

DIFERENCIAS EN LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSPARTO ENTRE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

María Avilés Martínez (1), María Carmen Sellán Soto (1) y Juan José de la Cruz Troca (2)

(1) Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

(2) Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública y Microbiología. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

RESUMEN

Fundamentos: En España, solo en 2019 se produjeron un total de 95.149 interrupciones voluntarias de embarazo (IVE), el 90% a petición de la mujer, de las cuales un 53% tenían al menos un hijo. Situación que resalta la importancia de la planificación familiar posparto (PFP) y la labor de los profesionales que se encargan de su promoción. El objetivo del presente estudio fue determinar si las matronas y el resto de los profesionales de Enfermería consideran la PFP como una actividad de su rol profesional y cómo la desarrollan, así como identificar sus conocimientos sobre ella.

Métodos: Estudio realizado mediante un cuestionario *ad hoc* entre marzo de 2017 y junio de 2019 en tres grupos de profesionales de Enfermería dedicados al cuidado de la mujer (n=153) compuestos por: 1) enfermeras especialistas en Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) del Servicio de Parto; 2) matronas de Atención Primaria; 3) enfermeras de la Unidad de Puerperio, procedentes de 3 hospitales y sus 37 Centros de Salud asociados. Los análisis por grupo laboral y las comparaciones entre las distintas actividades profesionales se realizaron en las variables cualitativas mediante test chi-cuadrado de Pearson o razón de verosimilitudes, según tamaño de la muestra, y en las variables cuantitativas mediante test de Kruskal-Wallis.

Resultados: No todos los profesionales consideran la PFP una actividad de su rol profesional ni existe consenso en su desarrollo (P<0,001). En relación al nivel de conocimiento, existen diferencias entre los profesionales en cuanto al periodo en el que se debe informar a la mujer sobre PFP (P=0,002), solo un 12,7% conocen que la PFP se debe iniciar a partir del día 21 posparto, y aunque un 95,4% son conocedores de la incompatibilidad de la lactancia materna con algunos métodos anticonceptivos, este conocimiento es mayor entre las matronas que entre las enfermeras generalistas (P=0,012).

Conclusiones: Aunque las matronas son las profesionales más conscientes y conocedoras de la PFP, la responsabilidad de informar a la mujer sobre anticoncepción posparto no siempre recae sobre ellas, situación que podría repercutir sobre la salud de la mujer y la posibilidad de reducir la incidencia de embarazos no deseados.

Palabras clave: Anticoncepción; Posparto, Conocimiento, Enfermera, Matrona, Lactancia Materna.

ABSTRACT

Differences on postpartum family planning among nursing professionals

Background: In Spain, a total of 95,149 voluntary terminations of pregnancy (VTP) took place only in the year 2019, 90% of them requested by the woman, 53% of whom had at least one child. This situation highlights the relevance of postpartum family planning (PFP) and the work of the professionals in charge of its promotion. The aim of this study was to establish whether midwives and the rest of the nursing professionals regard PFP as an activity to perform within their professional role and how they implement it, as well as to identify their knowledge on it.

Methods: Study performed through an ad-hoc questionnaire between March 2017 and June 2019 in three groups of Nursing professionals dedicated to woman care (n=153) made up of: 1) Nurses specialized in Obstetrics & Gynecology Nursing (Midwifery) of the Delivery suite Department; 2) midwives in Primary Care; 3) Nurses in Postpartum Unit from 3 different hospitals and 37 associated health centers. Analysis by labor group and the comparison of the different professional activities were performed through Pearson chi-squared test or a likelihood ratio, depending on sample size in qualitative variables, and in quantitative variables, by Kruskal-Wallis' test.

Results: Not all professionals regard PFP as an activity within their professional role, and there is no consensus regarding its implementation (P<0.001). Concerning their level of knowledge, there are differences among professionals regarding the timeframe when the woman should receive the information on PFP (P=0.002), only 13% of them know that PFP should be started from day 21 of postpartum, and although 95% of them know about the incompatibility of breastfeeding with some contraceptive methods, this knowledge is higher among midwives than among general nurses (P=0.012).

Conclusions: Although midwives are the most aware and knowledgeable professionals on PFP, the responsibility of informing women on postpartum contraception does not always fall on them, and this situation could have an effect on the woman's health and reduce the incidence of unwanted pregnancies.

Key words: Contraception, Postpartum, Knowledge, Nurse, Midwife, Breastfeeding.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾, entre 2014 y 2019 se llevaron a cabo cada año 73 millones de abortos en todo el mundo. En España, según los últimos datos publicados por el Ministerio de Sanidad, en el año 2019 se produjeron 95.149 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE), de los cuales un 90% se realizaron a petición de la mujer, siendo un 53% mujeres con hijos⁽²⁾. Datos que revelan dos situaciones:

- i) La necesidad de la mujer en anticoncepción, especialmente en anticoncepción posparto.
- ii) La importancia de la promoción de la PFP por parte los profesionales sanitarios, la cual está reconocida como una intervención efectiva en Salud Pública^(3,4,5).

