

Cómo citar este documento

Suárez Ramírez, Nayra; Pascual Tosina, Raúl; Ruz Gómez, Erica; Vera Granado, Juana; Pecero Suárez, Laura; Silverio Palacino, Ana María. Abordaje del enfermero especialista en Salud Mental a parejas que se someten a técnicas de reproducción humana asistida. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(3).

Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0561.php>

ABORDAJE DEL ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL A PAREJAS QUE SE SOMETEN A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

Autores:

NAYRA SUÁREZ RAMÍREZ,¹ RAÚL PASCUAL TOSINA,¹ ERICA RUIZ GÓMEZ,¹ JUANA VERA GRANADO,² LAURA PECERO SUÁREZ,² ANA M^a SILVERIO PALACINO²

¹Enfermeros Internos Residentes de Salud Mental 2009-2010

²Enfermeras

Unidad docente de Enfermería de Salud Mental - Hospitales Universitarios:
"Virgen del Rocío" - Sevilla (España)

RESUMEN

Introducción: En la actualidad la esterilidad afecta al 10-15% de la población en edad reproductiva. Se estima que unas 800.000 parejas al año en España consultan por este problema de salud que, además, supone una experiencia psicológica difícil. Las emociones más comunes son: shock, negación, culpa, búsqueda, ansiedad, desesperación, descontrol y rabia.

Son varios los estudios que recomiendan la intervención de enfermería en el campo de la reproducción humana.

Objetivo general: Comprobar que la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental con las parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida puede reducir las repercusiones psicológicas negativas

que se derivan a lo largo de todo el proceso.

Objetivos específicos:

- Analizar las modificaciones que sufren los niveles de ansiedad, estrés, las alteraciones del sueño y la depresión tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Comprobar las modificaciones de las tasas de éxito y las tasas de tratamientos completados tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Estudiar las modificaciones de la calidad de vida en cuanto al funcionamiento familiar, relaciones sociales y funcionamiento sexual de las parejas durante el proceso, tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Analizar las modificaciones en la satisfacción del usuario tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.

Hipótesis de trabajo: La intervención de la enfermera especialista en Salud Mental con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida reduce las repercusiones psicológicas negativas que se derivan del proceso.

Diseño: Estudio experimental multivariado, de medidas repetidas, intergrupo, longitudinal y prospectivo.

Variables de resultados: ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, funcionamiento familiar, relaciones sociales, funcionamiento sexual, tasas de éxito del tratamiento médico, tasas de tratamientos médicos completados y satisfacción del usuario.

Palabras claves: enfermería, intervención, abordaje, reproducción asistida, esterilidad, infertilidad.

INTRODUCCIÓN

La esterilidad, término que a efectos prácticos equiparan esterilidad e infertilidad aunque son situaciones clínicas distintas (incapacidad para concebir frente a incapacidad para tener un hijo vivo), es un problema frecuente en la actualidad que afecta aproximadamente al 10-15% de la población en edad reproductiva¹. Una vez identificado, el tiempo del que se dispone para intervenir con éxito en la esterilidad es limitado, ya que muchas mujeres están posponiendo la maternidad hasta tarde en sus años reproductivos².

Según distintas fuentes la prevalencia de esterilidad se sitúa entre el 12 y el 25%. Aunque estimar la demanda por esterilidad no es fácil, pues no todas las parejas estériles consultan o desean un tratamiento. Se calcula que 1 pareja por año y por cada 1000 habitantes consultará por esterilidad, es decir, unas 7.300 parejas nuevas al año en Andalucía, 800.000 en toda España. Con esto, una aproximación a la casuística que se puede esperar y a las técnicas de Reproducción Humana Asistida (RHA) que se pueden ofrecer teóricamente precisando nuestra intervención³.

La causa de esterilidad puede ser única o múltiple, de origen endocrino-hormonal, psicológicos, genéticos, o desconocidos. Puede hablarse de esterilidad: femenina (40%), masculina (40%), mixta e idiopática o de origen desconocido (5-28%). En cualquier caso, se identifica la edad materna como el principal factor de riesgo de esterilidad que en nuestra comunidad, según datos oficiales, la edad a la que la mujer tiene el primer hijo se sitúa actualmente por encima de los 30 años^{4,5}.

