

El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja

MSc. Lic. Vladimir Barco Díaz^I, Lic. Carmen Quintero Caballero^{II}, MSc. Dra. Aimé Reyes Pérez^{II}, MSc. Dra. Zoraida C. Álvarez Figueredo^{II}

^IUniversidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

^{II}Hospital Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. Cuba.

RESUMEN

Introducción: los modelos conceptuales constituyen un marco de referencia para la práctica de enfermería y para tratar a la pareja infértil, el modelo de la adaptación de Sor Callixta Roy permite que los profesionales utilicen como herramienta el “Proceso de Atención de Enfermería” para ofrecer un cuidado de excelencia.

Objetivo: diseñar la propuesta de actuación de enfermería ante parejas infértiles a través del modelo de la adaptación de Sor Callixta Roy.

Métodos: estudio descriptivo y retrospectivo con las parejas tratadas en el “Centro territorial de atención a la pareja infértil” de la provincia de Cienfuegos tributarias de fertilización invitro. La muestra fue de 92 mujeres.

Resultados: predominó el grupo de mujeres de 36 a 40 años (35,9 %), en cuanto a la edad en que iniciaron las relaciones sexuales el 39,1 % lo hizo antes de los 14 años, aunque predominó el grupo entre 15 y 19 años. El grupo de 36 a 40 años fue el que refirió mayor número de parejas sexuales. El 52,2 % se realizó al menos una interrupción provocada, el grupo entre 36 y 40 años fue el que más incurrió con 18,5 % y hubo algunas que utilizaron este proceder tres veces o más como método anticonceptivo.

El 16,3 % de las mujeres nunca logró un embarazo en su vida reproductiva; el 78,2 %, entre 1 y 3. En el 18,4 % fue diagnosticada la clamidia y en el 23,9 % otras infecciones. Solo el 6,5 % de las mujeres no tenían dificultades para la reproducción por lo que el problema era de causa masculina.

Conclusiones: predominaron los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual, así como un gran número de abortos provocados.

Palabras clave: salud sexual reproductiva; infertilidad; factores de riesgo; comportamiento sexual.

ABSTRACT

Introduction: the conceptual models constitute a reference mark for the nursery practice and to treat the infertile couple. The model of adaptation of Sor Callixta Roy allows that the professionals use the "Process of nursery Care" as a tool to offer an excellence care.

Objective: to design the proposal of Nursery Care to infertile couples through the model of the adaptation of Sor Callixta Roy.

Method: descriptive and retrospective study with the couples tried in the territorial "Center of Care to the infertile couple" of Cienfuegos tributaries to fertilization invitro; from a universe of 251 couples was selected a sample of 92 (36.6%) histories charts with the aleatory simple method whose were taken to a form the necessary variables. The datas were processed with SPSS version 15.0 and the results are shown in charts.

Results: the risk factors prevail for the infections of sexual transmission as well as the carrying out of great number of induced miscarriages which constitute causes of infertility. Other factors are evidence that allow to confirm that many cases can be avoided and the great majority can solve their situation.

Conclusions: the risk factors prevail for the infections of sexual transmission as well as the carrying out of great number of induced miscarriages which constitute causes of infertility.

Key Words: sexual reproductive health, infertility, risk factors, sexual behavior, model of adaptation of Roy.

INTRODUCCIÓN

La reproducción humana es un proceso biosocial, pues si bien el mecanismo fisiológico reproductor es una obra de la naturaleza y se subordina a ella, la existencia social del hombre la condiciona; y su regulación es, ante todo, resultado de determinados procesos y normas socioculturales existentes en el marco de una formación socioeconómica dada.¹

La infertilidad, definida por el sistema biomédico como la incapacidad de una pareja para lograr un embarazo en un periodo de 12 meses de actividad sexual sin la utilización de métodos anticonceptivos, más que un problema médico es un problema social de la salud reproductiva.