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⁽⁶⁾. La revisión realizada por Jackson y Glasier⁽⁷⁾ muestra que entre las mujeres que no alimentan a sus hijos con lactancia materna la ovulación puede ocurrir durante la cuarta semana posparto^(8,9,10), siendo el día 25 posparto el más precoz descrito⁽⁹⁾. 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^(11,12,13,14), 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^(6,15,16,17,18).

En este contexto, existe un creciente número de estudios que recomienda 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*⁽¹²⁾, sino también durante el periodo antenatal^(14,19,20,21,22). Relacionando la información en ambos periodos con un mayor uso de los anticonceptivos durante el posparto⁽²²⁾.

En relación a los profesionales, aunque la matrona se encuentra en una posición privilegiada para informar a la mujer^(11,28), puesto que como se detalla en la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*⁽²⁹⁾ “...son las matronas o estas compartiendo el trabajo con el personal de ginecología, las que atienden el embarazo en muchos sistemas de salud”, y por tanto, las que tienen la responsabilidad en PFP. En España, se da la circunstancia de que las Unidades de Puerperio no suelen ser atendidas por matronas, y sí por enfermeras generalistas. Esta situación remarca la necesidad de conocer si la PFP que se está llevando a cabo es adecuada, y si todos los profesionales de Enfermería que se dedican al cuidado de la mujer durante el embarazo, parto y posparto, sean enfermeras generalistas o matronas, desarrollan su actividad profesional en PFP y cuentan, tal y como se detalla en el *Código Deontológico de la Enfermería Española*⁽³⁰⁾ y en el *Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea*⁽³¹⁾, con los conocimientos suficientes en los que basar su ejercicio profesional que les permita facilitar a la mujer una información veraz, precisa y actualizada sobre 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 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^(32,33,34,35,36), dos sobre el conocimiento de las matronas^(32,36), tres sobre el conocimiento y la práctica profesional de las enfermeras^(33,34,35) y ninguno que compare el conocimiento de los 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. Esta falta de estudios, unida a la hipótesis de que no todos los profesionales de Enfermería desarrollan su labor en anticoncepción posparto bajo un mismo criterio ni cuentan con el mismo nivel de conocimiento, desembocó en esta investigación.

Es por ello, que el objetivo de este estudio fue determinar si las matronas y el resto de los profesionales de Enfermería consideran la PFP como una actividad de su rol profesional y cómo la desarrollan, así como identificar sus conocimientos sobre ella.

SUJETOS Y MÉTODOS

La presente investigación desarrolló un estudio descriptivo transversal en 37 Centros de Salud y sus 3 hospitales de referencia, dos pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid y uno a Castilla-La Mancha.

La recogida de datos se realizó entre los meses de marzo de 2017 y junio de 2019. Los sujetos que se incluyeron fueron matronas y enfermeras generalistas que ejercían la profesión en las unidades de puerperio y paritorio de los tres hospitales, así como todas las matronas que trabajaban en los Centros de Salud asociados a dichos hospitales.

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. 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 Hospital 1, el 28% del Hospital 2 y el 16% del Hospital 3. Así mismo, para cada hospital también se tuvo en cuenta los porcentajes por grupo profesional (matronas o enfermeras). En el caso de los profesionales de los Centros de Salud, se decidió incluir a la totalidad de la población para aumentar la representatividad ($N=32$). Estando la muestra del estudio compuesta por un total de 153 profesionales de Enfermería (121 procedentes del ámbito hospitalario y 32 de Atención Primaria). El método de muestreo utilizado fue el método no probabilístico por conveniencia.

Al no encontrar ningún instrumento validado para tal fin, la recolección de datos se realizó a través de un cuestionario de elaboración propia (**anexo I**) compuesto por 16 preguntas con la siguiente distribución: las siete primeras sobre aspectos demográficos, las dos siguientes sobre la actividad profesional en PFP y las siete restantes sobre el conocimiento de los profesionales en anticoncepción posparto. Encontrando entre estas últimas, una escala Likert de cinco puntos a través de la cual se pidió a los encuestados que ordenaran los métodos anticonceptivos según su idoneidad de uso durante el posparto en combinación con la Lactancia Materna (LM), otorgando el número 1 al método más idóneo y el 5 al menos idóneo.

Con el fin de aumentar la validez del instrumento, el cuestionario se evaluó 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^(37,38,39). Después de cada ronda el moderador analiza las respuestas del grupo y facilita a los expertos un *feedback* controlado^(37,38,39). Las rondas se repiten hasta alcanzar la estabilidad en las respuestas^(37,38,39). Situación que, en numerosas ocasiones, se suele acompañar de un estado de consenso entre los expertos^(37,38,39), tal y como ocurrió en el caso concreto de este estudio. Así, es de gran importancia señalar que el anonimato es una característica muy relevante de este método, ya que permite a los expertos expresarse libremente y favorece un mayor índice de respuesta⁽³⁸⁾. En este estudio el panel de expertos estaba compuesto por 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. Solo fueron necesarias dos rondas para alcanzar la estabilidad en las respuestas.

