landa Rivera (2009, p. 240): “estimular la producción de prolactina por la hipófisis anterior necesaria para la instauración de la fase II de la lactogénesis” y “calmar o sosegar al bebé”. Succión que aportaría una estimulación “extra” a parte de la que el recién nacido realice por motivos alimenticios, por lo tanto, a nuestro parecer, la duración de la succión nutritiva en sí no es crucial siempre y cuando las tomas cubran las necesidades nutricionales del recién nacido.

En este contexto, con el fin de no reducir la succión que el recién nacido realiza al pecho, ya sea con fines alimenticios o no, la recomendación de Clift-Matthews (2009) de no usar el chupete ni el biberón ni siquiera para darle agua al recién nacido nos parece razonable. No obstante, en el caso de la administración de agua es interesante el estudio realizado por Radwan *et al.* (2009) en los Emiratos Árabes Unidos con una muestra de 593 mujeres, el cual concluyó que no hay relación entre la toma de líquidos no calóricos como el agua y la duración de la amenorrea de la lactancia, a diferencia de cuando el lactante ingiere sólidos o leche de fórmula.

### **2.2.3. La lactancia materna ha de ser exclusiva**

Este último principio hace referencia a la necesidad de que el recién nacido se alimente directamente y de forma exclusiva del pecho de su madre, lo cual implica que el uso de leche materna extraída no está permitido (Tilley *et al.*, 2009). Dicha diferenciación es debida a que la extracción manual o mecánica de la leche es menos vigorosa que la succión del bebé, hecho que puede resultar en una reducción de la respuesta neuroendocrina, y por lo tanto en un aumento del riesgo de ovulación (Speroff y Mishell, 2008). Explicación que ya fue confirmada siete años antes por Valdés *et al.* (2001), quien con una

muestra de 170 mujeres que deseaban continuar usando MELA tras retornar a su vida laboral antes de los cuatro meses posparto, observó que aunque la extracción de leche cada cuatro horas durante la jornada laboral es muy importante para el mantenimiento de la producción de leche materna, el riesgo de embarazo aumentaba en un 5.2% en comparación con aquellas mujeres que usaban MELA y realizaban una LME directamente del pecho. No obstante, esta incompatibilidad del método con el uso de leche materna extraída también podría verse como un factor protector de la propia lactancia, ya que como muestran los resultados del estudio multicéntrico realizado en Hong Kong con una muestra de 2450 mujeres, la alimentación exclusiva con leche materna extraída se relaciona con un mayor riesgo de destete temprano que cuando la LME es llevada a cabo directamente del pecho (Li Bai *et al.*, 2016).

Dicho esto, y debido a la importancia del proceso de succión en relación a MELA, no podemos cerrar este apartado sin profundizar un poco más en el mismo. En términos generales, el proceso de succión es un proceso combinado, compuesto por una parte fisiológica y otra mecánica (Royal College of Midwives (RCM), 2002).

En relación a la parte fisiológica, la oxitocina desempeña un papel esencial a través del reflejo de eyección (Prime *et al.*, 2007). Reflejo que ejerce una doble acción haciendo que las células mioepiteliales de las glándulas secretoras se contraigan (Prime *et al.*, 2007), y que las paredes del músculo liso de los conductos mamarios se dilaten (Rankin, 2010), lo que resulta en una mayor cantidad de leche secretada del pecho de la madre (RCM, 2002).

Este proceso, como podemos deducir, es muy importante en términos de alimentación porque facilita al recién nacido la extracción la leche a través la succión. No obstante, también repercute positivamente en el uso de MELA, puesto que, como mencionábamos anteriormente, el recién nacido succiona con el fin de alimentarse, ajeno a la repercusión que la succión tiene sobre la segregación de la prolactina (Labbok, 2007). Por lo tanto, si la oxitocina se inhibe, y por ende el reflejo de eyección, el lactante no obtendrá la misma cantidad de leche lo cual repercutirá negativamente en la evolución de la lactancia, y como consecuencia, en la secreción de prolactina. De ahí la importancia de estimular la segregación de oxitocina durante las tomas de LM.

Dicha estimulación se puede llevar a cabo de diversas formas: a través del contacto piel con piel (Noonan, 2011), en relación al cual se ha demostrado que el masaje que el recién nacido realiza con sus manos sobre el pecho de su madre cuando realiza contacto piel con piel con ella aumenta la segregación de oxitocina (Matthiesen *et al.*, 2001; Morberg, 2011). Mediante el contacto ocular entre el recién nacido y la madre o cuando la madre escucha o piensa en su hijo (Morberg, 2011). Por último, también se ha demostrado que cuando la mujer está tranquila la segregación de oxitocina aumenta (Prime *et al.*, 2007), situación que llevó a Moberg (2011) a afirmar que la cantidad de oxitocina liberada durante una sesión de amamantamiento no sólo está relacionada con la cantidad de leche secretada, sino también con el nivel de estrés de la madre.

Retomando el proceso de succión en sí, en relación a la parte mecánica del mismo, la cual compete a la extracción activa de la leche por parte del recién nacido usando su mandíbula y su lengua (RCM, 2002), es importante que la madre adopte una posición cómoda en la que el amamantamiento le resulte fácil y que permita al recién nacido realizar un enganche efectivo (United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018), lo cual no solo asegurará la correcta alimentación del lactante sino que también evitará la aparición de complicaciones como grietas o mastitis (MSSSI, 2017; UNICEF, 2018).

Según diversos autores (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna, 2017; National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2021; UNICEF 2018), si el enganche es correcto el recién nacido tendrá su boca totalmente abierta ( $120^\circ$ ), su barbilla estará en contacto con el pecho de su madre, su labio inferior estará evertido hacia fuera y sus mejillas estarán redondeadas durante la succión. Además, en caso de que se visualice la areola se verá menor cantidad por debajo de la barbilla del recién nacido que por encima del labio superior y la succión resultará indolora para la madre.

No obstante, igual de importante que un buen enganche es que la transferencia de la leche sea adecuada. En este sentido, la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna (MSSSI, 2017) especifica que dicha transferencia es adecuada cuando:

El lactante realiza succiones profundas, mantenidas y con pausas no muy largas, la deglución es visible y/o audible, se ofrecen ambos pechos en cada toma comenzando por el que se vació menos en la anterior y se espera a que suelte espontáneamente el pezón antes de ofrecerle el segundo pecho, el lactante muestra signos de saciedad tras la toma (suelta el pezón espontáneamente y queda relajado y satisfecho) y la mujer experimenta los efectos de la liberación de oxitocina (contracciones uterinas, aumento de loquios, goteo de leche durante la toma, sed, relajación o sueño). (p.24).

Como se ha puesto de manifiesto a lo largo de este capítulo, hablar de MELA es hablar de LME hasta los seis meses de vida. Este hecho, lejos de ser un aspecto negativo ha de verse como una forma más de promocionar la LM entre las mujeres, ya que a pesar de que diferentes organismos nacionales e internacionales promueven la LME como alimento de elección durante los primeros seis meses de vida (Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría, 2016; MSSSI 2017; OMS 2018b; UNICEF, 2018), la actualidad todavía dista de esa idílica situación. Según los datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021), aunque en España el 68% de los recién nacidos son alimentados con LME a las 6 semanas de vida, solo el 25% lo continúan haciendo a los 6 meses de edad. Sin embargo, este problema no es solo de carácter nacional, sino que a nivel global a los seis meses de vida solo el 40% de los lactantes continúan siendo alimentados con LME (OMS, 2018b). Datos todavía alejados del objetivo de la OMS para 2025, con el que se pretende conseguir que al menos el 50% de los lactantes de todo el mundo continúen siendo alimentados con LME hasta los seis meses de edad (OMS, 2018b).

Esta baja prevalencia en la LM a los seis meses de vida podría ser el resultado de la influencia de diversos factores, como por ejemplo la percepción insuficiente de leche por parte de la madre, lo cual ha sido señalado por diversos autores como una de las causas principales de la suplementación con leche de fórmula o el destete temprano (Al-Jassir *et al.*, 2006; Carneiro y Galvão, 2012; Díaz-Gómez *et al.*, 2016). Hecho que nos hace reflexionar sobre

la información de la que disponen las madres acerca de las necesidades alimenticias del recién nacido y del aporte nutricional de la LM.

En este contexto, y para evitar la suplementación innecesaria con leche de fórmula, tanto la madre como los profesionales han de tener en cuenta que la leche humana es un fluido de gran complejidad biológica cuya composición se adapta a los requerimientos nutricionales e inmunológicos del lactante a medida que éste se va desarrollando (García Franco y Ulecia Pardo, 2017; MSSSI, 2017). Ejemplo de esto es la producción del calostro, cuya cantidad por toma varía entre 2 y 20 ml y sin embargo es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales del recién nacido en composición y volumen, ya que el estómago al nacer tiene una capacidad media de 5-7ml, pudiendo asemejarse al tamaño de una canica (MSSSI, 2017; Shelhorn y Valdés, 1995). Posteriormente, al igual que el estómago continúa creciendo, la producción de la leche va aumentando y su composición adaptándose a las necesidades del recién nacido como ya se ha mencionado. De tal forma que, entre el cuarto y el sexto día posparto se produce un aumento en la producción, lo que se conoce como subida de la leche, que continúa aumentando hasta alcanzar un volumen aproximado de 600-800 ml al día. Esta leche se denomina leche de transición y se produce entre el 4º y el 15º día posparto. Durante este periodo la leche de transición va modificando su composición hasta convertirse en leche madura, cuya producción varía entre 700 y 900 ml al día aproximadamente durante los primeros seis meses de vida, y alrededor de los 500ml diarios durante el segundo semestre de vida del lactante (Inch, 2009; Shelhorn y Valdés, 1995)

Así mismo, UNICEF (2018) señala como signos de una buena alimentación con LME en el recién nacido la ganancia de peso a partir de las dos primeras semanas de vida, el aumento en la micción, inicialmente estaría dentro de lo normal mojar de 2 a 3 pañales en las primeras 48 horas, sin embargo, a partir del quinto día lo normal sería mojar al menos seis pañales diarios. También está dentro de lo esperado un cambio en la coloración de las heces, de tal forma que a partir del cuarto día el recién nacido debe realizar como mínimo dos deposiciones diarias de color amarillento. Además de estos signos, el recién nacido debe quedar satisfecho y contento tras la toma.

Otras recomendaciones que la OMS (2018b) propone con el fin de alcanzar una LM exitosa que se prolongue al menos durante los seis primeros meses posparto son: inicio precoz de la lactancia materna en la primera hora de vida, lactancia materna exclusiva y a demanda y evitar el uso de chupetes, tetinas y biberones. En relación al inicio de la LM, el contacto piel con piel vuelve a desempeñar un papel crucial. Se ha descrito que durante la primera hora de vida el contacto piel con piel con la madre promueve el inicio temprano de la LM a través del autoenganche del recién nacido sano, el cual de forma instintiva y sin ningún tipo de asistencia, alcanza el pezón materno e inicia la succión a los 60-90 min del nacimiento (Brimdyr *et al.*, 2015; Widström *et al.*, 2011). Sin embargo, en el caso de que el recién nacido no consiga alcanzar el pezón o no realice signos de búsqueda antes de que finalice su primera hora de vida, el enganche debería ser dirigido por un profesional (MSSSI, 2017). En esta línea, el MSSSI (2017) recomienda administrar suplementos solo en caso de que exista una indicación médica que los justifique, así como garantizar que las mujeres reciban el apoyo y la información necesaria para resolver las dificultades que pueden presentarse con la lactancia. Entre las condiciones que se describen en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna para la suplementación temporal de un recién nacido sano encontramos: diagnóstico de hipoglucemia, hiperbilirrubinemia, deshidratación, presencia de meconio en las deposiciones en el quinto día de vida o movimientos intestinales enlentecidos, transferencia insuficiente de leche y necesidad de separación del recién nacido de su madre (MSSSI, 2017). En cuanto al tipo de suplemento a utilizar, la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN) (2011) recomienda que el calostro extraído debe ser el suplemento de elección seguido de leche humana pasteurizada donada, en caso de que no sea posible, el facultativo deberá valorar la suplementación con fórmula (estándar o hidrolizada). Además, en relación a la extracción de calostro, la Guía de Práctica Clínica sobre la Lactancia Materna sugiere que “las madres de recién nacidos que no hayan comenzado a succionar de forma eficaz o hayan sido separadas de sus hijos, se extraigan el calostro precozmente” (MSSSI, 2017, p. 27).

### **2.3. Conclusión**

Como se ha podido deducir de la lectura de este capítulo, la adhesión al criterio es fundamental para asegurar la efectividad de MELA. No obstante, a pesar de la aparente complejidad que podemos encontrar cuando profundizamos en el mismo, no debemos olvidar que MELA ha sido utilizado por muchas mujeres a lo largo de la historia para controlar su fertilidad, tal y como como veremos en el capítulo siguiente.

## **CAPÍTULO III: UN RECORRIDO HISTÓRICO EN ANTICONCEPCIÓN**

- 3.1. Introducción
- 3.2. Prehistoria
- 3.3. Edad Antigua
- 3.4. Edad Media
- 3.5. Edad Moderna
- 3.6. Edad Contemporánea
- 3.7. Conclusión

### **3.1. Introducción**

Se podría decir que la anticoncepción es tan antigua como la humanidad. A lo largo de la historia, las diferentes sociedades han intentado en algún momento limitar el volumen poblacional, por lo que la anticoncepción, tal y como la conocemos en nuestros días, es el resultado de una gran evolución. De ahí, que sea inexorable para esta investigación realizar un recorrido histórico desde la prehistoria hasta la Edad Contemporánea, el cual nos permita entender el momento actual en el que nos encontramos.

### **3.2. Prehistoria**

Desde los inicios más remotos, la mujer ha asumido el rol de cuidadora, este hecho no ha sido fruto del azar sino el resultado de la división sexual del trabajo, el cual ha hecho que la mujer se fuera especializando en los cuidados relacionados con el nacimiento y el mantenimiento de la vida (Sellán, 2009; Siles, 1999).

Sellán (2009) refiere que dicha distribución de tareas ya ocurría en tiempos tan remotos como el Paleolítico (600.000- 5.000 a. C.). Así mismo, Siles (1999) resalta que esta forma organizativa tenía profundas connotaciones de carácter biológico, simbólico y natural, y que estaba íntimamente ligada a la supervivencia de la tribu.

En el caso de la mujer, sus propias condiciones biológicas y el fuerte carácter simbólico que rodeaba a la fertilidad hicieron que permaneciera más tiempo que el hombre en el campamento, terminando por hacerse cargo también de los enfermos y heridos, convirtiéndose así en la primera cuidadora de la humanidad (Siles, 1999).

No obstante, el hecho de que las actividades de cuidado y socialización llevadas a cabo por la mujer sólo implicaran en la mayoría de los casos el uso del propio cuerpo o de objetos no especializados, como una olla, un tazón o una cuchara, han favorecido a la naturalización y desvalorización de prácticas tan importantes como: amamantar a una criatura, llevar a un niño en brazos,

enseñar a hablar, preparar la comida, cuidar de las personas mayores o enfermas, limpiar la unidad doméstica, aplicar remedios curativos, etc. (Sanahuja YII, 2007). Situación que desafortunadamente, aún sigue vigente en algunos sectores de nuestra sociedad.

En relación a la natalidad, es importante mencionar que durante esta etapa, a pesar del alto índice de mortalidad, ya hubo intentos de regular los nacimientos a través de prácticas como los abortos o el infanticidio (Carr-Saunders, 1922). Siendo el motivo principal en esta época, que la limitación poblacional estaba íntimamente ligada a la supervivencia de la tribu (Sanahuja YII, 2007).

De acuerdo con Sanahuja Yii (2007), los infanticidios solían llevarse a cabo en períodos de hambruna como un modo de pautar el crecimiento poblacional. Además, este autor afirma que en la mayoría de los casos se trataban de infanticidios femeninos, debido a la capacidad reproductiva de la mujer, lo cual no sólo mermaba la población, sino que también reducía la posibilidad de crecimiento del grupo a largo plazo (Sanahuja Yii, 2007).

Por otro lado, según Stuart-Macadam (1995), el amamantamiento en muchas ocasiones se prolongaba más allá del primer año de vida, produciéndose el destete a partir de los dieciocho meses. Situación que nos lleva a reflexionar sobre el papel de MELA en el control de crecimiento poblacional durante este periodo.

### **3.3. Edad Antigua**

#### **3.3.1 Egipto**

En el Antiguo Egipto la división sexual del trabajo continuaba siendo una realidad, la mujer era la responsable de las labores del hogar y el cuidado de los miembros de la familia (Robins, 1993). No obstante, su actividad no tenía por qué limitarse de forma exclusiva a la esfera doméstica (Jauniaux, 2001; Robins, 1993).

En relación a la familia, en esta época los egipcios daban un gran valor a la descendencia, por lo que solían ser familias numerosas (Robins, 1993), de ahí

el gran valor que otorgaban a la fertilidad (Jauniaux, 2001). Situación que sin duda explica el gran interés de la medicina egipcia por las enfermedades de la mujer, los problemas de reproducción, la ginecología y la obstetricia en general (Arribas, 2010).

Los egipcios, conocedores de la relación entre el acto sexual y el embarazo (Haimov-Kochman *et al.*, 2005), utilizaban diversas técnicas para saber si una mujer estaba embarazada o no, como por ejemplo, introducir un bulbo de cebolla en la vagina siendo positivo si el olor de la misma era detectado en la respiración de la mujer (Haimov-Kochman *et al.*, 2005; Jauniaux, 2001), o humedecer con la orina de la mujer semillas de farro y cebada siendo su germinación la confirmación del embarazo (Jauniaux, 2001).

Sin embargo, a pesar del gran valor que otorgaban a la fertilidad, el Pueblo Egipcio y la Medicina de la época también abordaban la anticoncepción, hecho que conocemos gracias a los papiros de Petri, de Ebers y de Kahun. (Arribas, 2010; Jauniaux, 2001).

El Papiro de Petri, escrito en el año 1850 a.C, constituye la primera referencia escrita de sustancias anticonceptivas en la Historia de la Medicina (Arribas, 2010). En él encontramos algunas de las siguientes medidas anticonceptivas: lavados vaginales con miel y sal, supositorios vaginales creados con majada de cocodrilo y miel, anticonceptivos en forma de cono confeccionados a partir de una mezcla de semillas de granada y cera, etc. (Arribas, 2010). Algunos de estos métodos pretendían impedir la penetración del espermatozoides en el cérvix, y otros, aumentar la acidez vaginal con el fin de lograr un claro efecto espermicida (Arribas, 2010).

Por su parte, en el Papiro de Ebers (1550 a.C), encontramos, entre otros, instrucciones para la confección de un tampón creado a base de dátiles y goma arábiga, el cual se creía podía funcionar durante varios años (Arribas, 2010). También se cita el uso de una mezcla de estiércol, miel y sal carbonatada o la introducción en la vagina de pesarios hechos de miel y excrementos de cocodrilo como métodos para evitar la concepción (Arribas, 2010; Haimov-Kochman *et al.*, 2005; Robins, 1993). No obstante, este papiro, además de indicaciones anticonceptivas también contiene recetas abortivas (McLaren, 1993).

Por otro lado, a través de uno de los libros de la Biblia, concretamente en el Génesis 38:9, encontramos la historia de Judá, Onán y Tamar:

Entonces Judá dijo a Onán: Llégate a la mujer de tu hermano, y cumple con ella tu deber como cuñado, y levanta descendencia a tu hermano.

Y Onán sabía que la descendencia no sería suya; y acontecía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, derramaba su semen en tierra para no dar descendencia a su hermano. Pero lo que hacía era malo ante los ojos del Señor; y también a él le quitó la vida.

Historia que por primera vez hace referencia a uno de los métodos más universales para evitar la concepción: el coitus interruptus (Arribas, 2010).

Por último, en relación al uso de la LM por la sociedad egipcia, Robins (1996) señala que las mujeres prolongaban el amamantamiento en algunos casos incluso hasta los tres años de edad, sobre todo fuera de la élite social, ya que entre las clases altas de la sociedad era común el uso de nodrizas (Robins, 1993). Esta situación nos lleva a reflexionar sobre el posible uso de MELA como método anticonceptivo posparto.

### **3.3.2. Grecia**

La sociedad griega era una sociedad patriarcal, dónde la mujer quedaba relegada a la esfera doméstica (Lissarrague, 2000; McLaren, 1993), sólo los hombres podían dominar la vida pública, ser dueños de sus tierras, hijos y esposa (Lissarrague, 2000; McLaren, 1993).

En esta sociedad en la que sólo los hombres podían ser herederos efectivos (Leduc, 2000; McLaren, 1993), es fácil deducir que la fertilidad de la mujer también fuera muy valorada. Sin embargo, a diferencia de Egipto, en la Antigua Grecia lo ideal era que el número de hijos fuera limitado, ya que el nacimiento de más de un hijo varón implicaba la división del patrimonio familiar (McLaren, 1993; Wilkinson, 1978). De ahí, que el deseo generalizado fuera tener un hijo que diera continuidad al apellido familiar y una hija que posibilitara una alianza

matrimonial (McLaren, 1993; Wilkinson, 1978). Con tal fin, se adoptaban toda clase de medidas: divorcio, segundas nupcias, adopción, anticoncepción, aborto, etc. (McLaren, 1993).

En relación a la anticoncepción, algunos de los métodos utilizados por las mujeres de esta época fueron los siguientes: brebajes esterilizantes confeccionados con hierbas como el sauce (Riddle, 1991), la hiedra, el espino y el álamo, diferentes materiales impregnados en aceite que se insertaban en la vagina, ungüentos como la goma de cedro y el alumbre que se aplicaban en el útero y los genitales, supositorios de menta y miel que debían introducirse antes del coito, pesarios picantes para después y el uso de amuletos como la raíz de espárrago (Arribas, 2010; McLaren, 1993; Wilkinson, 1978).

Respecto al aborto, se podía llevar a cabo de diversas formas: perforaciones del saco amniótico, pesarios, pociones orales, fumigaciones, supositorios, cataplasmas, etc. (Arribas, 2010; McLaren, 1993). Además, existía la creencia de que dar saltos, copular en exceso, tener fiebre, vómitos o hemorragias también inducía al aborto (McLaren, 1993).

En relación a la LM, Aristóteles, en su libro Historia de los Animales, relaciona la LM con la ausencia de menstruación y, por lo tanto, con la separación entre embarazos (Vara Donado, 1990). Lo cual nos lleva a la conclusión de que MELA fue utilizado durante esta época.

### **3.3.3. Roma**

La sociedad de la Antigua Roma continuaba siendo una sociedad patriarcal, sin embargo, el papel de la mujer variaba dependiendo de la clase social a la que perteneciera (McLaren, 1993). Durante esta época la mujer volvió a gozar de una mayor libertad, ejemplo de esto era que podían heredar, ser propietarias y legar bienes si eran legalmente representadas por un hombre (Thomas, 2000).

En esta época continuaba siendo muy importante la presencia de descendientes, y sobre todo que al menos uno de ellos fuera varón (Rousselle, 2000), puesto que al igual que en la antigua Grecia, tan importante era tener herederos como no tener demasiados (McLaren, 1993; Wilkinson, 1978). De

ahí que, pese a los peligros de los partos, lo que más preocupaba a las mujeres de esta época era la esterilidad (Rousselle, 2000). No obstante, en los casos en los que la fertilidad no era un problema, solían recurrir a diferentes vías para limitar los nacimientos (Arribas, 2010).

A este respecto, Sorano de Éfeso, médico de la época, recomendaba una variante del coitus interruptus, en la cual aconsejaba a la mujer contener la respiración y apartarse un poco para que el semen no se depositara profundamente en la cavidad del útero, así como rápidamente después levantarse, estornudar, limpiarse con cuidado la zona genital e incluso beber algo frío (Arribas, 2010). A los hombres, en cambio, en relación al coitus interruptus, los médicos les desaconsejaban que retuvieran la eyaculación después del coito, pues lo consideraban perjudicial para los riñones y la vejiga (Rousselle, 2000). Otras de las recomendaciones que hacían a la población con el fin de evitar el embarazo eran: evitar el coito inmediatamente antes y después de la menstruación (Arribas, 2010; Wilkinson, 1978), el tratamiento oral con resina de silfio y pánace (Riddle, 1991) o el uso de diferentes abluciones (Arribas, 2010). En esta línea, Plinio el Viejo afirmó que la semilla del sauce tomada como droga producía esterilidad en la mujer y Dioscórides hizo una lista de diez plantas dotadas de propiedades anticonceptivas (McLaren, 1993). Durante este periodo también es sabido que los romanos continuaban utilizando amuletos, talismanes y prácticas mágicas para prevenir la fecundación (Arribas, 2010).

Por otro lado, la LM pudo haber sido otra forma de controlar la fertilidad durante esta época, ya que se recomendaba su uso hasta los tres años de edad y durante ese periodo, debido al impacto negativo que se pensaba tenía en la leche, se aconsejaba la abstinencia sexual. Sin embargo, sabemos que entre las mujeres pertenecientes a las clases sociales más altas era frecuente el uso de nodrizas (McLaren, 1993; Rousselle, 2000), y por lo tanto debían de recurrir a otros métodos.

No obstante, cuando los métodos anticonceptivos fallaban, las mujeres podían recurrir al aborto, para el cual Discorides hizo una lista de más de veinticinco plantas abortivas (Arribas, 2010). Así mismo, Sorano de Éfeso alertó sobre los peligros de las medidas quirúrgicas, proponiendo como alternativa a

las mismas el uso de supositorios vaginales, sangrías, baños calientes, irrigaciones vaginales a base de aceite de tibia y ruda, cataplasmas de aceite de linaza, hinojo y ajeno, etc. (McLaren, 1993). También existían prácticas resultantes del conocimiento popular como la automedicación con pepino acuoso, eléboro negro y miel en rama o el bálsamo de panacea (Arribas, 2010; McLaren, 1993; Riddle, 1991), así como la administración de una bebida a base de menta y agua tibia (Riddle, 1991). En este marco, el infanticidio continuaba siendo una realidad, hecho que implicaba un menor riesgo para la salud materna y permitía tomar una decisión en relación al sexo del recién nacido (Rousselle, 2000; Wilkinson, 1978).

### **3.3.4. El Occidente Cristiano**

En la cultura cristiana como en la clásica, se siguió fomentando la sumisión de la mujer respecto al hombre (McLaren, 1993). Pero en esta época, la dosis de libertad de la que había dispuesto la mujer en épocas anteriores se fue perdiendo, hasta el punto de desempeñar un papel silencioso, sumiso y pasivo (McLaren, 1993).

El cristianismo supuso un gran cambio en muchos aspectos y uno de ellos fue la fertilidad (McLaren, 1993). Se pasó de la libertad de las épocas anteriores, a condenar cualquier forma de controlar la natalidad que impidiera la concepción y permitiera el placer. Ya que según el pensamiento de la época el mal no se encontraba en la procreación *per sé*, sino en la lujuria que la acompañaba (McLaren, 1993; Wilkinson, 1978). De ahí, que una de las innovaciones más importantes de la Iglesia fue su énfasis en la continencia de la pareja casada, ya fuera para toda la vida o después de los años fértiles de la mujer (McLaren, 1993; Rousselle, 2000). Lógicamente, durante los años fértiles, la Iglesia esperaba que las relaciones sexuales se limitaran a las necesarias para la procreación, además, se oponían al coito durante la menstruación y durante el embarazo por creer que era contaminante (McLaren, 1993).

Partiendo de esta forma de entender la reproducción, resulta fácil comprender que la anticoncepción y el aborto temprano fueran condenados

(McLaren, 1993). Como cabe esperar, durante esta época el uso de las plantas utilizadas por las mujeres con fines anticonceptivos no estaba permitido, sin embargo, si lo estaba el uso de aquellas que pudieran favorecer la abstinencia, como por ejemplo el uso del sauce o del pimiento silvestre (McLaren, 1993). Así mismo, también se recurría a las peregrinaciones o los ritos religiosos para curar la esterilidad (McLaren, 1993).

### **3.4. La Edad Media**

Este periodo supuso una ruptura con el mundo tal y como se conocía hasta entonces, caracterizándose por ser una civilización más pequeña y rural, quedando muy alejada la Europa cimentada en la cultura urbana y el comercio a larga distancia (McLaren, 1993). El analfabetismo se extendió y gran parte de los sofisticados avances médicos de los griegos quedaron en el olvido (McLaren, 1993).

Por otro lado, el cambio en el modelo de explotación agraria ahora basado en los feudos familiares, unido al alto índice de mortalidad infantil y a la corta esperanza de vida en esta época, hizo necesario un cambio en el modelo familiar y las estrategias reproductivas (McLaren, 1993). Siendo una de las características principales de este periodo la exaltación de la fertilidad, la cual se pretendía promover a través de métodos médicos, mágicos y religiosos, como por ejemplo el uso de pociones y oraciones como medio para aumentar o disminuir la libido o promover el embarazo. Con estos mismos fines también se utilizaban cataplasmas calientes y pesarios. Además, eran frecuentes las peregrinaciones y oraciones para curar la esterilidad, la cual se diagnosticaba al añadir orina a un poco de salvado, siendo el resultado positivo si éste no brotaba (McLaren, 1993). No obstante, el tamaño de la familia en el Edad Media era pequeño (McLaren, 1993).

En estas circunstancias, es importante resaltar el papel de la Iglesia, la cual consiguió instaurar un nuevo modelo familiar basado en la indisolubilidad y la monogamia (L'Hermitte-Leclercq, 2000). Además, sus recomendaciones sobre la continencia periódica, así como la prohibición de las relaciones sexuales durante etapas específicas del ciclo fisiológico de la mujer y del ciclo litúrgico,

también puede que ralentizaran el crecimiento familiar (McLaren, 1993). Sin embargo, dicha abstención respondía a una doble moral, ya que estaba teológicamente aceptado que los hombres recurrieran durante estos periodos a la prostitución (Vecchio, 2000).

No obstante, a pesar de la presión ejercida por la Iglesia durante esta época, se continuó intentando controlar la natalidad a través del uso de pesarios, supositorios y pociones bebibles creadas a base de hierbas. Así como con la adopción de algunas posturas durante el coito para promover o inhibir la concepción (McLaren, 1993). Por otro lado, el coitus interruptus y el aborto continuaban siendo prácticas habituales de esta época, al igual que el uso de amuletos y brebajes (Opitz, 2000).

A partir del s.XI, gracias a las traducciones del árabe en las Escuelas de Salerno y Montpellier, los europeos occidentales fueron reintroducidos a los métodos barrera empleados en épocas anteriores (Arribas, 2010). A la Escuela de Salerno pertenecía Trótula de Ruggiero, autora del tratado de Obstetricia y Ginecología "*De Passionibus mulierum curandorum ante, in, post partum*" (Arribas, 2010). En su obra, Trótula recomienda una larga serie de recetas anticonceptivas y pesarios abortivos (Arribas, 2010), entre los cuales se encontraba el uso de pesarios compuestos por las plantas iris, hiedra y sabina, mezcladas con vino blanco y miel, así como la inserción de granos de ricino o cebada en la vagina para conseguir la esterilidad (el número de granos a introducir debía ser igual al número de años que se deseaba durara su efecto) (Arribas, 2010).

En relación al aborto, es necesario hacer una puntualización, ya que la Iglesia consideraba legítimos aquellos abortos que tenían lugar antes de la animación del feto, hecho que se pensaba ocurría a los cuarenta días del embarazo (McLaren, 1993). La sustancia abortiva más utilizada en esta época era el cornezuelo de centeno, la cual era muy peligrosa ya que su uso a grandes dosis en los casos en los que el feto ya estaba bastante desarrollado, se relacionaba con la muerte materna y fetal (Opitz, 2000).

### 3.5. Edad Moderna

En esta época, el Estado pasó a ser el responsable de la condena del aborto y el infanticidio, cambio que permitió la apertura a la sexualidad y a la anticoncepción (McLaren 1993). Además, aunque el matrimonio continuaba siendo el cimiento fundamental sobre el que se asentaban las relaciones entre los individuos y sus familias (McLaren 1993), se pasó del autoritarismo del s. XVI a la familia sentimental e igualitaria del s. XVIII (McLaren 1993). Donde no sólo cambió la relación entre las parejas sino también el trato con los hijos, caracterizado por la preocupación del bienestar de los mismos (McLaren 1993). Situación que también se vio favorecida por el capitalismo, el cual legitimó la individualización, haciendo posible que el individuo priorizara las necesidades familiares. Hecho que a su vez también impulsó la propagación de la anticoncepción, lo cual supuso un cambio moral en la sociedad que comenzó a desvincular el placer de la concepción (McLaren 1993).

La apertura en este ámbito también se empezó a notar en la Iglesia. La cual, aunque inicialmente reticente, comenzó a aceptar el *coitus reservatus* en los casos de pobreza o en los que el embarazo supusiera un riesgo para la salud materna, y también comenzó a permitir las relaciones sexuales durante la menstruación. Sin embargo, continuó sin aprobar el uso de anticonceptivos, aunque si reconocía que las familias numerosas podían ser una carga y aconsejaba a los confesores no sobrepasarse (McLaren 1993).

La visión de los protestantes a este respecto también era contraria al uso de anticonceptivos, no obstante, Lutero atacó la misoginia y el ideal de celibato de los católicos. Desde el punto de vista de los protestantes, la mujer, aunque debía estar sometida al marido, también debía ser honrada por su maternidad (McLaren 1993).

En relación a la anticoncepción, la inexistencia a principios del período moderno de una nueva ideología que justificara el control de la fertilidad o la existencia de una nueva tecnología que facilitara su práctica, hizo que se continuara utilizando la continencia y las prácticas ya firmemente establecidas (McLaren 1993). No obstante, dichos métodos se difundían a través de la

imprensa (McLaren 1993), claro ejemplo del inicio de la normalización de la anticoncepción durante esta época.

Entre los anticonceptivos femeninos más utilizados encontramos las esponjas y los tampones, los cuales debían ir acompañados de irrigaciones o lavados vaginales para que fueran verdaderamente efectivos (McLaren 1993). Por otro lado, el preservativo fue el único anticonceptivo nuevo y supuestamente eficaz producido a principios del período moderno. Sin embargo, su papel en el descenso de la fertilidad fue mínimo, ya que su uso estaba más relacionado con la prevención de enfermedades venéreas (McLaren 1993).

Por otro lado, la disminución de las lactancias prolongadas a favor del uso de amas de cría favoreció el uso de otros métodos anticonceptivos, pero repercutió negativamente sobre la salud de los recién nacidos (McLaren 1993). Afortunadamente, a finales de este periodo el concepto de crianza comenzó a cambiar y la anticoncepción comenzó a ser utilizada para limitar el número de hijos y asegurar la salud de los ya nacidos (McLaren 1993).

### **3.6. Edad Contemporánea**

El s.XIX supuso el inicio de una nueva era demográfica para América y Europa occidental debido al descenso sostenido de los índices de fertilidad. (McLaren 1993). A su vez, el uso de anticonceptivos era cada vez mayor, hecho que quedaba reflejado no tanto en el descenso del número de hijos sino en la temprana edad a la que las mujeres dejaban de procrear (McLaren 1993). Este giro en el control de la natalidad se inició entre las clases altas, a las que siguieron las clases más bajas una o dos generaciones más tarde (McLaren 1993).

Así mismo, la urbanización y la modernización que tuvo lugar en esta época estaban ligadas a una mayor movilidad y secularización. La emigración a la ciudad no solo suponía un cambio en la estructura laboral, sino también una vía de escape de las ataduras ancestrales. Por todo esto, la fertilidad en la ciudad era menor que en el campo (McLaren 1993).

No obstante, a pesar de la aparente apertura en este ámbito, el cambio se fue dando de forma paulatina. Durante este siglo el control de la natalidad era visto como un asunto relacionado con la promiscuidad, la pobreza y la política (McLaren 1993). Sin embargo, hechos como el juicio de George Bradlaugh y Annie Besant en 1877 por volver a publicar el tratado de Charles Knowlton sobre el control de la natalidad, lejos de aplacar el movimiento que se estaba generando en torno a la anticoncepción, consiguió publicarlo (McLaren 1993).

Entre los métodos anticonceptivos utilizados en esta época encontramos la esponja, el preservativo, los pesarios y el diafragma. La esponja se humedecía y ataba a una cinta para su uso, tras su retirada y con el fin de aumentar su eficacia recomendaban a la mujer la ducha o el lavado vaginal (McLaren 1993). El preservativo fue evolucionando a lo largo de los años, inicialmente los más utilizados eran de piel de animal o de seda y hacia el 1850 se comenzó a comercializar el preservativo de goma en EEUU. No obstante, en esta época continuaba siendo un método de baja aceptación debido a su asociación con la prostitución y las enfermedades venéreas (McLaren 1993).