Del 100% de las parejas que consultan por esterilidad el 40% tiene solución con tratamiento médico (antibioterapia, medidas coitales, hormonas, etc.), para un 10% no existe posibilidad de tratamiento (anomalías genitales) o rechazo de los tratamientos a aplicar y el 50% se somete a técnicas de reproducción asistida, de las cuales un porcentaje consigue un embarazo tras un número determinado de ciclos, otro porcentaje abandona el tratamiento sin completar los ciclos (el proceso es largo) y otro requiere un tratamiento diferente por fracaso del primero^{6,7}.

Pese a las mejoras en la tecnología de reproducción asistida, lo que puede hacer posible el embarazo de aproximadamente el 50% de las parejas tras someterse a un tratamiento, la depresión, culpa, ansiedad, tensión de la

relación, y el aislamiento a menudo están presentes durante todo el proceso⁸. Estos y otros factores psicológicos se han implicado como posibles causas de la infertilidad, y como resultado de la misma, afectando a las intervenciones recomendadas en los tratamientos para la reproducción asistida.

La esterilidad es un problema que afecta a la persona integralmente tanto en aspectos relacionados con su salud física como en aspectos psicológicos y en sus relaciones sociales. La intervención de enfermería como apoyo puede ser de utilidad para examinar los sentimientos, determinar prioridades y mejorar las habilidades de afrontamiento^{9,10,11,12}.

Las personas con problemas de esterilidad, necesitan ampliar su información sobre el proceso reproductivo, conocer cuáles son las posibles causas y los métodos de diagnóstico y tratamiento disponibles en la actualidad. Este conocimiento les permitirá comprender la naturaleza del problema que les afecta e iniciar un camino de solución.

Al mismo tiempo, necesitan comprender y aceptar los difíciles sentimientos que produce esta experiencia para desarrollar formas de aliviarse y de resolver los problemas que normalmente surgen en esta situación. Cuando una pareja desea tener un hijo y no lo logra, generalmente existe algún factor biológico que está disminuyendo las probabilidades de embarazo o bien está impidiendo del todo que el embarazo se produzca o se mantenga. La pareja enfrenta un problema de salud reproductiva, y a diferencia de otros problemas de salud, éste afecta en forma importante el proyecto de vida familiar.

Al constatar su esterilidad, hombre y mujer sufren las consecuencias emocionales de ver postergada o frustrada una aspiración central en sus vidas. La esterilidad, que puede ser secundaria a un problema de salud, es al mismo tiempo una experiencia psicológica difícil.

La esterilidad aparece asociada a sentimientos de vergüenza, culpa, inadecuación, fracaso, anormalidad y vacío. Las emociones más comunes son: sorpresa, shock, negación, culpa, búsqueda, ansiedad, desesperación, descontrol, rabia, soledad, pena, enfado, afectación de la autoestima y la identidad del hombre y la mujer y depresión¹³. Es un proceso inevitable y a la vez necesario para poder elaborar psicológicamente la situación y superarla con el tiempo.

Diferentes estudios han comprobado la efectividad de la intervención de la enfermera recomendando la actividad de enfermería en el campo de la reproducción humana^{14,15,16}. El refuerzo de la adquisición de conocimientos, la promoción de las habilidades y recursos personales y la mejora del afrontamiento en las distintas etapas del proceso, fomentando una participación activa y proporcionando un espacio para la expresión de emociones y la reflexión complementan y apoyan el tratamiento médico reflejando nuestra concepción de la infertilidad como un problema que afecta a la persona integralmente tanto en aspectos relacionados con su salud física como en aspectos psicológicos y en sus relaciones sociales. El apoyo del enfermero especialista puede ser de utilidad para examinar los sentimientos, determinar prioridades y mejorar las habilidades de afrontamiento.