Tras la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación Clínica de los diferentes hospitales y Gerencias de Atención Primaria, los cuestionarios se distribuyeron durante un periodo de un mes en cada uno de los hospitales y durante otro mes entre todos los Centros de Salud. Antes de su cumplimentación, los participantes leyeron la hoja de información del estudio, así mismo rellenaron y firmaron el consentimiento informado en el que se especificaba el carácter voluntario de su participación.

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:

i) 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.

ii) 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 grupo laboral (matronas de paritorio, enfermeras generalistas de las unidades de puerperio y matronas de los Centros de Salud), las comparaciones entre las distintas actividades 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.

RESULTADOS

Tal y como se muestra en la **tabla 1**, los profesionales participantes son mayoritariamente de género femenino. El rango de edad más predominante (45,1%) es el comprendido entre los 31 y 42 años seguido del de 21 a 30 años (28,8%). Así mismo, tal y como se muestra en

la **tabla**, la experiencia profesional es mayor en las matronas de Centros de Salud que en los otros grupos de profesionales (mediana de 17 vs 5 y 6,5 años, $p=0,001$).

En cuanto al desarrollo de la actividad profesional, los resultados obtenidos muestran que prácticamente el 100% de las matronas participantes consideran la PFP parte de su rol profesional ($P<0,001$) y, además, estas profesionales en un porcentaje muy superior al de las enfermeras generalistas informan siempre a la mujer sobre anticoncepción posparto ($P<0,001$) (**tabla 2**).

Tabla 1						
Datos Demográficos por categoría profesional y unidad de procedencia.						
Datos demográficos		Matronas Paritorio	Enfermeras Hospitalización	Matronas Centros Salud	P	Total
N		85	36	32	-	153
Género femenino (N=151 [84/35/32]) ^(*)		82 (97,6)	32 (91,4)	32 (100)	0,104	146 (96,7)
Rango de edad	21-30	24 (28,2)	14 (38,9)	6 (18,8)	0,001	44 (28,8)
	31-42	48 (56,5)	12 (33,3)	9 (28,1)		69 (45,1)
	43-55	9 (10,6)	3 (8,3)	7 (21,9)		19 (12,4)
	56-67	4 (4,7)	7 (19,4)	10 (31,3)		21 (13,7)
Años de experiencia		6,5 (4-10)	5 (2-12)	17 (5-31)	0,001	7 (3-12)
<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_{25}-P_{75}); (*) Hay 2 valores perdidos, 1 pertenecientes al grupo de matronas de paritorio y 1 al grupo de enfermeras de hospitalización, N válida=151. 99% del total (N=153).</p>						

Tabla 2
Actividad profesional en PFP por categoría profesional y unidad de procedencia.

Actividad profesional	Matronas Paritorio	Enfermeras Hospitalización	Matronas Centros Salud	P	Total	
N	85	36	32	-	153	
Actividad en PFP parte de su Rol Profesional (Sí) (N=152 [85/36/31]) ^(*)	84 (98,8)	26 (72,2)	31 (100)	<0,001	141 (92,8)	
Intervención en Planificación Familiar (N=140 [83/36/32]) ^(**)	Recordar	7 (8,4)	16 (61,5)	<0,001	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)

Valores de n (%) de la categoría y unidad de procedencia; (*) Hay 1 valor perdido perteneciente al grupo de matronas de Centros de Salud, N válida=152. 99% del total (N=153); (**) Dirigido a aquellos profesionales que contestaron que la PFP si era parte de su rol profesional (N=141). Al haber 1 valor perdido, perteneciente al grupo de matronas de paritorio, N válida=140. 99% del total.

En relación al nivel de conocimiento (tabla 3), solo el 52,8% de las enfermeras generalistas consideran que se deba informar a la mujer sobre PFP tanto en el periodo antenatal como en el posnatal (P=0,002). No obstante, existe un desconocimiento generalizado sobre el inicio de la anticoncepción posparto, obteniendo que solo el 12,7% de los profesionales participantes consideran que las mujeres deban comenzar a utilizar algún tipo de método anticonceptivo a partir del día 21 posparto. Además, aunque un alto porcentaje de los tres grupos de profesionales (P=0,012) consideran importante conocer la situación de lactancia de la mujer a la hora de

elegir un método anticonceptivo, los resultados muestran que, en el caso concreto de las enfermeras generalistas, existe cierto desconocimiento en cuanto a la idoneidad de uso de los métodos hormonales combinados (P<0,001) durante la lactancia materna.