Así mismo, a raíz del uso de los pesarios como tratamiento ginecológico, se introdujo el diafragma como método anticonceptivo, aunque su uso era limitado debido a la asistencia médica que requería para su colocación y su elevado coste (McLaren 1993). Durante este siglo también se inició el desarrollo de geles y polvos ácidos para bloquear y matar el espermatozoide, aunque la producción de productos caseros con el mismo fin continuaba siendo una realidad.

En términos generales, se hablaba de la importancia de la combinación de los métodos barrera con la ducha o el lavado vaginal para incrementar su eficacia. Dicho lavado se solía llevar a cabo con agua o con algún ingrediente ácido. La consecuencia directa de estas recomendaciones fue que hacia la mitad del s.XIX la venta de jeringas irrigadoras estaba completamente normalizada (McLaren 1993).

Sin lugar a dudas, esta época marcó un antes y un después respecto a épocas anteriores en términos de anticoncepción. No obstante, a pesar de los avances en la creación de nuevos métodos, el elevado coste y la presión de la Iglesia hizo que el control de la natalidad continuara llevándose a cabo mayoritariamente a través de la abstinencia, los matrimonios tardíos, el coitus

interruptus y la prolongación de la LM (McLaren 1993). Ésta última también se vio afectada por los cambios de la época, concretamente por la industrialización, haciendo que su duración y uso se vieran disminuidos, e incluso, en el caso de las clases acomodadas, sustituida por la lactancia artificial (McLaren 1993).

Como resultado de todos los cambios que se produjeron en esta época, en términos de anticoncepción y a nivel general, la natalidad disminuyó drásticamente (McLaren 1993). Dicha bajada se prolongó hasta la década de 1920, dónde el número de hijos se solía limitar a dos (McLaren 1993). Durante el s.XX las figuras de Margaret Sanger y Marie Stopes fueron muy relevantes para la fertilidad. En su discurso promovían el uso de métodos anticonceptivos no solo con el fin de reducir la mortalidad materno infantil asociada a las familias numerosas, sino también como vía para alcanzar la felicidad conyugal (McLaren 1993).

En la década de los 30, a través de un discurso positivista del control de la fertilidad, los defensores del control de la natalidad consiguieron desmontar las teorías de gran parte de los opositores al movimiento, lo cual hizo posible un pequeño avance en la aceptación pública del control de la natalidad. En este contexto, la Iglesia Católica continuó oponiéndose a la regulación artificial de la natalidad, pero aceptó el método creado por Knaus y Ogino en el 1929 como una forma natural de controlar el tamaño de la familia (McLaren 1993).

En relación al aborto, aunque las mujeres continuaban utilizando métodos caseros para abortar, en esta década ya se sabía que los abortos médicos realizados dentro del primer trimestre eran igual de seguros que los partos a término, sobre todo si posteriormente se utilizaban sulfamidas para prevenir la infección. Los métodos más utilizados de esta época eran la dilatación y el legrado (McLaren 1993).

Durante el s.XX se continuó con la creación de nuevos métodos anticonceptivos, aunque de los creados al inicio del siglo como la esterilización quirúrgica, la búsqueda del período seguro a través del método de Ogino y Knaus o los primeros dispositivos intrauterinos, ninguno resultó satisfactorio, bien por su baja eficacia o por un impacto negativo en la salud de la mujer. No obstante, la producción continuó, así como su creciente sofisticación, de tal

forma que hacia finales de la década de los 60 se produjo una distribución masiva de la píldora y la espiral (McLaren 1993).

Hacia finales de los años 70 la presencia de la mujer en el mundo laboral era cada vez mayor. En este contexto, el acceso a los métodos anticonceptivos ofrecía la posibilidad de decidir con libertad, no sólo sobre su fertilidad, sino también sobre sus oportunidades educativas y profesionales, ya que podía decidir qué momento de su vida quería dedicar a la maternidad (McLaren 1993). De esta forma, como McLaren (1993, p. 283) menciona en su obra, *“quedaba claro que las mujeres habían conquistado métodos más efectivos de control de natalidad a costa de asumir la responsabilidad total por los inconvenientes y riesgos implícitos”*.

Así mismo desde la década de los 70 hasta el momento actual, la anticoncepción no ha dejado de evolucionar y hoy en día contamos con una amplia gama de anticonceptivos al alcance de todas las mujeres.

### **3.7. Conclusión**

Como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, la historia de la anticoncepción ha estado siempre ligada a la mujer, sin embargo, tal y como se ha visto, la mujer no siempre ha tenido la potestad de decidir sobre su propia fertilidad, situación que desafortunadamente todavía continúa siendo una realidad en algunas culturas del mundo. No obstante, como se ha mencionado, la evolución en términos de anticoncepción es imparable, y gracias al progreso de las últimas décadas, en la actualidad contamos con una amplia oferta anticonceptiva la cual procederemos a explorar de forma detallada en el próximo capítulo.

## **CAPÍTULO IV: ACTUALIZACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO**

4.1. Introducción

4.2. El puerperio y la Planificación Familiar

4.3. Métodos anticonceptivos

4.4. Efectividad de los métodos anticonceptivos posparto

4.5. Situación de MELA en la anticoncepción posparto

4.6. Conclusión

## **4.1. Introducción**

En la actualidad, como mencionábamos al final del capítulo anterior, contamos con una amplia oferta anticonceptiva. La variedad de métodos que tenemos a nuestro alcance permite que la mujer pueda escoger no solo en función de su estado de salud sino también en cuanto a sus preferencias en relación a la forma de uso, el mecanismo de acción, la eficacia, etc. Sin embargo, esta amplia gama de posibilidades requiere de una continua actualización en anticoncepción por parte de los profesionales con el fin de promover la toma de decisiones informadas en anticoncepción entre las mujeres.

Partiendo de esta idea, se ha querido dedicar este capítulo a una breve descripción de los diferentes métodos anticonceptivos disponibles, haciendo especial hincapié en su idoneidad de uso durante el posparto y la lactancia. Así mismo, con esta revisión también pretendemos poner de manifiesto la competitividad de MELA como alternativa real durante el posparto.

## **4.2. El puerperio y la planificación familiar**

El puerperio se define como el periodo de tiempo después del nacimiento donde el útero y otros órganos y estructuras, que se han visto afectadas por el embarazo, vuelven a su estado de normalidad previo al embarazo (Fraser y Cooper, 2009). Además, este periodo se puede dividir en tres fases: puerperio inmediato (comprende aproximadamente las primeras 24 horas posparto), puerperio clínico (los 5-7 días siguientes a las primeras 24 horas) y puerperio tardío (con una duración de entre 5 y 7 meses) (Marchant, 2009). En relación al tema que nos ocupa, la etapa puerperal que más nos interesa es la tardía, periodo en el cual la mujer debería de comenzar a utilizar algún tipo de método anticonceptivo si desea reanudar las relaciones sexuales y minimizar el riesgo de embarazo, ya que como mencionamos en el capítulo I, es recomendable comenzar a usar algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 en adelante (Clift-Matthews, 2009; MSSSI, 2014).

También ha de tenerse en cuenta que los cambios emocionales, físicos y sociales que ocurren durante el posparto, hacen que este período se considere uno de los más intensos de la vida de una mujer y de su familia (Teal, 2014). La mujer suele experimentar cambios relacionados con su fisiología, su imagen corporal, la fertilidad, el comportamiento sexual y en pareja, el deseo de concepción o su tolerancia a un nuevo embarazo no planeado (Teal, 2014). Como consecuencia, esta situación tan caótica para ella repercute a la hora de elegir un método anticonceptivo (Kennedy, 1996), haciendo en muchas ocasiones que su inicio se posponga (Teal, 2014). Hecho que podría repercutir negativamente en su salud, ya que la Planificación Familiar Posparto (PFP) no solo va dirigida a la prevención embarazos no deseados, sino también a asegurar la separación intergenésica (OMS, 2013).

En relación a la prevención de embarazos no deseados, Borda y Winfrey (2010) mencionan que de los 205 millones de embarazos que ocurren a nivel mundial en un año, más de un tercio son embarazos no planeados. Así mismo, Ross y Winfrey (2001) afirman que el 95% de las mujeres que se encuentran en los primeros 12 meses posparto no desean volver a quedarse embarazadas en los próximos 24 meses, pero que el 70% de ellas no usan ningún tipo de método anticonceptivo. A este respecto, la OMS (2012) sostiene que Europa es la región con mayor número de abortos inducidos, procedimiento no exento de riesgos para la salud de la mujer. Así mismo, la situación de España no es mucho más alentadora, ya que en la actualidad es junto con Francia y Alemania uno de los países en los que más abortos se producen de Europa (Instituto de Política Familiar, 2021). Según el Ministerio de Sanidad (2021) en el año 2019 se produjeron en nuestro país un total 95.149 interrupciones voluntarias de embarazo, el 90% a petición de la mujer, de las cuales un 53% tenían al menos un hijo. Hecho que como profesionales de Enfermería nos ha de hacer reflexionar sobre el manejo de la sexualidad y la anticoncepción en nuestro país.

La alternativa a esta situación, una vez que el embarazo se ha producido, es el progreso normal del mismo. Lo cual, también afecta de forma adversa y medible a la calidad de vida de la mujer (Schwarz et al., 2008), a su salud y a la del recién nacido (Cheng et al., 2009). En este sentido, Cheng et al. (2009)

sugieren que los embarazos no deseados que continúan su curso se asocian con hábitos nocivos como: consumo inadecuado de ácido fólico, retraso en el inicio del seguimiento antenatal hasta el segundo trimestre, uso del tabaco durante el embarazo, depresión posparto y amamantamiento del recién nacido durante menos de 8 semanas.

Por lo tanto, es necesario centrar las estrategias de la Planificación Familiar (PF) en general y en concreto las de la Planificación Familiar Posparto (PFP) en la prevención de los embarazos no deseados, ya que una vez que ocurren ninguna opción parece ser completamente beneficiosa.

Por otro lado, al principio del capítulo señalábamos que la PFP también desempeña un papel importante a la hora de asegurar la separación temporal de los nacimientos (OMS, 2013). Afirmación sobre la cual, varios autores concluyen que un intervalo entre embarazos menor a seis meses está relacionado con resultados perinatales negativos y un mayor número de riesgos que afectan a la salud materna (Howie y McNeilly, 1982; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2009). Así mismo, hay un creciente número de estudios que abogan por un intervalo intergenésico de al menos 18 meses, asociando a malos resultados maternos, infantiles y sociales los intervalos menores (Conde-Agudelo *et al.*, 2006; Sachar *et al.*, 2016; Teal 2014). En esta misma línea, Cleland *et al.* (2006) sugieren que la separación temporal de al menos dos años entre los embarazos evitaría más del 30% de la mortalidad materna y el 10% de la mortalidad infantil (Cleland *et al.*, 2006). Según Rustein (2008), si las parejas esperasen al menos 24 meses para volver a concebir, el riesgo de mortalidad infantil se reduciría un 13%, y si esperaran 36 meses la disminución sería del 25%. Idea que también es apoyada por Da Vanzo *et al.* (2007), el cual sugiere que los embarazos con menor separación temporal durante el primer año posparto, son los de mayor riesgo para la madre y el recién nacido. En vista de esta situación, la OMS (2007) recomienda a la mujer esperar al menos dos años para volver a quedarse embarazada.

Por lo tanto, podríamos decir que el uso de anticonceptivos durante el posparto tiene un papel fundamental a la hora de hacer del embarazo un proceso más seguro, objetivo no siempre conocido por las mujeres (Harris *et al.*, 2020). A este respecto, es importante resaltar que las mujeres dentro de

este periodo conforman uno de grupos más insatisfechos en relación a la PF (OMS, 2013). Los motivos de esta situación se relacionan con las funciones propias de la PFP, la salud materna, el retorno de la fertilidad y el uso de los métodos anticonceptivos en si (Borda y Winfrey, 2010). Motivos que comenzaremos a explorar en este capítulo con la descripción que vamos a realizar sobre los diferentes métodos anticonceptivos, y que continuaremos en el siguiente capítulo cuando hablemos de la toma de decisiones en anticoncepción.

### **4.3. Métodos anticonceptivos**

Como se ha mencionado anteriormente, actualmente contamos con una amplia variedad de métodos anticonceptivos. Sin embargo, no todos están aconsejados durante el periodo posparto y la lactancia. De ahí la importancia de hacer un recorrido sobre los métodos existentes con el fin de tener una visión global sobre su idoneidad de uso durante estos periodos.

#### **4.3.1. Métodos barrera**

Entre los métodos barrera encontramos los físicos (preservativo, esponja vaginal, capuchón cervical y diafragma) y los químicos (óvulos o cremas espermicidas) (Alonso-Llamazares, 2009). Siendo el mecanismo de acción de los físicos impedir que los espermatozoides entren en contacto con el tracto genital femenino (Soriano Fernández *et al.*, 2010), y el de los químicos inactivar, inmovilizar o destruir los espermatozoides antes de que estos alcancen el cuello del útero (Alonso-Llamazares, 2009). Como parte de sus beneficios encontramos que suelen ser de uso fácil, además el preservativo reduce el riesgo de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS) (OMS, 2018a). En contraposición, los métodos barrera tienen una menor eficacia y requieren de una manipulación de los genitales, lo cual puede interferir con el momento del coito. Por otro lado, su precio es variable (Alonso-Llamazares, 2009).

En relación a su uso durante el posparto, ni el diafragma ni el capuchón cervical pueden ser usados hasta que el útero termina de involucionar, lo cual

conlleva aproximadamente seis semanas (Kennedy, 1996; OMS, 2013; Speroff y Mishell, 2008). Por ello, en el caso de que la mujer desee reanudar las relaciones sexuales antes de que esto ocurra, el preservativo y los espermicidas serían sus métodos barrera de elección (Kennedy, 1996; OMS, 2013; Speroff y Mishell, 2008). Además, el uso del preservativo durante el posparto también reduciría el riesgo de endometritis, puesto que actuaría como una barrera física contra las bacterias (Kennedy, 1996).

En relación a la LM, en el caso de los métodos barrera no se ha encontrado ningún estudio que describa contraindicación alguna.

### **4.3.2. Métodos hormonales**

En la actualidad disponemos de dos tipos de métodos anticonceptivos hormonales, los compuestos por estrógenos y gestágenos, denominados anticonceptivos hormonales combinados (Serrano Navarro y Quilez, 2013), y los compuestos por sólo gestágenos (Quesada Moreno, 2013). En ambos casos el mecanismo de acción es múltiple. Por un lado, su acción sobre el eje hipotálamo-hipofisiario inhibe la secreción de gonadotropinas y por tanto la ovulación. De tal forma que los estrógenos inhiben la FSH y los gestágenos el pico de LH. Sin embargo, en el caso de los métodos de sólo gestágenos, aunque se produce cierto desarrollo folicular la ovulación no tiene lugar al no producirse el pico de LH (Gómez-Martínez *et al.*, 2009). Por otro lado, hacen que el moco cervical aumente su densidad, lo cual dificulta la penetración de los espermatozoides (Quesada Moreno, 2013), impiden la transformación del endometrio, haciéndolo hostil a la implantación (Quesada Moreno, 2013; Gómez-Martínez *et al.*, 2009) y disminuyen la movilidad tubárica (Quesada Moreno, 2013).

Sin embargo, en relación a sus ventajas y desventajas, así como a su idoneidad de uso durante el posparto y la LM, ambos métodos no se comportan de forma similar. Motivos por lo que es conveniente continuar con la descripción de los mismos por separado:

### **a) Métodos hormonales combinados**

Este tipo de métodos se puede dispensar en diversos formatos: píldora (de uso diario), parche (de uso semanal), inyectable (de uso mensual) o anillo vaginal (de uso mensual) (Serrano Navarro y Quilez, 2013) en función de las preferencias de la mujer. No obstante, como cualquier medicamento, el uso de este tipo de anticonceptivos tiene una serie de ventajas y riesgos asociados.

Por un lado, entre sus efectos beneficiosos no anticonceptivos encontramos la disminución del riesgo de cáncer de ovario, de cáncer de endometrio y de cáncer de colon. Así como la protección frente a la enfermedad inflamatoria pélvica, tratamiento del dolor por endometriosis, mejora de la dismenorrea, disminución del sangrado menstrual, mejora del síndrome premenstrual, reducción de la pérdida de densidad mineral ósea y mejora del acné y el hirsutismo (Rey Novoa, 2013). En contraposición, se ha de mencionar que este tipo de métodos no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (OMS, 2018a) y están asociados a otros posibles efectos secundarios como: tromboembolismo venoso, hipertensión arterial, cáncer de mama, cáncer de cérvix, náuseas, vómitos, aumento de peso, cefaleas, mastalgia, depresión, inapetencia sexual, etc. (Gómez-Martínez *et al.*, 2009; Quesada Moreno, 2013).

En relación al puerperio, cuando hablamos del uso de este tipo de métodos es imprescindible saber si la mujer alimenta a su hijo con LM o no. En caso de que haya decidido no amamantarlo, el uso de este tipo de métodos se recomienda, en términos generales, a partir del día 21 posparto (OMS, 2018c). Siendo el motivo principal, que las mujeres durante el puerperio ya se encuentran en una situación propicia al tromboembolismo venoso, consecuencia de los cambios hematológicos que ocurren durante el embarazo y el parto, no obstante, esta situación mejora rápidamente durante los primeros 21 días posparto y vuelve a la normalidad hacia el día 42. Por lo tanto, puesto que este tipo de medicamentos ya tienen un riesgo inherente de tromboembolismo venoso, su inicio se intenta postergar hasta el día 21 posparto por la seguridad de la mujer (Jackson, 2011).

Por otro lado, en caso de que la mujer si alimente a su hijo con LM como alimento principal, no se recomienda el uso de este tipo de anticonceptivos hasta los siete meses posparto (OMS, 2018c). Recomendación que, tal y como

señala Loewenberg Weisban *et al.* (2017) en su estudio llevado a cabo en Estados Unidos con una muestra de 100 puérperas que alimentaban a sus hijos con LM, no siempre es conocida por las mujeres.

La razón que motiva esta recomendación es la asociación observada entre los anticonceptivos hormonales combinados y la reducción de la cantidad y la calidad de la leche materna (Buitrón García, 2014; Speroff y Mishell, 2008). Situación que ya fue descrita por Peralta *et al.* (1983) al afirmar que el índice de LM a los seis meses posparto es menor entre aquellas mujeres que utilizan este tipo de métodos, independientemente de si su inicio fue en el primer, segundo o tercer mes posparto. Sin embargo, todavía existe cierta controversia al respecto ya que Truitt *et al.* (2003) sugiere que no hay evidencia suficiente para realizar dichas afirmaciones.

#### **b) Métodos de solo gestágenos**

Este tipo de métodos también se pueden dispensar en diferentes formatos: oral (de uso diario), intramuscular (de uso trimestral) y subdérmico (la duración de su efecto varía de 3 a 7 años) (King, 2007; OMS, 2018a). Además, la OMS (2015), en la última actualización de su guía Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (CME), ha incluido el anillo vaginal liberador de progesterona como una alternativa más dentro de este tipo de métodos.

Así mismo, los anticonceptivos de solo gestágenos al igual que los métodos hormonales combinados también se asocian a otros beneficios a parte del anticonceptivo, entre los que diferenciamos: la mejora de la dismenorrea y del dolor pélvico asociado a endometriosis, el tratamiento del sangrado menstrual excesivo, el tratamiento de la hiperplasia endometrial, el efecto protector en mujeres usuarias de terapia de reemplazo hormonal y la disminución del riesgo de cáncer de endometrio (Rey Novoa, 2013). No obstante, a pesar de dichos efectos beneficiosos, su uso sigue estando asociado a una serie de posibles efectos adversos como: alteraciones en el patrón de sangrado, quistes funcionales de ovario, mastodinia, náuseas, cambios de humor, cefaleas, etc. (Quesada Moreno, 2013).

En relación a su administración durante el puerperio, en el caso de las mujeres que no alimenten a sus hijos con LM, este tipo de métodos se podría

comenzar a utilizar antes del día 21 posparto (OMS, 2018c). Sin embargo, entre las mujeres que amamantan a sus hijos, aunque su uso no afecta a la LM en sí, en la actualidad existe cierta controversia en cuanto al momento de inicio de este tipo de métodos por sus posibles efectos sobre el desarrollo posterior del recién nacido, a nivel cognitivo o del comportamiento (Jackson, 2011). Efectos que no se manifestarían hasta que su desarrollo neurológico y sexual hubiera finalizado (King, 2007). La falta de evidencia sistemática que estudie esta posible repercusión sobre el lactante a largo plazo, hace que ciertos autores se muestren reticentes a aconsejar este tipo de métodos anticonceptivos desde el inicio del puerperio (Jackson, 2011; King, 2007; Lobbok 2015).

En este contexto, la OMS (2009) recomendaba en su antepenúltima guía CME posponer el inicio de los métodos anticonceptivos de solo gestágenos a la finalización de las primeras seis semanas posparto entre aquellas mujeres que amamantaban a sus hijos. Recomendación que este organismo mantenía en 2013, afirmando que cuando el tratamiento se inicia a partir de las seis semanas posparto, la exposición a la progesterona por parte del lactante no se relaciona con efectos negativos sobre su desarrollo y crecimiento (OMS, 2013).

Sin embargo, en su última edición de la guía CME, la OMS (2015) modificó el criterio anterior para el uso de anticonceptivos de solo gestágenos en combinación con la LM. De tal forma que actualmente no se recomienda a las mujeres que amamantan con menos de seis semanas posparto utilizar los anticonceptivos inyectables de solo gestágenos, pero si los anticonceptivos orales de solo gestágenos y los implantes de levonorgestrel y etonogestrel (OMS, 2015; OMS, 2018c).

No obstante, tal y como se especifica en la propia guía CME (OMS, 2015), la evidencia utilizada para hacer esta última modificación es de una calidad baja a muy baja según la clasificación de la evaluación, desarrollo, y valoración de las recomendaciones, en inglés Grading of Recommendations, Assessment Development and Evaluation (GRADE) (OMS, 2015; OMS, 2018c).

En relación a este hecho, la OMS (2018a), mediante una anotación en su guía, explica que hay evidencia directa que demuestra que la contracepción de solo gestágenos no tiene ningún efecto negativo sobre la LM, y que

generalmente, también demuestra la ausencia de efectos dañinos en el crecimiento del niño, su salud o su desarrollo. Sin embargo, vuelve a mencionar que los estudios en los que se sustenta esta última afirmación son estudios con un diseño inadecuado, a través de los cuales no se puede determinar el riesgo que existe a largo plazo tras la exposición a la progesterona a través de la leche materna (OMS, 2018a). Así mismo, también especifica que existen estudios realizados en animales que relacionan la exposición a la progesterona con efectos sobre el cerebro en desarrollo, aunque en la actualidad no está claro si esta situación podría generalizarse a los humanos (OMS, 2018a).

En este contexto, un año después de la publicación del MEC (2015), se publicó la revisión sistemática de Philips *et al.* (2016), la cual, tal y como se especifica en la misma, fue tomada en cuenta casi en su totalidad en el año 2014 para realizar la última actualización del MEC, desde ese momento hasta la publicación de la revisión solo un artículo más fue incluido en la misma. Como conclusión a esta revisión, los autores expresan la consistencia de la evidencia en cuanto a la ausencia de un efecto negativo sobre la salud infantil en el primer año de vida, aunque haciendo mención a la baja calidad metodológica de los estudios evaluados (Philips *et al.*, 2016). Así mismo, también señalan la necesidad de más evidencia que determine los posibles efectos a largo plazo en la salud y el desarrollo infantil (Philips *et al.*, 2016).

Ante esta controvertida situación, resulta llamativo que países como Reino Unido permitan el uso de los métodos de sólo gestágenos desde el inicio del puerperio en combinación con la LM (Buitrón García, 2014). En nuestro país, tanto la Sociedad Española de Contracepción (SEC) como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) proponen en su último protocolo, publicado en 2013, el criterio descrito por la OMS en su guía de 2009, ya que era la que estaba vigente en ese momento (Quesada Moreno, 2013). Sin embargo, Quesada Moreno (2013, p. 9), autor del protocolo de la SEGO/SEC, aceptaba con cierta reticencia el criterio de la OMS (2009), especificando en el protocolo que *“la asignación de una categoría 3 en las primeras seis semanas se debe a una evidencia de calidad baja en los estudios clínicos”*, hecho que nos resulta llamativo ya que a día de hoy, ocho años más

tarde, todavía no hay evidencia de calidad que avale la seguridad infantil del uso de los anticonceptivos de solo gestágenos durante las primeras seis semanas del posparto en combinación con la LM.

A la vista de todo lo expuesto, se podría decir que la falta de evidencia de calidad para recomendar el uso de los métodos de solo gestágenos antes de las primeras seis semanas posparto, pone de manifiesto la necesidad de informar sobre esta situación a las mujeres para que puedan tomar una verdadera decisión informada al respecto.

Por otro lado, en cuanto al uso del anillo vaginal liberador de progesterona, la OMS (2015) recomienda su uso sin restricciones entre las madres que amamantan a sus hijos a partir de la cuarta semana posparto. Además, hace especial hincapié en la importancia de continuar amamantando al recién nacido al menos cuatro veces al día para asegurar su máxima efectividad (OMS, 2015; OMS 2018a), ya que plantean el uso de este método como una forma de extender el estado de amenorrea derivado de la LM a través de la progesterona (OMS, 2018a). Las guías no hacen referencia al uso de este método durante el puerperio entre aquellas mujeres que no deseen amamantar a sus hijos. En este contexto, Johansson y Sitruk-ware (2004), sugieren que este tipo de anillos han sido diseñados para ser utilizados por las mujeres que amamantan a sus hijos debido a la incompatibilidad de la lactancia con los estrógenos. Lo cual también es sostenido por RamaRao *et al.*, (2018). No obstante, nos encontramos en el mismo dilema en relación al uso precoz de la progesterona entre las madres que amamantan a sus hijos (Carr *et al.*, 2016). También es importante mencionar que en la actualidad este tipo de método todavía no se comercializa en España.

### **4.3.3. Dispositivos Intrauterinos (DIU)**

Existen dos tipos de DIU, el DIU de cobre y el DIU hormonal (King, 2007). El mecanismo de acción de estos dispositivos varía ligeramente entre ellos, aunque tal y como afirman Martínez Benavides *et al.*, (2013) *“no existen evidencias científicas concluyentes sobre el mecanismo de acción de los DIUs”*. No obstante, existen diversas teorías sobre el mecanismo de acción de estos

dispositivos, como por ejemplo la inhibición de la motilidad espermática, el efecto sobre el ovocito o la citotoxicidad (Martínez Benavides *et al.*, 2013).

En relación al DIU de cobre, el cual se presenta en dos formatos en función de la carga de cobre que libere, inferior a 300mm o mayor a 300mm, su efectividad está ligada al efecto espermicida que produce la liberación diaria de dicho metal y a la respuesta inflamatoria que se produce a nivel endometrial como respuesta a la presencia del DIU dentro del útero (Martínez Benavides *et al.*, 2013). Así mismo, este método tiene una duración aproximada de 5 a 10 años (Martínez Benavides *et al.*, 2013).

Respecto al DIU hormonal, en la actualidad existen dos tipos en función de la cantidad de levonogestrel presente en el dispositivo. Su mecanismo de acción consiste, además de la inflamación a nivel de la cavidad uterina, en un efecto espesante del moco y una atrofia inducida del endometrio. Sin embargo, la carga hormonal no tiene efecto anovulatorio en ninguno de los dos casos. Así mismo, al igual que el DIU de cobre, su utilización también es a largo plazo, aunque en este caso oscila entre los 3 y 5 años en función de la cantidad de hormona presente en el dispositivo (Martínez Benavides *et al.*, 2013).

Entre los posibles efectos adversos de los dispositivos intrauterinos encontramos el dolor durante la inserción o posterior a esta, alteraciones menstruales durante los primeros meses y la posibilidad de una expulsión espontánea o la migración del dispositivo, con el consiguiente riesgo de perforación del útero (Garaulet *et al.*, 2009; Martínez Benavides *et al.*, 2013). Así mismo, en relación a los beneficios debemos diferenciar entre el DIU de cobre, utilizado también para prevenir y tratar las sinequias uterinas, y el DIU hormonal, el cual también sirve para tratar la menorragia y la dismenorrea, la reducción de la incidencia y crecimiento de miomas, el tratamiento de la hiperplasia endometrial, etc. (Garaulet *et al.*, 2009).

Respecto a la LM, el DIU de cobre no afecta a las concentraciones de cobre de la leche materna. Sin embargo, en el caso del DIU de levonogestrel, un 11.8% de la hormona liberada consigue llegar a la circulación del recién nacido a través de la leche materna (King, 2007). Hecho que nos vuelve a plantear el dilema expuesto en relación al uso de los métodos de sólo gestágenos durante la LM.

Por otro lado, en cuanto al momento de colocación del dispositivo, tanto el DIU de cobre como el hormonal, se podrían introducir en la cavidad uterina durante las primeras 48 horas posparto, incluyendo la inserción inmediata tras el alumbramiento de la placenta, independientemente de la situación de lactancia (OMS 2015; OMS 2018c). Sin embargo, una vez que pasen las primeras 48 horas posparto, se desaconseja el uso de este tipo de dispositivos hasta la cuarta semana posparto (OMS, 2015; OMS, 2018c). En este contexto, otros autores (Kennedy, 1996; King, 2007) sugieren que si el DIU se insertara en menos de 10 minutos tras la expulsión placentaria o a partir del día 42 posparto, el riesgo de expulsión sería menor que si la inserción se realiza tras los 10 primeros minutos del alumbramiento de la placenta o en las primeras 48 horas posparto.

Así mismo, en el caso de aquellas mujeres a las que se les ha realizado una cesárea, la inserción del DIU se podría hacer antes de suturar el abdomen a través de la incisión, en estos casos el riesgo de expulsión es menor que en las mujeres que han tenido un parto vaginal (Kennedy, 1996; Martínez Benavides *et al.*, 2013; OMS, 2015). No obstante, en nuestro entorno la inserción del DIU posparto/post cesárea no es habitual (Garaulet *et al.*, 2009).

#### **4.3.4. Métodos anticonceptivos naturales**

Aunque su repercusión sobre la LM es nula, estos métodos se basan en la capacidad de la persona para detectar los días fértiles a través de los signos de fertilidad como: el moco cervical, cambios en el cérvix o en la temperatura basal, o mediante la monitorización de los días del ciclo (Too, 2003). Sin embargo, dicha tarea se complica entre las mujeres que amamantan a sus hijos y continúan en un estado de amenorrea, ya que su función ovárica está reducida durante los primeros meses posparto y por lo tanto incapaz de producir signos de fertilidad detectables (Too, 2003).

No obstante, entre las mujeres que optan por la LM, este período es propicio para el uso de MELA. Método que ha sido explicado en profundidad en el capítulo II, y cuya efectividad es del 98% cuando se sigue el criterio establecido (MSSSI, 2014; Shaaban y Glasier, 2008). Criterio, que fue

establecido como resultado de la revisión de 13 estudios prospectivos llevados a cabo en diferentes países (Kennedy *et al.*, 1989). Así mismo, la revisión sistemática de 14 estudios prospectivos llevada a cabo por Van der Wijden y Manion (2015) volvió a confirmar la efectividad del método.

Sin embargo, a pesar de la evidencia existente, en la actualidad la difusión de este método continúa siendo escasa. A este respecto, varios autores hablan de la falta de conocimiento y confianza de los profesionales en el mismo como motivos principales de esta situación (Jackson, 2005; Panzetta y Shawe, 2013; Too, 2003). Además, se piensa que esta reticencia y escepticismo se debe a que la LM se ve como un método antiguo, sin el rigor del modelo médico de anticoncepción (Too, 2003). Idea que también defiende Panzetta y Shawe (2013) al señalar que tanto la población como los profesionales desconfían de la efectividad de MELA, especificando que el 90% de la población de Reino Unido cree que el efecto anticonceptivo de la LM es un mito. En esta línea, los estudios llevados a cabo por Moraes *et al.* (2015) y Özsoy *et al.* (2017) ponen de manifiesto el desconocimiento de las mujeres sobre MELA.

En estas circunstancias, resulta llamativo que pese a la gran cantidad de evidencia existente en torno a la efectividad del uso de MELA, solo se ha encontrado un estudio (Fehring *et al.*, 2001) que explore el conocimiento de los profesionales sobre el Método. Se trata de un estudio cuantitativo que se llevó a cabo en Estados Unidos con una muestra de 450 enfermeras especialistas en cuidados obstétrico-ginecológicos que trabajaban ofreciendo servicios ginecológicos y de planificación familiar. El objetivo del estudio era determinar el conocimiento de dichos profesionales sobre MELA y otros métodos naturales, para lo cual utilizaron una encuesta inicialmente desarrollada para conocer el conocimiento de los médicos y no del personal de Enfermería, pero que fue versionada cambiando la palabra “médico” por las palabras “enfermera especialista en cuidados obstétrico-ginecológicos”, y sometida a un estudio piloto compuesto por 7 enfermeras especialistas en cuidados obstétrico-ginecológicos. Posteriormente la encuesta fue aleatoriamente distribuida entre los miembros del American College of Nurse-Midwives (ACNM). Los resultados de dicho estudio muestran que las matronas escasamente recomiendan métodos anticonceptivos naturales o MELA siendo uno de los motivos

principales que no los consideran métodos efectivos. Así mismo, este estudio puso de manifiesto el limitado conocimiento de las matronas sobre el funcionamiento de MELA y su efectividad, la cual indicaron era del 83%. Existiendo solo un 34% de la muestra que consideraban a MELA un método efectivo durante los primeros seis meses posparto. No obstante, puesto que este estudio no solo explora el conocimiento de los profesionales sobre MELA, los resultados que muestra, aunque nos ofrecen una idea general sobre el conocimiento del Método por parte de los profesionales, no son suficientes para conocer el estado de la cuestión en profundidad.

En cuanto a la recomendación del Método, un estudio llevado a cabo en Finlandia con un total de 69 médicos y 80 enfermeras que realizaban revisiones posparto en centros de salud, con más de diez años de experiencia en este ámbito, señala que los métodos anticonceptivos más recomendados a las mujeres que amamantan a sus hijos son: el condón en primer lugar, seguido de la minipíldora, el DIU de cobre y el DIU liberador de levonogestrel (Sannisto y Kosunen, 2009). La mayoría de los profesionales reconocieron que nunca recomendaban MELA como método de elección (Sannisto y Kosunen, 2009).

Así mismo, De Sousa *et al.* (2012) llevaron a cabo un estudio en Caracú (Brasil), con 27 enfermeras que trabajaban en planificación familiar dentro de la Estrategia Salud de la Familia. El objetivo del mismo era analizar las actividades educativas llevadas a cabo por los profesionales de Enfermería en términos de planificación familiar, mencionando que, en términos generales, las enfermeras que participaron en el estudio recomendaban el preservativo como método de elección en combinación con la lactancia, seguido de los métodos de solo gestágenos y de MELA.

La falta de conocimiento por parte de los profesionales podría verse como una desventaja del propio método, ya que para poder llevarlo a cabo de una forma efectiva es necesaria la correcta difusión del mismo (Kennedy y Kotelchuck, 1998). Hecho que pone de manifiesto la necesidad de investigación en este campo.

Si analizamos otros aspectos negativos de MELA, también podríamos hablar del hecho de que las mujeres que lo usan no saben cuándo comenzarán

a ovular (Jackson, 2005) aunque si se sabe que el patrón de lactancia tiene un efecto directo sobre el retorno de la ovulación y de la menstruación (Labbok, 2015), que la efectividad del método está estrechamente ligada a la adherencia al mismo, como se ha explicado anteriormente (Türk *et al.*, 2010), y que no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual (Kennedy y Kotelchuck, 1998). Sin embargo, entre sus ventajas encontramos que se puede usar desde el momento del nacimiento, que es gratuito y que, al depender directamente de la LM, promueve su uso y aporta sus beneficios tanto para la salud materna como para la del recién nacido (OMS, 2013).