Callista Roy en su “modelo de adaptación” hace un análisis significativo de las interacciones. Entiende a la persona como un ser biopsicosocial que interactúa constantemente con el entorno cambiante y que utiliza mecanismos de afrontamientos innatos y adquiridos para enfrentarse a los agentes estresantes, cómo todas las condiciones, circunstancias e influencias que le rodean afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos y cómo la enfermera es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio¹⁷. En su modelo de enfermería basamos este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Nieto, Carmen. Laboratorio de reproducción asistida humana. Actualización Enferm Científ 2004 nov-dic 272-273:54-65.
2. Anita H. Clayton, Mental Health Concerns with Infertility. Primary Psychiatry. 2006. Disponible en:
<http://www.primarypsychiatry.com/asp/articleDetail.aspx?articleid=670>
[consultado el 7.10.09].
3. Lete, Iñaki; Martínez Etayo, Miguel. La salud reproductiva: datos y reflexiones. Gac Sanitaria. 2004, may; 18(supl 1):170-174.

4. Vanrell JA, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P. Fertilidad y esterilidad humanas. Masson-Salvat Medicina; 1992.
5. Álvarez Nieto, Carmen. Infertilidad. Magnitud de este problema. Rev ROL Enferm. 2006, may; 29(5):59-61.
6. Javier García Rotllán, Ana M. Carriazo Pérez de Guzmán, JM. Aldana Espinal. Guía de reproducción humana asistida. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2006.
7. Oropesa Pazo, Nieves; García González, Lucía. Recomendaciones para mejorar las posibilidades de gestación. Hygia de Enfermería. 2004, XVI (56):38-42.
8. Fassino S, Piero A, Boggio S, Piccioni V, Garzaro L. Anxiety, depression, and anger suppression in infertile couples: a controlled study. *Hum Reprod*. 2002; 17(11):2986-2994.
9. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008. Madrid: Elsevier; 2007.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Proyectos de resultados Iowa. Tercera edición. Madrid: Elsevier/ Mosby; 2007.
11. McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Proyectos de intervenciones Iowa. Cuarta edición. Madrid: Elsevier/ Mosby; 2007.
12. Oliveira Batista Oriá, Mônica; Barbosa Ximenes, Lorena. Casais inférteis diante da fertilização in vitro: o significado de vivenciar essa decisão. *Acta Paul Enferm -Bra-* 2004, jul-sep; 17(3):278-285.
13. Oliveira B. Oriá, Mônica; B. Ximenes, Lorena; F. Glick, Doris. El deseo de estar embarazada y la infertilidad. *Enferm Integral*. 2008, dic; (84):32-37.
14. Oriá, Mônica Oliveira Batista; Ximenes, Lorena, Barbosa; Glick, Doris F. Casais inférteis vivenciando a fertilização in vitro OBJN. 2005, dic; 4(3).
15. Matorras Weining, Roberto; Hernández Hernández, Juana; Molero Bayarri, Dolores. Tratado de reproducción humana para enfermería. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
16. Guillén Pérez, Mayra; Candelario Madariaga, Maricely; Cruz Roja, Zoila; Leonard Castillo, Alvara; Padrón Durán, Rubén S. Prevalencia de la infertilidad e importancia de la labor de enfermería en éste campo. *Rev Cubana Enfermer*.

1992, jul-dic; 8 (2):92-101.

17. Wesley RL. Teorías y modelos de enfermería. 2ª ed. México D. F: McGraw-Hill Interamericana; 1997.

HIPÓTESIS

Hipótesis general:

- La intervención de la enfermera especialista en Salud Mental con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida reduce las repercusiones psicológicas negativas que se derivan del proceso.

Hipótesis específicas:

- La intervención del enfermero especialista con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida reducen los niveles de ansiedad y estrés, las alteraciones del sueño y la depresión que se derivan del proceso en la aplicación de técnicas de reproducción asistida.
- La intervención del enfermero especialista con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida aumentan las tasas de éxito y las tasas de tratamientos completados.
- La intervención del enfermero especialista con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida mejora la calidad de vida de las parejas durante el proceso.
- La intervención del enfermero especialista con parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida mejora la satisfacción del usuario.