En este contexto, con el fin de conocer si existía relación entre la experiencia personal de las profesionales con los diferentes métodos anticonceptivos y su elección profesional del método más idóneo para el posparto en combinación con la lactancia materna, se compararon ambas variables para aquellas participantes que refirieron ser

Tabla 3
Conocimiento de los profesionales sobre PFP por categoría profesional y unidad de procedencia.

Conocimiento de los profesionales		Matronas Paritorio	Enfermeras Hospitalización	Matronas Centros Salud	P	Total
N		85	36	32	-	153
Momento ideal información anticoncepción	Ante y postnatal	66 (77,6)	19 (52,8)	28 (87,5)	0,002	113 (73,9)
	Antenatal	2 (2,4)	3 (8,3)	3 (9,4)		8 (5,2)
	Postnatal	16 (18,8)	11 (30,6)	1 (3,1)		28 (18,3)
	Lo desconoce	1 (1,2)	3 (8,3)	0		4 (2,6)
Recomendación inicio anticoncepción (N=150 [83/35/32])(*):	40 días	43 (51,8)	22 (62,9)	22 (68,8)	0,521	87 (58,0)
	7 días	21 (25,3)	7 (20,0)	3 (9,4)		31 (20,7)
	21 días	11 (13,3)	4 (11,4)	4 (12,5)		19 (12,7)
	28 días	8 (9,6)	2 (5,7)	3 (9,4)		13 (8,7)
Importancia conocer situación de lactancia para elección método anticonceptivo (Si)		82 (96,5)	31 (86,1)	32 (100)	0,012	145 (95,4)
Orden idoneidad métodos anticonceptivo	Hormonales combinados	5 (5-5)	4 (4-4)	5 (5-5)	<0,001	5 (5-5)
	Solo Progestágeno	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)
	Método Lactancia (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)
Motivo por el que ha elegido el más idóneo (N=131 [76/30/25])(**)	Efectividad	41 (53,9)	21 (70,0)	9 (36,0)	0,007	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)

En Orden idoneidad métodos anticonceptivo, valores de Mediana (P₂₅-P₇₅). En el resto de variables, valores de n (%) de la categoría y unidad de procedencia; (*) Hay 3 valores perdidos, 2 pertenecientes al grupo de matronas de paritorio y 1 al grupo de enfermeras de hospitalización, N válida=150. 98% del total (N=153); (***) Hay 22 valores perdidos, 9 pertenecientes al grupo de matronas de paritorio, 6 al grupo de enfermeras de hospitalización y 7 al grupo de matronas de Centros de Salud, N válida=131. 86% del total (N=153).

madres y haber utilizado el preservativo como método anticonceptivo durante los primeros seis meses de su último periodo posparto (tabla 4), comprobándose que en el caso concreto del preservativo si existía relación entre la experiencia personal y la elección profesional del mismo (tabla 5).

Por último, en cuanto al conocimiento de los profesionales acerca del Método Lactancia (MELA) (tabla 6), los resultados ponen de manifiesto que a pesar de que el porcentaje de matronas que conocen el método es mayor que el de enfermeras generalistas (P=0,006), los profesionales del ámbito hospitalario (matronas y

Tabla 4
Profesionales (matronas y enfermeras) de género femenino con hijos
y método anticonceptivo utilizado durante los primeros 6 meses de su último
periodo posparto según hospital de referencia.

Profesionales		Hospital 1 y CS asociados	Hospital 2 y CS asociados	Hospital 3 y CS asociados	P	Total
N		77	45	31	-	153
Género femenino (N=151 [76/45/30]) ^(*)		75 (98,7)	43 (95,6)	28 (93,3)	-	146
Género femenino hijos (Sí) (N=146)		42 (56)	17 (39,5)	23 (82,1)	-	82
Método anticonceptivo 6 meses posparto entre mujeres con hijos (N=82)	Ninguno	6 (14,3)	3 (17,6)	1 (4,3)	0,579	10 (12,2)
	Preservativo	28 (66,7)	8 (47,1)	17 (73,9)		53 (64,6)
	Natural	1 (2,4)	2 (11,8)	2 (8,7)		5 (6,1)
	Hormonal	3 (7,1)	2 (11,8)	1 (4,3)		6 (7,3)
	DIU	2 (4,8)	0	1 (4,3)		3 (3,7)
	Quirúrgicos	2 (4,8)	2 (11,8)	1 (4,3)		5 (6,1)

CS: Centros de Salud; Valores de n (%) de cada hospital y sus CS asociados; (*) Hay 2 valores perdidos, 1 pertenecientes al grupo del Hospital 1 y CS asociados y otro perteneciente al grupo del Hospital 3 y CS asociados, N válida=151. 99% del total (N=153).

Tabla 5
Relación entre la experiencia personal del preservativo como método anticonceptivo posparto y su elección profesional en mujeres con hijos (N=82).