#### **4.3.5. Métodos no reversibles**

En el caso de la mujer existen dos tipos de métodos no reversibles, la ligadura tubárica y la oclusión tubárica (Quesada Moreno, 2013). La ligadura tubárica consiste en la oclusión de las trompas para impedir el encuentro óvulo-espermatozoide (Yañez, 2009), y la oclusión tubárica histeroscópica consiste en la inserción de un muelle expandible de nitinol en la porción proximal de la trompa, generando como consecuencia, una reacción inflamatoria con fibrosis secundaria que termina ocluyendo la luz de la misma (Saad-Ganem, *et al.*, 2014). Estos métodos tampoco interfieren el proceso de la LM y pueden llevarse a cabo en cualquier mujer, ya que no existe ninguna patología médica que la contraindique, incluidas aquellas que hayan dado a luz en los últimos siete días (OMS, 2018a).

#### **4.4. Efectividad de los Métodos Anticonceptivos Posparto**

Una de las características más importantes de los métodos anticonceptivos es su efectividad. En general, la efectividad de los métodos anticonceptivos se mide a través del índice de Pearl, el cual se define como “el porcentaje de embarazos ocurridos en un año en cien mujeres que utilizan un determinado método anticonceptivo, en ensayos clínicos y población determinada” (Carbajal- Ugarte *et al.*, 2008). Sin embargo, este índice no refleja el hecho de que la fertilidad disminuye con la edad, que fisiológicamente la mujer puede

tener su fertilidad suprimida durante la lactancia, y que la motivación, conocimientos o experiencia usando un método anticonceptivo también puede influir sobre la efectividad del mismo (Hudson y Omokanye, 2011). Esta última limitación es de gran relevancia para los métodos anticonceptivos naturales, puesto que su efectividad depende fundamentalmente de la precisión del usuario para identificar el periodo fértil (Hudson y Omokanye, 2011) o de la adherencia de la usuaria al propio método como es el caso de MELA (Türk *et al.*, 2010).

Por otro lado, la OMS (2018a) cuando habla de la efectividad de un método anticonceptivo diferencia entre uso común y uso perfecto, ya que a pesar de que lo ideal es que los métodos se utilicen de forma perfecta, la realidad es que podemos tener fallos, como los derivados del propio uso, que influyan en su eficacia. Así mismo, otros autores se refieren al uso común como uso habitual (Quesada Moreno, 2013; Serrano Navarro y Quilez, 2013).

Dicho esto, de los métodos descritos anteriormente como aconsejables durante el puerperio, no todos tienen la misma efectividad. En relación al índice de Pearl de los métodos de sólo gestágenos, la píldora tiene un índice de 1 si nos basamos en su uso habitual (OMS, 2018a) y de 0.4 en el caso de que su uso sea perfecto (Quesada Moreno, 2013). El inyectable varía de 3 a 0.3 en función del tipo de uso (Hudson y Omokanye, 2011; Quesada Moreno, 2013), el anillo vaginal liberador de progesterona tiene un índice de 2 y el DIU de Levonorgestrel y el implante tienen unos índices de 0.2 y 0.05 respectivamente (OMS, 2018a). En el caso del anillo, la guía facilita un dato único sin especificar si se trata del relacionado con el uso común o el uso perfecto. Por otro lado, en relación al DIU y al implante, el dato de la efectividad siempre va a ser único, ya que al tratarse de dispositivos que son aplicados por expertos en la materia, se supone que el uso siempre va a ser perfecto.

Por otro lado, al margen de los anticonceptivos de solo gestágenos, el DIU de cobre tiene un índice del 0.6 (Hudson y Omokanye 2011; OMS, 2018a) y la esterilización femenina de 0.5 (OMS, 2018a). Así mismo, en el caso del preservativo, el masculino tiene un índice de 15 si su uso es común y de 2 si su uso es perfecto y el femenino varía de 21 a 5 (OMS, 2018a). Por último, en relación a MELA, la OMS (2018a) habla de un índice de 2 cuando su uso es

común y menor a 1 si su uso es perfecto, aunque en este último caso no especifica un valor exacto. Dato que si facilita Mansour et al. (2010), el cual afirma que el índice Pearl de MELA varía entre 0.4 y 2.0 durante los primeros seis meses posparto. De lo que deducimos, que el 0.4 corresponde al uso perfecto del método y el 2 al uso habitual, ya que ambos datos coinciden con lo sugerido por la OMS (2018a).

A la vista de los datos expuestos, nos resulta llamativo que tanto a nivel general (INE, 2003; SEC, 2020) como durante el puerperio en particular (Harris et al., 2020; Nkwabong et al., 2019; Reyes La Calle et al., 2018; Van Wouwe et al., 2009) el preservativo sea el método más usado por las mujeres, lo cual nos lleva a pensar que tal vez la efectividad no sea el motivo principal en el que se basan a la hora de tomar una decisión en anticoncepción.

#### **4.5. Situación de MELA en la anticoncepción posparto**

De los métodos disponibles en la actualidad, podríamos decir que MELA es uno de los métodos más adecuados para su inicio durante el puerperio entre las mujeres que amamantan a sus hijos, ya que su inicio precoz, lejos de afectar a la salud materna o la del recién nacido, ofrece beneficios a corto y largo plazo para ambos derivados del uso de la LM. Su efectividad, a la altura del resto de métodos, hace que sea considerado un buen método para evitar embarazos no deseados durante los primeros seis meses posparto. Además, podría utilizarse como una vía para fomentar la LME hasta los seis meses de edad, situación recomendada por diversos organismos nacionales e internacionales, como se ha comentado en el capítulo II.

En relación al resto de métodos descritos, como se ha señalado a lo largo del capítulo, los métodos hormonales combinados no están recomendados entre las mujeres que amamantan a sus hijos por el impacto que éstos tienen sobre la leche materna. En cuanto a los métodos de solo gestágenos, aunque la última modificación de la guía CME permite el uso de algunos de estos métodos (píldora, implante y DIU de levonogestrel) entre las mujeres que alimentan con LME antes de las 4 semanas posparto, la evidencia que sostiene esa recomendación, así como el resto de bibliografía existente opuesta a la

misma, hace que debemos tomarla con cautela ya que, como bien indica la propia OMS, no se puede garantizar que la exposición a la progesterona a través de la leche materna no afecte al lactante a largo plazo. Así mismo, en cuanto al anillo vaginal liberador de progesterona, como ya se ha mencionado, sería una alternativa anticonceptiva para las madres que amamantan a sus hijos a partir de la cuarta semana posparto, pero no exento del dilema sobre la seguridad del uso precoz de la progesterona en combinación con la LM, en términos de salud infantil a largo plazo.

Por otro lado, en cuanto al uso del DIU de cobre, éste sí sería compatible con el puerperio y la lactancia. Sin embargo, al tratarse de un dispositivo de uso a largo plazo y con unas características muy concretas en relación al momento de inserción, las mujeres deberían de tomar una decisión en cuanto a su utilización en el periodo antenatal. Ya que, como se ha especificado anteriormente, de no insertarse en las primeras 48h posparto ya no se podría insertar hasta el día 42.

Por último, respecto al preservativo, éste también es compatible con el puerperio y la lactancia. Siendo su única desventaja, en comparación con el resto de métodos, incluido MELA, que tiene el mayor índice de Pearl.

#### **4.6. Conclusión**

Como se puede apreciar a lo largo de este capítulo, no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con la lactancia o con la fisiología propia del puerperio, siendo de vital importancia la forma en la que nosotros, como profesionales, facilitamos a las mujeres la toma de decisiones informadas en anticoncepción. Situación que vamos a tratar en el próximo capítulo.

## **CAPÍTULO V: FACILITANDO LA TOMA DE DECISIONES INFORMADAS EN ANTICONCEPCIÓN POSPARTO**

5.1. Introducción

5.2. Necesidades informativas de la mujer en anticoncepción

5.3. Los profesionales de enfermería y la anticoncepción posparto

5.4. Educación para la salud sobre anticoncepción posparto

5.5. La mujer y la toma de decisiones informadas en anticoncepción posparto

5.6. Conclusión

## 5.1. Introducción

Como comentábamos al final del capítulo anterior, a la vista de la gran variedad anticonceptiva disponible en el posparto, los profesionales han de facilitar a la mujer toda la información necesaria para que puedan tomar una decisión informada en anticoncepción. Sin embargo, a nuestro parecer, esto no siempre ocurre así. Motivo por el cual vamos a dedicar este capítulo a entender mejor las necesidades informativas de las mujeres en anticoncepción posparto, así como la forma más adecuada de abordarlas por parte de los profesionales de Enfermería.

## 5.2. Necesidades informativas de la mujer en anticoncepción

Como mencionábamos en el Capítulo I, en la actualidad se continúa recomendando el uso de algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto (Clift-Matthews, 2009; FSRHC, 2015, 2017; MSSSI, 2014), es decir antes de que se inicie la cuarta semana posparto.

Esta recomendación cobra especial importancia si tenemos en cuenta que existe un creciente número de evidencia que sugiere que un elevado número de mujeres reanudan las relaciones sexuales antes de finalizar las seis primeras semanas posparto (Labbok, 2015; Nkwabong *et al.*, 2019; Sok *et al.*, 2016; Speroff y Mishell, 2008; Teal, 2014).

Por otro lado, el estudio llevado a cabo por Gómez-Ortiz *et al.* (2014) con una muestra de 183 mujeres concluye que 114 (62.3%) no conocían la existencia de métodos anticonceptivos hormonales que fueran compatibles con la LM. Este hecho pone de manifiesto el gran vacío de conocimiento en anticoncepción que hay entre las mujeres en España.

Así mismo, esta situación también fue mencionada por Babino *et al.* (2004) en el estudio que llevaron a cabo en Argentina con una muestra de 315 púerperas sanas. Los resultados de dicho estudio mostraron que un 43% desconocía qué métodos anticonceptivos eran compatibles con la lactancia. Además, del total de la muestra, sólo un 1% reconocía la propia lactancia como

un método anticonceptivo en si (Babino *et al.*, 2004). Hecho que ha vuelto a ser confirmado recientemente por Panzetta y Shawe (2013), al señalar que el 90% de la población de Reino Unido cree que el efecto anticonceptivo de la Lactancia Materna (LM) es un mito.

A la vista de todo lo expuesto, las mujeres tienen una clara necesidad de ser informadas en anticoncepción posparto.

### **5.3. Los profesionales de Enfermería y la anticoncepción posparto**

Se podría decir que la matrona está en la posición ideal para informar a la mujer durante el embarazo y el puerperio sobre Planificación Familiar Posparto (PFP) (Clift-Matthews, 2009; OMS, 2018a), ya que como se detalla en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva "...son las matronas o estas compartiendo el trabajo con el personal de ginecología, las que atienden el embarazo en muchos sistemas de salud.." (MSPSI, 2011, p. 87). Sin embargo, no podemos olvidar que en España las Unidades de Puerperio no suelen ser atendidas por matronas, y sí por enfermeras generalistas. Situación que hace que sea necesario que todos los profesionales de Enfermería que se dedican al cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, sean enfermeras generalistas o matronas, desarrollen su actividad profesional en PFP y cuenten con los conocimientos suficientes en esta área.

En relación a la labor de los profesionales de Enfermería en PFP, la O.CIN/2124/2008 de 3 de Julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los estudios universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero, especifica como una de las competencias a alcanzar durante la formación, "fomentar estilos de vida saludables, el autocuidado, apoyando el mantenimiento de conductas preventivas y terapéuticas" (Boletín Oficial del Estado (BOE), 19 de julio de 2008, p. 31681). Lo cual sin duda abarca la actividad de promoción de la salud a través de la planificación familiar, hecho que se puede ver reflejado en las guías docentes de las diferentes universidades españolas donde se imparte el Grado en

Enfermería (Universidad Autónoma de Madrid, 2021; Universidad da Coruña, 2021; Universidad de Murcia, 2021)

Así mismo, especificar también que en España la formación de matrona, conducente a la obtención del título oficial de enfermera Especialista Obstétrico-Ginecológica, es la que se contempla en el Capítulo III del Título II de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, y se regula en el RD 450/2005, de 22 de abril (Real Decreto (RD) 450/2005), sobre especialidades de Enfermería.

En esta línea de formación de los profesionales, la OMS (2018a) considera que son muchos los profesionales de la salud que podrían informar sobre anticoncepción con la debida formación, aunque también sugiere que no todos podrían desarrollar la misma labor informativa en este ámbito. Esta propuesta, basada en un programa de compartición de tareas, requeriría de una monitorización, supervisión y de la derivación de los casos más complejos para asegurar su calidad y seguridad, aunque a su vez, también promovería un mayor uso de los diferentes métodos anticonceptivos al haber más profesionales capacitados y autorizados para facilitar información en anticoncepción (OMS, 2018a). En relación a la función de las enfermeras generalistas en este campo, dentro de este modelo de compartición de tareas, la OMS (2018a) considera que, si cuentan con la formación específica necesaria, podrían informar sobre los mismos métodos anticonceptivos que las matronas.

#### **5.4. Educación para la salud sobre anticoncepción posparto**

En relación a la información sobre PFP, tradicionalmente ha sido ofrecida de forma exclusiva durante el puerperio, situación que ha sido cuestionada por diversos autores (Gómez-Ortiz *et al.*, 2014; Hale, 2007; Norris, 2007). Hale (2007) sostiene que durante el posparto la mujer no está centrada en sus necesidades contraceptivas, idea que también es respaldada por Gómez-Ortiz *et al.* (2014), los cuales sugieren que la mayoría de las mujeres anteponen los cuidados del recién nacido y la familia a su propio autocuidado.

Además, no podemos olvidar que las recomendaciones actuales son el inicio de algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto (FSRHC, 2017; MSPSI, 2011), situación que para poder cumplirse requiere que la mujer sea informada durante el embarazo y de forma precoz en el puerperio.

Ante esta situación, cada vez son más los autores que recomiendan informar a la mujer sobre anticoncepción posparto no solo en el periodo posnatal, tal y como especifica la Guía de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y el Puerperio (MSSSI, 2014), sino también durante el periodo antenatal (FSRHC, 2017; Glazer *et al.*, 2011; Zapata *et al.*, 2015;). Relacionando la información en ambos periodos con un mayor uso de los anticonceptivos durante el posparto (Zapata *et al.*, 2015).

En nuestro país, a pesar de que la Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y el Puerperio (2014) no especifica la información en anticoncepción posparto durante el periodo antenatal, existen Comunidades Autónomas como la Comunidad de Castilla y León (Grupo de trabajo de la Cartera de Servicios de las gerencias de Atención Primaria y sanitarias, 2019) y la Región de Murcia (Serrano Gea y Jimenez Pérez-Muelas, 2019), donde la información en anticoncepción posparto sí está contemplada de forma específica durante las clases de educación maternal. No siendo así en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2021) ni en la Comunidad Autónoma de Castilla La-Mancha (SESCAM, 2015).

Respecto al puerperio, como se ha mencionado anteriormente, la mujer precisa ser informada de forma precoz. En este contexto, la Guía de Práctica Clínica de Atención al Embarazo y al Puerperio establece que, el asesoramiento posparto en anticoncepción y sexualidad comience en el momento del alta hospitalaria y continúe en las consultas posparto con la matrona de Atención Primaria (AP), especificando que sean al menos dos, una en las primeras 24-48h tras el alta y otra a los 40 días posparto (MSSSI, 2014).

Sin embargo, es importante resaltar que el número de consultas con la matrona durante el posparto también varía entre comunidades, por ejemplo, el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) (2018), en su Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, contempla al

menos una visita durante los primeros 15 días posparto, y el Servicio de Salud de Castilla La Mancha (SESCAM) (SESCAM, 2015), al igual que el Servicio de Sanidad de Castilla y León (Grupo de trabajo de la Cartera de Servicios de las gerencias de Atención Primaria y sanitarias, 2019) y el Servicio Murciano de Salud (Serrano Gea y Jimenez Pérez-Muelas, 2019), al menos dos.

A nuestro parecer, esta disparidad de criterios en el seguimiento durante el puerperio por parte de la matrona repercute de forma negativa en la salud de la mujer y, en concreto, sobre la posibilidad de utilizar MELA, ya que un mayor número de visitas puerperales permite disponer de más tiempo para resolver problemas o dudas relacionados con la LM, puesto que como se especifica en la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna (MSSSI, 2017), el apoyo a la LM favorece su mantenimiento hasta los seis meses de vida del recién nacido. Lo cual, como mencionábamos en el capítulo II, es indispensable para poder utilizar este método (Radwan *et al.*, 2009; Too, 2003).

## **5.5. La mujer y la toma de decisiones informadas en anticoncepción posparto**

Según López-del Burgo *et al.* (2013), la efectividad de los diferentes métodos anticonceptivos, así como los beneficios y riesgos derivados de su uso, son datos cruciales a la hora de tomar una decisión informada en anticoncepción. Afirmación que también fue sugerida por Donnelly *et al.* (2014), los cuales añadieron el funcionamiento del propio método como otro dato de interés para las mujeres a la hora de tomar una decisión en anticoncepción.

Por otro lado, en relación al tipo de información que se ofrece sobre PFP, Jonhson *et al.* (2003), a la luz de los resultados obtenidos en su estudio, sugieren que el uso de información estandarizada de alta calidad mejora la satisfacción de la mujer respecto a su elección en anticoncepción. En esta misma línea, los resultados obtenidos por Bitzer *et al.* (2012), en el estudio llevado a cabo en 11 países europeos con una muestra de 18.787 mujeres, concluyen que el asesoramiento estructurado en anticoncepción tiene un gran impacto en la toma de decisiones informadas, ya que el 47% de la muestra a estudio eligió otro método anticonceptivo diferente al que tenía pensado usar

antes de recibir asesoramiento en anticoncepción. Dicha conclusión fue reafirmada por Egarter *et al.* (2011) y Yeshaya *et al.* (2014).

De igual modo, como profesionales, a la hora de facilitar la toma de decisiones informadas en anticoncepción, hemos de saber que el modelo de relación enfermera-paciente ha de estar basado en el principio ético de la autonomía, el cual reconoce el derecho moral de todos los individuos a decidir libremente sobre cómo dirigir su propia vida en todos los aspectos, siempre y cuando no interfiera en el proyecto vital de sus semejantes (Granero Moya, 2010). Promoviendo una relación horizontal, donde se respete la ética, la moral y las circunstancias personales de cada individuo, teniendo en cuenta los principios y fundamentos éticos de no maleficencia, beneficencia y justicia (Antoñanzas Baztán, 2011). Todos ellos recogidos, junto con los derechos de los pacientes, en una serie de códigos y leyes como: el Código de Nuremberg en 1947, la Declaración de Helsinki en 1964, el Informe Belmont en 1979, la Ley General de Sanidad de 1990 o la Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente (Antoñanzas Baztán, 2011).

Sin embargo, esto no siempre ha sido así, históricamente la relación enfermera-paciente se estableció como una relación de ayuda, en la que la persona que estaba enferma tenía la necesidad de ser cuidada por el profesional de Enfermería (Antoñanzas Baztán, 2011), adoptando un rol pasivo y de obediencia (Granero Moya, 2010). Dicha relación estaba basada en la propia definición etiológica de enfermo, proveniente de la palabra “*in-fermus*” que significa falta de firmeza (González Fernández *et al.*, 2012). Esta forma de entender la figura del ‘enfermo’ promovía la visión de un incompetente, no sólo físico sino también moral, que necesitaba ser ayudado (González Fernández *et al.*, 2012). Como consecuencia, esto derivó en una relación terapéutica vertical y asimétrica, conocida como paternalismo o maternalismo (Granero Moya, 2010), en la que unida al principio de beneficencia justificaba la falta de información al paciente (Antoñanzas Baztán, 2011).

Sería lógico deducir que en la actualidad todos los usuarios de nuestro sistema sanitario son informados correctamente, y como consecuencia, capacitados para tomar decisiones informadas respecto a su salud (Granero

Moya, 2010). Sin embargo, diversos autores sugieren que esto no siempre es así (Antoñanzas Baztán, 2011; González Fernández *et al.*, 2012).

Por nuestra parte, los profesionales de Enfermería somos responsables de informar y fomentar la autonomía de las personas a las que cuidamos, tal y como recoge el Código Deontológico de la Enfermería Española (Consejo General de Enfermería, 2021). Además, con el fin de facilitar una información veraz, precisa y actualizada sobre anticoncepción posparto, es fundamental que todos los profesionales de Enfermería que se dedican al cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y posparto cuenten con los conocimientos suficientes en los que basar su ejercicio profesional, tal y como se detalla en el Código Deontológico de la Enfermería Española (Consejo General de Enfermería, 2021) y en el Código Deontológico de la Enfermería Europea (Federación Europea de Órganos Reguladores de Enfermería, 2021).

## **5.6. Conclusión**

Las enfermeras se encuentran en un lugar privilegiado a la hora de informar sobre anticoncepción posparto. Labor que se ha de desarrollar desde la responsabilidad, asegurando la autonomía del paciente y los principios éticos de beneficencia, no maleficencia y justicia. Facilitando una información actualizada y precisa. En este contexto, como veremos en el próximo capítulo, realizar nuestro trabajo no solo en base a la evidencia sino también apoyado en un marco teórico, nos ayudará a detectar y dar respuesta con mayor facilidad a las necesidades de las mujeres.

## **CAPÍTULO VI: MARCO TEÓRICO: DOROTHEA OREM. LA TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO APLICADA A LA ANTICONCEPCIÓN POSPARTO**

6.1. Introducción

6.2. Génesis de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado

6.3. Teoría General Enfermera sobre el Déficit de Autocuidado

6.4. Aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado a MELA

6.5. Conclusión

## **6.1. Introducción**

Desde el ámbito de la Enfermería, numerosas autoras han desarrollado teorías y modelos para relacionar los conceptos salud, entorno, cuidado y persona, los cuales conforman el denominado metaparadigma enfermero. Entre las teorías existentes que dan cuenta del proceso de la maternidad, la más relevante para esta investigación, a nuestro parecer, es la Teoría del Déficit de Autocuidado desarrollada por Dorothea Elisabeth Orem, ya que nos ayuda a vislumbrar las posibles limitaciones de las mujeres para reiniciar sus cuidados en anticoncepción tras el parto, así como el papel de la enfermera a la hora de promover que dichas necesidades en anticoncepción sean cubiertas. Es por esto, por lo que esta teoría nos ofrece el marco teórico más apropiado para esta investigación, teoría que será desarrollada de forma somera a lo largo de este capítulo.

## **6.2. Génesis de la Teoría Enfermera del Déficit de Autocuidado (TEDA)**

El periodo entre 1940 y 1960 fue una época de inestabilidad para las enfermeras norteamericanas debido a los diferentes cambios que tuvieron lugar en el ámbito de los servicios de salud. Situación que generó que muchas enfermeras comenzaran a cuestionarse su práctica profesional, iniciándose así una época de cambio y avance para la profesión que continuaría hasta décadas posteriores.

Este ambiente de cambio propició la creación de teorías enfermeras como la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y las teorías de Virginia Henderson y Hildegard Peplau. Orem, bajo la premisa de que no todas las personas que recibían cuidados en salud recibían cuidados enfermeros, comenzó a cuestionarse el porqué de la práctica enfermera, sus límites y sus competencias, reflexión que la llevó a definir el concepto de “autocuidado” y la creación posterior de la Teoría del Autocuidado. Esta teoría, sería la base de su Teoría General sobre el Déficit de Autocuidado, compuesta a su vez por

otras dos teorías más: la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Sistema de Enfermería.

### **6.3. Teoría General Enfermera sobre el Déficit de Autocuidado**

Como comentábamos en el párrafo anterior, la teoría general enfermera sobre el Déficit de Autocuidado es el resultado de la suma de tres teorías: la Teoría del Sistema de Enfermería, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría del Autocuidado. Donde, como también señalábamos, la Teoría del Autocuidado es básica para la comprensión de las otras dos, es por esto, por lo que creemos que la Teoría del Autocuidado debe ser nuestro punto de partida a la hora de comenzar a explorar esta teoría general.

Tal y como lo definió la propia autora, el término “autocuidado” se refiere a “una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (Orem,1993, p. 71).

De ahí que la idea central que vertebra la Teoría del Autocuidado sea que los individuos realizan acciones de autocuidado (para ellos mismos, para sus familiares o para personas dependientes), con el fin de cubrir “requisitos” que favorecen el control de determinados factores (“factores condicionantes básicos”), que afectan negativamente al mantenimiento de su bienestar personal y de su salud. Estos factores pueden ser internos o externos y hasta ahora hay diez descritos: (1) edad, (2) sexo, (3) estado de desarrollo, (4) estado de salud, (5) orientación sociocultural, (6) factores del sistema de cuidados de salud, (7) factores del sistema familiar, (8) patrón de vida, (9) factores ambientales y (10) disponibilidad y adecuación de los recursos (Orem, 1993, p. 153). Por otro lado, los “requisitos reguladores” pueden ser de tres tipos: (1) universales, (2) específicos del desarrollo y (3) del estado de salud (Orem, 1993, p. 136).

En este contexto, en relación a los factores condicionantes básicos ha de tenerse en cuenta la siguiente puntualización hecha por la autora: “los factores

condicionantes básicos de los patrones de vida, orientaciones socioculturales y factores del entorno social, afectan a las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos, en gran parte limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos” (Orem, 1993, p. 154). Situación que, como vimos en el capítulo III, ha marcado la historia de la anticoncepción y sigue siendo de gran relevancia en la actualidad para los profesionales de Enfermería. Por ejemplo, el hecho de que una mujer siga una determinada religión, como puede ser la doctrina católica, puede determinar su decisión en anticoncepción.

En relación al autocuidado en anticoncepción posparto, el objetivo sería el mantenimiento de la salud de la mujer a través del control de la concepción, puesto que, como mencionábamos a lo largo de esta tesis, el embarazo y todo el proceso que conlleva, puede tener repercusiones negativas tanto para la salud de la madre como para la del recién nacido si se produce en un contexto de ausencia de deseo o de búsqueda del mismo, o cuando el intervalo intergenésico es corto (Borda y Winfrey, 2010; Da Vanzo *et al.*, 2007; Howie y McNeilly, 1982; OMS, 2013; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), 2009; Rustein, 2008; Schwarz *et al.*, 2008). Este tipo de autocuidado es descrito por Orem (1993, p. 225) como cuidados de salud “orientados a acontecimientos y circunstancias en relación con el ciclo vital”, donde engloba, entre otros, los cuidados relacionados con las relaciones sexuales y matrimoniales, cuidados preparto, intraparto y posparto.

Desde un punto de vista idílico, en términos generales, el autocuidado siempre debería de tener lugar ya que su fin último es el bienestar de la persona y el mantenimiento de su salud. No obstante, como bien explica Orem en su Teoría del Déficit de Autocuidado esto no siempre ocurre, y es en esos casos, donde la actividad enfermera aparece como respuesta. De ahí que la propia autora señalara que “*esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de la Enfermería*” (Orem, 1993, p. 78).

Dicho esto, para poder comprender La Teoría del Déficit de Autocuidado y el papel de la Enfermería en la misma, es importante que nos detengamos en primer lugar, en el término “déficit”. Según la RAE la palabra “déficit” proviene del latín del verbo “*deficere*” que significa “faltar” (RAE, 2019), término que extrapolado a esta teoría también se refiere a una “falta”, a un desequilibrio

entre los requisitos que el individuo necesita cubrir (“demanda de autocuidado”) y la capacidad del mismo para llevar a cabo las “actividades de autocuidado”. En ocasiones, dicho desequilibrio en la relación entre la demanda de autocuidado y las actividades de autocuidado va a ser el resultado de una limitación relacionada o derivada de un problema de salud. Será en esos casos en los que la enfermera, a través de sus cuidados, favorezca que las demandas de autocuidado sean cubiertas (Orem, 1993).

En el caso de las puérperas y su manejo de la anticoncepción, como ya expusimos a lo largo del capítulo IV, se ha de tener en cuenta que el puerperio es una situación de cambio y adaptación para la mujer (Teal, 2014). Donde, además, la transición a la maternidad supone un cambio en las prioridades de la madre, la cual a partir de ese momento pondrá al recién nacido en el primer lugar de su lista (Korukcu, 2019). Por lo tanto, es importante conocer que el puerperio y todo lo que conlleva puede afectar a la toma de decisiones de la mujer en anticoncepción (Kennedy, 1996), generando que en muchas ocasiones su inicio se posponga (Teal, 2014). Situación que puede derivar en un déficit de autocuidado y donde el papel de la Enfermería es de gran relevancia.

En este sentido, Orem (1993, p. 78) ya especificó que los cuidados enfermeros serían necesarios cuando “el mantenimiento de los continuos requisitos de autocuidado requiera el uso de técnicas especiales y la aplicación de conocimientos científicos para proporcionar cuidados o para proyectarlos” (Orem, 1993, p. 46). Definición que a nuestro parecer es de gran importancia, ya que la autora enmarca los límites de la profesión favoreciendo la diferenciación de los cuidados enfermeros del resto de cuidados, y a su vez, a partir de dicha definición hace referencia al trabajo en equipo en base a las limitaciones y competencias de cada uno de los miembros, mencionando, en aquella época, un tema tan actual como es la multidisciplinariedad en los cuidados de salud.

En este contexto, es importante mencionar que la obstetricia no se entiende si no es desde una perspectiva multidisciplinar, donde el obstetra y los profesionales de Enfermería, mayormente matronas, trabajan mano a mano dentro de sus límites y competencias en pro de la salud perinatal, a través de

los cuidados que facilitan a la mujer durante el periodo preconcepcional, gestación, parto y posparto. Situación que se hace visible, entre otras, a través del manejo de la anticoncepción posparto, donde los profesionales de Enfermería, profesionales de referencia para la mujer durante ese periodo, en los diferentes contactos que tienen con ella tratan diversos aspectos, entre los que se encuentra la salud sexual, incluida la anticoncepción.

En términos generales, los cuidados enfermeros en anticoncepción tendrán como finalidad informar a la mujer sobre la importancia de la anticoncepción, los diferentes métodos disponibles, su funcionamiento y compatibilidad con la LM en los casos en los que la madre amamante a su hijo, así como capacitar a la mujer en el uso de los métodos anticonceptivos naturales, como es el caso de MELA. Por otro lado, en los casos que sea necesario, los profesionales de Enfermería promoverán la participación de otros miembros del equipo, como son el médico de Atención Primaria (AP) o el ginecólogo, derivando a aquellas mujeres que una vez informadas deseen utilizar un método hormonal, intrauterino o quirúrgico, puesto que la prescripción, la colocación del DIU o la realización de la técnica quirúrgica anticonceptiva son parte de las competencias médicas.

Dicho esto, los profesionales de Enfermería hemos de tener presente la posición privilegiada que tenemos para detectar un déficit de autocuidado en anticoncepción, concretamente en anticoncepción posparto, ya que desde el diagnóstico del embarazo de una mujer hasta el final de su puerperio, son múltiples los contactos que tiene con los profesionales de Enfermería, no solo en el Centro de Salud en forma de consultas de seguimiento de embarazo con la matrona, sino también en el hospital, en el cual suelen permanecer ingresadas un periodo entre 24 y 72 horas. Contactos que los profesionales de Enfermería deberíamos aprovechar para desarrollar, entre otras, la gran labor que tenemos en anticoncepción posparto. No obstante, a la hora de plantearnos como llevarla a cabo, es importante que tengamos en cuenta el componente organizativo que nos aporta la Teoría del Sistema de Enfermería, tercera y última teoría de esta teoría general que estamos explorando, la cual vamos a proceder a comentar a continuación.

Para Orem (1993), como se ha podido observar a lo largo de este capítulo, la existencia de la Enfermería no tiene sentido sino es bajo el prisma de la relación enfermera-paciente, y así lo expresó a través de la siguiente afirmación:

La Enfermería no tiene una existencia concreta excepto a través de las personas en la relación entre la enfermera y el paciente, y a través de la forma en que ellos elijan, y lo que hagan o dejen de hacer en la relación. (p. 70).

De ahí que para la autora el denominado “sistema de Enfermería”, que es donde converge y toma forma todo lo mencionado hasta ahora dentro de esa relación enfermera-paciente, se defina como “algo construido mediante las acciones de las enfermeras y de sus pacientes”. (Orem 1993, p. 70).

Es importante mencionar que, dentro del sistema de Enfermería, Orem (1993) se refiere al paciente como paciente legítimo y a la enfermera como enfermera legítima, a los cuales les asigna unas propiedades definitorias. En el caso del paciente legítimo sus propiedades son la demanda de autocuidado y la agencia de autocuidado, y en el caso de la enfermera legítima su propiedad es la agencia de Enfermería. En ambos casos el concepto agencia hace referencia a las capacidades del paciente o de la enfermera. En el caso del paciente, alude a las capacidades del mismo para cubrir sus demandas de autocuidado, y en el caso de la enfermera, se refiere a sus capacidades especializadas para satisfacer las demandas de autocuidado y promover el desarrollo de la agencia de autocuidado del paciente (Orem, 1993). De tal forma que, en esta teoría del sistema de Enfermería, partiendo de un déficit en el paciente legítimo, donde la demanda de autocuidado es mayor que sus capacidades para satisfacerla o dicho de otra forma, donde la demanda de autocuidado no puede ser satisfecha por la agencia de autocuidado, se basa en la percepción de dicha situación de déficit por parte de la enfermera legítima, la cual, si cree que esa relación de desequilibrio en las necesidades del paciente legítimo se pueden cambiar a través de su agencia enfermera, puede poner en marcha sus capacidades especializadas para favorecer el cambio.

No obstante, las acciones enfermeras no siempre tienen la misma finalidad, en algunos casos el objetivo será cubrir las necesidades puntuales generadas por un estado concreto de salud y en otros, promover o mejorar determinadas actividades de autocuidado para que el individuo consiga cubrir sus necesidades por sí mismo (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2018). Este último será el objetivo más frecuente de las acciones enfermeras en anticoncepción

En relación a esta teoría, también es importante mencionar que distingue tres tipos de sistemas en función del grado de ayuda que presta la enfermera al individuo. En el sistema completamente compensatorio la totalidad del peso de las actividades terapéuticas recae sobre la enfermera. En el sistema parcialmente compensatorio algunas actividades son realizadas por el individuo bajo el control de la enfermera y otras por la enfermera de forma exclusiva. Y, por último, en el sistema formativo-de soporte, el peso de las actividades recae sobre la persona, pero la enfermera supervisa la ejecución y el desarrollo de las mismas (Raile Alligood y Marriner Tomey, 2018)

En anticoncepción posparto, como mencionábamos anteriormente, los cuidados enfermeros gracias a la agencia de Enfermería estarán dirigidos a informar a la mujer sobre la importancia de la anticoncepción, los diferentes métodos disponibles, su funcionamiento y su compatibilidad con la LM, y a la capacitación para el uso de los métodos anticonceptivos naturales como MELA. De ahí que el sistema enfermero que mejor se adecúe a nuestro parecer sea el sistema formativo-de soporte. No obstante, no debemos olvidar, tal y como menciona la autora (Orem, 1993, p. 278), que “los pacientes ven su situación de salud desde una perspectiva única” y que:

Las reflexiones del paciente sobre sus propias necesidades de cuidado de salud, el significado que otorgan a los signos y síntomas presentes, y su conciencia de su capacidad o incapacidad para ocuparse de manera efectiva en el autocuidado requerido y de trabajar cooperativamente con las enfermeras y los médicos es una información esencial para que las enfermeras la tengan y la usen al ayudar a los pacientes. (p. 278)

Este es un aspecto muy importante que deben tener en cuenta los profesionales de Enfermería en relación a las mujeres embarazadas y

puérperas, ya que, como menciona Orem (1993, p. 278), “la visión de su situación y sus necesidades cambian durante todo el proceso de embarazo, parto y posparto”.

#### **6.4. Aplicación de la Teoría del Déficit de Autocuidado a MELA**

A pesar de haber ido relacionando a lo largo del apartado anterior la Teoría del Déficit de Autocuidado con el manejo de la anticoncepción posparto, y debido a que esta tesis trata de forma específica sobre MELA, se ha creído conveniente, una vez explorada la teoría general, el desarrollo de este nuevo apartado para explicar la aplicación concreta de la teoría al método desde una perspectiva global.

Como mencionamos en el capítulo IV, en la actualidad cada vez son más los autores que recomiendan que la anticoncepción posparto se trate con la mujer no solo en el periodo posnatal sino también en el antenatal (Gómez-Ortiz *et al.*, 2014; Hale, 2007; Hernández *et al.*, 2012; Zapata *et al.*, 2015), siendo el motivo principal la ya comentada situación de cambio a la que la mujer se enfrenta tras dar a luz. Situación que, en ocasiones, puede hacer que la anticoncepción quede relegada a un segundo plano.