El culto a la fertilidad es algo tan antiguo como la existencia humana y ha supuesto gran importancia para la supervivencia de la humanidad. La infertilidad se ha llegado a considerar de muy diversas maneras: como deshonra, inferioridad, maldición o castigo de dioses; incluso en Egipto se consideró como causa para la disolución del matrimonio. Por lo tanto, la preocupación por la falta de descendencia no es un tema actual, como tampoco lo son sus consecuencias y tratamientos. Así, los problemas de fertilidad tienen una gran importancia tanto familiar como social desde la antigüedad y desde entonces se han buscado remedios para tratarla.²

Existen múltiples causas o factores de riesgo; cada año miles de mujeres experimentan un episodio de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) aguda, con un creciente riesgo de molestias crónicas en el hemiabdomen inferior, embarazo ectópico, dolores por adherencias, patologías tubáricas, dispareunia, el piosápinx, los abscesos tubováricos y muchas de ellas requerirán intervenciones quirúrgicas.

Las complicaciones y secuelas de la EIP son penosamente graves para la enferma, la familia y la sociedad. Aproximadamente un 12 % de mujeres se convierten en infértiles después de un simple episodio, casi un 25 % después de dos episodios y casi un 50 % después de tres episodios.³

La EIP aguda se debe en el 60 % de los casos a una ITS, ya sea gonorrea, chlamydia o ambas, y muchas veces trae consecuencias a mediano y corto plazo provocando infertilidad.³

Según criterio de *Ortiz Rodríguez y cols.*⁴ las infecciones genitales en la mujer conducen a EIP, la cual genera daños permanentes a las trompas de Falopio, al útero y a los tejidos circundantes. Estos daños implican dolor pélvico crónico, infertilidad y embarazo ectópico.

*Duque de Estrada*⁵ asegura que los microorganismos solos o asociados son elementos de riesgo para la fertilidad humana. En algunas mujeres se encuentra *Ureaplasma urealyticum* en el fluido vaginal en concentraciones relativamente altas debido a una respuesta inmunitaria deficiente. Esto puede causar infecciones ascendentes como endometritis subaguda o crónica, provocando infertilidad.

Los profesionales de enfermería juegan un papel fundamental en la atención a estos pacientes, tanto en la prevención como en el seguimiento para que puedan lograr su embarazo en las consultas de infertilidad. La prevención es la tarea más importante, es sobre todo definida como la protección contra los riesgos y las amenazas del ambiente, lo que significa inevitablemente la acción mancomunada de las instituciones de salud, las comunidades y las personas que más que integrarlas las instituyen.⁶

Es importante atender la infertilidad, no a personas que viven y padecen un problema de salud. *Díaz Bernal*⁷ asegura que dicha atención está además regulada por un protocolo de atención que trata de estandarizar prácticas, diagnósticos y tratamientos, pero que excluye la exploración de la vivencia y el padecer de la pareja, lo que además se ve reforzado por los puntos de encuentro según la perspectiva de género de prestadores y usuarios de los servicios.

Los modelos de enfermería son una solución para una atención más integral de la pareja infértil, estos surgen en respuesta a una necesidad de organizar el conocimiento y se caracterizan por su generalidad, amplitud y elevado nivel de abstracción, lo cual explica la dificultad para aplicarlos en la práctica.

El Modelo de Adaptación de Sor Callixta Roy está basado en principios científicos provenientes de la teoría de sistemas y de la teoría de adaptación de Helson, así como en los principios filosóficos derivados del humanismo. En la actualidad, el modelo ha evolucionado hacia una visión de reciprocidad, donde se resalta que los seres humanos son sistemas adaptativos holísticos que funcionan con partes interdependientes y actúan en unidad de propósito, no en respuesta causa-efecto. Los seres humanos, como seres adaptativos, tienen la capacidad de adaptarse y crear cambios en el ambiente. La habilidad para responder a estos cambios está determinada por las demandas de la situación y los recursos internos disponibles.⁸