DEFINICIÓN DE OBJETIVOS

Objetivos generales:

- Comprobar que la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental con las parejas que se someten a técnicas de reproducción asistida puede reducir las repercusiones psicológicas negativas que se derivan a lo largo de todo el proceso.

Objetivos específicos:

- Analizar las modificaciones que sufren los niveles de ansiedad, estrés, las alteraciones del sueño y la depresión tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Comprobar las modificaciones de las tasas de éxito y las tasas de tratamientos completados tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Estudiar las modificaciones de la calidad de vida en cuanto al funcionamiento familiar, relaciones sociales y funcionamiento sexual de las parejas durante el proceso, tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.
- Analizar las modificaciones en la satisfacción del usuario tras la intervención temprana del enfermero especialista en salud mental.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en Unidad de fertilidad/reproducción humana asistida del Hospital Maternal Virgen del Rocío, de carácter público, a todas aquellas parejas que se sometan a las técnicas de reproducción asistida en la unidad y será extensible a las unidades de las áreas de Macarena y Valme que aplican técnicas básicas de reproducción en su área.

El Área Sanitaria del Hospital Universitario Virgen del Rocío, a la que pertenece el Hospital Maternal, engloba a una población de 736.321 (según padrón 2001), de la cual el 73% de ella pertenece a una zona urbana y el 27 % a una zona metropolitana.

El Hospital Maternal Virgen del Rocío se encuentra situado en la avda. Manuel de Siurot s/n 41013 Sevilla. La Unidad de fertilidad/reproducción humana del Hospital Maternal Virgen del Rocío realiza técnicas básicas (inseminación artificial) en su área, incluido Aljarafe y las áreas de AGS Osuna y H. Jerez, y técnicas avanzadas (FIV/ ICSI) que solo practica el H. Virgen del Rocío para las provincias de Sevilla, Huelva y Cádiz.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio experimental multivariado, de medidas repetidas, intergrupo, longitudinal y prospectivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN/ EXCLUSIÓN GRUPO EXPERIMENTAL/ GRUPO CONTROL

Inclusión: Parejas en edad reproductiva que desean tener su primer hijo y que por problemas de fertilidad se ponen en tratamiento con técnicas de reproducción asistida pertenecientes al área Virgen del Rocío.

- Mayoría de edad.
- Existencia de un trastorno documentado de la capacidad reproductiva (esterilidad o infertilidad), ajustándose a lo recomendado en el documento sobre estudio básico que recoge la Guía de reproducción humana asistida 2006 del SAS.
- Primer hijo.
- Consentimiento informado firmado, siguiendo lo establecido en la Resolución de la Dirección General de Asistencia Sanitaria sobre documentos de consentimiento informado e inicio de tratamiento con técnicas de reproducción asistida.
- Inicio del tratamiento durante el periodo de estudio.

Exclusión:

- Todas aquellas parejas que ya tengan un hijo.
- Menores de edad.
- Inicio del tratamiento fuera del periodo de estudio.
- Parejas que, cumpliendo los criterios de inclusión anteriores, sean tratados fuera del área.

VARIABLES DEL ESTUDIO E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

<u>Variable</u>	<u>Naturaleza</u>	<u>Instrumento de medición</u>	<u>Tipo de escala</u>	<u>Interrelación</u>
Ansiedad	Cualitativa	<i>Escala de la ansiedad de Hamilton.</i>	Discreta	Dependiente
Depresión	Cualitativa	<i>Cuestionario Montgomery-Asberg depression rating scale</i>	Discreta	Dependiente
Alteraciones del sueño	Cualitativa	<i>Cuestionario de Oviedo del sueño.</i>	Discreta	Dependiente
Funcionamiento familiar	Cualitativa	<i>Cuestionario Apgar familiar</i>	Discreta	Dependiente
Relaciones sociales	Cualitativa	<i>Cuestionario de Duke Unc</i>	Discreta	Dependiente
Funcionamiento Sexual	Cualitativa	<i>Cuestionario de funcionamiento sexual del hospital general de Massachussets –mgh.</i>	Discreta	Dependiente
Tasas de éxito del tto médico	Cuantitativa	<i>Tratamientos exitosos / total de tratamientos x 100</i>	Continua	Dependiente
Tasas de ttos. Médicos completados	Cuantitativa	<i>Tratamientos completados / total de tratamientos iniciados x 100</i>	Continua	Dependiente
Satisfacción del usuario	Cualitativa	<i>Encuesta de satisfacción.</i>	Discreta	Dependiente