Por otro lado, hablar de anticoncepción en el periodo antenatal también nos puede aportar otros beneficios, como es el hecho de poder valorar si de forma previa al embarazo ya existía un déficit de autocuidado en este ámbito o no, y de ser así, nos ofrecería la oportunidad de conocer el motivo o las limitaciones que habrían impedido que la mujer cubriera sus necesidades en anticoncepción, lo cual sería muy relevante si tenemos en cuenta que la maternidad puede conllevar sus propias limitaciones en anticoncepción, las cuales se sumarían a las que la mujer tuviera previamente, dificultando por partida doble que sus demandas de autocuidado en anticoncepción fueran cubiertas.

En este contexto, como parte de un sistema formativo-de soporte, las clases de preparación al parto y a la maternidad junto con las consultas de seguimiento de embarazo en AP, ofrecen una buena oportunidad para realizar esta labor, la cual es todavía más importante cuando hablamos de MELA, ya

que como venimos mencionando desde el inicio de este trabajo, la adherencia al criterio es fundamental a la hora de alcanzar la mayor efectividad posible.

Por lo tanto, para las mujeres que deseen utilizar MELA es de vital importancia que durante el periodo prenatal los profesionales de Enfermería, en concreto las matronas, faciliten la suficiente información sobre MELA como para que su agencia de autocuidado sea capaz de cubrir sus demandas en anticoncepción, evitando así una situación de déficit tras el parto. Información, que deberá responder a las siguientes cuestiones sobre el método: fisiología, funcionamiento, criterio, eficacia y adherencia. Así mismo, en relación a la LM la matrona deberá explicar conceptos como: diferencias entre los tipos de lactancia, momento de inicio de la LM, posicionamiento, técnica, posibles complicaciones, signos de buena alimentación en el recién nacido, etc. Todo ello regulará la Agencia de Autocuidado de la mujer con la finalidad de que aumente sus conocimientos.

Durante el periodo posnatal la acción enfermera continuará siendo de carácter formativo, pero serán muy importantes las actividades de soporte al manejo de la LM, sobre todo hasta que la mujer se sienta cómoda y segura con el amamantamiento y en el recién nacido se observen signos de buena alimentación e hidratación, ya que como mencionábamos anteriormente, la alimentación del recién nacido con LM exclusiva es una de las premisas esenciales de este método. En este período la enfermera o la matrona siguen regulando la Agencia de Autocuidado de la puérpera.

## **6.5. Conclusión**

Como se puede apreciar a lo largo de este capítulo, la Teoría del Déficit de Autocuidado facilita el marco teórico perfecto para los cuidados anticonceptivos en el posparto, ayudándonos a detectar lo que en términos de autocuidado debería ser y no es, y cómo solucionarlo desde nuestras competencias enfermeras.

Con este capítulo cerramos la parte más “teórica” de esta tesis doctoral para a continuación adentrarnos en la metodología y el análisis de los datos.

## **CAPÍTULO VII: METODOLOGÍA**

- 7.1. Introducción
- 7.2. Hipótesis y objetivos
- 7.3. Estrategia metodológica
- 7.4. Conclusión

## **7.1. Introducción**

Este capítulo consta de dos apartados, en el primero se exponen las hipótesis y los objetivos que han guiado esta investigación, y en el segundo se explica la estrategia metodológica utilizada, profundizando en el diseño, el ámbito, la población, la muestra y el procedimiento.

## **7.2. Hipótesis y objetivos**

### **7.2.1. Hipótesis**

Las hipótesis que guían esta tesis doctoral son las siguientes:

- Hipótesis 1: Los profesionales de Enfermería no informan de forma habitual a las mujeres sobre MELA, hecho que dificulta una elección informada en anticoncepción posparto.
- Hipótesis 2: Las mujeres que alimentan a sus hijos con LM exclusiva no suelen utilizar MELA como método anticonceptivo posparto.

### **7.2.2. Objetivos**

#### **7.2.2.1. Objetivo principal**

Describir la situación actual del Método Amenorrea de la Lactancia en relación a las mujeres en período posparto y al conocimiento de los profesionales de Enfermería que se encargan de su cuidado durante el proceso de embarazo, parto y posparto.

#### **7.2.2.2. Objetivos secundarios**

1. Determinar si las actividades de Enfermería favorecen el uso del Método Amenorrea de la Lactancia.
2. Conocer la percepción de la mujer sobre el Método Amenorrea de la Lactancia.

#### **7.2.2.2.1. Objetivos específicos derivados del objetivo secundario 1**

- Identificar los conocimientos que tienen los profesionales de Enfermería sobre anticoncepción posparto.
- Averiguar cuál es el rol que los profesionales de Enfermería creen tener en anticoncepción posparto.
- Describir el criterio que siguen los profesionales de Enfermería a la hora de informar sobre anticoncepción posparto.
- Valorar cuándo informan sobre anticoncepción posparto los profesionales de Enfermería.
- Explorar si los profesionales de Enfermería conocen los métodos anticonceptivos que repercuten negativamente en la LM.
- Detallar las opiniones que tienen los profesionales de Enfermería acerca de los diferentes métodos anticonceptivos posparto y en concreto sobre MELA.
- Especificar si los profesionales de Enfermería promueven la elección informada en anticoncepción posparto.
- Identificar los conocimientos que tienen los profesionales de Enfermería sobre LM.
- Describir cómo promueven la LM exclusiva los profesionales de Enfermería (inicio, solución de problemas, número de tomas, etc.).

#### **7.2.2.2.2. Objetivos específicos derivados del objetivo secundario 2**

- Valorar los conocimientos de las mujeres sobre MELA.
- Explorar la opinión de las mujeres sobre MELA.
- Identificar si las mujeres conocen los beneficios de la separación temporal de los embarazos.
- Analizar cuándo y a través de quién o quiénes han sido informadas las mujeres sobre anticoncepción posparto.

- Averiguar sobre qué métodos anticonceptivos posparto han sido informadas las mujeres, especificando si han sido informadas sobre MELA o no.
- Identificar si las mujeres conocen la incompatibilidad de la LM con ciertos anticonceptivos posparto.
- Averiguar si las mujeres han tomado una elección informada en anticoncepción.
- Señalar si las mujeres reciben apoyo suficiente, por parte de los profesionales de Enfermería, para llevar a cabo una LM efectiva.
- Concretar cuándo iniciaron las mujeres la LM.

### **7.3. Estrategia Metodológica**

#### **7.3.1. Diseño**

Se trata de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, siendo el motivo principal la escasez de evidencia en torno al conocimiento de los profesionales de Enfermería y de las mujeres sobre MELA.

Para la recolección de datos se han utilizado dos cuestionarios de elaboración propia, uno dirigido a los profesionales de Enfermería cuya labor profesional se desarrolla dentro del ámbito de la obstetricia, y otro dirigido a las mujeres en periodo posparto. El motivo por el que se ha decidido utilizar dos cuestionarios *ad hoc*. es porque, como se ha expuesto anteriormente, en la actualidad no se han encontrado estudios que investiguen de forma específica y exclusiva el conocimiento de las matronas y enfermeras de puerperio sobre el uso del MELA como anticoncepción posparto. En el caso de las puérperas, los instrumentos encontrados no incluían todas las variables a estudio que queríamos investigar, además la mayoría se habían utilizado en países en vías de desarrollo, hecho que hace que existan grandes diferencias en el manejo de la salud materno-infantil.

En relación a las características propias de cada cuestionario:

- El cuestionario dirigido a los profesionales está compuesto por un total de 28 preguntas, de las cuales 25 son preguntas cerradas de opción múltiple con una sola respuesta correcta, y dos pueden ser preguntas abiertas si el participante no encuentra reflejada su opinión en ninguna de las respuestas propuestas. Además, el cuestionario cuenta con una escala Likert de cinco puntos (anexo I).

En relación a la temática de las preguntas, las seis primeras (21%) determinan los demográficos del participante (edad, sexo, unidad en la que trabaja, etc.), las dos siguientes (7%) corresponden a las experiencias personales del participante en relación al uso de la LM y la anticoncepción posparto, y en las veinte restantes la temática se puede dividir en cuatro grandes grupos: ocho relativas al conocimiento sobre MELA (30%), cuatro concernientes al conocimiento sobre anticoncepción posparto en general (14%), cuatro sobre el rol profesional en anticoncepción posparto (14%) y cuatro correspondientes al conocimiento en LM (14%). Siendo el bloque más amplio el dedicado a valorar el conocimiento sobre MELA.

- El cuestionario dirigido a las mujeres cuenta con un total de 24 preguntas, 21 son preguntas cerradas de opción múltiple, de las cuales 18 contienen una sola respuesta correcta y tres contienen varias respuestas correctas. Las tres preguntas restantes pueden ser abiertas si el participante no quiere elegir ninguna de las respuestas propuestas (anexo IV).

En cuanto a la temática de las preguntas, la primera parte del cuestionario está compuesto por cuatro preguntas de carácter demográfico (17%) y dos relativas a la experiencia previa de la mujer con la LM y la anticoncepción posparto (8%). Tras este bloque inicial se diferencian dos grandes grupos de preguntas, ocho relacionadas con la LM (información recibida, conocimiento y experiencia actual) (33%) y diez concernientes a con la anticoncepción posparto (información recibida, conocimiento y plan actual en anticoncepción) (42%). Siendo el bloque más amplio el dedicado a la anticoncepción posparto.

Con el fin de aumentar la validez de los instrumentos, los cuestionarios se evaluaron según el método Delphi, técnica en la que un grupo heterogéneo de expertos dan su opinión por escrito y de forma anónima a través de un sistema iterativo de rondas. Después de cada ronda el moderador analiza las respuestas del grupo y facilita a los expertos un feedback controlado. Las rondas se repiten hasta alcanzar la estabilidad en las respuestas (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Varela-Ruiz *et al.*, 2012; Von der Gracht, 2012). Situación que, en numerosas ocasiones, se suele acompañar de un estado de consenso entre los expertos (Reguant-Álvarez y Torrado-Fonseca, 2016; Varela-Ruiz *et al.*, 2012; Von der Gracht, 2012), tal y como ocurrió en el caso concreto de esta investigación. En este caso, el panel estaba compuesto por 20 expertos: 4 pediatras, 4 obstetras, 4 matronas, 2 enfermeras generalistas, 2 enfermeras pediátricas, 2 enfermeras docentes y 2 consultoras internacionales en lactancia. Todos ellos con al menos 4 años de experiencia en el área asistencial y con experiencia en investigación. Para cada ítem se evaluaron dos aspectos: la comprensión y la correcta redacción. Solo fueron necesarias dos rondas para alcanzar la estabilidad en las respuestas.

### 7.3.2. **Ámbito del estudio.**

El estudio, tal y como se muestra en la tabla 1, se ha llevado a cabo en tres hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud y en sus Centros de Salud (CS) o Centros de Atención Primaria (AP) asociados.

<b>Tabla 1</b>	
<b>Composición de la muestra: hospitales y CS.</b>	
<b>H. Universitario La Paz (HULP)</b>	
CS Colmenar Viejo Norte	CS Doctor Castroviejo
CS Colmenar Viejo Sur	CS La Ventilla
CS Tres Cantos II- Sector Embarcaciones	CS José Marvá
CS Fuencarral	CS Infanta Mercedes
CS Mirasierra	CS Fuentelarreina
CS Barrio del Pilar	CS Manzanares El Real

<b>H. Universitario Rey Carlos (HURJ)</b>	
CS Barcelona	CS Aldea del Fresno
CS La Princesa	CS Cadalso de los Vidrios
CS Presentación Sabio	CS Cenicientos
CS Villaviciosa de Odón	CS Rozas de Puerto Real
CS Sevilla la Nueva	CS Navas del Rey
CS Navalcarnero	CS Chapineria
CS El Alamo	CS Colmenar del Arroyo
CS Villamanta	CS San Martín de
CS Villamantilla	Valdeiglesias
CS Villa Nueva de Perales	CS Pelayos de la Presa
CS Villa del Prado	
<b>H. Universitario de Guadalajara (HUG)</b>	
CS Azuqueca	CS Manantiales
CS Cabanillas	CS La Campiña
CS Balconcillo	

Nuestra motivación a la hora de elegir estos tres hospitales se basó fundamentalmente en dos aspectos:

1. Las diferencias interhospitalarias a nivel asistencial, de gestión y demográficas, las cuales creímos serían enriquecedoras a la hora de llevar a cabo el análisis de los datos.
2. El conocimiento del funcionamiento interno de los tres hospitales y la fácil y rápida accesibilidad.

En cuanto a las diferencias interhospitalarias a nivel asistencial en el ámbito de la obstetricia, los hospitales difieren en: (1) el nivel de complejidad de los cuidados que ofrecen en sus Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), (2) el número de partos que asisten al año y (3) el estado de acreditación por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN).

En relación a las UCIN, es importante mencionar que la “regionalización de la asistencia perinatal” ha generado una reorganización sanitaria en función de las características propias de cada región o comunidad autónoma, dando lugar, en términos de cuidados obstétricos y neonatales, a tres niveles asistenciales: el nivel I corresponde a los hospitales comarcales con maternidad, el nivel II a los hospitales generales o de área, se divide en dos subniveles (A y B) en

función de las prestaciones y la complejidad de los cuidados, y el nivel III a los hospitales de referencia, se divide en tres subniveles (A,B y C), en función de las prestaciones y la complejidad de los cuidados (Rite Gracia *et al.*, 2012). No obstante, como bien afirman Rite Gracia *et al.* (2012), a pesar de la clasificación todos los hospitales deben de ser capaces de estabilizar a un neonato en riesgo, produciéndose posteriormente el traslado a una UCIN de mayor nivel si la situación así lo requiere. En este contexto, para evitar los riesgos asociados a esta situación de traslado neonatal, siempre que sea posible, se deberá de trasladar a la gestante antes del parto (Rite Gracia *et al.*, 2012).

A continuación, detallamos los niveles asistenciales de los hospitales que han participado en nuestro estudio:

- Hospital Universitario La Paz: nivel III C, máximo nivel de esta clasificación y por lo tanto con capacidad de asistencia a todo tipo de gestaciones, independientemente de la edad gestacional. Así mismo, este nivel implica un alto grado de subespecialización incluyendo prestaciones como: cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, ECMO neonatal y trasplante pediátrico de órganos.
- Hospital Universitario Rey Juan Carlos y Hospital Universitario de Guadalajara: nivel IIB, nivel intermedio que implica la asistencia a partir de las 32 semanas de gestación con un peso mayor a 1500g. La patología neonatal ha de ser moderada y entre sus prestaciones incluyen: la ventilación mecánica invasiva durante un periodo menor a 24horas y la ventilación no invasiva.

Respecto al volumen de partos anuales, el Hospital Universitario La Paz, debido a sus características asistenciales (nivel III C de UCIN), es un hospital de referencia y por lo tanto el que mayor número de partos asiste (más de 5000 partos al año). En el caso del HURJ y del HUG el volumen de partos es menor, obteniendo un valor aproximado de 2100 y 1400 partos anuales respectivamente.

Por otro lado, en relación a la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN), previamente conocida como

Iniciativa Amiga de los Niños, la cual es una organización creada por UNICEF en 1992 para aumentar la tasa de Lactancia Materna Exclusiva (LME) a través de la protección y la promoción de la misma entre los hospitales y los centros de salud (IHAN, 2021), el estado de acreditación entre los hospitales participantes no es el mismo.

Con el fin de motivar dichas acciones de protección y promoción de la LME, la IHAN comenzó a ofrecer el galardón IHAN a aquellos hospitales cuyas maternidades pudieran acreditar sus buenas prácticas de la LME (IHAN, 2021). En la actualidad, tal y como aparece en su página web (IHAN, 2021), la organización da el galardón a aquellos hospitales que voluntariamente lo solicitan y cumplen los siguientes requisitos:

1. Cumplir los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural, los cuales marcan los estándares de una buena práctica clínica.
2. Cumplir el Código de Comercialización de Sucedáneos de leche materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de Salud relacionadas con el mismo.
3. Tener al menos un 75% de LME desde el nacimiento hasta el alta.
4. Ofrecer información y apoyo a las madres que deciden no amamantar, que se respete y se promueva el desarrollo del vínculo con su hijo, y que se les enseñe cómo preparar y administrar los biberones de sucedáneos de manera segura.
5. Además, un hospital acreditado tiene que ofrecer una asistencia al parto acorde con la Estrategia de Atención al Parto Normal del Sistema Nacional de Salud, de manera que, cuando la situación clínica de la madre e hijo lo permiten, se respeten las necesidades de madre e hijo y la creación del vínculo materno-filial, y se apoye el inicio precoz de la LM.

Conscientes del esfuerzo y el cambio que supone cumplir todos estos requisitos, la IHAN propuso a partir de 2011 el alcance gradual de estos objetivos, dividiendo el proceso de acreditación de los hospitales solicitantes en cuatro fases: fase 1D o de descubrimiento, fase 2D o de desarrollo, fase 3D o de difusión y fase 4D o de designación (IHAN, 2021).

Posteriormente, esta posibilidad de ser galardonado se amplió a los centros de salud, los cuales para ser acreditados como centros de salud IHAN deben cumplir los siguientes requisitos (IHAN, 2021):

1. Disponer de una normativa escrita relativa a la lactancia natural conocida por todo el personal del centro.
2. Capacitar a todo el personal para llevar a cabo esa política.
3. Informar a las embarazadas y a sus familias sobre el amamantamiento y como llevarlo a cabo.
4. Ayudar a las madres al inicio de la lactancia y asegurarse de que son atendidas en las primeras 72 h. tras el alta hospitalaria.
5. Ofrecer apoyo a la madre que amamanta para mantener la LME durante los primeros 6 meses y a continuarla posteriormente junto con la alimentación complementaria.
6. Proporcionar una atmósfera receptiva y de acogida a las madres y a las familias de los lactantes.
7. Fomentar la colaboración entre los profesionales de la salud y la Comunidad a través de talleres de lactancia y grupos de apoyo locales.

Al igual que en los hospitales, la acreditación se puede conseguir de forma gradual en 4 fases, las cuales, aunque con objetivos diferentes, tienen el mismo nombre que en el caso de los hospitales (fase 1D o de descubrimiento, fase 2D o de desarrollo, fase 3D o de difusión y fase 4D o de designación) (IHAN, 2021).

En este contexto, los tres hospitales que han participado en el estudio están en fase de acreditación IHAN, no obstante, solo el HURJ se encuentra en una fase avanzada (fase 3D). Por su parte, el HULP y el HUG se encuentran en el inicio del proceso (fase 1D) (tabla 2). En relación a los centros de salud que han participado en el estudio, solo 5 de los 37 centros participantes se encuentran en proceso de acreditación (tabla 2), siendo todos ellos centros de salud adscritos al HULP (IHAN, 2021).

<b>Tabla 2</b>	
<b>Hospitales y CS en fase de acreditación IHAN.</b>	
<b>Hospital o CS</b>	<b>Nivel de acreditación IHAN</b>
H. Universitario La Paz.	1D
H. Universitario Rey Juan Carlos	3D
H. Universitario de Guadalajara	1D
CS Barrio del Pilar	2D
CS Fuentelarreina	1D
CS Fuencarral	1D
CS Mirasierra	1D
CS Tres Cantos II - Sector Embarcaciones	1D

Por último, como mencionábamos al principio, existen otras dos diferencias entre los hospitales que también creemos relevante mencionar:

- El tipo de gestión, siendo la del HURJ de carácter privado a pesar de su pertenencia a la red pública de hospitales del Sistema Madrileño de Salud.
- La ubicación, aspecto que en sí mismo no ha sido analizado en el presente estudio pero que tal vez pudiera influir, ya que el índice de LME al alta o el manejo de la anticoncepción posparto podría verse influenciado por aspectos de carácter cultural o religioso.

En este sentido, el Informe de la población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid (2021) pone de manifiesto que la zona sur de la Comunidad, lugar en el que se encuentra ubicado el HURJ, cuenta con un mayor volumen de población extranjera que la zona norte, lugar donde se encuentra ubicado el HULP.

En el caso del HUG, según el Informe de Mercado de Trabajo de Extranjeros en la Comunidad de Castilla-La Mancha (2016), la provincia de Guadalajara es la tercera provincia de la Comunidad con más población

extranjera, residiendo en ella un 18,42% del total de extranjeros que habitan en la Comunidad.

### **7.3.3. Población y Muestra.**

#### **7.3.3.1. Población Diana.**

La población diana de nuestra investigación la componen un total de 163 profesionales de Enfermería del ámbito hospitalario (entre los que se incluyen matronas y enfermeras generalistas de las unidades de puerperio), 32 matronas de CS y 2330 puérperas. Datos que fueron facilitados por los hospitales participantes y las gerencias de AP.

El número de profesionales corresponde a los contratados en el momento en el que se inició la recolección de datos (2017), independientemente de su tipo de contrato (eventual, interino o fijo). En el caso de las puérperas, puesto que nuestro estudio estaba previsto que tuviera una duración de tres meses, calculamos la población diana para ese periodo de tiempo a partir del número total de partos asistidos en cada hospital el año anterior (2016). Por su parte, los datos de las matronas de CS también corresponden a las contratadas en el momento en el que se realizó la recolección de datos (2018) sin tener en cuenta el tipo de contrato.

#### **7.3.3.2 Criterio de inclusión.**

El criterio de inclusión utilizado fue el siguiente: fueron incluidas en el estudio todas aquellas matronas que estaban trabajando en el momento en el que se realizó el estudio en los hospitales y centros de salud que conformaban la muestra. Así mismo, en relación a la unidad de puerperio, fueron incluidas en el estudio todas las enfermeras generalistas que allí trabajaban y todas las puérperas que se encontraban hospitalizadas, limitándose la participación al tiempo que duró la recogida de datos.

#### **7.3.3.3 Muestra**

Nuestro estudio cuenta con dos muestras, una de profesionales y otra de puérperas.

En relación al cálculo del tamaño muestral, para un tamaño de 163 profesionales (total de la población del ámbito hospitalario), con una proporción esperada de conocimiento del 50% (al no haber datos en la literatura, se decidió utilizar este porcentaje que necesita una mayor N), un nivel de confianza del 95%, una precisión del 7% y utilizando la fórmula de estimación de porcentajes por intervalos de confianza, se obtuvo una  $N=90$ . Teniendo en cuenta una proporción esperada de pérdidas del 15%, la muestra para el ámbito hospitalario debía ser de 107 (tabla 3). Finalmente, se recogió una muestra de 121, superior a la que necesitábamos, por lo cual la precisión aumentó a un 4,5%. El cálculo se realizó con el software epidemiológico EPIDAT 3.1.

Para la extracción de la muestra se estratificó por hospital, siendo el 56% del HULP, el 28% del HURJ y el 16% del HUG (tabla 4). Así mismo, para cada hospital también se tuvo en cuenta los porcentajes por grupo profesional (matronas o enfermeras) (tabla 5). En el caso de los profesionales de los CS, se decidió incluir a la totalidad de la población para aumentar la representatividad ( $N=32$ ) (tabla 6). Estando la muestra del estudio compuesta por un total de 153 profesionales de Enfermería (121 procedentes del ámbito hospitalario y 32 de Atención Primaria).

<b>Tabla 3</b>	
<b>Cálculo del tamaño muestral.</b>	
<b>Profesionales del ámbito hospitalario</b>	
Total de la población (N)	163
Nivel de confianza o seguridad (1- $\alpha$ )	95%
Precisión (d)	7%
Proporción	50%
Tamaño muestral (n)	90
Tamaño muestral ajustado a pérdidas.	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las pérdidas	107

<b>Tabla 4.</b>			
<b>Distribución de los profesionales del ámbito hospitalario en la población diana.</b>			
Profesionales	Hospital		
	HULP	HURJ	HUG
Matronas	72	25	17
Enfermeras	20	20	9
Total	92 (56%)	45 (28%)	26 (16%)
163 (100%)			

<b>Tabla 5</b>			
<b>Distribución de los profesionales del ámbito hospitalario en la muestra.</b>			
Profesionales	Hospital		
	HULP	HURJ	HUG
Matronas	46	17	11
Enfermeras	14	13	6
Total	60 (56%)	30 (28%)	17 (16%)
107 (100%)			

Tabla 6				
Distribución de las matronas de Centro de Salud en la población diana.				
Profesionales	CS asociados a los hospitales			Total
	HULP	HURJ	HUG	
Matronas CS	17	7	8	32

Para un tamaño de 2330 puérperas, con una proporción esperada de conocimiento del 50% (al no haber datos en la literatura, se decidió utilizar este porcentaje que necesita una mayor N), un nivel de confianza del 95%, una precisión del 7% y utilizando la fórmula de estimación de porcentajes por intervalos de confianza, se obtuvo una N=181. Teniendo en cuenta una proporción esperada de pérdidas del 15%, la muestra debía ser de 214 (tabla 7). Finalmente, se recogió una muestra de 225, superior a la que necesitábamos, por lo cual la precisión aumentó a un 6,2%. El cálculo se realizó con el software epidemiológico EPIDAT 3.1.

Para la extracción de la muestra se estratificó por hospital, siendo el 63% del HULP, el 23% del HURJ y el 14% del HUG (tablas 7, 8 y 9).

<b>Tabla 7</b>	
<b>Cálculo del tamaño muestral.</b>	
<b>Puérperas.</b>	
Total de la población (N)	2330
Nivel de confianza o seguridad (1- $\alpha$ )	95%
Precisión (d)	7%
Proporción	50%
Tamaño muestral (n)	181
Tamaño muestral ajustado a pérdidas.	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
Muestra ajustada a las pérdidas	214
<b>Tabla 8</b>	
<b>Distribución de las puérperas en la población diana.</b>	
Hospital	Puérperas. (Valor Trimestral)
HULP	1460 (63%)
HURJ	530 (23%)
HUG	340 (14%)
Total	2330 (100%)

<b>Tabla 9</b>	
<b>Distribución de las puérperas en la muestra</b>	
Hospital	Puérperas (valor trimestral)
HULP	135 (63%)
HURJ	49 (23%)
HUG	30 (14%)
TOTAL	214 (100%)

#### **7.3.3.4. Método de muestreo.**

El método de muestreo que se ha utilizado ha sido el método no probabilístico por conveniencia, el cual consiste en incluir en el estudio aquellos individuos que no sólo son accesibles, sino que también están disponibles durante el periodo en el que se realiza la recolección de datos (Burns y Grove, 2009) o, dicho de otra forma, consiste en seleccionar como participantes a aquellas personas cuya disponibilidad sea la más conveniente para el estudio (Polit y Beck, 2018). Por este motivo no distinguimos entre personal fijo o eventual, sino que facilitamos los cuestionarios a los profesionales que allí se encontraban en el momento de la distribución.

#### **7.3.4. Procedimiento**

Como indicábamos al principio de este capítulo, para dar respuesta a los objetivos de esta investigación se diseñaron dos cuestionarios *ad hoc.*, uno dirigido a los profesionales y otro a las mujeres puérperas. Con el fin de disminuir los posibles errores derivados de su contestación, en la parte superior de ambos cuestionarios se incluyeron unas instrucciones claras sobre su cumplimentación.

Como se ha indicado anteriormente, los cuestionarios fueron valorados inicialmente por un panel de expertos, y posteriormente el estudio fue evaluado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Autónoma de Madrid (anexo VII) y por los Comités de Ética de la Investigación de los tres hospitales que conformaban la muestra (anexo IX y XI), en el caso del Hospital Universitario Rey Juan Carlos al no tener CEIC propio el estudio fue valorado por el CEIC del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz (anexo X).

Una vez obtenida la aprobación de los comités, los cuestionarios se distribuyeron durante un periodo de tres meses, otorgando un mes a cada hospital. Antes de su cumplimentación, los participantes leyeron la hoja de información del estudio (anexos II y V), así mismo rellenaron y firmaron el consentimiento informado en el que se especificaba el carácter voluntario de su participación (anexos III y VI).

Comenzamos por el Hospital Universitario Rey Juan Carlos en marzo de 2017, continuamos con el Hospital Universitario La Paz durante el mes de abril de 2017, y finalizamos con el Hospital Universitario de Guadalajara, al que le dedicamos todo el mes de marzo de 2018. Por motivos familiares la recolección de los datos se vio interrumpida y prolongada en el tiempo, aun así, la duración total de la distribución de los cuestionarios fue acorde con lo previsto.

Tras la recogida de los datos a finales de marzo de 2018, nos planteamos realizar una ampliación de muestra e incluir a las matronas de los centros de salud adscritos a dichos hospitales, ya que, tal y como se ha explicado con anterioridad, la información en anticoncepción posparto se debería de facilitar tanto en el periodo antenatal como en el posnatal.

La decisión de ampliación de muestra requirió de la aprobación del estudio por parte del CEIC de la Gerencia Asistencial de AP de la Comunidad de Madrid (anexo VIII), el cual evaluó el estudio con el fin de llevarlo a cabo en los centros de salud adscritos al Hospital Universitario La Paz y al Hospital Universitario Rey Juan Carlos, y del CEIC del Hospital Universitario de Guadalajara, el cual tuvo que volver a evaluar el estudio para poder llevarlo a cabo en los centros de salud adscritos a dicho hospital (anexo XII).

Tras la aprobación por parte de ambos CEICs, los cuestionarios fueron distribuidos diariamente por los centros de salud hasta conseguir la totalidad de la población diana (N=32), ya que como se ha mencionado anteriormente, al tratarse de una población pequeña y fácilmente abarcable fue incluida en su totalidad.

Durante la distribución de los cuestionarios en AP, observamos una diferencia entre los centros de salud de la Comunidad de Madrid y los centros de Salud de la provincia de Guadalajara en relación a la distribución de las matronas. En Guadalajara las matronas están agrupadas en cuatro centros de salud (Centro de Especialidades de Azuqueca de Henares, C.S Balconcillo, C.S Los Manantiales y C.S Cabanillas), hecho que genera que sean las mujeres las que tengan que desplazarse a dichos centros para ser atendidas. Por el contrario, en la Comunidad de Madrid, suelen ser las matronas las que rotan por los centros de salud, sobre todo por los más alejados del núcleo urbano, evitando así el desplazamiento de las mujeres. Situación que es muy frecuente en los centros de salud dependientes del Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles), donde hay 7 matronas para 20 centros de salud, y solo dos de ellas pasan consulta en un único Centro de Salud.

Además, dentro de la propia Comunidad de Madrid también se han observado diferencias entre los centros de salud en relación al número de matronas. En el caso de los centros de salud dependientes del HULP prácticamente todos cuentan con al menos una matrona e incluso algunos con dos, existiendo una totalidad de 17 matronas para 12 centros de salud. Situación que difiere bastante de la de los centros de salud asociados al HURJ, donde, como acabamos de exponer, hay 7 matronas para 20 centros de salud. Diferencia que entendemos se debe a variaciones en el volumen poblacional.

## **7.4. Conclusión**

Como se ha expuesto en este capítulo, nuestro estudio es un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo principal es describir la situación actual de MELA en relación a las mujeres en período posparto y a los profesionales de Enfermería que se encargan de su cuidado durante el proceso

de embarazo, parto y posparto. La muestra está compuesta por un total de 153 profesionales y de 225 puérperas, y la recolección de datos se ha realizado mediante dos cuestionarios *ad hoc*. cuyos resultados serán presentados en el siguiente capítulo.

## **CAPÍTULO VIII: RESULTADOS**

- 8.1. Introducción
- 8.2. Análisis descriptivo de los cuestionarios
- 8.3. Resultados de los profesionales
- 8.4. Resultados de las puérperas
- 8.5. Conclusiones

## **8.1. Introducción**

En este capítulo analizamos los datos facilitados por los profesionales y por las puérperas en dos grandes apartados, exponiendo de forma detallada los resultados obtenidos.

## **8.2. Análisis descriptivo de los cuestionarios.**

Los datos recogidos se tabularon a una base de datos de Microsoft Access creada específicamente para este estudio. Para conseguir la mayor fiabilidad en la introducción de datos, se realizó un control de calidad en dos fases:

1. Control de calidad a priori, se creó un rango de valores máximo y mínimos en cada una de las variables, así como máscaras de entrada.
2. Control de calidad a posteriori, se realizó una doble introducción de datos en dos archivos distintos, posteriormente se cruzaron los valores tabulados y se creó un listado de los valores no concordantes de cada caso y variable para su posterior comprobación.

Una vez revisados los datos y corregidos en Access en una base de datos final, se exportaron al paquete estadístico SPSS mediante ODBC suministrado por el mismo programa.

En el análisis descriptivo para las variables cualitativas se calcularon los valores de frecuencia absoluta (n) y relativa en forma de porcentaje (%). En el caso de las variables cuantitativas, primero se estudió si la distribución de los valores se ajustaba a una distribución Normal con el test de bondad de ajuste a la distribución Normal de Kolmogorov-Smirnov, al no ajustarse ninguna de las variables del estudio a la campana de Gauss, se calculó la mediana como medida de tendencia central y los percentiles 25 y 75 como medida de dispersión.

Además, para este estudio, los datos se analizaron por hospital, tanto para las puérperas como para los profesionales, y por hospital y servicio y por grupo laboral (matronas de paritorio, enfermeras generalistas de las unidades de

puerperio y matronas de los Centros de Salud) para los profesionales. En todos los casos comparaciones entre los distintos grupos profesionales se estudiaron a través de un análisis univariante de la siguiente forma: se utilizó el test chi-cuadrado de Pearson para las variables cualitativas siempre que las muestras fueran lo suficientemente grandes, en caso de considerar muestras pequeñas (20% o más de celdas de la tabla de contingencia con frecuencia esperada inferior a 5), se calculó la corrección por razón de verosimilitudes, y para las variables cuantitativas, al no ajustarse a la Normal, se realizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis.

Se consideró un nivel de seguridad del 95%, o nivel significación estadística  $p < 0.05$ .

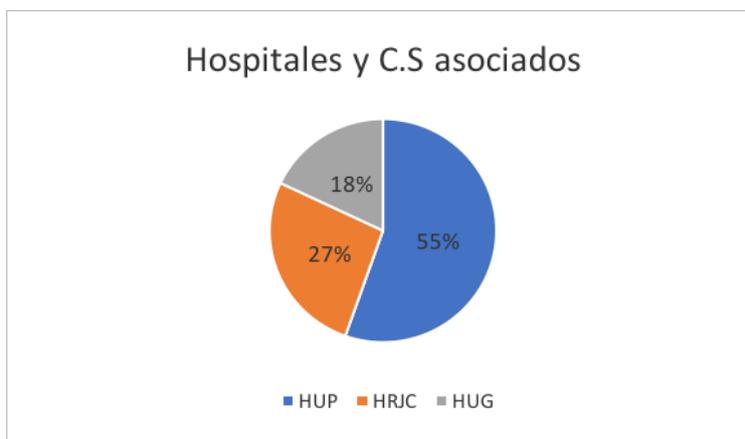
Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS versión 24.0 IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Durante todo el proceso de análisis se aseguró el anonimato de los participantes.

### **8.3 Resultados de los profesionales**

Con el fin de mantener la estratificación por hospitales mencionada en el capítulo anterior y que la muestra sea lo más representativa posible, utilizaremos la muestra estratificada (N=139) cuando hagamos comparaciones interhospitalarias. Cuando la diferenciación interhospitalaria no sea necesaria, utilizaremos la muestra total (N=153) para ganar potencia estadística.

### 8.3.1. Características generales

Tal y como se especificó en el capítulo anterior, la distribución de la muestra estratificada por hospitales y centros de salud asociados (N=139) es la siguiente:



**Gráfico 1.** Distribución de la muestra por Hospitales y centros de salud asociados (N=139).

Se trata de una muestra compuesta mayoritariamente por profesionales de género femenino (97.8%), donde el rango de edad predominante (44%) es el comprendido entre los 31 y los 42 años de edad. No obstante, el análisis comparativo entre hospitales muestra una población más joven en el HURJ, de mayor edad en el HUG y más homogénea en el HULP ( $P < 0.001$ ) (tabla 10). Así mismo, tal y como se muestra en la tabla 10, los profesionales del HUG y de sus centros de salud asociados son los que mayor experiencia profesional tienen (mediana de 13.5 vs 5 y 7 años,  $P = 0,006$ ).