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, esta investigación tiene como objetivos: diseñar una propuesta de actuación de enfermería a través del modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja; caracterizar a las mujeres infértiles según las variables: edad, edad de inicio de las relaciones sexuales, número de embarazos, interrupciones realizadas y embarazos ectópicos diagnosticados, relacionar los gérmenes adquiridos por infecciones de transmisión sexual según el número de parejas sexuales, identificar los diagnósticos definitivos de infertilidad femenina, relacionar los años buscando un embarazo con el tiempo en consulta de infertilidad y elaborar los aspectos que debe incluir la propuesta de actuación de enfermería.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con las parejas tratadas en el "Centro territorial de atención a la pareja infértil" de la provincia de Cienfuegos tributarias de fertilización invitro durante el año 2011.

De un universo de 251 parejas se trabajó con una muestra de 92 (36,6 %), seleccionadas con el método aleatorio simple, de las que se llevaron a un formulario las variables: edad (de 25 a 30, de 31 a 35, de 36 a 40, de 41 a 45 años), edad de primeras relaciones sexuales (de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 25 años), número de parejas sexuales (una, de 2 a 3, de 4 a 6, de 7 a 10), Infecciones de Transmisión Sexual (clamidia u otras infecciones), número de embarazos (ninguno, de 1 a 3, de 4 a 6, de 7 a 10), interrupciones realizadas (ninguna, de 1 a 3, de 4 a 6) y embarazos ectópicos (ninguno, de 1 a 3), tiempo de infertilidad (de 1 a 5, de 6 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 24 años), tiempo en consulta de infertilidad (de 1 a 5, de 6 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19 años), así como el diagnóstico femenino (normal, patología tubárica, patología ovárica).

Criterios de inclusión

Parejas tributarias de fertilización invitro tratadas en el Centro territorial de atención a la pareja infértil de la provincia de Cienfuegos durante el año 2011.

Los datos fueron procesados con SPSS versión 15.0 y los resultados se muestran en tablas.

Se tuvieron en cuenta los aspectos éticos por estar manipulando datos personales.

RESULTADOS

En las parejas estudiadas predominó el grupo de mujeres de 36 a 40 años (35,9 %), seguido por las de 31 a 35 años (28,3 %). La edad mínima fue 25 y la máxima 44 con una edad media de 33 años, la mediana de 34 y la moda de 37 años. Al analizar la edad en que inician las relaciones sexuales se encontró que el 39,1 % lo hizo antes de los 14 años, y aunque predominó el grupo entre 15 y 19 años, un número importante de ellas comenzó a los 15 años, edad considerada precoz. El grupo entre 31 y 35 años aportó el mayor número para las que inician las relaciones sexuales antes de los 14 años (16,3 %) (tabla 1). Algo que empeora esta situación es que el 71,7 % refirió haber tenido 2 a 3 parejas sexuales y una cifra nada despreciable de 18,5 % tuvo relaciones sexuales con 4 a 6 compañeros. El grupo de 36 a 40 años fue el que refirió mayor número de parejas sexuales.

Tabla 1. Relación entre la edad de las primeras relaciones sexuales con los grupos de edades. Cienfuegos 2012

Grupos de edades	Edad primeras relaciones sexuales							
	14 años o menos		15 a 19 años		20 a 25 años		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
25 a 30	10	10,8	14	15,2	1	1,09	25	27,1
31 a 35	15	16,3	9	9,8	2	2,2	26	28,3
36 a 40	9	9,8	23	25,0	1	1,09	33	35,9
41 a 45	2	2,2	6	6,5	0	0	8	8,7
Total	36	39,1	52	56,5	4	4,4	92	100

Llama la atención que el 52,2 % se realizó al menos una interrupción provocada, el grupo entre 36 y 40 años fue el que más incurrió con 18,5 % y hubo algunas que utilizaron este proceder tres veces o más como método anticonceptivo (tabla 2).