Programa de intervención de enfermería	Cualitativa	<i>Medición de las variables dependientes antes y después de la aplicación del programa tanto en el grupo experimental como en el grupo control.</i>	Discreta	Independiente
---	-------------	--	----------	---------------

ESCALA DE LA ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista para valorar el grado de ansiedad. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

Es una escala heteroadministrada mediante entrevista que valora la existencia o no de trastornos depresivos. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma - 6: máximo nivel de gravedad del síntoma). La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Se trata de un cuestionario heteroadministrado para diagnosticar trastornos de sueño. Consta de 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos

adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Se trata de un cuestionario autoadministrado para medir la percepción del funcionamiento familiar que tiene la persona. Consta de 5 ítems valorados de 0 (= casi nunca) a 2 (= casi siempre). Una mayor puntuación indica una mayor normofuncionalidad familiar.

CUESTIONARIO DE DUKE UNC

Se trata de un cuestionario autoadministrado para medir el apoyo social percibido o funcional de la persona. Consta de 11 ítems, cada uno de ellos valorado del 1 (=mucho menos de lo que deseo) al 5 (=tanto como deseo). La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil15, que corresponde a una puntuación < 32, para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSSETS –MGH

Se trata de una escala autoadministrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde < 2 es normal y >2 es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.

OPERATIVIZACIÓN DE LAS VARIABLES

<u><i>Instrumento de medición</i></u>	<u><i>Cómo se mide</i></u>	<u><i>Cuándo</i></u>	<u><i>Cuántas veces</i></u>	<u><i>Dónde</i></u>
<i>Escala de la ansiedad de Hamilton.</i>	Escala heteroadministrada	Al ingreso, 6 meses y 12 meses del inicio del programa	3	En consulta
<i>Cuestionario Montgomery-Asberg depression rating scale</i>	Cuestionario heteroadministrado	Al ingreso, 6 meses y 12 meses	3	En consulta
<i>Cuestionario de Oviedo del sueño.</i>	Cuestionario heteroadministrado	Al ingreso, 6 meses y 12 meses	3	En consulta
<i>Cuestionario Apgar familiar.</i>	Cuestionario autoadministrado	Al ingreso, 6 meses y 12 meses	3	En consulta
<i>Cuestionario de Duke Unc</i>	Cuestionario autoadministrado	Al ingreso, 6 meses y 12 meses	3	En consulta
<i>Cuestionario de funcionamiento sexual del hospital general de Massachussets –mgh.</i>	Cuestionario autoadministrado	Al ingreso, 6 meses y 12 meses	3	En consulta

* Las mediciones se realizarán del modo indicado en cada escala tanto al grupo control como al grupo experimental.

METODOLOGÍA DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

El estudio se llevaría a cabo durante 24 meses de los cuales 12 se dedicarían a la puesta en marcha de programa de enfermería. A las parejas que inicien el tratamiento con técnicas de reproducción asistida durante el periodo de captación de casos (3 meses) se les incluirá en un programa de abordaje de enfermería que consistirá en 13 sesiones por pareja. Los tratamientos a los que se someten estas parejas suelen ser largos por lo que no sería valorable si se reduce el tiempo de estudio. En líneas generales la intervención enfermera consistirá en una sesión quincenal durante el primer mes y mensual los siguientes 11 meses. Así mismo se les dará la posibilidad de comunicarse telefónicamente si así lo necesitaran puntualmente.

Cada sesión tendrá una duración de una hora en ella se irá reforzando la adquisición de conocimientos, la promoción de las habilidades y recursos personales y la mejora del afrontamiento en las distintas etapas del proceso, fomentando una participación activa y proporcionando un espacio para la expresión de emociones y la reflexión. Las sesiones comenzarán con la recogida de información a través de una valoración enfermera según los patrones funcionales de Marjory Gordon y a partir de ella se establecerá, junto con la pareja, un plan de cuidados individualizado y adecuado a sus necesidades, que será el que trabajaremos en las sucesivas sesiones.