Tabla 10				
Características demográficas de la muestra (N=139).				
	HULP	HURJ	HUG	P
<b>N</b>	77	37	25	-
<b>Género femenino (*)</b> (N=137[76/37/24])	75 (98.7)	35 (94.6)	24 (100)	0.265

<b>Rango edad</b>				<0.001
21-30	18 (23.4)	19 (51.4)	2 (8.0)	
31-42	34 (44.2)	16 (43.2)	11 (44.0)	
43-55	12 (15.6)	1 (2.7)	6 (24.0)	
56-67	13 (16.9)	1 (2.7)	6 (24.0)	
<b>Años de experiencia</b>	7 (3-12)	5 (3-10)	13.5 (5.5-27.5)	0.006
<p>En género y rango de edad, valores de n (%) de la categoría y unidad de procedencia.            En años de experiencia, valores de Mediana(P<sub>25</sub>-P<sub>75</sub>).            (*) Hay 2 valores perdidos, 1 perteneciente al grupo del HULP y otro al grupo del HUG. N válida= 137. 98% del total.</p>				

### 8.3.2. Rol de los profesionales de Enfermería en Planificación Familiar Posparto

Aunque el 92% (N=127) de la muestra estratificada (N=139) considera la PFP una actividad de su rol profesional, al analizar los resultados por hospital y servicio (paritorio, unidad de puerperio y AP), tal y como se muestra en las tablas 11, 12 y 13, se ha observado que son las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio las que menos consideran la actividad en PFP parte de su rol profesional.

Además, este análisis también nos ha permitido conocer, para los diferentes profesionales, en que consiste para los diferentes profesionales el desempeño de dicho rol y qué periodo consideran el más oportuno para informar a las mujeres sobre anticoncepción posparto (tablas 11, 12 y 13).

<b>Tabla 11</b>					
<b>Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: servicio de paritorio.</b>					
<b>(Servicio: Paritorio)</b>	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	46	17	11		74
<b>PFP parte del Rol Profesional</b>	45 (97.8)	17 (100)	11 (100)	0.619	73 (98.6)
<b>Rol Profesional PFP:</b>				0.405	
Recordar	4 (9.1)	2 (11.8)	0		6 (8.3)
Informar si pregunta	2 (4.5)	0	1 (9.1)		3 (4.2)
Informar siempre	38 (86.4)	15 (88.2)	10 (90.9)		63 (87.5)
<b>Periodo información PFP:</b>				0.890	
Ante y posnatal	35 (76.1)	12 (70.6)	9 (81.8)		56 (75.7)
Antenatal	1 (2.2)	1 (5.9)	0		2 (2.7)
Posnatal	9 (19.6)	4 (23.5)	2 (18.2)		15 (20.3)
Lo desconoce	1 (2.2)	0	0		1 (1.4)
Valores de n (%) según hospital y servicio.					

<b>Tabla 12</b>					
<b>Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: unidad de puerperio.</b>					
<b>(Servicio: Unidad de Puerperio)</b>	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	14	13	6		33
<b>PFP parte del Rol Profesional</b>	11 (78.6)	7 (53.8)	5 (83.3)	0.275	23 (69.7)
<b>Rol Profesional en PFP:</b>				0.055	
Recordar	7 (63.6)	2 (28.6)	5 (100)		14 (60.9)
Informar si pregunta	0	1 (14.3)	0		1 (4.3)
Informar siempre	4 (36.4)	4 (57.1)	0		8 (34.8)
<b>Periodo información PFP:</b>				0.456	
Ante y posnatal	9 (64.3)	6 (46.2)	4 (66.7)		19 (57.6)
Antenatal	0	2 (15.4)	1 (16.7)		3 (9.1)
Posnatal	4 (28.6)	3 (23.1)	1 (16.7)		8 (24.2)
	1	2	0		3

Lo desconoce	(7.1)	(15.4)			(9.1)
Valores de n (%).					

<b>Tabla 13</b>					
<b>Rol profesional en PFP según hospital de procedencia: centros de salud.</b>					
<b>(SERVICIO:AP)</b>	<b>HULP</b>	<b>HUR J</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	<b>17</b>	<b>7</b>	<b>8</b>		<b>32</b>
<b>PFP parte del Rol Profesional (*)</b> (N=31[(17/6/8)])	17 (100)	6 (100)	8 (100)	-	31 (100)
<b>Rol Profesional en PFP:</b>				0.14 5	
Recordar	0	0	0		0
Informar si pregunta	3 (17.6)	0	0		3 (9.7)
Informar siempre	14 (82.4)	6 (100)	8 (100)		28 (90.3)
<b>Periodo información PFP:</b>				0.57	
Ante y posnatal	14 (82.4)	7 (100)	7 (87.5)	1	28 (87.5)
Antenatal	2 (11.8)	0 0	) 1		3 (9.4)

Posnatal	1 (5.9)	0	(12.5 )	1 (3.1)
Lo desconoce	0	0	0	0
Valores de n (%). (* ) Hay 1 valor perdido perteneciente al grupo del HURJ. N válida= 31. 97% del total.				

A la vista de la situación anteriormente descrita sobre las enfermeras generalistas y la PFP, se decidió hacer un análisis por categoría profesional (matronas de paritorio, enfermeras generalistas, matronas de Centro de Salud) incluyendo a la totalidad de la muestra (N=153) con independencia del hospital de referencia (tabla 14), y se observó que solo el 72.2% de las enfermeras asumen la PFP como una actividad de su rol profesional frente al 99% de las matronas de paritorio y al 100% de las matronas de AP (P<0.001).

Este análisis (tabla 14) también muestra diferencias estadísticamente significativas en cuanto al desarrollo de la PFP como actividad profesional y al periodo considerado como más oportuno por los profesionales para informar a las mujeres sobre anticoncepción posparto.

<b>Tabla 14</b>					
<b>Rol profesional en PFP: comparación por categoría profesional</b>					
	<b>Mat. Parit.</b>	<b>Enf Puerp.</b>	<b>Mat. CS</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	85	36	32		153
<b>PFP parte Rol Profesional (*)</b> (N=152 [85/36/31])	84 (98.8)	26 (72.2)	31 (100)	<0.001	141 (92.8)
<b>Rol Profesional PFP:</b>				<0.001	

Recordar	7 (8.4)	16 (61.5)	0	23 (16.4)
Informar si pregunta	4 (4.8)	1 (3.8)	3 (9.7)	8 (5.7)
Informar siempre	72 (86.7)	9 (34.6)	28 (90.3)	109 (77.9)
<b>Periodo información</b>				0.002
<b>PPF:</b>				
Ante y posnatal	66 (77.6)	19 (52.8)	28 (87.5)	113 (73.9)
Antenatal	2 (2.4)	3 (8.3)	3 (9.4)	8 (5.2)
Posnatal	16 (18.8)	11 (30.6)	1 (3.1)	28 (18.3)
Lo desconoce	1 (1.2)	3 (8.3)	0	4 (2.6)
Valores de n (%). (* ) Hay 1 valor perdido perteneciente al grupo de matronas de CS. N válida= 152. 99% del total.				

### 8.3.3. Conocimientos generales sobre Planificación Familiar

#### Posparto

Como se expone a lo largo de los antecedentes, es crucial que los profesionales de Enfermería informen a la mujer sobre la importancia de iniciar algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto (MSSSI, 2014; FSRHC, 2017), así como sobre los diferentes métodos anticonceptivos en sí y la compatibilidad de los mismos con la LM. Por tanto, tal y como expusimos en el capítulo V, es imprescindible que cuenten con el conocimiento suficiente en anticoncepción posparto que les permita facilitar a la mujer una información

veraz, precisa y actualizada, conocimiento que se ha explorado a través de nuestra investigación.

Inicialmente se realizó un análisis por hospital de procedencia con el objetivo de poder comparar el conocimiento de los profesionales. Sin embargo, tal y como se puede apreciar en la tabla 15, no hallamos diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los tres ítems analizados, aunque si nos resultó llamativo el alto porcentaje de profesionales (62.5%) que consideran que la anticoncepción posparto se debe iniciar a partir del día 40.

<b>Tabla 15</b>					
<b>Comparación del conocimiento de los profesionales en anticoncepción por hospital de procedencia.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	77	37	25		139
<b>Recomendación inicio anticoncepción:</b>				0.561	
40 días	49 (66.2)	23 (62.2)	13 (52.0)		85 (62.5)
7 días	12 (16.2)	8 (21.6)	4 (16.0)		24 (17.6)
21 días	8 (10.8)	5 (13.5)	4 (16.0)		17 (12.5)
28 días	5 (6.8)	1 (2.7)	4 (16.0)		10 (7.4)
<b>Métodos anticonceptivos sobre los que informa (*):</b> (N=137 [75/37/25])				0.901	
	1	1	0		2

Lo desconoce	(1.3)	(2.7)		(1.5)
	3	3	1	7
Los más efectivos	(4.0)	(8.1)	(4.0)	(5.1)
	51	25	17	93
Todos los indicados	(68.0)	(67.6)	(68.0)	(67.9)
	20	8	7	35
	(26.7)	(21.6)	(28.0)	(25.5)
Todos				
<b>Importancia de conocer si el RN se alimenta con LM en PFP (**)</b>				0.807
(N=138 [76/37/25])				
	72	36	24	132
	(94.7)	(97.3)	(96.0)	(95.7)
Valores de n (%).				
(*) Hay 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 137. 98% del total.				
(**) Hay 1 valor perdido perteneciente al grupo del HULP. N válida= 138. 99% del total.				

Al analizar estos tres ítems por categoría profesional (matronas de paritorio, enfermeras generalistas, matronas de Centro de Salud) incluyendo a la totalidad de la muestra (N=153), se obtuvieron resultados similares excepto para el ítem “importancia de conocer si el Recién Nacido (RN) se alimenta con LM en PFP”, aspecto que solo el 86.1% de las enfermeras generalistas lo consideraban importante, frente al 98% de las matronas de paritorio y el 100% de las matronas de Centro de Salud (P=0.012).

### 8.3.4. Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos en el posparto

Como vimos en el capítulo IV, a pesar de la gran oferta anticonceptiva que existe, no todos los métodos están indicados durante el posparto o son compatibles con la LM.

Puesto que este trabajo versa sobre la anticoncepción posparto en combinación con la LM, se ha querido saber cuál es el método que los profesionales consideran más idóneo para utilizar durante la lactancia.

A tal fin, se ha pedido a los encuestados que a través de una escala Likert de cinco puntos ordenen los métodos anticonceptivos propuestos (hormonales combinados, hormonales de solo gestágenos, DIU de cobre, MELA y barrera) según su idoneidad de uso durante el posparto en combinación con la LM, otorgando el número 1 al método más idóneo y el 5 al menos idóneo.

Tal y como se muestra en la tabla 16, los profesionales creen que el orden de mayor a menor idoneidad de uso para los métodos propuestos durante el posparto en combinación con la LME es el siguiente: barrera, hormonales de solo gestágenos, MELA, DIU de cobre y hormonales combinados. Resultados obtenidos a partir del análisis de la muestra estratificada (N=139) según el hospital de referencia.

<b>Tabla 16</b>					
<b>Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: comparación interhospitalaria.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	77	37	25		139
<b>Orden de idoneidad de uso de los métodos:</b>					
H. Combinados	5 (5-5)	5 (4-5)	5 (4-5)	0.199	5 (5-5)

H. Solo Gestágenos	2 (2-3)	2 (2-3)	2.5 (2-3)	0.609	2 (2-3)
DIU	3 (3-4)	4 (3-4)	4 (3-4)	0.148	4 (3-4)
MELA	3 (2-4)	2 (1-4)	3 (2-4)	0.376	3 (1.5-4)
Barrera	1 (1-2)	2 (1-2)	1 (1-2)	0.170	1 (1-2)
Valores de Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ).					

El análisis por servicio y hospital (tablas 17 y 18) no muestra diferencias estadísticamente significativas, pero si se han observado diferencias entre los resultados totales de las matronas (tabla 17) y los de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio (tabla 18).

<b>Tabla 17</b>					
<b>Idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: comparación por hospitales de los servicios de paritorio y AP.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>Matronas de Paritorio</b>					
<b>N</b>	46	17	11		74
<b>Orden de idoneidad de uso de los métodos:</b>					
H. Combinados	5 (5-5)	5 (5-5)	5 (5-5)	0.629	5 (5-5)
H. Solo Gestágenos	2 (2-2)	2 (2-3)	2 (2-3)	0.447	2 (2-3)
DIU	3	4	4	0.530	4

	(3-4)	(3-4)	(3-4)		(3-4)
MELA	3	2	3	0.191	3
	(3-4)	(1-4)	(2-4)		(2-4)
Barrera	1	2	1	0.351	1
	(1-2)	(1-2)	(1-2)		(1-2)
<b>Matronas de Centro de Salud</b>					
<b>N</b>	17	7	8		32
<b>Orden de idoneidad de uso de los métodos:</b>					
H. Combinados					
H. Solo Gestágenos					
	5	5	5	0.594	5
DIU	(5-5)	(5-5)	(5-5)		(5-5)
MELA	2	1	3		2
	(2-3.5)	(1-2)	(2-3)	0.093	(1-3)
Barrera					3
	3	3	4	0.077	(3-4)
	(3-4)	(2-3)	(3-4)		3
	3	4	2.5	0.233	(1-4)
	(1.5-4)	(4-4)	(1-4)		2
	1	1	2	0.170	(1-2)
	(1-2)	(1-3)	(1-2)		
Valores de Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ).					

<b>Tabla 18</b>					
<b>Comparación interhospitalaria de la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM: unidades de puerperio.</b>					
<b>Enfermeras de Unidad de Puerperio</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	14	13	6		33
<b>Orden de idoneidad de uso de los métodos:</b>					
H. Combinados	5 (4-5)	4 (3.5-4.5)	3 (2-4.5)	0.015	4 (4-5)
H. Solo Gestágenos	3 (2-4)	3 (3-3)	3 (2-3.5)	0.722	3 (2-4)
DIU	3 (2.5-4)	5 (4-5)	4 (3-5)	0.049	4 (3-5)
MELA	2 (1-3)	1 (1-2)	3 (2-5)	0.095	2 (1-3)
Barrera	1.5 (1-2)	2 (1-2)	1 (1-2)	0.516	1 (1-2)
Valores de Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ).					

A la vista de las diferencias entre matronas y enfermeras que acabamos de mencionar, se realizó un análisis de los datos por categoría profesional para la totalidad de la muestra (N=153) (tabla 19), y se observó que, en términos de idoneidad de uso durante la LM, las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio equiparan los métodos hormonales combinados y el DIU de cobre, obteniendo en ambos casos una mediana de 4, consideración que no es así en el caso de las matronas (P<0.001). Así mismo, consideran los métodos hormonales de solo gestágenos menos idóneos que las matronas (mediana de

3 vs 2,  $P=0,001$ ), sin embargo, para las enfermeras, MELA es un método más idóneo que para las matronas (tabla 19).

<b>Tabla 19</b>					
<b>Comparación por categoría profesional de la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM</b>					
	<b>Mat.</b>	<b>Enf.</b>	<b>Mat</b>		<b>Total</b>
	<b>Parit.</b>	<b>Hosp.</b>	<b>CS</b>	<b>P</b>	
<b>N</b>	85	36	32		153
<b>Orden de idoneidad de uso de los métodos anticonceptivos:</b>					
H. Combinados	5(5-5)	4(4-4)	5(5-5)	<0.001	5(5-5)
H. Solo Gestágenos	2(2-2)	3(2-4)	2(1-3)	0.001	2(2-3)
DIU	4(3-4)	4(3-5)	3(3-4)	0.040	4(3-4)
MELA	3(2-4)	2(1-3)	3(1-4)	0.232	3(1-4)
Barrera	1(1-2)	1(1-2)	2(1-2)	0.674	1(1-2)
Valores de Mediana ( $P_{25}$ - $P_{75}$ ).					

### **8.3.5. Motivaciones de los profesionales a la hora de elegir el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en un contexto de lactancia materna exclusiva**

Tras exponer en el apartado anterior que métodos son considerados por los profesionales como más o menos idóneos durante el posparto en combinación con la LM, queremos dedicar este apartado a explorar cuál es el motivo que les ha llevado a tener esa opinión.

No obstante, antes de comenzar a exponer los resultados, mencionar que este ítem es el que más valores perdidos tiene de todos los analizados. Hecho que resulta llamativo si tenemos en cuenta que el ítem del apartado anterior,

con el cual guarda una estrecha relación, ha sido contestado por la totalidad de la muestra.

En relación al motivo de elección del método más idóneo durante el posparto en combinación con la LM, los resultados del análisis de la muestra estratificada (N=139) nos indican que el 54.2% lo han elegido por su efectividad, el 27.5% por la evidencia consultada sobre el mismo, el 10% por ser el que más se suele recomendar y el 8.3% por su experiencia personal o por la de algún familiar o amiga (tabla 20).

<b>Tabla 20</b>					
<b>Comparación interhospitalaria del motivo por el que fue elegido el método anticonceptivo más idóneo.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	77	37	25		139
<b>Motivo por el que ha elegido el método más idóneo (*):</b> (N=120 [65/32/23])				0.545	
Efectividad	38 (58.5)	16 (50.0)	11 (47.8)		65 (54.2)
Experiencia	3 (4.6)	3 (9.4)	4 (17.4)		10 (8.3)
Más recomendado	5 (7.7)	5 (15.6)	2 (8.7)		12 (10.0)
Evidencia leída	19 (29.2)	8 (25.0)	6 (26.1)		33 (27.5)
Valores de n (%). (* ) Hay 19 valores perdidos, 12 pertenecientes al grupo del HULP, 5 pertenecientes al grupo del HURJ y 2 pertenecientes al grupo del HUG. N válida=120. 86% del total.					

Sin embargo, el análisis de la muestra estratificada (N=139) por servicio muestra resultados diferentes (tablas 21, 22 y 23). Siendo reseñable que las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio del HURJ fueron las que en mayor porcentaje eligieron el método más idóneo por considerarlo el más recomendado (27%) y las que menos lo eligieron en base a su efectividad (45%) (P=0.018, tabla 22).

<b>Tabla 21</b>					
<b>Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en el servicio de paritorio.</b>					
<b>Servicio:</b>					
<b>Paritorio</b>	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	46	17	11		74
<b>Motivo por el que ha elegido el método más idóneo (*):</b> (N=66 [41/14/11])				0.418	
Efectividad	23(56.1)	8(57.1)	5(45.5)		36(54.5)
Experiencia	3(7.3)	0	3(27.3)		6(9.1)
Más recomendado	4(9.8)	2(14.3)	1(9.1)		7(10.6)
Evidencia leída	11(26.8)	4(28.6)	2(18.2)		17(25.8)
Valores de n (%). (* ) Hay 8 valores perdidos, 5 pertenecientes al HULP y 3 pertenecientes al HURJ. N válida= 66. 89% del total.					

<b>Tabla 22</b>						
<b>Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en las unidades de puerperio.</b>						
<b>Servicio: Unidad de Puerperio</b>	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>	
<b>N</b>	14	13	6		33	
<b>Motivo por el que ha elegido el método más idóneo (*):</b> (N=29[13/11/5])				0.018		
Efectividad	11(84.6)	5(45.5)	4(80.0)		20(69.0)	
Experiencia	0	3(2.3)	0		3(10.3)	
Más recomendado	0	3(27.3)	1(20.0)		4(13.8)	
Evidencia leída	2(15.4)	0	0		2(6.9)	
Valores de n (%). (* Hay 4 valores perdidos, 1 perteneciente al grupo del HULP, 2 pertenecientes al grupo del HURJ y 1 perteneciente al grupo HUG. N válida=29. 88% del total.						

<b>Tabla 23</b>						
<b>Comparación interhospitalaria de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM en el Servicio.</b>						
<b>Servicio: AP</b>	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>	
<b>N</b>	17	7	8		32	
<b>Motivo por el que ha elegido el método más idóneo (*):</b> (N=25[11/7/7])				0.623		
Efectividad	4(36.4)	3(42.9)	2(28.6)		9(36.0)	

Experiencia	0	0	1(14.3)		1(4.0)
Más recomendado	1(9.1)	0	0		1(4.0)
Evidencia leída	6(54.4)	4(57.1)	4(57.1)		14(56.0)
Valores de n (%). (* ) Hay 7 valores perdidos, 6 pertenecientes al grupo del HULP y 1 perteneciente al grupo del HUG. N válida= 25. 78% del total.					

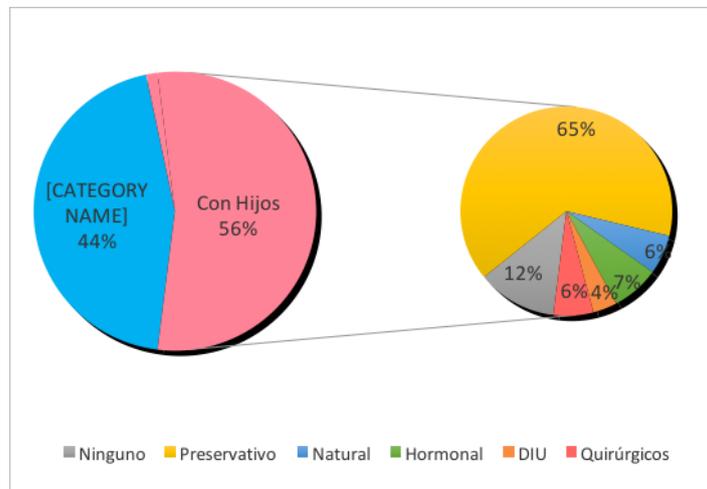
Las diferencias observadas entre los profesionales de los diferentes servicios nos llevaron a analizar este ítem por categoría profesional para la totalidad de la muestra (N=153), y aunque los resultados son similares a los plasmados en las tablas 21, 22 y 23 presentan una mayor potencia estadística (tabla 24).

<b>Tabla 24</b>					
<b>Comparación por categoría profesional de los motivos por los que los profesionales eligieron el método anticonceptivo más idóneo para el posparto en combinación con la LM.</b>					
	<b>Mat</b>	<b>Enf</b>	<b>Mat.</b>	<b>P</b>	
	<b>Parit.</b>	<b>Puerp.</b>	<b>CS</b>		<b>Total</b>
<b>N</b>	85	36	32		153
<b>Motivo por el que ha elegido el método más idóneo (*):</b> (N=131[76/30/25])				0.007	
Efectividad	41(53.9)	21(70.0)	9(36.0)		71(54.2)
Experiencia	6(7.9)	3(10.0)	1(4.0)		10(7.6)
Más recomendado	8(10.5)	4(13.3)	1(4.0)		13(9.9)
Evidencia leída	21(27.6)	2(6.7)	14(56.0)		37(28.2)
Valores de n (%). (* ) Hay 22 valores perdidos, 9 pertenecientes al grupo de matronas de paritorio, 6 pertenecientes al grupo de enfermeras de las unidades de puerperio y 7 pertenecientes al grupo de matronas de CS. N válida=131. 86% del total.					

### 8.3.6. Relación entre la experiencia personal de los profesionales y sus decisiones profesionales en anticoncepción

Para este apartado, puesto que no queremos hacer comparaciones interhospitalarias sino estudiar si existe relación entre las experiencias personales de los profesionales y sus decisiones profesionales en anticoncepción posparto, se ha decidido hacer el análisis de datos con la totalidad de la muestra (N=153).

De los 153 profesionales que componen la muestra sabemos que el 96.7% (N=146) son mujeres, y que de ellas el 56% (N=82) tiene al menos un hijo/a. Porcentaje de profesionales a las que se les preguntó qué método anticonceptivo habían utilizado durante los primeros seis meses de su último periodo posparto. Resultando que más de la mitad (65%) utilizó el preservativo y un 12% no utilizó ningún tipo de método durante ese periodo (gráfico 2).



**Gráfico 2.** Elección personal en anticoncepción de las profesionales con hijos durante los primeros seis meses posparto tras el nacimiento de su último hijo/a.

Nos parece reseñable que a nivel general los métodos barrera sean considerados los más idóneos por parte de los profesionales para su uso durante el posparto en combinación con la LM (tabla 19), y que a su vez sean los más utilizados por ellos mismos a nivel personal (gráfico 2). Con el fin de conocer si existe relación entre la experiencia personal de las profesionales con el preservativo, y la elección de dicho método desde el punto de vista profesional como el método más idóneo, comparamos ambas variables y

comprobamos que, en el caso concreto del preservativo si existe una relación entre la experiencia personal y la elección profesional (tabla 25).

<b>Tabla 25</b>					
<b>Comparación de los métodos anticonceptivos utilizados por los profesionales en sus últimos 6 meses posparto y su elección a nivel profesional en cuanto a la idoneidad de uso.</b>					
<b>Método utilizado tras embarazo</b>	<b>Medianas y percentiles de idoneidad para cada método anticonceptivo según escala Likert de cinco puntos.</b>				
	<b>H. Comb.</b>	<b>H. Solo Gestágen.</b>	<b>DIU Cobre</b>	<b>MELA</b>	<b>Barrera</b>
<b>Ninguno</b>	5 (3-5)	3 (2-4)	3 (2-3)	1.5 (1-5)	2 (2-4)
<b>Preservativo</b>	5 (5-5)	2 (2-3)	4 (3-4)	3 (2-4)	<b>1</b> <b>(1-2)</b>
<b>Natural</b>	5 (4-5)	3 (2-3.5)	4 (3.5-4.5)	2 (1.5-3)	1 (1-1.5)
<b>Hormonal</b>	4 (25)	2.5 (2-4)	4.5 (2.5-5)	1 (1-2.5)	2.5 (1-4)
<b>DIU</b>	-	3 (2-3)	3 (1-3)	4 (1-4)	2 (1-2)
<b>Quirúrgicos</b>	5 (2.5-5)	2.5 (2-4)	4 (2.5-4)	2 (1-4)	2 (1-3)
Valores de Mediana (P <sub>25</sub> -P <sub>75</sub> ).					

### 8.3.7. Conocimiento de los profesionales sobre MELA

De la muestra estratificada (N=139), un 93.4% de los profesionales refieren conocer MELA. No obstante, los resultados obtenidos del análisis por servicios

y hospital de referencia nos muestran que MELA es más conocido en los servicios en los que las matronas desarrollan su actividad laboral que en los que la desarrollan las enfermeras generalistas (tabla 26).

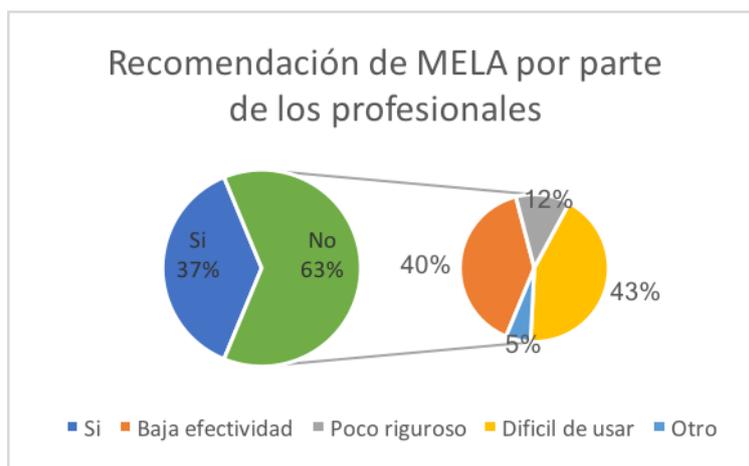
<b>Tabla 26</b>					
<b>Análisis interhospitalario y por servicio del conocimiento de MELA.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Paritorio</b>					
<b>N</b>	46	17	11		74
<b>Conoce MELA(*)</b>				0.367	
(N=72 [44/17/11])	42 (95.5)	17 (100)	11 (100)		70 (97.2)
<b>Unidad de Puerperio</b>					
<b>N</b>	14	13	6		33
<b>Conoce MELA</b>	11 (78.6)	11 (84.6)	5 (83.3)	0.916	27 (81.8)
<b>Centros de Salud</b>					
<b>N</b>	17	7	8		32
<b>Conoce MELA</b>	16 (94.1)	7 (100)	8 (100)	0.524	31 (96.9)
Valores de n (%).					
(*) Hay dos valores perdidos que pertenecen al grupo del HULP. N válida=72. 97% del total					

Dado el alto porcentaje de profesionales que refirieron conocer MELA, y sabiendo que la efectividad es uno de los motivos principales en los que se basaron a la hora de elegir el método anticonceptivo más idóneo durante el posparto en combinación con la LM (tabla 24), quisimos saber qué porcentaje de profesionales conocían realmente la efectividad de MELA. Con este propósito y con el fin de obtener una mayor potencia estadística, realizamos un análisis comparativo entre categorías profesionales para la totalidad de los

encuestados (N=153) (tabla 27). Pudiéndose apreciar en la tabla 27 que muy pocos profesionales conocen la efectividad real de MELA (14.5%, P<0.001).

<b>Tabla 27</b>					
<b>Análisis comparativo del conocimiento de MELA por categoría profesional.</b>					
	<b>Mat.</b>	<b>Enf</b>	<b>Mat.</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
	<b>Parit.</b>	<b>Puerp.</b>	<b>CS</b>		
<b>N</b>	85	36	32		153
<b>Conoce MELA(*)</b>	81	29	31	0.006	141
(N=151[83/36/32])	(97.6)	(80.6)	(96.9)		(93.4)
<b>Riesgo de embarazo usando MELA(**):</b>				<0.001	
(N=145[82/33/30])					
Más del 10%	24(29.3)	18(54.5)	6(20.0)		48(33.1)
5-10%	20(24.4)	6(18.2)	9(30.0)		35(24.1)
2-5%	22(26.8)	4(12.1)	15(50.0)		41(28.3)
<b>Menos del 2%</b>	16(19.5)	5(15.2)	0		<b>21(14.5)</b>
Valores de n (%).					
(*) Hay 2 valores perdidos pertenecientes al grupo de matronas de paritorio. N válida=151. 99% del total.					
(**) Hay 8 valores perdidos, 3 pertenecientes al grupo de matronas de paritorio, 3 pertenecientes al grupo de enfermeras de las unidades de puerperio y 2 pertenecientes al grupo de de CS. N válida= 145. 95% del total.					

Este hecho, junto con la percepción de que es un método difícil de usar, está directamente relacionado con la no recomendación del mismo por parte de los profesionales, tal y como se muestra en el gráfico 3.



**Gráfico 3:** Recomendación de MELA.

Así mismo, en la tabla 28 se muestran los resultados obtenidos en relación al conocimiento de MELA y el manejo de la LM durante su uso para la totalidad de la muestra (N=153).

<b>Tabla 28</b>	
<b>Conocimiento de los profesionales sobre MELA: criterio y uso de la LM</b>	
<b>Conocimiento sobre MELA</b>	<b>N=153</b>
<b>En relación al criterio de MELA es falso (*):</b> (N=142[70/43/29])	
Debe ser LME	10(7.0)
<b>La Edad del RN es irrelevante</b>	<b>114(80.3)</b>
La mujer en amenorrea	18(12.7)
<b>Frecuencia tomas LM (*):</b> (N=142[70/43/29])	
<b>4 H/Día y 6H/Noche</b>	<b>22(15.5)</b>
3 H/Día y 4H/Noche	42(29.6)
A demanda	38(26.8)
3-4 H/Día y Noche	40(28.2)

<b>Hasta cuándo se puede usar MELA (**):</b> (N=152[76/45/31])	
No sabe	19(12.5)
3 meses	2(1.3)
<b>6 meses</b>	<b>101(66.4)</b>
Duración LM	30(19.7)
<b>Recomendaría el uso de suplementos de LA con MELA (**):</b> (N=151[75/45/31])	
<b>No</b>	<b>146(96.7)</b>
Sí, depende cantidad	2(1.3)
Sí, si lactancia frecuente	3(2.0)
Valores de n (%). (*) Hay 11 valores perdidos, 7 pertenecientes al grupo del HULP, 2 pertenecientes al grupo del HURJ y 2 pertenecientes al grupo del HUG. N válida=142. 93% del total. (**) Hay 1 valores perdidos perteneciente al grupo del HULP. N válida= 152. 99% del total. (***) Hay 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 151. 99% del total.	

A la vista de los resultados que muestran las tablas 27 y 28, quisimos saber cuántos profesionales de los que indicaron conocer MELA contestaron correctamente a las 5 preguntas específicas sobre el método, obteniendo que solo lo hicieron 4 profesionales (2.6%). En la tabla 29 se detallan algunas de las características y respuestas de estos 4 profesionales.

<b>Tabla 29</b>	
<b>Características de los 4 profesionales que respondieron correctamente las 5 preguntas sobre MELA.</b>	
<b>Características de los Profesionales:</b>	<b>Responde Correctamente a las 5 preguntas (N=4)</b>

<b>Rango de edad:</b>	
21-30	2(50.0)
31-42	1(25.0)
43-55	1(25.0)
56-67	0
<b>Años de experiencia</b>	5(3-6.5)
<b>Servicio:</b>	
Paritorio (matronas)	4(100)
Unidad de puerperio (enfermeras)	0
AP (matronas)	0
<b>Recomendaría usar el Método Lactancia como método anticonceptivo posparto (Sí)</b>	3(75.0)
<b><u>Si la respuesta anterior ha sido NO, por favor conteste por qué:</u></b>	
1) Por su baja efectividad.	0
2) Método antiguo y poco riguroso.	0
3) Es difícil de usar.	1(100)
4) Otro:	0
<b>Tiene usted hijos/as (Sí)</b>	2(50.0)
<b>Tras su último embarazo, ¿qué método anticonceptivo utilizó durante los primeros seis meses posparto?</b>	
Ninguno.	0
Preservativo.	2(100)
Método natural:	0
Método hormonal:	0
DIU cobre	0
Quirúrgicos	0
Valores de n (%).	

Antes de terminar este apartado, nos gustaría mencionar los resultados obtenidos para la totalidad de la muestra (N=153) en relación a la LM, ya que el establecimiento y manejo de la misma repercuten directamente sobre la posibilidad de uso de MELA (tabla 30).

<b>Tabla 30</b>	
<b>Conocimiento de los profesionales sobre LM.</b>	
<b>Conocimientos sobre LM</b>	<b>N=153</b>
<b>Recomendación sobre el momento de inicio de la LM:</b>	
Primeras 4 horas	1(0.7)
Primeras 3 horas	9(5.9)
Primera hora	143(93.5)
<b>Recomendación si el RN no inicia la LM en las primeras 12 horas de vida (*):</b>	
(N=152[77/44/31])	
Una toma de fórmula y nuevo intento de LM en la siguiente toma.	17(11.2)
Extraer calostro manualmente y dárselo al RN.	122(80.3)
Esperar.	13(8.6)
<b>Necesidad de explicar Beneficios Lactancia</b>	
No es necesario	1(0.7)
No, ya lo conocen	1(0.7)
Sí, siempre	148(96.7)
Solo si preguntan	3(2.0)
Valores de n (%).	
(*) Hay un valor perdido perteneciente al grupo del HURJ. N válida= 152. 99% del total.	

A pesar del alto porcentaje de profesionales que han referido explicar de forma rutinaria a las mujeres los beneficios de la LM (N=148, 96.7%) (tabla 30), resulta llamativo que de entre todos ellos solo un 57% incluyan la amenorrea

de la lactancia entre los beneficios de la LM (N válida= 146, 1.4% de valores perdidos) (tabla 31).

<b>Tabla 31</b>					
<b>Inclusión de la amenorrea de la lactancia en los beneficios de LM: comparación por categoría profesional.</b>					
	<b>Mat.</b>	<b>Enf</b>	<b>Mat.</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
	<b>Parit.</b>	<b>Puerp.</b>	<b>CS</b>		
<b>N</b>	80	35	31		146
<b>Incluyen la amenorrea de la lactancia en los beneficios de la LM</b>	54 (67.5)	13 (37.1)	16 (51.6)	0.008	83 (56.8)
Valores de n (%).					

## 8.4. Resultados de las puérperas

Como en el caso de los profesionales, como ya mencionamos en el capítulo anterior, finalmente recogimos 11 cuestionarios más de los inicialmente previstos (N=225). No obstante, el exceso de cuestionarios fue recogido en base a los porcentajes de estratificación calculados para cada hospital.

### 8.4.1. Características generales

Las características generales de las mujeres que componen la muestra (N=225) son las siguientes (tabla 32):

<b>Tabla 32</b>	
<b>Características generales de las puérperas.</b>	
<b>Características Puérperas</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	225
<b>Rango de edad:</b>	
15-20	5(2.2)
21-30	53(23.6)
31-40	150(66.7)
41-49	17(7.6)
<b>Tipo Parto:</b>	
Eutócico	132(58.9)
Instrumental	15(6.7)
Cesárea urgente	50(22.3)
Cesárea programada	27(12.1)
<b>Edad hijo (días)</b>	
Media±d.t.	1.98±1.21
<b>Hijos anteriores (Sí):</b>	119(53.4)
<b>Método anticonceptivo últimos 6 meses posparto:</b>	
Ninguno	32(27.1)
Preservativo	50(42.4)
Natural	6(5.1)
Hormonal	24(20.3)
DIU	4(3.)
Quirúrgicos	1(0.8)
Otros	1(0.8)
Valores de n (%).	