A esto se suma que el 44,5 % tuvo al menos un embarazo ectópico, mayor en los grupos de 31 a 35 y 36 a 40 con un 14,1 % cada uno, mientras que el 16,3 % de estas mujeres nunca logró un embarazo en su vida reproductiva; el 78,2 % logró entre 1 y 3 embarazos, y el 5,4 % entre 4 y 6. Las mujeres con edades entre 31 y 35 años fueron las que lograron menos embarazos.

En la [tabla 3](#) se muestra la relación de infecciones de transmisión sexual según el número de parejas sexuales, se encontró un alto número de estas. En el 18,4 % fue diagnosticada la clamidia y en el 23,9 % otras infecciones, para un 42,4 % del total de parejas. Resultó evidente que las que tuvieron 2 o 3 parejas sexuales se infectaron más, un 28,3 % del total.

Tabla 3. Relación entre el número de parejas sexuales con las infecciones de transmisión sexual diagnosticadas. Cienfuegos 2012

Número de parejas sexuales	Infecciones de transmisión sexual					
	Clamidia		Otras infecciones		Total	
	#	%	#	%	#	%
Una	1	1,1	1	1,1	2	2,2
2 – 3	11	11,95	15	16,3	26	28,3
4 – 6	5	5,43	5	5,43	10	10,86
7 – 10	0	0	1	1,1	1	1,1
Total	17	18,47	22	23,91	39	42,4

Al valorar las causas de la infertilidad en las féminas, sólo el 6,5 % de las mujeres no tenían dificultades para la reproducción por lo que el problema era de causa masculina; se debe resaltar que ninguna fue del grupo de 25 a 30 años. Se encontró un gran predominio de las patologías tubáricas, con un 89,1 %, y un 4,3 % presentó patología ovárica. Las mujeres con edades entre 36 y 40 años tuvieron predominio de patología tubárica; de 33, sólo dos no recibieron este diagnóstico ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Relación entre el diagnóstico femenino de infertilidad y los grupos de edades. Cienfuegos 2012

Grupos de edades	Diagnóstico femenino de infertilidad							
	Normal		Patología tubárica		Patología ovárica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
25 a 30	0	0	22	23,9	3	3,26	25	27,1
31 a 35	5	5,4	21	22,8	0	0	26	28,3
36 a 40	1	1,1	31	33,7	1	1,1	33	35,9
41 a 45	0	0	8	8,7	0	0	8	8,7
Total	6	6,5	82	89,1	4	4,4	92	100

La relación entre el tiempo desde que desean lograr un embarazo y el tiempo en que son atendidas en consulta de infertilidad se muestra en la [tabla 5](#). Se encontró que aunque sólo el 30,4 % ha deseado lograr un embarazo entre uno y cinco años atrás, una cifra muy superior (69,5 %) llevan ese tiempo en consulta de infertilidad con atención especializada.

Ante estos resultados los autores consideraron necesario el diseño de la propuesta de actuación de enfermería que contribuyera a mejorar la atención a estas parejas, haciendo énfasis en la prevención.

DISCUSIÓN

El hecho de que predominen en las parejas estudiadas el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y que hayan tenido varias parejas sexuales constituye un factor de riesgo a tener en cuenta al estudiar las causas de la infertilidad.

Un estudio realizado con adolescentes y jóvenes en Matanzas encontró resultados similares con predominio de la primera relación sexual antes de los 15 años, el 49,2 % ya había tenido 3 o más parejas, el 76,5 % no se protegió en su primera relación sexual y el 56,2 % continuaba con relaciones sexuales sin protección.⁹

*Leyva Ramírez y cols.*¹⁰ afirman que en su estudio, en Santiago de Cuba, el 40 % de las adolescentes iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 15 años y el 33,3 % entre los 12 y 13. El mayor número de adolescentes (70 %) no utilizaba el condón en sus relaciones sexuales, de manera que no se protegían contra las enfermedades e infecciones de transmisión sexual.