Método utilizado tras embarazo	Medianas y percentiles de idoneidad para cada método anticonceptivo según escala Likert				
	Hormonal Combinado	Solo Progesterona	DIU Cobre	MELA	Barrera
Preservativo	5 (5-5)	2 (2-3)	4 (3-4)	3 (2-4)	1 (1-2)

Valores de Mediana (P_{25} - P_{75}).

Tabla 6
Conocimiento sobre el Método Lactancia (MELA).

Conocimiento	Matronas Paritorio	Enfermeras Hospitalización	Matronas Centros Salud	P	Total	
N	85	36	32	-	153	
Conoce MELA (Sí) (N=151 [83/36/32]) ^(*)	81 (97,6)	29 (80,6)	31 (96,9)	0,006	141 (93,4)	
Riesgo embarazo MELA (N=145 [82/33/30]) ^(**)	Más del 10%	24 (29,3)	18 (54,5)	<0,001	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)
	Menos del 2%	16 (19,5)	5 (15,2)		0	21 (14,5)

Valores de n (%) de la categoría; (*) Hay 2 valores perdidos pertenecientes al grupo matronas de paritorio, N válida=151. 99% del total (N=153); (**) Hay 8 valores perdidos, 3 pertenecientes al grupo matronas de paritorio, 3 pertenecientes al grupo de enfermeras de hospitalización y 2 pertenecientes al grupo matronas de Centros de Salud, N válida= 145. 95% del total (N=153).

enfermeras) son más conocedores de la eficacia del mismo que las matronas de Atención Primaria ($P < 0,001$).

DISCUSIÓN

El análisis comparativo entre los tres grupos de profesionales refleja que, ni todos los profesionales de Enfermería que cuidan a la mujer durante el posparto identifican la PFP como una actividad primordial, ni existe un consenso generalizado en la forma de llevarla a cabo entre aquellos profesionales que la realizan. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las matronas, independientemente de su lugar de trabajo (paritorio o Atención Primaria), y las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio. Observándose entre estas últimas, que no solo reconocen en menor medida la PFP como una de sus actividades profesionales, sino que, en un elevado porcentaje, su intervención en este ámbito se limita exclusivamente a recordar a la mujer la importancia de la anticoncepción posparto. Siendo bajo el porcentaje de enfermeras generalistas de las unidades de puerperio que informan a la mujer sobre anticoncepción posparto de forma rutinaria.

Para el caso concreto de las matronas, los resultados son similares a los obtenidos por Botfield *et al*⁽³⁶⁾, los cuales encontraron en su estudio llevado a cabo en Australia que un elevado porcentaje de las matronas que participaron en el mismo 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, aunque los resultados no se han podido comparar por la falta de estudios, estos son de gran relevancia, sobre todo si tenemos en cuenta la recomendación de informar a la mujer sobre PFP antes del alta hospitalaria^(18,14) y el hecho de que en España 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. Tal y como se ve reflejado en este estudio, las matronas son conscientes de su papel en relación a la información y al cuidado en PFP. Los resultados de esta investigación señalan la conveniencia de que sean las matronas las que se ocupen de esta actividad en lugar de las enfermeras generalistas.

Por otro lado, en relación al periodo en el que se debe informar a la mujer sobre anticoncepción posparto, los resultados obtenidos se muestran en la línea de estudios similares^(14,19,20,21,22), encontrando que un alto número de profesionales indicaron que no solo se debe informar a la mujer en el periodo posnatal sino también en el prenatal. No obstante, se ha observado que continúa existiendo un porcentaje de profesionales, mayor en el ámbito hospitalario (matronas y enfermeras generalistas) que en Atención Primaria, que consideran que la información sobre PFP solo se debe facilitar a la mujer durante el periodo posparto, tal y como se creía tradicionalmente⁽¹⁸⁾. Hecho que puede limitar la posibilidad de uso de algunos métodos anticonceptivos que se pueden comenzar a utilizar en el posparto inmediato, bien porque precisen de una derivación al facultativo para una planificación previa, como es el caso de la inserción precoz del DIU tras la expulsión de la placenta o la ligadura tubárica tras el nacimiento por cesárea⁽²⁰⁾, o bien porque la mujer necesite contar con unos conocimientos previos para poder utilizar el método de forma correcta y efectiva, como es el caso de MELA⁽⁴⁰⁾. Resultados que, en el caso de las matronas, son similares a los obtenidos por Botfield *et al*⁽³⁷⁾, en cuyo estudio también obtuvieron que continuaba existiendo un porcentaje de profesionales que opinaban que el periodo más idóneo para informar sobre anticoncepción posparto a la mujer es el posnatal. No habiéndose encontrado estudios sobre las enfermeras de las unidades de puerperio que nos permitan comparar los resultados.