### 8.4.2. Información recibida y conocimientos generales de las mujeres sobre PFP

Como se ha expuesto a lo largo de los antecedentes, la información en PFP es fundamental a la hora de promover la toma de decisiones informadas en anticoncepción. De ahí que hayamos querido saber si las mujeres que han participado en este estudio han sido informadas sobre PFP, a través de quién o qué, en qué periodo (antenatal, posnatal o ambos) y sobre qué métodos. Así mismo, también se ha querido conocer si las mujeres creen que la separación intergenésica es importante para reducir el riesgo perinatal en embarazos futuros.

Para obtener esta información, se ha realizado un análisis comparativo interhospitalario (tabla 33), observando que solo un 33.8% de las mujeres refirieron haber sido informadas sobre anticoncepción posparto en el momento en el que realizaron la encuesta, de las cuales, un 65.8% fueron informadas por la matrona del Centro de Salud y mayoritariamente sobre los métodos hormonales (66.2%) y el DIU (67.6%). En relación a la separación intergenésica el 67.4% de las mujeres encuestadas son conocedoras de su importancia.

Tabla 33					
Información y conocimientos en PFP.					
	HULP	HURJ	HUG	P	Total
<b>N</b>	142 j	51	32		225
<b>Informada PFP: (Si)</b>				0.511	
	50(35.2)	18(35.3)	8(25.0)		<b>76(33.8)</b>
<b>Informada PFP por:</b>					
(N=76[50/18/8])					
Médico CS	6(12.0)	1(5.6)	2(25.0)	0.391	9(11.8)
Ginecólogo	15(30.0)	8(44.4)	0	0.025	23(30.3)
Matrona CS	37(74.0)	7(38.9)	6(75.0)	0.026	50(65.8)

Enfermera o Matrona					
Hospital	2(4.0)	2(11.1)	0	0.370	4(5.3)
<b>Periodo informada sobre PFP (*):</b> (N=75[50/17/8])				0.715	
Antenatal	40(80.0)	14(82.4)	5(62.5)		59(78.7)
Posparto	4(8.0)	2(11.8)	1(12.5)		7(9.3)
Antenatal y posnatal	6(12.0)	1(5.9)	2(5.0)		9(12.0)
<b>Métodos informados (**):</b> (N=74[48/18/8])					
Quirúrgicos	23(47.9)	8(44.4)	4(50.0)	0.956	35(47.3)
Naturales	14(29.2)	3(16.7)	3(37.5)	0.448	20(27.0)
Hormonales	29(60.4)	12(66.7)	8(100)	0.026	49(66.2)
Barrera	27(56.3)	8(44.4)	5(62.5)	0.609	40(54.1)
DIU	31(64.6)	12(66.7)	7(87.5)	0.385	50(67.6)
<b>La separación intergenésica de al menos un año reduce riesgos en futuros embarazos (***):</b> (N=224[142/51/31])				0.049	
No	8 (5.6)	4 (7.8)	3 (9.7)		15 (6.7)
Sí	105 (73.9)	26 (51.0)	20 (64.5)		151 (67.4)
No sabe	29 (20.4)	21 (41.2)	8 (25.8)		58 (25.9)
Valores de n (%). Los ítems sobre profesional que informa en PFP y los métodos informados					

son de respuesta múltiple por lo que no tiene que sumar 100%.  
 (\*) 1 valor perdido perteneciente al grupo del HURJ. N válida= 75. 99% del total.  
 (\*\*) 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 74. 97% del total.  
 (\*\*\*) 1 valor perdido perteneciente al grupo del HUG. N válida= 224. 99% del total.

### 8.4.3. Información recibida y conocimientos generales de las mujeres sobre LM

Como expusimos a lo largo del capítulo II, es condición sine qua non para el uso de MELA que el recién nacido sea alimentado con LME. Por este motivo, es de gran interés para esta investigación conocer cómo alimentan las madres que han participado en este estudio a sus hijos, si conocen los beneficios de la LM, cómo han obtenido dicha información, de qué forma los hospitales en los que están ingresadas han promovido el inicio de la LM y en qué momento se ha iniciado la LM en los casos en los que ese sea el tipo de alimentación que recibe el RN (tabla 34).

Los resultados obtenidos muestran que el 96% de las mujeres encuestadas afirmaron conocer los beneficios de la LM. Además, un 80.2% refirieron haber tenido la posibilidad de tener contacto piel con piel con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento, siendo las mujeres ingresadas en el HURJ a las que en mayor porcentaje se les ofreció realizar el contacto piel con piel (96.1%,  $P=0.001$ ). Así mismo, resulta llamativo que el HULP tenga el porcentaje más bajo de LME (57.7%,  $P<0.001$ ) y el más alto de suplementación en el primer día de vida del RN (38.8%,  $P<0.001$ ).

	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	142	51	32		225
<b>Conoce</b> <b>Beneficios LM</b> <b>(Sí) (*):</b>				0.266	

(N=224 [142/51/31])	137 (96.5)	50 (98.0)	28 (90.3)		<b>215</b> (96.0)
<b>Informada beneficios LM por (**):</b> (N=215 [137/50/28])					
Matrona CS	96(70.1)	32(64.0)	20(71.4)	0.698	148(68.8)
Matrona o enfermera hospital	53(38.7)	26(52.0)	8(28.6)	0.100	87(40.5)
Obstetra	10(7.3)	8(16.0)	0	0.017	18(8.4)
Pediatra	15(10.9)	10(20.0)	3(10.7)	0.276	28(13.0)
Lectura	84(61.3)	30(60.0)	14(50.0)	0.543	128(59.5)
<b>Posibilidad contacto Piel con Piel (Sí) (**):</b> (N=222 [142/51/31])	103 (73.6)	49 (96.1)	26 (83.9)	0.001	178 (80.2)
<b>Alimentación RN:</b>				<0.001	
Lactancia Mixta	51(35.9)	4(7.8)	4(12.5)		59(26.2)
Fórmula	9(6.3)	0	2(6.3)		11(4.9)
LME	82(57.7)	47(92.2)	26(81.3)		<b>155(68.9)</b>
<b>Momento Primera Toma (****):</b> (N=150[77/47/26])				0.027	
Primera hora	33(42.9)	33(70.2)	15(57.7)		81(54.0)
Primeras 3 horas	15(19.5)	9(19.1)	5(19.2)		29(19.3)

Primeras 12 horas	18(23.4)	4(8.5)	3(11.5)		25(16.7)
Primeras 24 horas	11(14.3)	1(2.1)	3(11.5)		15(10.0)
<b>Suplemento</b>				<0.001	
<b>Primer día (Sí)</b>					
<b>(****):</b>					
(N=153[80/47/26])	31(38.8)	1(2.1)	7(26.9)		39(25.5)
Cómoda y segura con técnica de LM (Sí) (****):				0.195	
(N=153[80/47/26])	73(92.4)	45(93.8)	21(80.8)		139(90.8)
Compatibilidad de la LM con los métodos anticonceptivos (*****):					
(N=154[81/47/26])					
No todos son compatibles				0.089	
	45(55.6)	21(44.7)	9(34.6)		75(48.7)
Todos son compatibles					
	5(6.2)	3(6.4)	6(23.1)		14(9.1)
Lo desconoce					
	31(38.3)	23(48.9)	11(42.3)		65(42.2)
<p>Valores de n (%).</p> <p>El ítem sobre el profesional que informa sobre beneficios es de respuesta múltiple por lo que no tiene que sumar 100%.</p> <p>Los últimos 4 ítems solo han sido contestados por las puérperas que alimentaban a sus hijos/as con LME (N=155)</p> <p>(*) 1 valor perdido perteneciente al grupo del HUG. N válida= 225. 99% del total.</p> <p>(**) 10 valores perdidos, 5 pertenecientes al grupo del HULP, 1 perteneciente al grupo del HURJ y 4 pertenecientes al grupo del HUG. N válida= 215. 95% del total.</p> <p>(***) Hay 3 valores perdidos, 2 pertenecientes al grupo del HULP y 1 perteneciente al grupo del HUG. N válida= 222. 99% del total.</p> <p>(****) Hay 5 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 150. 97% del total</p> <p>(*****) 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida=153. 99% del total.</p> <p>(******) 1 valor perdido perteneciente al grupo del HULP. N válida=154. 99% del total.</p>					

#### 8.4.4. Conocimiento de las mujeres sobre MELA

Con el fin de determinar los conocimientos de las mujeres sobre MELA, y según se detalla en el capítulo VII, se incluyó una pregunta en el cuestionario, sobre la posibilidad de utilizar la LM como método anticonceptivo, a la cual responden negativamente el 61.7% de las encuestadas (tabla 35). Por otro lado, de las mujeres que alimentaban a sus hijos con LME (N=155), únicas candidatas a utilizar MELA, solo un 31.8% conocían el Método, siendo muy llamativo el bajo porcentaje del HUG (3.8%, P=0.001) (tabla 35).

Tabla 35					
Conocimiento de las mujeres sobre MELA.					
	HULP	HURJ	HUG	P	Total
<b>N</b>	<b>142</b>	<b>51</b>	<b>32</b>	<b>-</b>	<b>225</b>
<b>La LM se puede usar como método anticonceptivo (*):</b> (N=223 [140/51/32])				0.101	
No	86(61.4)	32(62.7)	19(59.4)		137(61.4)
Sí	16(11.4)	5(9.8)	9(28.1)		30(13.5)
No sabe	38(27.1)	14(27.5)	4(12.5)		56(25.1)
<b>N (Mujeres que alimentan a sus hijos con LME)</b>	<b>82</b>	<b>47</b>	<b>26</b>	<b>-</b>	<b>155</b>
<b>Conoce MELA (Si) (*):</b> (N=154[81/47/26])				0.001	
Sí	31(38.3)	17(36.2)	1(3.8)		49(31.8)
<b>Efectividad MELA (**):</b>				0.663	

(N=154[82/46/26])					
No	38(46.3)	23(50.0)	9(34.6)		70(45.5)
Sí	5(6.1)	2(4.3)	3(11.5)		10(6.5)
Desconoce					
efectividad	39(47.6)	21(45.7)	14(53.8)		74(48.1)
<b>Utilizaría MELA durante el posparto (**):</b>				0.687	
(N=153[80/47/26])					
Sí, lo usaré	5(6.3)	2(4.3)	1(3.8)		8(5.2)
Tal vez, con más información	32(40.0)	22(46.8)	15(57.7)		69(45.1)
No creo, lo considero un método antiguo	33(41.3)	17(36.2)	9(34.6)		59(38.6)
No, es difícil de usar.	10(12.5)	6(12.8)	1(3.8)		17(11.1)
Valores de n (%). (*) 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 223. 99% del total. (**) Hay 1 valor perdido perteneciente al grupo del HURJ. N válida= 154. 99% del total. (***) Hay 2 valores perdidos pertenecientes al grupo del HULP. N válida= 153. 99% del total					

A partir de los datos obtenidos (tabla 35), quisimos saber qué habían respondido a los ítems sobre la efectividad del Método y su posible uso a nivel personal las mujeres que alimentaban a su hijos/as con LME y que afirmaron ser conocedoras de MELA (N=49). Resultados que se muestran en la tabla 36 y ponen de manifiesto un gran desconocimiento y desconfianza sobre MELA.

<b>Tabla 36</b> <b>Conocimiento sobre la efectividad y posibilidad de uso de MELA</b> <b>entre las puérperas que indicaron conocer el método.</b> <b>(P&lt;0.001 vs los que contestan no conocer MELA).</b>	
<b>Puérperas que conocen MELA</b>	<b>Total (N=49)</b>
<b>Efectividad MELA (N válida=48):</b>	
No	35(72.9)
Sí	8(16.7)
Desconoce efectividad	5(10.4)
<b>Utilizaría MELA durante el posparto:</b>	
Sí, lo usaré	7(14.3)
Tal vez, con más información	5(10.2)
No creo, lo considero un método antiguo	26(53.1)
No, es difícil de usar.	11(24.4)
Valores de n (%).	

Además, también nos pareció interesante conocer que información sobre PFP habían recibido las 69 mujeres que, tal y como y como se muestra en la tabla 35, alimentaban a sus hijos/as con LME y refirieron que tal vez usarían MELA si tuvieran más información. Análisis del que se obtiene que solo el 27.5% de ellas habían recibido información sobre PFP (tabla 37).

<b>Tabla 37</b> <b>Información recibida en PFP por parte de las “potenciales usuarias” de MELA sobre cada uno de los métodos.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	32	22	15		69

<b>Informada</b>				0.720	
<b>PPF:</b>					
Si.	9(28.1)	7(31.8)	3(20.0)		19(27.5)
Todavía no	23(71.9)	15(68.2)	12(80.0)		50(72.5)
<b>Informada</b>					
<b>por:</b>					
Médico CS	4(44.4)	1(14.3)	0	0.150	5(26.3)
Ginecólogo	4(44.4)	3(42.9)	0	0.214	7(36.8)
Matrona CS	6(66.7)	2(28.6)	3(100)	0.049	11(57.9)
Enfermera o matrona Hospital	0	1(14.3)	0	0.351	1(5.3)
<b>Periodo</b>					
<b>informada</b>					
<b>PPF:</b>				0.291	
Antenatal	6(66.7)	7(100)	2(66.7)		15(78.9)
Posnatal	1(11.1)	0	0		1(5.3)
Antenatal y posnatal	2(22.2)	0	1(33.3)		3(15.8)
<b>Métodos</b>					
<b>informados:</b>					
Quirúrgicos	7(77.8)	2(28.6)	1(33.3)	0.102	10(52.6)
Naturales	2(22.2)	1(14.3)	0	0.523	3(15.8)
Hormonales	4(44.4)	5(71.4)	3(100)	0.118	12(63.2)
Barrera	3(33.3)	2(28.6)	2(66.7)	0.508	7(36.8)
DIU	7(77.8)	5(71.4)	3(100)	0.439	15(78)
Valores de n (%).					

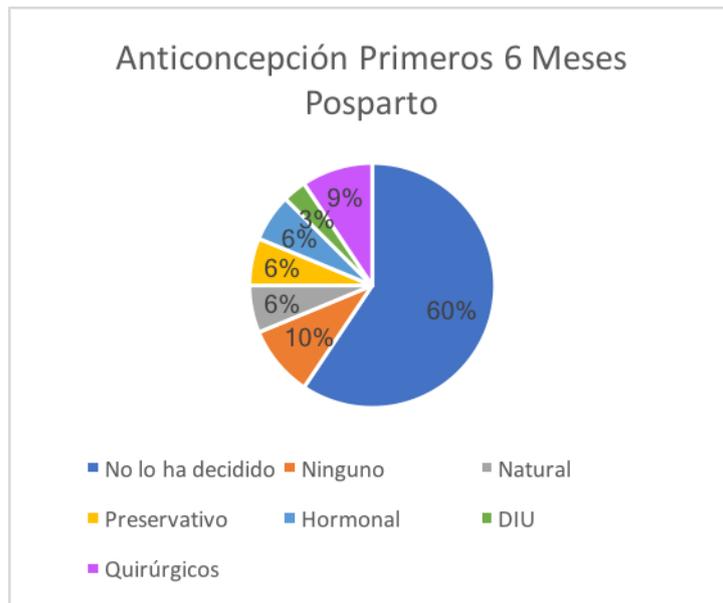
### 8.4.5. Decisión en anticoncepción posparto

Del total de mujeres encuestadas (N=225), el 59% no tenían decidido que método anticonceptivo utilizar durante el posparto en el momento de la encuesta. Siendo el preservativo el método más elegido entre las mujeres que si lo habían decidido. No obstante, es importante mencionar que se han identificado un 6% de valores perdidos en este ítem (tabla 38).

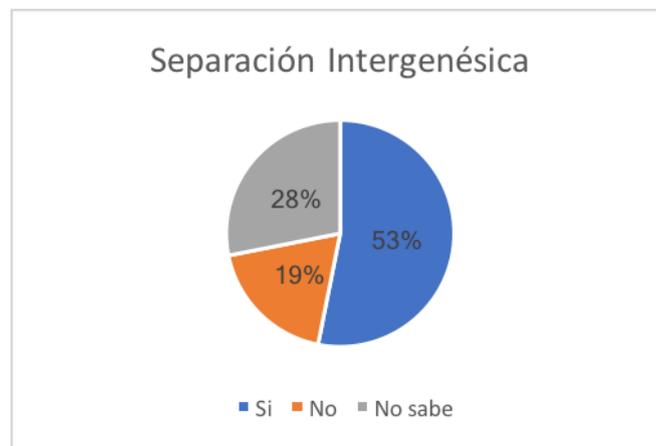
<b>Tabla 38</b>					
<b>Plan en anticoncepción posparto de las mujeres que conforman la muestra.</b>					
	<b>HULP</b>	<b>HURJ</b>	<b>HUG</b>	<b>P</b>	<b>Total</b>
<b>N</b>	142	51	32		225
<b>Método tiene pensado usar (*):</b> (N=211[132/48/31])				0.896	
No decidido	80(60.6)	28(58.3)	17(54.8)		125(59.2)
Ninguno	4(3.0)	2(4.2)	1(3.2)		7(3.3)
Natural	3(2.3)	2(4.2)	1(3.2)		6(2.8)
Preservativo	28(21.2)	8(16.7)	4(12.9)		40(19.0)
Hormonal	8(6.1)	3(6.3)	5(16.1)		16(7.6)
DIU	3(2.3)	3(6.3)	1(3.2)		7(3.3)
Quirúrgicos	6(4.5)	2(4.2)	2(6.5)		10(4.7)
<b>Métodos naturales tiene pensado usar (N=3)</b>				0.999	
Días fértiles	1(50.0)	1(100)	-		2(66.7)
Temperatura	1(50.0)	0			1(33.3)
<b>Métodos hormonales tiene</b>				0.006	

<b>pensado usar</b>					
<b>(N=13)</b>					
Mini píldora	6(85.7)	3(100)	0		9(69.2)
Implante	1(14.3)	0	3(100)		4(30.8)
<b>Métodos</b>					
<b>quirúrgicos tiene</b>					
<b>pensado usar</b>					
<b>(N=10)</b>				0.401	
Ligadura	5(83.3)	1(50.0)	2(100)		8(80.0)
Vasectomía	1(16.7)	1(50.0)	0		2(20.0)
(pareja)					
Valores de n (%). (* ) Hay 14 valores perdidos, 10 pertenecientes al grupo del HULP, 3 pertenecientes al grupo del HURJ y 1 perteneciente al grupo del HUG. N válida= 211. 94% del total.					

Así mismo, de las mujeres que indicaron no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo durante los primeros seis meses de su último periodo posparto (N=32) (tabla 32), se ha querido saber qué porcentaje ha respondido no tener decidido aún el método anticonceptivo que van a utilizar (gráfico 4) y su opinión con respecto a la importancia de la separación intergenésica (gráfico 5).



**Gráfico 4.** Plan actual en anticoncepción posparto de las mujeres que indicaron no haber utilizado ningún tipo de método en los primeros seis meses de su puerperio anterior (N=32).



**Gráfico 5.** Opinión de las mujeres que no usaron ningún tipo de método anticonceptivo en los primeros seis meses de su posparto anterior sobre la importancia de la separación intergenésica de al menos un año para reducir riesgos en embarazos futuros (N=32).

## 8.5. Conclusiones

Los resultados de los profesionales tienen una mayor significancia estadística cuando el análisis se realiza por categoría profesional utilizando la totalidad de la muestra (N=153). En el capítulo siguiente discutiremos sobre los

resultados obtenidos para ambas muestras en relación a la evidencia disponible.

## **CAPÍTULO IX: DISCUSIÓN**

9.1. Introducción

9.2. Discusión de los resultados de la muestra de profesionales

9.3. Discusión de los resultados de la muestra de puérperas

## 9.1. Introducción

En este capítulo, discutiremos los resultados obtenidos contrastándolos con la evidencia disponible, y determinaremos si han alcanzado los objetivos previstos y la veracidad de nuestras hipótesis.

## 9.2. Discusión de los resultados de la muestra de profesionales

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto que no todos los profesionales de Enfermería que cuidan de la mujer durante el embarazo, parto o posparto (matronas del servicio de paritorio, enfermeras generalistas de la unidad de puerperio y matronas de AP) identifican la PFP como una actividad de su rol profesional, ni existe consenso en su desarrollo entre aquellos que si la realizan. Observándose que la PFP como actividad profesional está más arraigada entre las matronas, independientemente de su unidad de trabajo, que entre las enfermeras generalistas de la unidad de puerperio. En relación a las enfermeras generalistas, el análisis interhospitalario de las unidades de puerperio muestra que las del Hospital Universitario Rey Juan Carlos podrían ser las que menos identificaran la PFP como una actividad de su rol profesional. No obstante, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas para este ítem.

Además, la mayor parte de las matronas, con un porcentaje ligeramente mayor entre las matronas de AP, coinciden en que el desarrollo de su actividad profesional en PFP consiste en informar de forma rutinaria a la mujer sobre los diferentes métodos anticonceptivos. Sin embargo, un alto porcentaje de las enfermeras generalistas consideran que su intervención en este campo se debe limitar únicamente a recordar a la mujer la importancia de la anticoncepción posparto.

Para el caso concreto de las matronas, los resultados son similares a los obtenidos por Botfield *et al.*(2021) en su estudio llevado a cabo en Australia con 128 matronas del ámbito hospitalario, quienes encontraron que un elevado porcentaje de las mismas consideraban que informar a la mujer sobre PFP era

parte de su rol profesional. En relación a las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio, los resultados no se han podido comparar por la falta de estudios, pero son de gran relevancia para la salud de la mujer, sobre todo si tenemos en cuenta la recomendación actual de informar a la mujer sobre anticoncepción antes del alta hospitalaria (FSRHC 2017; MSSSI, 2014), y el hecho de que en nuestro país las plantillas de las unidades de puerperio están casi exclusivamente conformadas por enfermeras generalistas. Situación que genera que la responsabilidad de esta actividad durante el puerperio hospitalario recaiga fundamentalmente sobre ellas.

Así mismo, también ha de tenerse en cuenta que no en todas las Comunidades Autónomas la primera visita posparto con la matrona tiene lugar en el primer o segundo día tras el alta hospitalaria, tal y como recomienda la Guía de Atención al Embarazo y al Puerperio (MSSSI, 2014), sino que puede ser posterior. Ejemplo de esta situación es la Comunidad Autónoma de Madrid, en cuya Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria está establecido que dicha consulta se produzca dentro de los primeros quince días posparto (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2021). Por tanto, en aquellas Comunidades en las que el primer contacto con la matrona de AP se puede demorar, la labor de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio en anticoncepción será más importante si cabe.

Por otro lado, en relación al periodo en el que se debe informar a la mujer sobre anticoncepción posparto, los resultados obtenidos están en consonancia con los de estudios similares (FSRHC, 2017; Glazer *et al.*, 2011; Gómez-Ortiz *et al.*, 2014; Hale, 2007; Zapata *et al.*, 2015), encontrando que un alto número de profesionales refieren que no solo se debe informar a la mujer en el periodo posnatal sino también en el antenatal.

No obstante, se ha observado que continúa existiendo un porcentaje de profesionales, mayor en el ámbito hospitalario (matronas y enfermeras generalistas) que en AP, que consideran que la información sobre PFP solo se debe facilitar durante el periodo posparto, tal y como se creía tradicionalmente (Nkwabong *et al.*, 2019). Estos resultados son similares a los obtenidos por Botfield *et al.* (2021) en el caso de las matronas, no habiéndose encontrado estudios sobre las enfermeras generalistas que nos permitan comparar los

resultados. Hecho que puede limitar la posibilidad de uso de algunos métodos anticonceptivos como MELA, puesto que para utilizar este método de forma correcta y efectiva es necesario que la mujer sea conocedora de su funcionamiento con anterioridad (Özsoy *et al.*, 2018).

En este contexto, también se preguntó a los profesionales cuales eran los métodos sobre los que facilitaban información a la mujer, obteniendo que un alto porcentaje refirieron informar solo sobre aquellos métodos anticonceptivos que estén indicados en relación a la situación personal de la mujer. Respuesta que podría estar relacionada con el hecho de que no todos los métodos anticonceptivos son compatibles con la LM (OMS, 2018c).

Como se ha justificado anteriormente, en la actualidad se recomienda que la mujer comience a utilizar algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto (FSRHC, 2017; MSSSI, 2011). Información que sin duda es crucial que sea conocida por todos los profesionales de Enfermería que cuidan de la mujer durante el embarazo, parto o posparto. Sin embargo, los resultados de esta investigación muestran que solo un bajo porcentaje de los profesionales participantes conoce dicha recomendación, y que más de la mitad de los encuestados considera que el inicio recomendado es a partir del día 40 posparto. Siendo los profesionales pertenecientes al grupo del Hospital Universitario de Guadalajara los que, a pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas, parecen conocer más esta recomendación, tal y como muestra el análisis interhospitalario

Esta situación de desconocimiento en relación al inicio de la anticoncepción posparto, unida al creciente número de estudios que sugieren que las mujeres reanudan las relaciones sexuales antes de finalizar las primeras seis semanas posparto (Labbok, 2015; Nkwabong *et al.*, 2019; Sok *et al.*, 2016; Speroff y Mishell, 2008; Teal, 2014), podría contribuir a que exista un mayor número de embarazos no deseados o no planificados.

Otro aspecto importante a la hora de iniciar la anticoncepción posparto es la incompatibilidad de algunos métodos anticonceptivos con la LM (Buitrón García, 2014; Jackson, 2011; King, 2007; OMS, 2016; OMS, 2018c; Phillips *et al.*, 2015), tal y como se abordó en el capítulo IV. Incompatibilidad que es conocida por la amplia mayoría de los profesionales. Sin embargo, el análisis

comparativo por categoría profesional revela que el conocimiento de las matronas acerca de esta situación es ligeramente mayor que el de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio con independencia de su unidad de trabajo.

Diferencia de conocimiento que a su vez se ve reflejada en las respuestas de la escala Likert de cinco puntos sobre la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante la LM. Habiéndose obtenido que, en términos de idoneidad de uso durante la LM, las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio equiparan los métodos hormonales combinados al DIU de cobre, obteniendo en ambos casos una mediana de 4. Consideración que no es así en el caso de las matronas, las cuales, independientemente de su unidad de trabajo, señalan los métodos hormonales combinados como los menos idóneos, ya que como expusimos en el capítulo IV el DIU de cobre, a diferencia de los métodos hormonales combinados, si es compatible con la LM (OMS, 2018c). No obstante, en relación a las enfermeras generalistas es preciso puntualizar que el análisis interhospitalario muestra diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de enfermeras en relación al uso de los métodos hormonales combinados durante la LM, observándose que las enfermeras generalistas del Hospital Universitario La Paz si son conocedoras de la incompatibilidad de dichos métodos con la LM.

Los resultados totales para las enfermeras generalistas se muestran en consonancia con los obtenidos por Cohen *et al.* (2019), los cuales en su estudio realizado con cincuenta y ocho enfermeras que facilitaban cuidado posparto en un hospital materno-infantil de Estados Unidos, ponen de manifiesto la falta de consistencia en el conocimiento de las enfermeras sobre la seguridad de la anticoncepción y su impacto sobre la LM.

Así mismo, los resultados de la escala Likert de cinco puntos nos muestran que, para la totalidad de la muestra, el preservativo ha sido elegido como el método más idóneo para el posparto en combinación con la LM, seguido de los métodos hormonales de solo gestágenos, MELA, el DIU de cobre y los métodos hormonales combinados. No obstante, para el caso concreto de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio, los resultados totales muestran el siguiente orden de idoneidad: (1) preservativo, (2) MELA, (3)

métodos hormonales de solo gestágenos y (4) DIU de cobre y métodos hormonales combinados, resultados similares a los publicados por Sannisto y Kosunen (2009) y De Sousa *et al.* (2012).

En el estudio llevado a cabo en Finlandia por Sannisto y Kosunen (2009) con sesenta y nueve médicos y ochenta enfermeras que hacían revisiones posparto en centros de salud, muestra que el método anticonceptivo más recomendado por ambos grupos de profesionales durante el posparto en combinación con la LM era el preservativo seguido de la píldora de solo progesterona, el DIU de cobre y el DIU de levonogestrel. Por otro lado, el estudio llevado a cabo por De Sousa *et al.* (2012) en Brasil con 27 enfermeras que trabajaban en un Centro de Salud realizando actividades de PF, indica que el preservativo era el método anticonceptivo más recomendado para el posparto en combinación con la LM seguido de los métodos hormonales de solo gestágenos y MELA.

A pesar de la similitud con los estudios que acabamos de describir, en relación a la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM, ninguno de los resultados obtenidos en nuestra investigación muestra el orden correcto en base a la evidencia actual expuesta en el capítulo IV. Según la cual, el orden correcto sería el siguiente: MELA, DIU de cobre, barrera, métodos hormonales de solo gestágenos y métodos hormonales combinados.

MELA debería ocupar el primer lugar porque promueve y favorece la LM, se puede utilizar desde el nacimiento, es efectivo, y gratuito (Kennedy *et al.*, 1989; MSPSI, 2011; Shaaban y Glasier, 2008; Wijden y Kleunen, 2008). En segundo lugar estaría el DIU de cobre, método de efectividad similar a MELA (Hudson y Omokanye, 2011; OMS, 2018a), compatible con la LM (King, 2007) y cuyo uso también se puede iniciar de forma precoz, ya que se puede colocar en la cavidad uterina en las primeras 48h posparto (OMS, 2018c). A los métodos barrera les correspondería el tercer lugar por dos motivos: (1) algunos como el diafragma y el capuchón cervical no se pueden usar durante las primeras seis semanas posparto (Kennedy, 1996; Speroff y Mishell, 2008) y (2) la efectividad de los métodos barrera es menor que la de MELA y el DIU de cobre (OMS, 2018a).

A su vez, los métodos de solo gestágenos, aunque competitivos en cuanto a su efectividad (Quesada Moreno, 2013; OMS, 2018a), deberían de estar situados en cuarto lugar por la controversia que les rodea en cuanto a la seguridad de su uso para los recién nacidos que se alimentan con LM (Labbok, 2015; Philips *et al.*, 2016), sobre la cual hablamos en el apartado 4.3.2.b del capítulo IV. En último lugar estarían los métodos hormonales combinados, métodos que, debido a su repercusión sobre la cantidad y la calidad de la leche, no están indicados durante la LM (OMS, 2018c).

Teniendo en cuenta el orden de idoneidad de uso que deberíamos de haber obtenido, resulta llamativo que los dos motivos principales por los que los encuestados eligieron el método más idóneo fueran la efectividad y la evidencia consultada, ya que, de los anticonceptivos propuestos, los métodos barrera son los menos efectivos (OMS, 2018a). Situación que unida al hecho de que más de la mitad de las participantes con hijos utilizaron el preservativo en su último periodo posparto, nos llevó a pensar si tal vez los resultados del estudio se podían haber visto influenciados por las experiencias personales de las profesionales. Para determinarlo, se decidió analizar si existía relación entre el uso personal del preservativo y su elección profesional como el método más idóneo para el posparto en combinación con la LM, obteniéndose que sí existe relación entre la experiencia personal y la decisión profesional de la elección de los métodos barrera como los más idóneos. Sin embargo, la falta de evidencia en este campo hace imposible la comparación de este resultado con otros estudios, aunque a la vista de los resultados de las investigaciones anteriormente mencionadas (De Sousa *et al.* 2012; Sannisto y Kosunen, 2009), podría sentar las bases para futuras investigaciones que corroboren si esto es un hecho aislado o no.

Por último, en relación al conocimiento de los profesionales sobre MELA, un alto porcentaje de enfermeras generalistas y la amplia mayoría de las matronas afirmó conocer el Método. Sin embargo, los resultados mostraron que solo un bajo porcentaje conocía realmente su efectividad, mayor al 98% si se sigue el criterio establecido (FSRHC, 2017; Kennedy *et al.*, 1988; Labbok, 2015; MSSSI, 2014; Shaaban y Glasier, 2008; Van der Wijden y Manion, 2015). Siendo estadísticamente significativo y especialmente destacable el total

desconocimiento de la efectividad de MELA por parte de las matronas de AP con respecto al de los otros dos grupos de profesionales. Situación de gran repercusión sobre la posibilidad de uso del método, puesto que la matrona de AP es el profesional de Enfermería de referencia durante el periodo antenatal y posnatal. El desconocimiento de las matronas sobre MELA ya fue mencionado por Fehring *et al.* (2001) en su estudio llevado a cabo en Estados Unidos con 450 enfermeras especialistas (matronas) que trabajaban en el servicio de Ginecología y Planificación Familiar.

En base a estos resultados, es comprensible que más de la mitad de los profesionales haya indicado que no recomendaría MELA, sobre todo si tenemos en cuenta que el motivo principal para no recomendarlo es su efectividad. Resultados que están en consonancia con lo señalado por Panzetta y Shawe (2013) y los obtenidos por Fehring *et al.* (2001), Sannisto y Kosunen (2009) y De Sousa *et al.* (2012).

En cuanto al criterio de MELA (MSPSI, 2011; Shaaban y Glasier, 2008), un alto porcentaje de profesionales sabe que la edad del RN es importante y que el método no es compatible con el uso de leche artificial. Además, más de la mitad son conocedores del hecho de que MELA solo se puede usar durante los seis primeros meses de vida del RN. Resultado más alentador que el obtenido por Fehring *et al.* (2001).

En relación a la frecuencia de las tomas, con el fin de mantener los niveles de prolactina lo suficientemente altos como para inhibir la consecución del ciclo ovárico y que MELA sea efectivo (Howie y McNeilly, 1982; Hytten, 1995; Smith y Taylor, 2011; Stables, 2010), solo un bajo porcentaje sabe que el RN debe ser alimentado al menos cada 4 horas durante el día y cada 6 durante la noche (Ackerman, 2011; Radwan *et al.*, 2009).

A la vista de los resultados obtenidos respecto al conocimiento de los profesionales sobre MELA, decidimos determinar cuántos profesionales de los que indicaron conocerlo respondieron correctamente a todas las preguntas sobre el Método y, por lo tanto, son realmente conocedores del mismo. Esta indagación mostró un bajísimo porcentaje de profesionales, todas ellas matronas del servicio de paritorio. Este análisis pone de manifiesto el escaso conocimiento que los profesionales tienen sobre MELA.

Por último, teniendo en cuenta que la alimentación con LME es uno de los requisitos fundamentales de MELA (Kennedy *et al.*, 1989; Manion, 2015; Van der Wijden, 2015), nos parecía importante conocer como promueven y favorecen la LM los profesionales encuestados. Obteniendo que la mayoría recomiendan el inicio de la LM durante la primera hora de vida del recién nacido, tal y como recomienda UNICEF (2018), un alto porcentaje optaría por una extracción manual de calostro si a las 12 horas de vida no ha iniciado la LM (siempre y cuando se trate de un RN sano), manejo acorde a las recomendaciones de la IHAN (2011) y del MSSSI (2017), y casi la totalidad de los encuestados refiere explicar siempre los beneficios de la LM a las mujeres, tal y como recomienda la OMS (2018b) y UNICEF (2018) en los diez pasos para una LM exitosa. Resultados, por tanto, acordes con la evidencia actual y bastante alentadores en términos de promoción y consecución de la LM.

Sin embargo, en relación a la amenorrea de la lactancia, nos ha resultado llamativo que solo la mitad de los profesionales incluyen la amenorrea de la lactancia entre los beneficios de la LM, siendo más frecuente entre las matronas que entre las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio. Resultado que no se ha podido comparar con estudios previos por la ausencia de evidencia al respecto.

### **9.3. Discusión de los resultados de la muestra de puérperas**

Como se mencionó en el capítulo VII, la encuesta se distribuyó durante el denominado puerperio hospitalario, encontrándose la mayoría de las mujeres incluidas en el estudio en el segundo día posparto. Siendo éste el día del alta hospitalaria para las mujeres que tienen un parto vaginal y han evolucionado favorablemente y sin complicaciones desde el parto en los tres hospitales que se incluyeron en el estudio. En el caso de las cesáreas el alta hospitalaria se suele posponer hasta las 72 horas posparto (MSSSI, 2014). Por lo tanto, más de la mitad de las mujeres que fueron encuestadas estaban a punto de finalizar el periodo de hospitalización, y el resto, ya habían pasado el ecuador de su periodo de ingreso.