Al analizar el comportamiento del aborto inducido en la adolescencia en el hospital materno infantil 10 de Octubre de La Habana, se encontró que el 62,2 % de los adolescentes tuvieron su primera relación sexual entre de los 14 y 17 años. Usaban condón el 18,9 %.¹¹

En Colombia, *Varela Arévalo y cols.*¹² encontraron una alta prevalencia de prácticas sexuales de riesgo; en una muestra de 29 760 personas, el 43 % notificó que había tenido dos o más parejas sexuales en el mes. Las relaciones sexuales en edades tempranas y sin uso de condón conllevan a abortos provocados, lo cual además del riesgo para la vida contribuye a la infertilidad.

La práctica del aborto es tan antigua como la organización social de los seres humanos; esta dependencia se da a través de múltiples factores psicológicos, culturales y sociales. Para la reducción de las conductas abortivas hay que continuar trabajando con el objetivo de incrementar el conocimiento sobre todos los aspectos éticos y sociales relacionados con la salud sexual y reproductiva, mediante una política que los relacione y tenga en cuenta los riesgos que el aborto puede provocar.¹

*Enríquez Domínguez y cols.*¹¹ identificaron que de 1 110 interrupciones de embarazo realizadas, el grupo de mayor frecuencia de abortos fue durante la adolescencia intermedia, con 516 casos (46,5 %) y el de menor frecuencia fue el de las adolescentes precoces (antes de los 14 años), con 162 casos (14,5 %).

En su estudio realizado en Matanzas con adolescentes y jóvenes, Doblado Donis⁹ refiere que el 39,6 % se había realizado un aborto pues no se protegían en sus relaciones sexuales.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son consideradas como uno de los principales riesgos de salud relacionado con la función reproductiva y sexual, debido a afecciones causadas por gérmenes no tratados o mal tratados, lo que constituye una de las principales causas de infertilidad en la pareja.

A pesar de encontrar en la muestra estudiada solo un 18,4 % de pacientes con test de *Chlamydia* positivo, la incidencia de esta afección es mayor en el universo. En el laboratorio de microbiología del Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" se realizaron 329 estudios de *Chlamydia* a mujeres en estudio en el Centro territorial de atención a la pareja infértil durante el año 2011 y fueron positivos 212 (64,4 %).

En el hospital docente ginecoobstétrico "Ramón González Coro" de La Habana, entre noviembre de 2008 y enero de 2009, se procesaron 166 muestras de exudados vaginales y endocervicales de pacientes que acudieron a las consultas de infertilidad y abortadoras habituales del embarazo, de las cuales 113 fueron positivas a *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, vaginosis bacteriana, *Candida spp.* y asociaciones de estos microorganismos, para el 68 %. Al aplicar la prueba diagnóstica de *Chlamydia*, 75 fueron positivas (45,2 %), por lo que fue el microorganismo más frecuente en este estudio.⁴

Hernández Durán y Díaz Mitjans³ aseguran que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda se debe en el 60 % de los casos a una ITS, ya sea gonorrea, *Chlamydia* o ambas, como muchas veces se asocian.

En su estudio en mujeres infértiles, Duque de Estrada⁵ halló una mayor frecuencia a *Ureaplasma spp.* (52,5 %), vaginosis bacteriana (34 %), *M. hominis* (14,5 %) y *Candida spp.* (11 %).

Resultan evidentes como causas de infertilidad en las mujeres estudiadas las patologías tubáricas, la obstrucción tubárica en 63 pacientes, la salpingectomía en 12 y la anexectomía en 7.

Resultado similar se encontró en un estudio realizado en el municipio Cerro, La Habana, en el que predominó el factor tubárico en las parejas investigadas. Aseguran que el aumento de las ITS, el comienzo precoz de las relaciones sexuales en la adolescencia y otros factores de riesgo pueden tener una relación directa con este comportamiento.¹³

La relación entre el tiempo que llevan buscando un embarazo y el tiempo en que son atendidas en consulta de infertilidad no siempre se comporta de la forma que debe, muchas parejas pasan años esperando y no acuden a las consultas de infertilidad o a la consulta de riesgo preconcepcional donde también pueden encontrar la orientación que necesitan.