En cuanto al momento recomendado para el inicio de la anticoncepción posparto, resultó llamativo el desconocimiento generalizado de los profesionales participantes. Observándose que solo un bajo porcentaje de la muestra, sutilmente mayor entre los dos grupos de matronas que en el de enfermeras generalistas, cree que se deba iniciar a partir del día 21 posparto, tal y como recomienda el Ministerio de Sanidad⁽¹²⁾ entre otros^(15,11,19), mientras que más de la mitad de los encuestados considera que el inicio recomendado es a partir del día 40 posparto. Situación que, unida al creciente número de estudios que sugieren que las mujeres reanudan las relaciones sexuales antes de finalizar las primeras seis semanas posparto^(6,15,16,17,18), podría contribuir a que exista un mayor número de embarazos no deseados o no planificados.

En esta línea de valoración del conocimiento de los profesionales, los resultados obtenidos nos muestran que un porcentaje muy elevado de los tres grupos participantes son conocedores de la recomendación actual de desaconsejar el uso de algunos métodos anticonceptivos durante el posparto en combinación con la LM^(41,42,43,44,45,46), debido al efecto nocivo que tienen sobre la misma. Sin embargo, el análisis comparativo de los tres grupos revela diferencias estadísticamente significativas, mostrando que el conocimiento de esta recomendación es ligeramente mayor entre las matronas (independientemente de su unidad de trabajo) que entre las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio. Diferencia que a su vez se ve reflejada en las respuestas de la escala Likert del cuestionario, donde las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio equiparan, en términos de idoneidad de uso durante la LM, 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 procedencia, señalan a los métodos hormonales combinados como los menos

idóneos. Resultados que se muestran en consonancia con los obtenidos por Cohen *et al*⁽³⁵⁾, los cuales a través de su estudio realizado en Estados Unidos, ponen de manifiesto la falta de consistencia en el conocimiento de las enfermeras de las unidades de puerperio sobre la seguridad de la anticoncepción y su impacto sobre la lactancia materna.

Así mismo, los resultados de la escala Likert 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. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el análisis comparativo entre los tres grupos de profesionales. No obstante, para el caso concreto de las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio, los resultados son similares a los publicados por Sannisto y Kosunen⁽³³⁾ y De Sousa *et al*⁽³⁴⁾, llevados a cabo Finlandia y Brasil con enfermeras generalistas que desarrollaban su labor en PFP en Atención Primaria. A pesar de esta similitud para este grupo concreto de profesionales, los resultados obtenidos para la totalidad de la muestra resultan algo controvertidos, ya que los dos motivos principales por los que los encuestados eligieron el método más idóneo fueron la efectividad y la evidencia consultada. Sin embargo, de los anticonceptivos propuestos (hormonales combinados, hormonales de solo progestágeno, DIU de cobre, barrera y MELA), los métodos barrera son los menos efectivos⁽²⁸⁾. A pesar de la falta de conocimiento que sugieren estos resultados, es importante mencionar que el porcentaje de valores perdidos obtenido para este ítem hace que tengamos que tomarlos con cierta cautela.

Esta controvertida situación, 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^(33,34), 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, una amplia mayoría de los tres grupos de profesionales 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^(12,14,47,48,49). Siendo estadísticamente significativo y especialmente destacable el desconocimiento de la efectividad de MELA por parte de las matronas de Atención Primaria 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 Atención Primaria 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, Hanson y Stanford⁽³²⁾ en su estudio llevado a cabo en Estados Unidos con enfermeras especialistas (matronas) que trabajaban en el servicio de Ginecología y Planificación Familiar. No obstante, a la hora de interpretar nuestros resultados hay que tener en cuenta el ligero porcentaje de valores perdidos para este ítem.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto una menor conciencia de la PFP como actividad profesional y un nivel de cono-

cimiento más bajo en este campo entre las enfermeras generalistas de las unidades de puerperio que entre las matronas. Situación que no solo repercute sobre la capacidad de la mujer para tomar una decisión informada en anticoncepción posparto, sino también sobre la salud pública en general, puesto que contar con un conocimiento veraz, preciso y actualizado es vital a la hora de promover embarazos deseados. Por otro lado, estas diferencias entre matronas y enfermeras generalistas justificarían la necesidad de un cambio a nivel organizativo dentro del propio Sistema Nacional de Salud que permitiera que sean siempre las matronas las que faciliten a la mujer la información sobre PFP, actividad para la que han sido específicamente formadas. 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

1. World Health Organization. Preventing Unsafe Abortion; c2020. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> (accedido diciembre 2020).
2. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2019. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2019.pdf (accedido mayo 2021).
3. Hwang AC, Stewart FH. Family planning in the balance. *Am J Public Health*. 2004;94(1):15-18.

4. Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and Health. *The Lancet*. 2012;380:150-156.
5. Bradley SEK, Polis CB, Bankole A, Croft T. Global contraceptive failures rate: who is most at risk?. *Stud Fam Plann*. 2019;50(1):3-24.
6. Labbok MH. Postpartum Sexuality and The Lactational Amenorrhea Method for Contraception. *Clin Obstet Gynecol*. 2015 Dec;58(4):915-927.
7. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117:657-662.
8. Cronin TJ. Influence of lactation upon ovulation. *Lancet*. 1968;292:422-424.
9. Gray RH, Campbell OM, Zacur HA, Labbok MH, Macrae SL. Postpartum return of ovarian activity in non-breastfeeding women monitored by urinary assays. *J Clin Endocrinol*. 1987;64:645-650.
10. Campbell OM, Gray RH. Characteristics and determinants of postpartum ovarian function in women in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:55-60.
11. Clift-Matthews V. Contraception overview. *Br J Midwifery*. 2009 Apr;17(4):258-261.
12. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. 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. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf (accedido en marzo 2021).
13. The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care Clinical Guidance. Fertility Awareness Methods. The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care; 2015. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/ceuguidancefertilityawarenessmethods/> (accedido en Septiembre 2021).
14. The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care. FSRH Guideline: Contraception after Pregnancy. The Faculty of Sexual and Reproductive Health Care; 2017. Disponible en: <https://www.fsrh.org/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/> (accedido en marzo 2021).
15. Speroff L, Mishell DR. The postpartum visit: it's time for a change in order to optimally initiate contraception. *Contraception*. 2008;78(2):90-98.
16. Teal SB. Postpartum contraception: optimizing inter-pregnancy intervals. *Contraception*. 2014;89(6):487-488.
17. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual Behavior, Satisfaction, and Contraceptive Use Among Postpartum Women. *J Midwifery Womens Health*. 2016 Mar;61(2):158-165.
18. Nkwabong E, Ilue EE, Nana Njamen T. Factors associated with the resumption of sexual intercourse before the scheduled six-week postpartum visit. *Trop Doct*. 2019 Oct;49(4):260-264
19. Hale R. Choices in contraception. *Br J Midwifery*. 2007;15(5):305-309.
20. Glazer AB, Wolf A, Gorby N. Postpartum contraception: needs vs reality. *Contraception*. 2011;83:238-241.
21. Gómez-Ortiz MC, Labandeira-López P, Núñez-Vivas M, Mengíbar-Carrillo A, Vallecillos-Zuya S, Hernández-Martínez A. Necesidades Educativas sobre Autocuidados y Factores Relacionados en el Puerperio Domiciliario. *Matronas Prof*. 2014;15(1):10-17.
22. Zapata LB, Murtaza S, Whiteman MK, Jamieson DJ, Robbins CL, Marchbanks PA, D'Angelo DV, Curtis KM. Contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(2):171.e1-171.e8.
23. España. 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, 19 de Julio de 2008, núm. 174, pp. 31680 a 31683.

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

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

26. Universidad da Coruña. Facultad de Enfermería y Podología. Guía Docente del Grado en Enfermería 2020/2021. Disponible en: https://guiadocente.udc.es/guia_docent/index.php?centre=750&ensenyament=750G01&consulta=assignatures&idioma=cast (accedido en mayo 2021).

27. España. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Boletín Oficial del Estado, 6 de mayo de 2005, núm 108, pp. 15480 a 15486.

28. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR). And Jonhs Hopkings Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: a Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260156/9780999203705-eng.pdf;jsessionid=3B9D172F004492F8C4DA85F48831ECB9?sequence=1> (accedido en marzo 2021).

29. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2011. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf> (accedido en marzo 2021).

30. Consejo General de Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico_de_la_enfermeria_espanola.pdf (accedido en Septiembre 2021).

31. Federación Europea de Órganos Reguladores de Enfermería. Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea. Disponible en: https://www.consejogeneralenfermeria.org/pdfs/deontologia/codigo_deontologico_europ.pdf (accedido en Septiembre 2021).

32. Fehring RJ, Hanson L, Stanford JB. Nurse-midwives' knowledge and promotion of lactational amenorrhea and other natural family-planning methods for child spacing. *J Midwifery Womens Health*. 2001;46(2):68-73.

33. Sannisto T, Kosunen E. Initiation of postpartum contraception: A survey among health centre physicians and nurses in Finland. *Scan J Prim health Care*. 2009;27(4):244-249.

34. De Sousa NFC, Lucena RN, Dos Santos RB, Albuquerque de Paula WK. The Approaches of Contraceptive Methods by Nurses from the Family Health Strategy Program for Lactating Women. *Rev Enferm UFPE online*. 2012 Feb;6(2):394-400.

35. Cohen KE, Has P, Allen RH, Matteson KA. An exploratory study of the perception of contraceptive safety and impact on lactation among postpartum nurses at Women and Infants Hospital in 2017. *Contraception*. 2019;100:152-154.

36. Botfield JR, Tulloch M, Contziu H, Phipps H, Bateson D, Wright SM, McGeechan K, Black KI. Contraception provision in the postpartum period: knowledge, views and practices of midwives. *Women Birth*. 2021;31:e1-e6.