Situación que es de gran relevancia para nuestra investigación, ya que más de la mitad de las encuestadas refirieron no haber sido informadas desde el inicio del embarazo hasta ese momento sobre PFP, y que se agrava, si tenemos en cuenta como ya mencionamos en el apartado anterior, el hecho de que no todas las mujeres tienen su primera consulta con la matrona de AP el primer o segundo día tras el alta hospitalaria tal y como recomienda la Guía de Atención al Embarazo y al Puerperio (MSSSI, 2014), sino que puede ser posterior, como es el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid donde la primera consulta tiene lugar durante los primeros quince días tras el alta hospitalaria (Gerencia Asistencial de Atención Primaria, 2021).

Así mismo, del bajo porcentaje de mujeres que refirieron haber sido informadas sobre PFP, la mayoría recibió la información en el periodo antenatal, siendo un porcentaje muy bajo las que refirieron haber sido informadas también o exclusivamente desde el inicio del posparto. Según este grupo de mujeres, las matronas de AP fueron las profesionales que más les habían informado, a excepción de las mujeres ingresadas en el HURJ, las cuales refirieron que el ginecólogo fue el profesional que más les informó, y los métodos sobre los que recibieron información fueron principalmente el DIU y los métodos hormonales, seguidos de los métodos barrera, los métodos quirúrgicos y los métodos naturales, siendo estos últimos sobre los que menos información recibieron.

Datos que no se han podido comparar por falta de estudios pero que revelan tres situaciones: (1) la mayoría de las mujeres continúan sin ser informadas sobre anticoncepción durante el periodo antenatal en contra de las recomendaciones actuales (FSRHC, 2017; Glazer *et al.*, 2011; Gómez-Ortiz *et al.*, 2014; Hale, 2007; Zapata *et al.*, 2015), (2) se confirma la ya conocida situación, a través de los resultados obtenidos por los profesionales, de que las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio no informan de forma rutinaria a las mujeres antes del alta sobre anticoncepción posparto, y (3) no se está informado a las mujeres de todos los métodos anticonceptivos disponibles por igual, lo que limita su capacidad para tomar una decisión informada en anticoncepción.

Este último resultado, acerca de los métodos sobre los que las mujeres recibieron información, está en consonancia con las afirmaciones obtenidas los profesionales, donde un alto porcentaje respondió informar a las mujeres solo sobre aquellos métodos que estuvieran indicados según su situación personal. Situación que pone de manifiesto cierto paternalismo en las acciones de los profesionales. El cual, tal y como se mencionó en el capítulo V, se entiende como una relación vertical asimétrica en la que el principio de beneficencia justifica la falta de información al paciente (Antoñanzas Baztán, 2011; Granero Moya, 2010).

En relación al bajo porcentaje de mujeres que indicaron haber sido informadas sobre los métodos naturales, es importante recordar que tal y como abordamos en el capítulo IV, entre los métodos naturales que se pueden utilizar durante el posparto solo encontramos a MELA, debido a las características propias del puerperio (Too, 2003). Si comparamos este resultado con el obtenido de los profesionales en relación a MELA, podremos observar una concordancia entre ambos, ya que un alto porcentaje de profesionales respondió que no recomendaría MELA a las mujeres como método anticonceptivo posparto. Reticencia que está en consonancia con lo señalado por Too (2003), Jackson (2005) y Panzetta y Shawe (2013) y lo descrito en los estudios de Sannisto y Kosunen (2009) y De Sousa *et al.* (2012).

En este contexto de desinformación resulta alentador que más de la mitad de las encuestadas sean conocedoras de la importancia de la separación intergenésica con el fin de promover la salud perinatal. Siendo las más conocedoras, según el análisis interhospitalario, las pertenecientes al grupo del Hospital Universitario La Paz, y las que menos, las pertenecientes al grupo del Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Como mencionábamos en el capítulo IV, en la actualidad se recomienda esperar entre 6 y 24 meses (Cleland *et al.*, 2006; Rustein, 2008) para volver a quedarse embarazada, aunque un creciente número de autores abogan por esperar al menos 18 meses (Conde-Agudelo *et al.*, 2006; Shachar *et al.*, 2016; Teal, 2014).

No obstante, en nuestra investigación, a diferencia de la realizada por Harris *et al.* (2020) en Estados Unidos con 346 mujeres a las que les pedían que

identificaran al menos dos riesgos relacionados con un intervalo intergenésico corto como criterio para determinar el conocimiento de las participantes, nos limitamos a preguntar si conocían o no la importancia de la separación intergenésica con el fin de promover la salud perinatal. Hecho que por un lado imposibilita la comparación de los resultados y por otro, puede que sea el motivo por el que nuestra investigación muestra un mayor porcentaje de conocimiento entre las mujeres respecto a esta cuestión.

Por otro lado, debido a la estrecha relación entre MELA y la LM, quisimos explorar el conocimiento y la práctica de lactancia de las mujeres. Encontrando que los resultados muestran que los beneficios de la LM son conocidos por casi la totalidad de las mujeres encuestadas. Resultados que se muestran en consonancia con los estándares de buena práctica recogidos en los Diez Pasos para una Feliz Lactancia Natural (IHAN, 2021). Las principales fuentes de información fueron las matronas de Centro de Salud en primer lugar, seguido por los profesionales de Enfermería del ámbito hospitalario (matronas y enfermeras generalistas) y documentos informativos dirigidos a la embarazada.

Así mismo, un alto porcentaje de mujeres pudieron realizar contacto piel con piel con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento, tal y como recomienda la Guía de Práctica Clínica sobre Lactancia Materna (MSSSI, 2017) ya que favorece la aparición del inicio de la LM de manera instintiva (Brimdyr *et al.*, 2015; Widström *et al.*, 2011).

Entre los tres grupos de púerperas encontramos diferencias estadísticamente significativas, siendo el HULP en el que menos mujeres pudieron realizar contacto piel con piel con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento, donde menos se inició la LM durante la primera hora de vida y donde hubo más suplementación al RN con leche de fórmula durante el primer día de vida. Resultados que podrían estar relacionados con el hecho de que sea un hospital de referencia al que pueden acudir todas las embarazadas independientemente del riesgo de su gestación o de la edad gestacional.

Del mismo modo, el HURJ fue el hospital en el que más mujeres pudieron realizar contacto piel con piel con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento, donde más lactancias se iniciaron durante la primera hora de vida

del RN y donde hubo una menor suplementación con leche de fórmula. Resultados que en comparación con los del HUG, hospital de características similares y con peores resultados, pueden estar relacionados con el hecho de que sea el único hospital de los tres que se encuentre en la fase 3D de la acreditación IHAN (IHAN, 2021). A la vista de lo expuesto, no es de extrañar que el HURJ presente el porcentaje más alto de LME al alta y el HULP el más bajo.

En relación a la LM y la anticoncepción posparto, es muy relevante, sobre todo si tenemos en cuenta el bajo porcentaje de mujeres que referían haber sido informadas sobre anticoncepción, que más de la mitad de las encuestadas desconocieran la incompatibilidad de algunos métodos anticonceptivos con la LM. Resultado que se muestra totalmente en consonancia con el obtenido por Loewenberg Weisban *et al.* (2017), en su estudio llevado a cabo en Estados Unidos con una muestra de 100 puérperas que alimentaban a sus hijos con LM, los cuales también obtuvieron que menos de la mitad de su muestra conocían la incompatibilidad de los métodos hormonales combinados con la LM, siendo este resultado casi idéntico al nuestro.

Desde nuestro punto de vista, la no siempre conocida incompatibilidad de la LM con algunos métodos anticonceptivos, unida a la controversia existente sobre el uso precoz de los métodos de solo gestágenos en combinación con la LM (Jackson y Glasier, 2011; King, 2007; Labbok, 2015), hace que para nosotros MELA sea el método anticonceptivo más idóneo para las mujeres que alimentan a sus hijos con LME durante los primeros seis meses posparto. Sin embargo, para que las mujeres decidan utilizar MELA es necesario que conozcan el método y su funcionamiento antes del parto, ya que es preciso que opten por una LME (Kennedy *et al.*, 1989; Too, 2003; Van der Wijden y Manion, 2015). Motivo por el que decidimos dirigir las preguntas sobre el conocimiento de MELA a las mujeres que alimentaban a sus hijos con LME por considerarlas posibles usuarias del Método.

Los resultados obtenidos de este grupo de mujeres en relación a MELA no son muy alentadores, ya que solo un bajo porcentaje indicó conocer su funcionamiento, y en relación a su efectividad, de entre las mujeres que alimentaban a su hijo/a con LME solo un muy bajo porcentaje pensaban que es

un método efectivo. En base a estos resultados, no nos sorprende el hecho de que el porcentaje de mujeres que indicaron que usarían MELA como método anticonceptivo posparto fuera muy bajo y que aproximadamente la mitad contestaran que no lo pensaban utilizar, algunas por considerarlo un método antiguo (porcentaje más alto) y otras por considerarlo difícil de usar. Sin embargo, nos sorprendió la predisposición del resto de la muestra a conocer el método, y tal vez, a utilizarlo.

A la vista de todos estos resultados decidimos hacer dos análisis:

1. Por un lado, quisimos determinar si las mujeres que refirieron conocer el funcionamiento de MELA conocían su efectividad y si usarían el método. Análisis para el que obtuvimos que la mayoría desconocían la efectividad del Método y que un alto porcentaje de ellas no lo usarían.

2. Por otro lado, era importante establecer qué información habían recibido sobre PFP las mujeres que mostraron cierta predisposición a conocer y utilizar MELA. Este estudio puso de manifiesto que solo un bajo porcentaje habían sido informadas sobre PFP y que solo un muy bajo porcentaje recibió información sobre los métodos anticonceptivos naturales.

En este contexto, el estudio llevado a cabo por Özsoy *et al.* (2017) en Turquía con una muestra de 400 puérperas, con el objetivo de investigar el conocimiento y la opinión de las madres sobre las características anticonceptivas de la LM, obtuvo que solo un bajo porcentaje creía que la LM pudiera tener un efecto anticonceptivo, resultado similar al obtenido en nuestra investigación. No obstante, en relación a la información obtenida por las mujeres acerca de MELA, los resultados de este estudio son más alentadores que los nuestros, obteniendo un porcentaje mayor de mujeres que fueron informadas sobre el Método. Así mismo, este estudio también muestra una gran predisposición por parte de las mujeres a recibir información sobre MELA, encontrando que a la mayoría de las participantes les gustaría obtener más información acerca de MELA. No obstante, a la hora de comparar los resultados del estudio llevado a cabo por Özsoy *et al.* (2017) con los nuestros hay que tener cierta cautela ya que entre España y Turquía existen grandes diferencias culturales y de salud.

En esta línea de investigación, el estudio llevado a cabo por Moraes *et al.* (2015) en Brasil, con 278 puérperas, también pone de manifiesto un gran desconocimiento por parte de las puérperas sobre MELA, obteniendo que menos de la mitad habían oído hablar del Método y principalmente a través de sus familiares y amigos. La mayoría de la muestra no lo consideraba un método efectivo.

No se han encontrado estudios llevados a cabo en España que investiguen acerca del conocimiento de las puérperas sobre el uso de MELA como método anticonceptivo. Sin embargo, el estudio llevado a cabo en Cataluña por Reyes-La Calle *et al.* (2018), con 428 puérperas, con el fin de conocer la cobertura anticonceptiva entre las mismas en el reinicio de las relaciones sexuales antes de las seis primeras semanas posparto, pone de manifiesto la escasa incidencia del uso de MELA. Resultado que se muestra acorde con el obtenido en nuestro estudio, donde el porcentaje de mujeres que indicaron que utilizarían el Método era muy bajo.

Por último, en relación a la decisión de las mujeres sobre anticoncepción posparto, y teniendo en cuenta el bajo porcentaje de mujeres que indicaron haber recibido información sobre PFP hasta el día de cumplimentación de la encuesta, no nos resulta inesperado que más de la mitad contestaran no tener todavía decidido el método anticonceptivo posparto que iban a utilizar. No obstante, si nos ha resultado llamativo el hecho de que entre las que sí lo tenían decidido, el preservativo fuese el método más elegido a pesar de su baja efectividad (Hudson y Omokanye, 2011; OMS, 2018a).

Es importante resaltar que la elección de las mujeres a utilizar el preservativo como método anticonceptivo no es un hecho aislado de nuestra investigación. En lo referente a España, tanto el INE (2003) como la SEC (2020) señalan al preservativo masculino como el método anticonceptivo más utilizado por la mujer. Método que también resultó ser el más utilizado por las mujeres durante el periodo posparto en el estudio llevado a cabo en Cataluña por Reyes-La Calle *et al.* (2018). Situación que también ha sido señalada a nivel internacional en el posparto por diversos autores, entre los que encontramos a Van Wouwe *et al.* (2009), Nkwabong *et al.* (2019) y Harris *et al.* (2020). Además, nos gustaría recordar que de entre las profesionales madres

que participaron en este estudio, el preservativo fue el método que más utilizaron en los primeros seis meses de su último posparto.

A nuestro parecer, esta clara preferencia por el preservativo podría significar un rechazo por parte de las mujeres al uso de fármacos, los cuales, como bien abordamos en el capítulo IV, llevan implícitos una serie de efectos secundarios que las mujeres tienen que asumir como parte del tratamiento. Pensamiento que estaría en concordancia con la tendencia actual en el uso de productos cada vez más naturales y saludables, como se puede apreciar en la creciente oferta de mercado, y donde MELA podría tener un importante papel en términos de anticoncepción, no solo por su carácter natural y sus múltiples beneficios en relación a la LM, sino también por su efectividad (Kennedy *et al.*, 1989; Van der Wijden y Manion, 2015).

Como profesionales, este alto porcentaje de desinformación y falta de decisión en anticoncepción posparto entre las mujeres, así como la elección mayoritaria del preservativo entre aquellas que sí tenían decidido que método querían utilizar, a pesar de ser uno de los métodos menos efectivos de los que disponemos en la actualidad (OMS, 2018a), debería de hacernos reflexionar sobre nuestra labor en PFP y la gran responsabilidad que tenemos en la promoción de embarazos deseados con una separación intergenésica saludable (OMS, 2013), intentando reducir el número de mujeres que optan por no utilizar medidas anticonceptivas, ya que como muestran los resultados de esta investigación, un alto porcentaje de las mujeres que indicaron no haber utilizado ningún tipo de método anticonceptivo en los primeros seis meses de su posparto anterior, tampoco habían tomado una decisión en anticoncepción en el momento de la encuesta para el posparto actual.

Además, el hecho de que la mitad de este grupo de mujeres consideren importante esperar al menos un año para volver a quedarse embarazadas, con el fin de reducir los riesgos perinatales derivados de una separación intergenésica corta (Conde-Agudelo *et al.*, 2006; Teal, 2014), nos hace pensar que tal vez con un mayor esfuerzo por parte de los profesionales a la hora de promover la PFP reduciría el porcentaje de mujeres que deciden no utilizar anticoncepción a pesar de tener una buena predisposición para ello.

## **CAPÍTULO X: CONCLUSIONES**

Las conclusiones alcanzadas tras la revisión y discusión de los resultados son las siguientes:

1. El desarrollo de la actividad profesional en PFP cuenta con una mayor aceptación por parte de las matronas que de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio.
2. No todos los profesionales cuentan con el conocimiento suficiente sobre el inicio y manejo de la anticoncepción posparto, así como de la idoneidad de uso de los diferentes métodos anticonceptivos en combinación con la LM.
3. Un alto porcentaje de los profesionales no recomendarían el uso de MELA a la mujer como método anticonceptivo posparto. Sin embargo, el conocimiento de los profesionales sobre la efectividad y funcionamiento del Método es escaso.
4. A pesar de que la mayor parte de los profesionales explican siempre los beneficios de la LM a las mujeres, solo la mitad incluyen la amenorrea de la lactancia como un beneficio más de la misma.
5. Los profesionales promueven y favorecen el inicio y mantenimiento de la LM a través de una práctica clínica basada en la evidencia.
6. Solo un bajo porcentaje de mujeres recibieron información sobre PFP durante el periodo antenatal y el puerperio hospitalario, resultado que sugiere, en contra de lo expresado por los profesionales, que la información sobre anticoncepción posparto se facilita, mayoritariamente, desde AP tras el alta hospitalaria.
7. Solo un bajo porcentaje de mujeres recibieron información sobre los métodos anticonceptivos naturales, situación que dificulta la toma de decisiones informadas por parte de la mujer.
8. De las mujeres que alimentaban a sus hijos con LME, menos de la mitad conocían la incompatibilidad de la LM con algunos métodos anticonceptivos hormonales.
9. Existe un gran desconocimiento entre las mujeres que alimentan a sus hijos con LME sobre MELA y su efectividad, situación que genera una gran reticencia entre las mismas con respecto a su uso.

10. Entre las mujeres que participaron en el estudio, los resultados muestran un alto índice de LME. De las cuales una amplia mayoría refirió encontrarse cómodas y seguras con la técnica de lactancia.

Entre las limitaciones de esta investigación encontramos la imposibilidad de comparación de algunos de los resultados por falta de estudios en este ámbito y el pequeño tamaño muestral, el cual puede dificultar la generalización de los resultados. A pesar de estas limitaciones, el presente estudio supone un avance para el conocimiento científico en general y el enfermero en particular, explorando un campo hasta ahora sin investigar en nuestro país y sentando las bases para futuros estudios.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Ackerman, B. (2011). Infant Feeding. En S. Macdonald y J. Magill-Cuerden, (Eds.), *Mayes' Midwifery* (14a ed., pp. 615-639). Baillière Tindall.
- Al-Jassir, M.S., El-Bashir, B.M., Moizuddin, S.K. y Abu-Nayan, A.A.R. (2006). Infant feeding in Saudi Arabia: mothers' attitudes and practices. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*, 12(1-2), 6-13.
- Alonso-Llamazares, M. J. (2009). Métodos anticonceptivos de barrera. En J.M. Bajo Arenas y B. Coroleu Lletget (Eds), *Fundamentos de Reproducción* (pp.355-362). Editorial Medica Panamericana.
- Antoñanzas Baztán, E. (2011). Visión y misión de la enfermera en el consentimiento informado. Reflexión desde la Bioética. *Ética de los cuidados*, 4(7) <http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7639r.php>
- Arribas, M. A. (2010). *Hitos históricos en anticoncepción*. Univadis.
- Babino, M., Camus, G., Mendez, M., Mendoza, L., Sartori, J., Sosa, V. y Veiga, M.A. (2004). Procreación responsable: ¿Qué saben hoy nuestras pacientes?. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 23(3), 108-112.
- Bai, L., Tak Fong, Y.D., Wan Lok, K.Y. y Ha Wong, J.Y. (2016). Practices, predictors and consequences of expressed breast-milk feeding in healthy full-term infants. *Public Health Nutrition*, 20(3), 492-503.
- Bitzer, J., Gemzell-Danielsson, K., Roumen, F., Marintcheva-Petrova, M., Van Bakel, B. y Oddens, B.J. (2012). The CHOICE study: effect of counselling on the selection of combined hormonal contraceptive methods in 11 countries. *The European Journal of contraception and Reproductive Health Care*, 17(1), 65-78.
- Borda, M. y Winfrey W. (2010). *Postpartum Fertility and Contraception: an analysis of findings from 17 countries*. USAID from the American People.

- Botfield, J.R., Tulloch, M., Contziu, H., Phipps, H., Bateson, D., Wright, S.M., McGreechan, K. y Black, K.I. (2021). Contraception provision in the postpartum period: knowledge, views and practices of midwives. *Women and Birth*, 34, e1-e6.
- Brimdyr, K., Cadwell, K., Widström, A.M., Svensson, K., Neumann, M., Hart, E.A., Harrington, S y Philips, R. (2015). The association between common labor drugs and suckling when skin-to-skin during the first hour after birth. *Birth*, 42(2), 319-328.
- Buitrón-García-Figueroa, R., Malanco-Hernández, L.M., Lara-Ricalde, R. y García-Hernández, A. (2014). Contraception and breast feeding. Spacing of pregnancies. Present concepts. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 82, 389-393.
- Burns, N. y Grove, S. (2009). *The Practice of Nursing Research: appraisal, synthesis and Generation of Evidence* (6a ed.). Saunders.
- Campbell, O.M. y Gray, R.H.(1993). Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 169, 55-60.
- Carbajal-Ugarte, J., Cárdenas-Blanco, A., Pastrana-Huanaco, E. y López-Berrios, D. (2008). Eficacia y Efectos Adversos de Anticonceptivos hormonales. Estudio Comparativo. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 46 (1), 83-87.
- Carr-Saunders, A.M. (1992). *The population problem: a study in human evolution*. Clarendon Press.
- Carr, S. I., Gaffield, M. E., Dragoman, M.V. y Phillips, S. (2016). Safety of the progesterone-releasing vaginal ring (PVR) among lactating women: a systematic review. *Contraception*, 94, 253-261.
- Cohen, K. E., Has, P., Allen, R.H. y Matteson, K. A. (2019). An exploratory study of the perception of contraceptive safety and impact in lactation

among postpartum nurses at Women and Infants Hospital in 2017. *Contraception*, 100(2), 152,154.

Shachar, B.Z., Mayo, J.A., Lyell, D.J., Jeliffe-Pawlowski, L.L., Stevenson, D.J. y Shaw, G.M. (2016). Interpregnancy interval after live birth or pregnancy termination and estimated risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 123, 2009-2017.

Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J. y Tsui, A. (2012). Contraception and Health. *The Lancet*, 380,150-156.

Clift-Matthews, V. (2009). Contraception overview. *British Journal of Midwifery*, 17(4), 258-261.

Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2016). *Lactancia materna en cifras: tasa de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países*. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>

Conde- Agudelo, A., Rosas-Bermúdez, A.y Kafury-Goeta, A.C. (2006). Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes. *JAMA*, 196(4), 297-308.

Consejo General de Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. [https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo\\_deontologico\\_de\\_la\\_enfermeria\\_espanola.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico_de_la_enfermeria_espanola.pdf)

Cronin, T.J. (1968). Influence of lactation upon ovulation. *Lancet*, 292, 422-424.

Cheng, D., Schwarz, E.B., Douglas, E. y Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79, 194-198.

Da Vanzo, J., Hale, L., Razzaque, A. y Rahman, M. (2007). Effects of interpregnancy interval outcome of the preceding pregnancy on pregnancy

outcomes in Matlab, Bangladesh, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 114(9), 1079-1087.

De Sousa, N.F.C., Lucena, R.N., Dos Santos, R.B. y Albuquerque de Paula, W.K. (2012). The Approaches of Contraceptive Methods by Nurses from the Family Health Strategy Program for Lactating Women. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 6(2), 394-400.

Department of Health (DH) y Baby Friendly Initiative (2021). *Off to the Best Start*. [https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2010/11/otbs\\_leaflet.pdf](https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2010/11/otbs_leaflet.pdf)

Díaz-Gómez, N.M., Ruzafa-Martínez, M., Ares, S., Espiga, I. y De Alba, C. (2016). Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1-18.

Donnelly, K.Z., Foster, T. C. y Thompson, R. (2014). What matters most? The content and concordance of patients' and providers' information priorities for contraceptive decision making. *Contraception*, 90, 280-287.

Egarter, C., Grimm, C., Nouri, K., Ahrendt, H., Bitzer, J. y Cermak, C. (2011). Contraceptive counselling and factors affecting women's contraceptive choices: results of the CHOICE study in Australia. *Reproductive BioMedicine Online*, 24, 692-697.

Federación Europea de Órganos Reguladores de Enfermería. *Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea*. [https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo\\_deontologico\\_europ.pdf](https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico_europ.pdf)

Fehring, R., Hanson, L. and Stanford, J. (2001). Nurse-Midwives' Knowledge and Promotion of Lactational Amenorrhea and other Natural Family-Planning Methods for Child Spacing. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46(2), 68-73.

- Fraser, D. y Cooper, M. (2009). *Myles Textbook for Midwives* (15a ed.). Churchill Livingstone.
- Garaulet, J.V. Fernández-Salmerón, M.R. y Vilar, E. (2009). Dispositivo intrauterino. En J.M. Bajo Arenas y B. Coroleu Lletget (Eds), *Fundamentos de Reproducción* (pp.385-392). Editorial Medica Panamericana.
- García Franco, M. y Ulecia Pardo, C. (2017) Manejo de la alimentación. En M.C. Sellán Soto y A. Vázquez Sellán (Eds), *Cuidados neonatales en enfermería* (pp.105-136). Elsevier.
- Gerencia Asistencial de Atención Primaria (2021). *Carta de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid*. Consejería de Sanidad Comunidad de Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050454.pdf>
- Glazer, A.B., Wolf, A. y Gorby, N. (2011). Postpartum contraception: needs vs reality. *Contraception*, 83, 238-241.
- Gómez-Martínez, M.A., Ramirez, I. y González-Navarro, J.V. (2009). Anticoncepción Hormonal Combinada. En J.M. Bajo Arenas y B. Coroleu Lletget (Eds), *Fundamentos de Reproducción* (pp.363-377). Editorial Medica Panamericana.
- Gómez-Ortiz, M.C., Labandeira-López, P., Núñez-Vivas, M., Mengíbar-Carrillo, A., Vallecillos-Zuya, S. y Hernández-Martínez, A. (2014). Necesidades Educativas sobre Autocuidados y Factores Relacionados en el Puerperio Domiciliario. *Matronas Profesión*, 15(1), 10-17.
- González Fernández, E., Pardo Vitorero, R. y Lombera Torre, A. (2012). Consentimiento informado y práctica profesional. *Fundación de la Enfermería de Cantabria*, 1(7), 15-21.
- González-Merlo, J. y González Bosquet, E. (2018). Producción hormonal del ovario, regulación del ciclo menstrual. En J. González-Merlo, E. Fabre

González, J.M. Laílla Vicens y E. González Bosquet (Eds.), *González-Merlo Obstetricia* (7 ed., pp.13-28). Elsevier.

Granero Moya, J.M. (2010). Toma de decisiones compartidas: el papel de la enfermera. *Paraninfo Digital*, 9, 1-6.

Gray, R.H., Campbell, O.M., Zacur, H.A., Labbok, M.H. y Macrae, S.L. (1987). Postpartum return of ovarian activity in nonbreastfeeding women monitored by urinary assays. *Journal of Clinical Endocrinology*, 64, 645-650.

Grupo de trabajo de la Cartera de Servicios de las gerencias de Atención Primaria y sanitarias (2019). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Junta de Castilla y León. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/catalogo-prestaciones/cartera-servicios/cartera-servicios-atencion-primaria.ficheros/1522344-cartera%20de%20servicios%202019.pdf>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna (2017). *Guía para las madres que amamantan*. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco OSTEBA [https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc\\_560\\_lactancia\\_osteba\\_paciente.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/gpc_560_lactancia_osteba_paciente.pdf)

Haimov-Kochman, R., Sciaky-Tamir, Y. y Hurwitz, A. (2005). Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern medicine. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 123, 3-8.

Hale, R. (2007). Choices in contraception. *British Journal of Midwifery*, 15(5), 305-309.

Harris, K., Slvamarthy, S., Mohluddin, H., Aguila Gonzalez, A., Bul, T, Andrews, K., Cohen, J., McConnell, M. y Ahlers-Schmidt, C. (2020). Contraceptive counseling in the postpartum period: could pediatricians have a role?. *Maternal and Child Health Journal*, 24, 923-931.

- Hernández Alcántara, A. (2018). Puerperio y lactancia. En J.A. Usandizaga y P. De la Fuente, P (Eds.), *Obstetricia* (4a ed., vol. 1, pp. 259-269). Marbá.
- Hilton, S. (2008). Milk production during pregnancy and beyond. *British Journal of Midwifery*, 16(8), 544-548.
- Howie, P. and McNeilly, A. (1982). Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *Journal of Reproduction and Fertility*, 65(19), 545-557.
- Howie, P. y McNeilly, A. (1982). Effect of breast-feeding patterns on human birth intervals. *Journal of reproduction & Fertility*, 65(19), 545-557.
- Hudson, P. y Omokanye, S. (2011). Contraception and sexual health. En S. Macdonald and J. Magill-Cuerden (Eds.), *Mayes' Midwifery* (14a ed., pp. 705-725). Baillière Tindall.
- Hyttén, F. (1995). *The Clinical Physiology of the Puerperium*. Farrand Press.
- Inch, S. (2009) Infant feeding. En D. Fraser y M. Cooper (Eds.), *Myles Textbook for Midwives* (15a ed., pp. 785-815). Churchill Livingstone.
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN) (2011). *Calidad en la asistencia profesional al nacimiento y la lactancia*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/IHAN.pdf>
- Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN). (Diciembre 2021). *Centros sanitarios*. <https://www.ihan.es/centros-sanitarios/>
- Instituto de Política Familiar (2021). *Informe Evolución de la Familia en España*. <http://www.ipfe.org/España/Documentos/IPF>
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2003). *Encuesta de salud y hábitos sexuales*.

[https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175](https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176785&menu=resultados&idp=1254735573175)

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2021). *Estilos de vida y prácticas preventivas*.

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2006/p07/l0/&file=03111.px>

Jackson, E. y Glasier, A. (2011). Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women. A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 117,657-662.

Jackson, K. (2005). Lactational amenorrhea method as a contraceptive. *British Journal of Midwifery*, 13(4), 229-232.

Jauniaux, E. (2001). An introduction to reproduction in pharaonic Egypt. *Reproductive Biomedicine Online*, 2(2), 106-112.

Johansson, R. y Sitruk-ware, R. (2004). New delivery systems in contraception: vaginal rings. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(4), S54-S59.

Johnson, L.K., Edelman, M.D. y Jensen, J. (2003). Patient satisfaction and the impact of written material about postpartum contraceptive decisions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1202-1204.

Kennedy, K. I. (2010). Fertility, Sexuality, y Contraception During Lactation. En J. Riordan y K. Wambach (Eds.), *Breastfeeding and Human Lactation* (4a ed., pp. 705- 736). Jones and Bartlett Publishers Canada.

Kennedy, K.I. (1996). Post-partum contraception. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 10(1), 25-49.

Kennedy, K.I. y Kotelchuck, M. (1998). Policy considerations for the introduction and promotion of the lactational amenorrhea method: advantages and disadvantages of LAM. *Journal of Human Lactation*, 14, 191-203.

- Kennedy, K.I., Rivera, R. y McNeilly, A.S. (1989). Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception*, 39(5), 477-496.
- King, J. (2007). Contraception and Lactation. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 56, 614-620.
- Korukcu, O. (2019). Psycho-adaptive changes and psychological growth after childbirth in primiparous women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 213-221.
- L'Hermitte-Leclercq, P. (2000). Las mujeres en el orden feudal (siglos XI y XII). En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Edad Media* (3a ed, pp. 262-318). Taurus.
- Labbok, M. (2007). Breastfeeding, Birth Spacing, and Family Planning. En W. Hale y P. Hartmann (Eds.), *Textbook of Human Lactation* (pp. 305-318), Hale Pub.
- Labbok, M.H. (2015). Postpartum Sexuality and The Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 58(4), 915-927.
- Landa Rivera, L. (2009). Uso del chupete. En J.A. Maldonado, A. Gómez Papi, M. T. Hernández Aguilar, J.J. Lasarte Velillas, M. J. Lozano de la Torre, C. R. Pallás Alonso (Eds), *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica* (pp. 239-240). Editorial Medica Panamericana.
- Leduc, C. (2000). ¿Cómo darla en matrimonio? La novia en Grecia, siglos IX-IV a.C. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Antigüedad* (3a ed, pp. 271-336). Taurus.
- Lisarrague, F. (2000). Una mirada ateniense. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Antigüedad* (3a ed, pp. 207-270). Taurus.
- Loewenberg Weisband, Y., Keder, L.M., Keim, S.A. y Gallo M. F. (2017). Postpartum intentions on contraception use and method choice among

breastfeeding women attending a university hospital in Ohio: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 14(1), 1-8.

Lopez-del Burgo, C., Mikolajczyk, R.T., Osorio, A., Errasti T. y de Irala, J. (2013). Women's attitudes towards mechanisms of action of birth control methods: a cross-sectional study in five European countries. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3006-3015.

Mansour, D., Inki, P. y Gemzell-Danielsson, C. (2010). Efficacy of Contraceptive Methods: A Review of the Literature. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 4-16.

Marchant, S. (2009) Physiology and care in the puerperium. En D. Fraser y M. Cooper (Eds.), *Myles Textbook for Midwives* (15a ed., pp. 651-664). Churchill Livingstone.

Martín-Calama Valero, J. (2009). Fisiología de la lactancia. En J.A. Maldonado, A. Gómez Papi, M. T. Hernández Aguilar, J.J. Lasarte Velillas, M. J. Lozano de la Torre, C. R. Pallás Alonso (Eds), *Manual de Lactancia Materna. De la teoría a la práctica* (pp. 61-68). Editorial Medica Panamericana.

Martínez Benavides, M., Navalón Bonal, Z. y Labrador Baena, R. (2013). *Protocolo SEGO/SEC: Anticoncepción intrauterina*. Sociedad Española de Contracepción.

[http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_intrauterina.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_intrauterina.pdf)

Martínez-Guisasola, J. y Guerrero, M. (2008). El Ciclo endometrial. En R. Matorras, J. Hernández y D. Molero (Eds.), *Tratado de Reproducción Humana para Enfermería* (pp. 35-42).

Matthiesen, A.S., Ransjö-Arvidson, A.B. y Nissen, E. (2001). Postpartum maternal oxytocin release by newborns: effects of infant hand massage and sucking. *Birth*, 28(1), 13-19.

McLaren, A. (1993). *Historia de los anticonceptivos*. Minerva.

Meyer, R. (2009). Infant feeding in the first year. 2: Feeding practices from 6-12 months of life. *Journal of Family Health Care*, 19(2), 47-50.

Ministerio de Sanidad (2021). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2019*. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2019.pdf)

Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (2017). *Guía de Práctica Clínica sobre la Lactancia Materna*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco-OSTEBA. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)

Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica de Atención en el Embarazo y el Puerperio*. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_533\\_Embarazo\\_AETSA\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf)

Moraes, J.L.M., Machado Carrion, P.M., Carneiro, J.L., Beserra, R.A., Castro, A.K., Ferreira Moura, E.R. (2015). Conhecimento de puérperas acerca do método anticoncepcional da lactação com amenorreia. *Aquichan*, 15(4), 475-485.

Morales Martínez, A. y Monreal Alanis, M. E. (2016). Hormonas ováricas, hormonas hipotalámicas y gonadotropinas. Ciclo ovárico. Regulación neuroendocrina del ciclo genital. En L. Cabero i Roura, D. Saldívar Rodríguez y S. Fajardo Dueñas (Eds.), *Manual de Obstetricia y Ginecología* (pp. 12-18). Ergon

Morberg, K. (2011). *The Oxytocin Factor: Tapping the Hormone of Calm, Love and Healing*. Printer & Martin Ltd.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2021). *Postnatal Care*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194/resources/postnatal-care-pdf-66142082148037>

Nkwabong, E., Ilue, E.E. y Nana Njamen, T. (2019). Factors associated with the resumption of sexual intercourse before the scheduled six-week postpartum visit. *Tropical Doctor*, 49(4), 260-264.

Nkwabong, E., Ilue, E.E. y Nana Njamen, T. (2019). Factors associated with the resumption of sexual intercourse before the scheduled six-week postpartum visit. *Tropical Doctor*, 49(4):260-264.

Noonan, M. (2011). Breastfeeding: Is my baby getting enough milk?. *British Journal of Midwifery*, 19(2), 82-89.

Norris, S. (2007). Is there a role for the midwife in contraception and sexual health services?, *Midwifery Digest*, 17(2), 282-286.

Observatorio de inmigración centro de estudios y datos (2021). *Informe de población extranjera empadronada en la Comunidad de Madrid*. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Dirección General de Servicios Sociales e Innovación Social. [https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe\\_de\\_poblacion\\_extranjera\\_enero\\_2021\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/informe_de_poblacion_extranjera_enero_2021_0.pdf)

Opatiz, C. (2000). Vida cotidiana de las mujeres en la baja Edad Media (1250-1500). En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Edad Media* (3 ed, pp. 340-414). Taurus.

Ordás, J. y Usandizaga, J.A. (2018). Fisiología del aparato genital femenino. En J.A. Usandizaga y P. De la Fuente, P (Eds.), *Obstetricia* (4a ed., vol.1, pp. 28-56). Marbá.