En este estudio se encontraron parejas que intentaban lograr un embarazo desde hacía 10 y 20 años, sin embargo, sólo llevaban menos de 5 años con seguimiento en consulta especializada, mientras que en su estudio, Arteaga García y cols.¹³ encontraron que más de la mitad de las parejas llevaban más de tres años sin lograr quedar embarazadas y no tenían seguimiento médico alguno.

La infertilidad es algo que rara vez se espera, de ahí que tanto para las personas que la padecen, desde la propia sospecha que los hace acudir a buscar ayuda médica, hasta los propios prestadores de salud, sea de difícil afrontamiento y manejo.

A nivel colectivo suele prevalecer el criterio de que la infertilidad obedece a causas de origen femenino, como si la concepción de un embarazo fuera responsabilidad exclusiva de las condiciones biológicas de las féminas. Se ha tenido que reconocer que las parejas infértiles experimentan alteraciones emocionales importantes y su impacto puede llegar a ser peor sobre la función y satisfacción sexual, todo lo cual pretende ser justificado por lo prolongado de los estudios y tratamientos.¹⁴

Otro elemento importante es el encontrado en una clínica pública en Atenas, Grecia, que al evaluar el impacto ante el diagnóstico de esterilidad en 404 mujeres obtuvieron puntuaciones elevadas de ansiedad.¹⁵

Por todo lo antes expuesto se debe señalar que la capacidad de adaptación a estos cambios, de la persona y de sus familiares, depende fundamentalmente de la magnitud de la situación y de los recursos disponibles. Ante esta situación consideramos que la actuación a través del Proceso de Atención de Enfermería y de las teorías y modelos de enfermería, específicamente el modelo de la adaptación de Sor Callista Roy, resultará beneficioso para estas parejas, ya que facilitará unificar modos de actuación profesional y una mejor intervención con criterios definidos, basados en las mejores evidencias científicas, a fin de conseguir óptimos resultados en el modo de actuación enfermero y disminuir la variabilidad no justificada en la planificación y ejecución del plan de cuidados.

Al aplicar el modelo de Roy se debe estar seguro de valorar a la persona como un todo, conocer sus experiencias anteriores, saber que en su comportamiento refleja la interpretación que hace de la situación en un momento determinado, lo cual será fundamental en su proceso de adaptación. Roy sostiene que la persona tiene un poder creativo y de autodeterminación, y que su integración con el ambiente resulta en adaptación. La (el) enfermera(o) forma parte del ambiente al igual que todas las condiciones y circunstancias que rodean al paciente, por lo cual sus actitudes, conocimientos y capacidad de interactuar con él serán un factor decisivo en el proceso de adaptación.¹⁶

Los profesionales de enfermería tienen que ver al paciente como un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida, lo cual se debe tener en cuenta para ofrecer la atención adecuada:

Finalmente, se realiza una propuesta de actuación de enfermería para las parejas infértiles teniendo en cuenta los criterios de Callista Roy que aunque define en seis pasos el proceso de enfermería se pueden adecuar perfectamente a la forma en que se realiza en Cuba (tres etapas):

1. Valorar el comportamiento manifestado en los cuatro modos adaptativos: (Aquí se ejemplifican algunas de las alteraciones comunes en las parejas estudiadas)

Función fisiológica: Trastornos del sueño, presencia de ITS, relaciones sexuales desprotegidas con otras parejas por lo que en ocasiones se reinfectan.

Autoconcepto: Tendencia a culparse por no poder concebir el embarazo, sentimientos de inferioridad, culpa.

Función de Rol: Rol de marido o mujer dañado por sentirse inferior o que no cumple con su cometido.

Interdependencia: Evasivos, poco comunicativos, relaciones con otras parejas, divorcio, demora en acudir a consulta, resistencia a realizarse complementarios.