RECOGIDA DE DATOS

Se llevará a cabo en el correspondiente cuaderno de recogida de datos, que contendrá todas las hojas de registro necesarias y del que dispondrá cada pareja incluida en el estudio, para posteriormente incluirlos en una base de datos unificada que se diseñará al efecto.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Estadística descriptiva:

En principio se realizará una para depuración de las bases de datos para detectar observaciones aberrantes. Se realizará una exploración de los datos

para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos.

Posteriormente se procederá a realizar el análisis descriptivo de la muestra. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas, con los correspondientes intervalos de confianza si precisan o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

Asimismo, este análisis se complementará con distintas representaciones gráficas según el tipo de información (cuantitativa/cualitativa).

Estadística inferencial:

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre los dos grupos, control y experimental, se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en caso de no normalidad de la distribución de las variables la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos, control y experimental, se empleará el test chi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza.

El nivel de significación estadística se establecerá en $p < 0.05$

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La infertilidad es un problema frecuente en la actualidad, afecta a aproximadamente el 10% de la población en edad reproductiva, 1 pareja por año y por cada 1000 habitantes consultará por esterilidad, es decir, unas 7.300

parejas nuevas al año en Andalucía. Una vez reconocido, el tiempo disponible para una intervención exitosa con la infertilidad es limitada, ya que muchas mujeres están posponiendo la maternidad hasta más tarde en sus años reproductivos. Además, pese a las mejoras en la tecnología de reproducción asistida, lo que puede hacer posible el embarazo de aproximadamente el 50% de las parejas tras someterse a un tratamiento, la depresión, culpa, ansiedad, tensión de la relación, y el aislamiento a menudo están presentes durante todo el proceso.

Del 100% de las parejas que consultan por esterilidad el 50% se somete a técnicas de reproducción asistida, de las cuales un porcentaje consigue un embarazo tras un número determinado de ciclos, otro porcentaje abandona el tratamiento sin completar los ciclos (el proceso es largo) y otro requiere un tratamiento diferente por fracaso del primero.

La intervención de la enfermera especialista en salud mental mediante el refuerzo de la adquisición de conocimientos, la promoción de las habilidades y recursos personales y la mejora del afrontamiento en las distintas etapas del proceso, fomentando una participación activa y proporcionando un espacio para la expresión de emociones y la reflexión, complementan y apoyan el tratamiento médico, reflejando nuestra concepción de la infertilidad como un problema que afecta a la persona integralmente tanto en aspectos relacionados con su salud física como en aspectos psicológicos y en sus relaciones sociales. El apoyo del enfermero especialista puede ser de utilidad para examinar los sentimientos, determinar prioridades y mejorar las habilidades de afrontamiento aumentando posiblemente la tasa de éxitos.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación de este estudio entendemos que son los condicionantes éticos de selección de un grupo control, que ya han sido descritos, así como su resolución en la justificación del diseño.

Además es posible que aparezcan dificultades de captación y seguimiento fundamentalmente del grupo control, para lo que se ha contemplado un 10% de pérdidas que podría paliarlo en cierta medida. En cualquier caso los tiempos de captación de sujetos, en función de los registros

de actividades de la unidad de Fertilidad (más de 3 meses deberían ser suficientes para garantizar que se alcanza el tamaño muestral mínimo necesario).

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto se llevará a cabo siguiendo los principios éticos recogidos en la declaración de Helsinki, incluyendo la solicitud de consentimiento informado a todas las parejas que se incluirán en el mismo.

Todos los registros y el correspondiente consentimiento informado de cada paciente se encontrarán debidamente custodiados por el investigador, estando identificados únicamente por el número asignado de caso, cumpliendo la legislación sobre protección de datos española (Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre).

Antes de la presentación de este protocolo se solicitará la autorización del Subcomité Ético, perteneciente a la Comisión de Ética e Investigación Clínica del Centro.