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

38. Von der Gracht, H. Consensus measurement in Delphi studies Review and implications for future quality assurance. *Technol Forecast Soc Change*. 2012;79:1525-1536.

39. Varela- Ruiz M, Díaz-Bravo L, García-Durán R. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. *Inv Ed MED*. 2012;1(2):90-95.

40. Özsoy S, Aksu H, Balkaya NA, Horta GD. Knowledge and opinions of postpartum mothers about the lactational amenorrhea method: the Turkish experience. *Breastfeed Med.* 2018;13(1): 70-74.
41. King J. Contraception and Lactation. *J Midwifery Womens Health.* 2007;52(6):614-620.
42. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth?. *Thromb Res.* 2011;3:s35-s39.
43. Buitrón-García-Figueroa R, Malanco-Hernández LM, Lara-Ricalde R, García-Hernández A. Contraception and breast feeding. Spacing of pregnancies. Present concepts. *Ginecol Obstet Mex.* 2014;82:389-393.
44. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2015;94(3):226-252.
45. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research. *Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use.* 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252267/9789241565400-eng.pdf?sequence=1> (accedido marzo 2021).
46. World Health Organization. *Implementation Guide for the Medical Eligibility Criteria and Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use Guidelines.* Geneva: World Health Organization, 2018. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272758/9789241513579-eng.pdf?ua=1> (accedido en marzo 2021).
47. Kennedy K, Rivera R, McNeilly AS. Consensus Statement on the Use of Breastfeeding as a Family Planning Method. *Contraception.* 1988 Aug;39(5):477-496.
48. Van der Wijden C, Brown J, Kleijnen J. Lactational Amenorrhea for Family Planning. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2003, Issue 4. Art No.: CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.
49. Shaaban OM, Glasier AF. Pregnancy during breastfeeding in rural Egypt. *Contraception.* 2008;77(5):350-354.

Anexo I Cuestionario.

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.

1. ¿A qué rango de edad pertenece?
 - a) 21- 30
 - b) 31- 42
 - c) 43- 55
 - d) 56- 67

2. Por favor, indique su sexo: _____

3. Elija una de las siguientes opciones:
 - a) Soy enfermera generalista.
 - b) Soy enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
 - c) Soy enfermera especialista en Enfermería Pediátrica.
 - d) Soy enfermera especialista en Enfermería Obstétrico-Ginecológica.

4. ¿En qué unidad trabaja?
 - a) Paritorio.
 - b) Unidad de hospitalización.
 - c) Atención Primaria.

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

6. ¿Tiene usted hijos/as?
 - a) Sí.
 - b) No.

- Por favor, sólo conteste a la pregunta 7 si su sexo es femenino y la respuesta anterior fue sí:

7. Tras su último embarazo, ¿qué método anticonceptivo utilizó durante los primeros seis meses posparto?
 - a) Ninguno.
 - b) Preservativo.
 - c) Método anticonceptivo natural: _____
 - d) Método anticonceptivo hormonal: _____

8. ¿Considera la planificación familiar posparto parte de su rol profesional?
 - a) Sí.
 - b) No.

9. Si la respuesta anterior fue sí, por favor indique en qué consiste dicho rol:
 - a) Recordar a la mujer la importancia de la anticoncepción posparto y recomendarle que pida cita con el ginecólogo o el médico de familia.
 - b) Informar, si me pregunta, sobre los diferentes métodos anticonceptivos posparto y su funcionamiento.
 - c) Informar siempre, sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su funcionamiento.

Anexo I (continuación)
Cuestionario.

10. ¿Conoce el Método Anticonceptivo Amenorrea de la Lactancia o Método Lactancia?
a) Sí.
b) No.
11. ¿Cuándo cree que es el momento óptimo para informar a la mujer sobre anticoncepción posparto?
a) En el período antenatal y posnatal.
b) En el período antenatal.
c) En el período posnatal.
d) Lo desconozco.
12. A la hora de elegir un método anticonceptivo posparto, ¿cree que es importante saber si la mujer alimenta con lactancia materna a su hijo?
a) Sí.
b) No.
13. Dentro del período posparto, ¿cuándo recomendaría a la mujer que comenzara a usar algún tipo de método anticonceptivo?
a) A partir del día 40.
b) A partir del día 7.
c) A partir del día 21.
d) A partir del día 28.
14. 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.
15. Según su respuesta a la pregunta anterior, indique el motivo por el que ha elegido el método más idóneo:
a) Por su efectividad.
b) Por su experiencia personal o la de algún familiar o amiga.
c) Porque normalmente es el que más se recomienda.
d) Porque he leído evidencia que lo avala.
e) Otro motivo: _____
16. ¿Cuál cree que es el riesgo de embarazo cuando se usa el Método Lactancia?
a) Mas de 10%.
b) Menos del 10%.
c) Un 5%.
d) Menos del 2%.