Orden CIN/2134/2008, de 3 de Julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión enfermero. *Boletín Oficial del Estado*, 174, 19 de Julio de 2008, 31680 a 31683.

Orem, D. E. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica* (2a ed.). Masson-Salvat.

Organización Mundial de la Salud (2009). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la planificación familiar* (4ed.)

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/es/)

Organización Mundial de la Salud (2011). *Ten Facts on Breastfeeding*.

<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/en/index.html>

Organización Mundial de la Salud (2012). *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud* (2 ed.).

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/es/)

Organización Mundial de la Salud (2013). *Programming strategies for postpartum family planning*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93680/9789241506496_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud (2015). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la planificación familiar* (5ed.).

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

Organización Mundial de la Salud (2016). *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos* (3 ed.).

[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/SPR-3/es/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/SPR-3/es/)

- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Knowledge for Health Project. Family Planning: a Global Handbook for Providers*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf;jsessionid=3B9D172F004492F8C4DA85F48831ECB9?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Marco global de vigilancia en nutrición. Directrices operacionales para seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241513609>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). *Implementation Guide for the Medical eligibility Criteria and Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use Guidelines*. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272758/9789241513579-eng.pdf?ua=1>
- Özsoy, S., Aksu, H., Balkaya, N.A. y Horta, G.D. (2018). Knowledge and opinions of postpartum mothers about the lactational amenorrhea method: the Turkish experience. *Breastfeeding Medicine*, 13(1), 70-74.
- Panzetta, S. y Shawe, J (2013). Lactational amenorrhea method: the evidence is there, why aren't we using it?. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 39,136-138.
- Peralta, O., Díaz, S., Juez, G., Herreros, C., Casado, M.E., Salvatierra, A.M., Mirandas, P., Durán, E. y Croxatto, H.B. (1983). Fertility regulation in nursing women: V. long term influence of a low-dose combined oral contraceptive initiated at day 90 postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 27, 27-38.
- Phillips, S.J., Tepper, N.K., Kapp, N., Nanda, K., Temmerman, M. y Curtis, K.M. (2015). Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*, 94(3), 226-252.

- Polit, D.P. y Beck, C.T. (2018). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice* (9a ed.). Wolters Kluwer.
- Pollard, M (2011). *Evidence-Based Care For Breastfeeding Mothers: A resource for midwives and allied healthcare professionals*. Routledge.
- Prime, D., Geddes, D. y Hartmann, P. (2007). Oxytocin: Milk Ejection and Maternal-Infant Wellbeing. En W. Hale y P. Hartmann (Eds.), *Textbook of Human Lactation* (pp. 141-155). Hale Pub.
- Quesada Moreno, M. (2013). *Protocolo SEGO/SEC: Anticoncepción solo gestágenos*. Sociedad Española de Contracepción. [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_ANTICONCEPCION\\_SOLO\\_GESTAGENOS.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_ANTICONCEPCION_SOLO_GESTAGENOS.pdf)
- Radwan, H., Mussaiger, A. y Hachem, F. (2009). Breast-Feeding and Lactational Amenorrhea in the United Arab Emirates. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(1), 62-68.
- Raile Alligood, M. y Marriner Tomey, A. (2018). *Modelos y teorías en enfermería* (9a ed.). Elsevier.
- RamaRao, S., Obare, F., Ishaku, S., Mané, B., Clark, H., Liambila, W., Unumer, G., Birungi, H., Diop, N., Rajamani, D. y Townsend, J. (2018). Do women find progesterone vaginal ring acceptable?. Findings from Kenya, Nigeria and Senegal. *Studies in Family Planning*, 49(1), 71-86.
- Rankin, J (2010). The breasts and lactation. En D. Stables y J. Rankin (Eds.), *Physiology in Childbearing: with Anatomy and Related Biosciences* (3 ed., pp. 723-738). Baillière Tindall.
- Real Academia Española (Marzo 2019). *Diccionario*. <https://dle.rae.es/diccionario>
- Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. *Boletín Oficial del Estado*, 108, 6 de mayo de 2005, 15480 a 15486.

Reguant-Álvarez, M. y Torrado-Fonseca, M. (2016). El método Delphi. *RIERE*, 9(1), 87-102.

Rey Novoa, M. (2013). *Protocolo SEGO/SEC: Beneficios no anticonceptivos en anticoncepción*. Sociedad Española de Contracepción. [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Beneficios%20no%20AC%20de%20la%20AC.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Beneficios%20no%20AC%20de%20la%20AC.pdf)

Reyes-Lacalle, A., Montero-Pons, L., Manresa-Domínguez, J.M., Cabedo-Ferreiro, R., Seguranyes, G. y Falguera-Puig, G. (2018). La anticoncepción durante la cuarentena: situación actual y colectivos más vulnerables a embarazos no planificados durante este periodo. *Matronas profesión*, 19(3), 96-103.

Riddle, J.M. (1991). Oral contraceptives and early-term abortifacients during classical antiquity and the middle ages. *Oxford Journals*, 132, 3-32.

Rite Gracias, S., Fernández Lorenzo, J. R., Urcelay, E., Mussons, F.B., Herranz Carrillo, G., Moreno Hernando, J., Salguero García, E. y Sánchez Luna, M. (2013). Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. *Anales de Pediatría*, 79(1), e1-e51.

Robins, G. (1993). *Las mujeres en el antiguo Egipto*. Akal.

Ross, J. y Winfrey, W. (2001). Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *International Family Planning Perspectives*, 27(1), 20-27.

Rousselle, A. (2000). La política de los cuerpos: entre procreación y continencia en Roma. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Antigüedad* (3a ed, pp. 338-393). Taurus.

Royal College of Midwives (RCM) (2002). *Successful Breastfeeding* (3a ed). Churchill Livingstone.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) (2009). *Postnatal Sexual and Reproductive Health*.

<http://www.fsrh.org/pdfs/CEUGuidancePostnatal09.pdf>

- Rustein, S.O. (2008). Further evidence of the effects of preceding intervals on neonatal, infant and under-five-years mortality and nutritional status in developing countries: evidence from the demographic and health surveys. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 89(1), 7-24.
- Saad-Ganem, A., Alanís-Fuentes, J., Salazar López-Ortiz, C.G., Muradas-Gil, L., Quintero-Bernal, P., Palma-Dorantes, J. y Levy, E.C. (2014). Obstrucción tubárica con un implante insertado mediante histeroscopia: reporte de 50 casos. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 82, 448-453.
- Sanahuja Yll, M.E. (2007). La cotidianeidad en la prehistoria: la vida y su sostenimiento. *Icara*.
- Sannisto, T. y Kosunen, E. (2009). Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27(4), 244-249.
- Schellhorn, C. y Valdés V. (1997). *Lactancia materna. Contenidos técnicos para profesionales de la Salud*. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. [http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/439/manual\\_lactancia\\_materna-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/439/manual_lactancia_materna-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Schwarz, E.B., Smith, R., Steinauer, J., Reeves, M.F. y Caughey, A. (2008). Measuring the effects of unintended pregnancy on women's quality of life. *Contraception*, 78, 204-210.
- Secretaría de Política Sindical UGT Castilla-LaMancha (2016). *Mercado de trabajo de extranjeros en Castilla-LaMancha*. [http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/439/manual\\_lactancia\\_materna-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.repositoriodigital.minsal.cl/bitstream/handle/2015/439/manual_lactancia_materna-2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sellán Soto, M.C. (2009). *La profesión va por dentro: elementos para una historia de la enfermería española contemporánea* (7a ed). Fundación para el Desarrollo de la Enfermería.

Serci, I. (2009). Hormonal cycles: fertilization and early development. En D. Fraser y M. Cooper (Eds.), *Myles Textbook for Midwives* (15a ed., pp. 137-145). Churchill Livingstone.

Serrano Gea, A. y Jimenez Pérez-Muelas, J. T. (2019). *Programa Integral de Atención a la Mujer (PIAM). Atención al bienestar biopsicosocial de las mujeres*. Servicio Murciano de Salud y Consejería de Salud. [http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar\\_publicacion&id=2654&idsec=88](http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2654&idsec=88)

Serrano Navarro, J.R. y Quilez, J (2013). *Protocolo SEGO/SEC: Anticoncepción hormonal combinada oral, transdérmica y vaginal*. Sociedad Española de Contracepción. [http://hosting.sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_Hormonal\\_Combinada\\_Oral\\_Transdermica\\_Vaginal.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_Hormonal_Combinada_Oral_Transdermica_Vaginal.pdf)

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2015). *Proceso Asistencial Integrado: Atención al Embarazo Normal y Puerperio*. [https://www.chospab.es/cursos\\_on\\_line/sescam/proceso\\_materno\\_infantil/archivos/Trabajo\\_del\\_Grupo\\_Embarazo\\_Puerperio\\_2015.pdf](https://www.chospab.es/cursos_on_line/sescam/proceso_materno_infantil/archivos/Trabajo_del_Grupo_Embarazo_Puerperio_2015.pdf)

Shaaban, O. y Glasier, A. (2008). Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. *Contraception*, 77, 350-354.

Sheldon, L.K, y Ellington, L. (2008). Application of a model of social information processing to nursing theory: how nurses respond to patients. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 388-398.

Siles, J. (1999). *Historia de la Enfermería*. Aguaclara.

- Silva Carneiro, P. y Garcia Galvão, D. (2012). Breastfeeding in the municipality of Portimão to 6 months of life of the baby: conditioning factors. *Revista Nursin*, 12, 8-12.
- Smith, D. y Taylor, W. (2011). Advising on postnatal contraceptive methods, services and support. *British Journal of Midwifery*, 19(5), 290-294.
- Sociedad Española de Contracepción (2020). *Encuesta de Anticoncepción en España 2020. Hábitos de la población femenina en relación al uso de métodos anticonceptivos*.  
[http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta %20anticoncepcion2020.pdf](http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta_%20anticoncepcion2020.pdf)
- Sok, C., Sanders, J.N., Saltzman, H.M. y Turok, D.K. (2016). Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 61(2), 158-165.
- Speroff, L. y Mishell, D. (2008). The postpartum visit. It's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception*, 78(2), 90-98.
- Soriano Fernández, H., Rodenas García, L. y Moreno Escribano, D. (2010). Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3), 206-216.
- Stables, D. (2010). The female reproductive system. En D. Stables y J. Rankin (Eds.), *Physiology in Childbearing: with Anatomy and Related Biosciences* (3a ed., pp. 41-55). Baillière Tindall.
- Stuart-Macadam, P. (1995). Breastfeeding in Prehistory. En P. Stuart-Macadam y K.A. Dettwyler (Eds.), *Breastfeeding. Biocultural perspectives* (pp. 75-100). Aldine de Gruyter.
- Teal, S.B. (2014). Postpartum contraception. Optimizing interpregnancy intervals. *Contraception*, 89(6), 487-488.
- The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Clinical Guidance. (2015). *Fertility Awareness Methods*.  
<https://www.fsrh.org/documents/ceuguidancefertilityawarenessmethods/>

The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. (2017). *FSRH Guideline: Contraception after Pregnancy*.  
<https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/>

Thomas Y. (2000). La división de los sexos en el derecho romano. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Antigüedad* (3a ed, pp. 136-206). Taurus.

Tilley, B., Shaaban, O., Wilson, M., Glasier, A. y Mishell, D. (2009). Breastfeeding and contraception use among women with unplanned pregnancies less than 2 years after delivery. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 105(2), 127-130.

Too, S. (2003). Breastfeeding and contraception. *British Journal of Midwifery*, 11(2), 88-93.

Truit, S.T., Fraser, A.B., Grimes, D.A., Gallo, M.F. y Schulz, K. (2003). Combined hormonal versus non hormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 2. Art No.: CD003988.

Türk, R., Terzioglu, F. y Eroglu, K. (2010). The use of lactational amenorrhea as a method of family planning in Eastern Turkey and influential factors. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(1), e1-e7.

United Nations International Children's Emergency Found (UNICEF) (2018). *Breastfeeding. A mother's gift for every child*.  
<https://www.unicef.org/lac/media/1886/file/PDF%20Lactancia%20materna.pdf>

Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. *Guía Docente del Grado en Enfermería 2020/2021*. [https://secretaria-virtual.uam.es/doa/consultaPublica/look\[conpub\]BuscarPubGuiaDocAs](https://secretaria-virtual.uam.es/doa/consultaPublica/look[conpub]BuscarPubGuiaDocAs)

Universidad da Coruña. Facultad de Enfermería y Podología. *Guía Docente del Grado en Enfermería* 2020/2021.  
[https://guiadocente.udc.es/guia\\_docent/index.php?centre=750&ensenyament=750G01&consulta=assignatures&idioma=cast](https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=750&ensenyament=750G01&consulta=assignatures&idioma=cast)

Universidad de Murcia. Facultad de Enfermería. *Guía Docente del Grado en Enfermería* 2020/2021.  
<https://www.um.es/web/estudios/grados/enfermeria/2020-21/guias>

Usandizaga, J.A. y De la Fuente, P. (2018). *Obstetricia* (4a ed.). Marbá.

Valdés, V., Labbok, M., Pugin, E. y Perez, A. (2000). The efficacy of the lactational amenorrhea method (LAM) among working women. *Contraception*, 62(5), 217-219.

Van der Wijden, C. y Manion, C. (2015). Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>

Van Wouwe, J.P., Lanting, C.I., Van Dommelen, P., Treffers, P.E. y Van Buuren, S. (2008). Breastfeeding duration related to practiced contraception in the Netherlands. *Acta Paediatrica*, 98, 86-90.

Vara Donado, J. (1990). *Aristoteles. Historia de los animales*. Akal.

Varela- Ruiz, M., Díaz-Bravo, L. y García-Durán, R. (2012). Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Investigación en Educación Médica*, 1(2), 90-95.

Vecchio, S. (2000). La buena esposa. En G. Duby y M. Perrot (Eds.), *Historia de las mujeres. La Edad Media* (3a ed, pp. 147-183). Taurus.

Von der Gracht, H. (2012). Consensus measurement in Delphi studies Review and implications for future quality assurance. *Technological Forecasting and Social Change*, 79, 1525-1536.

- Widström, A.M., Lilja, G., Aaltomaa-Michalias, P., Dahllöf, A., Lintula, M. y Nissen, E. (2010). Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: a posible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatrica*, 100(1), 79-85.
- Wilkinson, L.P. (1978). Classical approaches to population and family planning. *Encounter*, 50(4), 22-32.
- Yañez, E. (2009). Métodos quirúrgicos: ligadura tubárica bilateral. En J.M. Bajo Arenas y B. Coroleu Lletget (Eds), *Fundamentos de Reproducción* (pp.393-399). Editorial Médica Panamericana.
- Yeshaya, A., Ver, A., Seidman, D.S. y Oddens, B.J. (2014). Influence os structured counselung on women's selection of hormonal contraception results of the CHOICE study. *International Journal of Women's Health*, 6, 799-808.
- Zapata, L.B., Murtaza, S., Whiteman, M.K., Jamieson, D.J., Robbins, C.L., Marchbanks, P.A., D'Angelo, D.V. y Curtis, K.M. (2015). Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(2), 171.e1-171.e8.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I. Cuestionario para los profesionales**

### **CUESTIONARIO PARA LOS PROFESIONALES:**

#### **Instrucciones:**

**Este cuestionario es anónimo y sólo será utilizado para los fines de esta investigación. Por favor, léalo atentamente y seleccione sólo una respuesta por pregunta, excepto en aquellos casos en los que se le indique que puede seleccionar más de una respuesta. Recuerde que debe cumplimentar el cuestionario de forma honrada e individual. No responda más de un cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.**

0. ¿A qué rango de edad pertenece?
  - 1) 21- 30
  - 2) 31- 42
  - 3) 43- 55
  - 4) 56- 67
1. Por favor, indique su sexo: \_\_\_\_\_
2. Elija una de las siguientes opciones:
  - 1) Soy enfermera generalista.
  - 2) Soy enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
  - 3) Soy enfermera especialista en Enfermería Pediátrica.
  - 4) Soy enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica.
3. ¿En qué unidad trabaja?
  - 1) Paritorio
  - 2) Unidad de hospitalización.
  - 3) Otro: \_\_\_\_\_

4. Por favor indique cuántos años lleva trabajando con mujeres embarazadas o puérperas:

\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene usted hijos/as?

- 1) Si
- 2) No

Por favor, sólo conteste a las preguntas 6 y 7 si su sexo es femenino y la respuesta anterior fue si:

6. ¿Qué tipo de alimentación recibió su último hijo/a durante los primeros seis meses de vida?

- 1) Lactancia materna exclusiva
- 2) Fórmula.
- 3) Lactancia mixta.

7. Tras su último embarazo, ¿qué método anticonceptivo utilizó durante los primeros seis meses posparto?

- 1) Ninguno.
- 2) Preservativo.
- 3) Método anticonceptivo natural: \_\_\_\_\_
- 4) Método anticonceptivo hormonal: \_\_\_\_\_

8. ¿Conoce el Método Anticonceptivo Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia?

- 1) Si
- 2) No

Por favor, conteste las preguntas 9 y 10 si la respuesta anterior fue si:

9. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, en relación al criterio del Método Lactancia, cree que es falsa?

- 1) El recién nacido ha de ser alimentado con lactancia materna exclusiva.
- 2) La edad del recién nacido no es relevante.
- 3) La mujer ha de estar en un estado de amenorrea.

10. Si una mujer quiere utilizar el Método Lactancia, ¿cuál sería su recomendación respecto al intervalo de tiempo máximo entre las tomas?
- 1) 4 horas durante el día y 6 durante la noche.
  - 2) 3 horas durante el día y 4 durante la noche.
  - 3) No hay un tiempo máximo, la lactancia materna es a demanda.
  - 4) 3 - 4 horas, independientemente de si es de día o de noche.
11. A la hora de elegir un método anticonceptivo posparto, ¿cree que es importante saber si la mujer alimenta con lactancia materna a su hijo?
- 1) Si.
  - 2) No.
12. Dentro del período posparto, ¿cuándo recomendaría a la mujer que comenzara a usar algún tipo de método anticonceptivo?
- 1) A partir del día 40.
  - 2) A partir del día 7.
  - 3) A partir del día 21.
  - 4) A partir del día 28.
13. ¿Considera la planificación familiar posparto parte de su rol profesional?
- 1) Si
  - 2) No
14. Si la respuesta anterior fue si, por favor indique en qué consiste dicho rol:
- 1) Recordar a la mujer la importancia de la anticoncepción posparto y recomendarle que pida cita con el ginecólogo o el médico de familia.
  - 2) Informar, si me pregunta, sobre los diferentes métodos anticonceptivos posparto y su funcionamiento.
  - 3) Informar siempre, sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su funcionamiento.
15. ¿Cuándo cree que es el momento óptimo para informar a la mujer sobre anticoncepción posparto?
- 1) En el período antenatal y posnatal.
  - 2) En el período antenatal.

- 3) En el período posnatal.
  - 4) Lo desconozco.
16. A la hora de informar sobre anticoncepción posparto a una mujer, ¿sobre qué métodos cree que es necesario informar?
- 1) Lo desconozco.
  - 2) Los más efectivos según su situación personal.
  - 3) Todos los que estén indicados según su situación personal.
  - 4) Todos sin excepción.
17. Por favor, ordene numéricamente del 1 al 5 los siguientes métodos según su idoneidad de uso durante el posparto, en mujeres que alimentan a sus hijos/as con lactancia materna exclusiva.  
(Otorgue el número 1 al método que considere más idóneo y el 5 al menos idóneo)
- \_\_\_ Los métodos hormonales combinados.
  - \_\_\_ Los métodos de sólo progestágeno.
  - \_\_\_ DIU de cobre.
  - \_\_\_ Método lactancia.
  - \_\_\_ Métodos barrera.
18. Según su respuesta a la pregunta anterior, indique el motivo por el que ha elegido el método más idóneo:
- 1) Por su efectividad.
  - 2) Por su experiencia personal o la de algún familiar o amiga.
  - 3) Porque normalmente es el que más se recomienda.
  - 4) Porque he leído evidencia que lo avala.
  - 5) Otro motivo: \_\_\_\_\_
19. ¿Recomendaría usar el Método Lactancia como método anticonceptivo posparto?
- 1) Si
  - 2) No

20. Si la respuesta anterior ha sido NO, por favor conteste por qué:

- 1) Por su baja efectividad.
- 2) Es un método antiguo y poco riguroso.
- 3) Es muy difícil de usar.
- 4) Otro: \_\_\_\_\_

21. En un recién nacido sano, ¿cuándo cree que es recomendable que inicie la lactancia materna?

- 1) Durante las primeras 12 horas de vida
- 2) Durante las primeras 4 horas de vida.
- 3) Durante las primeras 3 horas de vida.
- 4) Durante la primera hora de vida.

22. Si tras 12 horas de vida, un recién nacido sano, aún no ha conseguido hacer su primera toma efectiva de lactancia materna, ¿qué le recomendaría a la madre?

- 1) Alimentar con fórmula e intentar alimentar con lactancia materna en la próxima toma.
- 2) Extraer calostro manualmente.
- 3) Esperar.
- 4) Dar glucosa para evitar hipoglucemia.

23. ¿Piensa que es necesario explicar a sus pacientes los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la madre y el bebé?

- 1) No, no es necesario.
- 2) No, porque la mayoría ya los conocen.
- 3) Si, siempre lo explico.
- 4) Sólo cuando me preguntan.

24. Si tuviera que informar sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre ¿incluiría a la amenorrea de la lactancia como beneficio?

- 1) Si
- 2) No

25. ¿Cuál cree que es el riesgo de embarazo cuando se usa el Método Lactancia?

- 1) Mas de 10%.
- 2) Menos del 10%.
- 2) Un 5%.
- 3) Menos del 2%.

26. ¿Recomendaría el uso de suplementos con leche artificial a una mujer que estuviera usando el Método Lactancia?

- 1) No.
- 2) Si, depende de la cantidad.
- 3) Si, si el bebé continúa lactando de forma frecuente.
- 4) Si, pero sólo una vez al día.

27. Si una mujer le pregunta que durante cuántos meses se puede usar el Método Lactancia, ¿qué le diría?

- 1) Lo desconozco.
- 2) 3 meses.
- 3) 6 meses.
- 4) Mientras que el recién nacido tome leche materna.

## **ANEXO II. Hoja de información para los profesionales**

**VERSIÓN:** 3 de 6 marzo 2017

### **HOJA DE INFORMACIÓN PROFESIONALES PARTICIPANTES**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA”

**INVESTIGADORA:** D<sup>a</sup> María Avilés Martínez, Enfermera de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

---

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted, para invitarle a participar y solicitar su colaboración en un proyecto de investigación cuyo objetivo es profundizar en el grado de conocimiento, uso y difusión del método amenorrea de la lactancia en relación con las mujeres que están lactando a sus hijos durante el periodo post parto y entre los profesionales de enfermería que se encargan de su cuidado durante todo el proceso del embarazo, parto y posparto.

La participación en el estudio es voluntaria y si usted decide no participar no se verá afectada su carrera profesional ni su relación con el resto del equipo en el que trabaja. Así mismo, si en cualquier momento decide retirar su consentimiento, lo podrá expresar libremente sin repercusión alguna para usted.

A continuación, le detallamos toda la información sobre el estudio, de tal forma que, usted, pueda voluntariamente decidir si desea o no participar en el mismo.

#### **EN QUÉ CONSISTE LA PARTICIPACIÓN**

Si finalmente decide participar, esto consistirá en completar un cuestionario de 27 preguntas en relación a su rol profesional y grado de conocimiento en

lactancia materna y métodos de anticoncepción posparto. Estimamos que le puede llevar unos 10 minutos el completarlo.

### **CONFIDENCIALIDAD DE DATOS**

Todos sus datos personales serán tratados de forma confidencial según la Ley Orgánica Protección de datos 15/1999 y los derechos que conlleva de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos. Si quiere ejercer alguno de estos derechos debe contactar con D<sup>a</sup> María Avilés Martínez.

### **PUBLICIDAD RESULTADOS**

Los resultados del estudio podrán ser divulgados en reuniones científicas o en congresos de enfermería o podrán ser publicados en revistas, pero siempre salvaguardando la confidencialidad de sus datos.

### **INFORMACIÓN**

Si considera que alguna información no es lo suficientemente clara o desea algún dato más antes de tomar su decisión, no dude en consultarnos. (María Avilés Martínez en el teléfono: 626 717 202, correo electrónico: [avilesmartinez.m@gmail.com](mailto:avilesmartinez.m@gmail.com))

### **ANEXO III. Consentimiento informado para los profesionales**

**VERSIÓN:** 3 de 6 marzo 2017

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PROFESIONALES PARTICIPANTES**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA”

**INVESTIGADORA:** D<sup>a</sup> María Avilés Martínez, Enfermera de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

---

Yo (nombre y apellidos)

.....  
He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....  
(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

**Fecha y firma de la participante:**

**Fecha y firma del Investigador:**

## **ANEXO IV. Cuestionario para las mujeres**

### **CUESTIONARIO PARA LAS MUJERES:**

#### **Instrucciones:**

**Este cuestionario es anónimo y sólo será utilizado para los fines de esta investigación. Por favor, léalo atentamente y seleccione sólo una respuesta por pregunta, excepto en aquellos casos en los que se le indique que puede seleccionar más de una respuesta. Recuerde que debe cumplimentar el cuestionario de forma honrada e individual. No responda más de un cuestionario. Muchas gracias por su colaboración.**

0. ¿A qué rango de edad pertenece?

5) 15- 20

6) 21- 30

7) 31- 40

8) 40- 49

1. ¿Tiene más de un hijo/a?

1) Si

2) No.

Por favor, sólo conteste a las preguntas 2 y 3 si tiene más de un hijo.

2. Su hijo/a anterior al recientemente nacido, ¿qué tipo de alimentación recibió durante los primeros seis meses de vida?

4) Lactancia materna exclusiva

5) Fórmula.

6) Lactancia mixta.

3. Tras el embarazo de su hijo/a anterior al recientemente nacido, ¿qué método anticonceptivo utilizó durante los primeros seis meses posparto?
- 5) Ninguno.
  - 6) Preservativo.
  - 7) Método anticonceptivo natural: \_\_\_\_\_
  - 8) Método anticonceptivo hormonal: \_\_\_\_\_
  - 9) Otro: \_\_\_\_\_

El resto de las preguntas del cuestionario son en relación a su hijo/a recién nacido/a o a su situación actual.

4. Su hijo/a ha nacido mediante:
- 1) Parto vaginal.
  - 2) Parto instrumental.
  - 3) Cesárea urgente.
  - 4) Cesárea programada.
5. ¿Cuál es la edad de su hijo/a?
- \_\_\_\_\_
6. ¿Le ofrecieron la posibilidad de realizar contacto piel con piel con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento?
- 1) Si
  - 2) No
7. ¿Conoce los beneficios de la lactancia materna?
- 1) Si
  - 2) No
8. Si la respuesta anterior fue si, ¿cómo se ha informado sobre los beneficios de la lactancia materna?. Puede señalar más de una opción.
- 1) A través de la matrona del centro de salud.
  - 2) A través de las enfermeras o matronas del Hospital.
  - 3) A través del obstetra.
  - 4) A través del pediatra.
  - 5) A través de panfletos, libros o revistas para la embarazada o en Internet.

9. Con el fin de reducir riesgos durante el embarazo, ¿cree que es importante que la mujer espere al menos un año después de haber dado luz para volver a quedarse embarazada?

- 1) Si
- 2) No
- 3) Lo desconozco.

10. ¿Le han informado sobre los diferentes métodos anticonceptivos posparto y su funcionamiento?

- 1) Si.
- 2) Todavía no.

Por favor, sólo conteste a las respuestas 11, 12 y 13 si la pregunta anterior fue sí.

11. ¿Quién le ha informado sobre anticoncepción posparto? Puede señalar más de una opción.

- 1) El médico del centro de salud.
- 2) El ginecólogo.
- 3) La enfermera o la matrona del centro de salud.
- 4) La enfermera o la matrona del hospital.

12. ¿Cuándo le han informado sobre anticoncepción posparto?

- 1) Durante el embarazo.
- 2) Después de dar a luz.
- 3) Durante el embarazo y después de dar a luz.

13. ¿Sobre qué métodos anticonceptivos le han informado? Puede señalar más de una opción.

- 1) Métodos quirúrgicos.
- 2) Métodos naturales.
- 3) Métodos hormonales.
- 4) Métodos barrera.
- 5) DIU.

14. ¿Qué método anticonceptivo tiene pensado usar?

- 1) No lo he decidido aún.
- 2) \_\_\_\_\_

15. ¿Cree que la lactancia materna se puede usar como método anticonceptivo?

- 1) Si se puede.
- 2) No se puede.
- 3) Lo desconozco.

16. ¿Cómo alimenta a su hijo/a?

- 1) Lactancia mixta.
- 2) Fórmula.
- 3) Lactancia materna exclusiva.

Por favor, continúe respondiendo al cuestionario si su respuesta a la pregunta anterior fue "lactancia materna exclusiva". Gracias.

17. Su hijo/a, ¿cuándo realizó la primera toma efectiva de lactancia materna?

- 1) Durante la primera hora después del parto.
- 2) Durante las primeras 3 horas después del parto.
- 3) Durante las primeras 12 horas después del parto.
- 4) Durante las primeras 24 horas después del parto.

18. Durante el primer día de vida de su hijo/a, ¿tuvo que suplementar alguna toma de lactancia materna con fórmula?

- 1) Si
- 2) No

19. ¿Se siente cómoda y segura de sí misma con la técnica de lactancia materna?

- 1) Si
- 2) No

20. ¿Conoce el funcionamiento del método anticonceptivo Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia?

- 1) Si
- 2) No

21. ¿Considera el Método Lactancia un método anticonceptivo efectivo?

- 1) Desconozco su efectividad.
- 2) Si
- 3) No

22. ¿Utilizaría el Método Lactancia como método anticonceptivo durante el posparto?

- 1) Sí, lo voy a utilizar.
- 2) Tal vez, si conociera mejor su funcionamiento.
- 3) No, creo que es un método antiguo.
- 4) No, es muy difícil de usar.

23. A la hora de elegir un método anticonceptivo, ¿cree que es importante tener en cuenta que su hijo/a se está alimentando con lactancia materna?

- 1) Sí, porque no todos los métodos anticonceptivos son compatibles.
- 2) No, todos los métodos anticonceptivos son compatibles con la lactancia materna.
- 3) Lo desconozco.

## **ANEXO V. Hoja de información para las mujeres participantes**

**VERSIÓN:** 3 de 6 marzo 2017

### **HOJA DE INFORMACIÓN MUJERES PARTICIPANTES**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA”

**INVESTIGADORA:** D<sup>a</sup> María Avilés Martínez, Enfermera de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

---

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted, para invitarle a participar y solicitar su colaboración en un proyecto de investigación cuyo objetivo es profundizar en el grado de conocimiento, uso y difusión del método amenorrea de la lactancia en relación con las mujeres que están lactando a sus hijos durante el periodo post parto y entre los profesionales de enfermería que se encargan de su cuidado durante todo el proceso del embarazo, parto y posparto.

La participación en el estudio es voluntaria y si usted decide no participar no se verá afectada su relación con el equipo de enfermería que le atiende ni con los cuidados de enfermería que usted o su hijo/a requieran. Así mismo, si en cualquier momento decide retirar su consentimiento lo podrá expresar libremente sin repercusión alguna para usted ni para su hijo/a.

A continuación, le detallamos toda la información sobre el estudio, de tal forma que, usted, pueda voluntariamente decidir si desea o no participar en el mismo.

#### **EN QUÉ CONSISTE LA PARTICIPACIÓN**

Si finalmente decide participar, esto consistirá en completar un cuestionario de 24 preguntas en relación con sus gestaciones, posparto y grado de conocimiento de los métodos de anticoncepción. Estimamos que le puede llevar unos 10 minutos el completarlo.

## **CONFIDENCIALIDAD DE DATOS**

Todos sus datos personales serán tratados de forma confidencial según la Ley Orgánica Protección de datos 15/1999 y los derechos que conlleva de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos. Si quiere ejercer alguno de estos derechos debe contactar con D<sup>a</sup> María Avilés Martínez.

## **PUBLICIDAD RESULTADOS**

Los resultados del estudio podrán ser divulgados en reuniones científicas o en congresos de enfermería o podrán ser publicados en revistas, pero siempre salvaguardando la confidencialidad de sus datos.

## **INFORMACIÓN**

Si considera que alguna información no es lo suficientemente clara o desea algún dato más antes de tomar su decisión, no dude en consultarnos. (María Avilés Martínez en el teléfono: 626 717 202, correo electrónico: [avilesmartinez.m@gmail.com](mailto:avilesmartinez.m@gmail.com))

## **ANEXO VI. Consentimiento informado para las mujeres**

**VERSIÓN:** 3 de 6 marzo 2017

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LAS MUJERES PARTICIPANTES**

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** “EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA”

**INVESTIGADORA:** D<sup>a</sup> María Avilés Martínez, Enfermera de Ginecología y Obstetricia Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

---

Yo (nombre y apellidos)

.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con:

.....

(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1º Cuando quiera

2º Sin tener que dar explicaciones.

3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

**Fecha y firma de la participante:**

**Fecha y firma del Investigador:**

## ANEXO XI. Dictamen del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara (I)



Hospital Universitario de Guadalajara  
C/Donantes de Sangre S/N- 19002  
Guadalajara-ESPAÑA  
Teléfono 949 20 92 08 Fax 949 20 92 16



### DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTO (CEIm) DEL ÁREA DE SALUD DE GUADALAJARA

D. Gabriel de Arriba de la Fuente, Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara del SESCAM, de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha-ESPAÑA.

#### CERTIFICA:

Que visto el Dictamen favorable del **CEI del Hospital Universitario de La Paz del día 13 de marzo de 2017**, ha evaluado la propuesta dentro del Trabajo de Tesis Doctoral, que tiene como investigadora responsable a la **Dra. Carmen Sollán Soto**, y como doctoranda a **D<sup>a</sup> María Avilés Martínez**, y realizadas las revisiones correspondientes para que se realice en este Centro, este Comité conoce la propuesta realizada del estudio:

**CODIGO : HULP: PI-2384**

**TÍTULO: “EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA”.**

**PROTOCOLO VERSIÓN: 4 FECHA: 13/4/2018**

**HOJA DE INFORMACIÓN MUJERES PARTICIPANTES VERSIÓN: 3 de 6 marzo 2017**

**HOJA DE INFORMACIÓN PROFESIONALES PARTICIPANTES VERSIÓN: 3 de 6 marzo 2017**

Considera que :

- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
- Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse



## ANEXO XII. Dictamen del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara (II)



Hospital Universitario de Guadalajara  
C/ Donantes de Sangre S/N- 19002  
Guadalajara-ESPAÑA  
Teléfono 949 20 92 08 Fax 949 20 92 16



### DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTO DEL ÁREA DE SALUD DE GUADALAJARA (CEIm)

D. Gabriel de Arriba de la Fuente, Secretario Técnico del Comité de Ética de la Investigación con Medicamento del Área de Salud de Guadalajara del SESCAM, de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha-ESPAÑA

#### CERTIFICA:

Que este Comité ha evaluado la propuesta de el **D<sup>a</sup> María Avilés Martínez Diplomada en Enfermería y Doctoranda de la Universidad Autónoma de Madrid.**, para que se realice la **AMPLIACIÓN DE CENTROS DEL PROYECTO:**

**Ref CEIm: 2018.12.PR**

**TÍTULO: "EL PAPEL DE LA ENFERMERA EN ANTICONCEPCIÓN: EL MÉTODO AMENORREA DE LA LACTANCIA".**  
**PROTOCOLO VERSIÓN: 4 FECHA: 13/4/2018**  
**HOJA DE INFORMACIÓN MUJERES PARTICIPANTES VERSIÓN: 3 de 6 marzo 2017**  
**HOJA DE INFORMACIÓN PROFESIONALES PARTICIPANTES VERSIÓN: 3 de 6 marzo 2017**  
**Investigador Principal: D<sup>a</sup> María Avilés Martínez Diplomada en Enfermería y Doctoranda de la Universidad Autónoma de Madrid.**  
**CODIGO : HULP: PI-2384**

Considera que :

1. Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
2. La capacidad del investigador y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.
3. Son adecuados tanto el procedimiento para obtener el consentimiento informado como la compensación prevista para los sujetos por daños que pudieran derivarse de su participación en el estudio.
4. El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.