PLAN DE DIFUSIÓN

Se prevé poder presentar el proyecto en las X Jornadas de Residentes de Enfermería de Salud Mental que tendrán lugar en Valencia el 13 y 14 de mayo, como comunicación oral o formato póster, en el Congreso Internacional AENTDE-NANDA I que tendrá lugar en Madrid el 12, 13 y 14 de mayo, como comunicación oral, y poder disponer a la finalización del estudio de artículos originales que se intentarán publicar en alguna revista de la especialidad con factor de impacto alto. Asimismo se intentará la publicación de resultados en alguna revista de enfermería como Presencia o Biblioteca Lascasas.

CRONOGRAMA

Actividad-1.-

Sesiones conjuntas de todos los investigadores para puesta en común sobre:

- Información general sobre el proyecto.
- Presentación del cronograma.
- Exposición de la metodología.
- Reparto de tareas.
- Calendario de reuniones
- Aclaración de dudas

Actividad-2.-

- Elaboración y estandarización de los contenidos del programa.
- Elaboración de los medios de apoyo gráficos.
- Diseño, distribución y pilotaje de las hojas de registro
- Diseño de la base de datos.

Actividad-3.- Recogida de datos. Reuniones del equipo mensuales para reevaluación y seguimiento del protocolo.

Actividad 4.- Puesta en marcha del programa de enfermería: valoración, (aplicación de test y escalas), diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Actividad 5.-

- Análisis de los datos.
- Elaboración de los resultados y de las conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo del protocolo llevado a cabo

AÑO.1

ACTIVIDAD	MES											
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												

AÑO.2

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Actividad-1												
Actividad-2												
Actividad-3												
Actividad-4												
Actividad-5												

Distribución de actividades entre el equipo investigador.-

*El investigador principal se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo.

EQUIPO INVESTIGADOR

Estaría compuesto por 3 Diplomados de Enfermería Especialistas en Salud Mental de los cuales uno de ellos sería el investigador principal y se ocuparía de la coordinación del equipo y de la custodia de todos los datos que se vayan produciendo. Controlaría que se vayan cumpliendo los plazos del

cronograma y que se lleven a cabo todas las reuniones de reevaluación del protocolo. Además se encargaría de la captación y aplicación de escalas en el grupo control (Unidad de Reproducción Hospital Virgen de Macarena). Los dos Diplomados restantes se distribuirían el trabajo poniendo en marcha el programa con la captación, recogida de datos (aplicación de escalas,...) y desarrollo del plan de cuidados y evaluaciones en el grupo experimental.

PRESUPUESTO ECONÓMICO

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO	
	AÑO 1	AÑO 2
Equipamiento inventariable: 2 ordenadores portátiles (1 grupo control unidad reproducción del hospital Virgen del Rocío y otro para el grupo control para la unidad de reproducción del hospital Virgen del Rocío) 2 impresoras láser blanco y negro	2000€ 600€	
Material fungible: Consumibles informáticos (tóner, cd, pen drive, papelería, material de oficina, etc)	1000€	1500€
Material Bibliográfico: Bibliografía Básica de enfermería para actualizar los fondos del grupo (NANDA; NIC; NOC) Bibliografía referente a evaluación de programas, apoyo psicosocial, etc	1500€	1000€
Personal: 3 DUEs especialistas: 2 que se encargarían de la intervención en el grupo experimental y 1 que se encargaría del trabajo con el grupo control (captación, aplicación de test,...)	45000€	45000€
Viajes y Dietas:		

Reuniones de grupo	600€	600€
Formación y difusión de resultados: Congresos Nacionales Congresos Internacionales		3000€ 4500€
Contratación de servicios externos y arrendamiento de equipamiento de investigación: 300hs de formación externa sobre técnicas de reproducción asistida 30hs de formación externa sobre entrevista clínica 30hs de formación externa sobre valoración de la mejora del afrontamiento 30hs de formación externa sobre mejora de la autoestima en población de riesgo 30hs de formación externa sobre el trabajo del duelo. 30hs de formación sobre intervención de pareja para enfermería.	6000€	