2. Evaluar los estímulos relacionados con este comportamiento y clasificarlos en: focales, contextuales y residuales. Entre ellos están el sobrepeso, tabaquismo, alcoholismo, estrés, temor a los procedimientos de la consulta, etc.

3. Realizar los diagnósticos de enfermería del estado de adaptación de la persona.

Algunos ejemplos son:

- Insomnio, Trastorno del patrón de sueño.
- Déficit de actividades recreativas.
- Conocimientos deficientes.
- Conflicto de decisiones.
- Riesgo de impotencia, Desesperanza.
- Baja autoestima situacional.
- Procesos familiares disfuncionales.
- Patrón sexual ineficaz.
- Temor, Ansiedad.
- Afrontamiento ineficaz.

4. Establecimiento de objetivos o metas que favorezcan la adaptación.

5. Aplicar intervenciones de enfermería (intentando manipular los estímulos y promover la adaptación). Entre las más frecuentes se encuentran:

- Labor educativa sobre salud sexual y reproductiva, sobre todo a quienes tienen relaciones sexuales precoces o varias parejas sexuales (personas con riesgo).
- Orientar estudio de infertilidad a parejas con riesgo, sobre todo a pacientes con salpingectomía, anexectomía, EIP, abortos espontáneos o provocados, embarazos ectópicos.
- Recomendar aseo de genitales con agua y jabón sólo una vez al día para mantener la flora bacteriana normal y evitar las infecciones urinarias o vaginales.
- Realizar estudios microbiológicos, sobre todo a pacientes con diagnóstico de EIP, relaciones sexuales precoces, relaciones con varias parejas, etc., para diagnóstico y tratamiento oportuno de infecciones vaginales.
- Brindar psicoterapia de apoyo a la pareja y a la familia.
- Ofrecer información objetiva y pertinente a las necesidades específicas de la pareja, lo cual proporciona tranquilidad.
- Explicar la importancia de la necesidad de buscar y colaborar con personas técnicamente competentes que les brinden ayuda.

- Ayudar a elevar la autoestima individual y explicar su importancia para el buen funcionamiento familiar.
- Brindar apoyo emocional a la pareja y familiares.
- Enseñar la importancia de comunicar sus inquietudes y preocupaciones a familiares, amigos y profesionales de la salud.
- Alentar a la pareja a exteriorizar la angustia y el temor que ocasiona el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar toda la información necesaria acerca de su proceso de diagnóstico y tratamiento, así como de los beneficios y riesgos de someterse a exámenes complementarios, etc.
- Ayudar a la pareja a identificar la información que más le interesa y necesita obtener.
- Valorar la comprensión que tiene la pareja del proceso de diagnóstico y tratamiento que enfrentarán.
- Alentar a que acepten sus limitaciones y las de su pareja en cuanto a fertilidad.
- Hacer comprender la necesidad de acudir en busca de ayuda especializada y aceptar su enfermedad si fuera diagnosticada.
- Explicar la importancia de la realización de complementarios y pruebas especiales, así como la preparación que lleva cada una.
- Acompañar al laboratorio, mesa de reconocimiento, departamento de ultrasonido, laparoscopia y otros que requiera.
- Ofrecer educación sanitaria sobre importancia de hábitos dietéticos saludables y del cumplimiento de la dieta y de los ejercicios orientados para evitar o disminuir la obesidad.
- Orientar el consumo de frutas y verduras, no utilizar la grasa de origen animal y algunas de origen vegetal: maní y coco.
- Orientar asistir al consultorio sistemáticamente para medir el peso corporal.
- Recomendar la realización de ejercicios físicos para evitar el sedentarismo y sus consecuencias; los debe realizar durante 30 a 45 min al menos cinco veces a la semana y deben ser apropiados a su edad y estado de salud, por lo que pueden consistir en aeróbicos, trotes, caminatas, bicicleta, natación u otros.
- Educar al paciente y a su familia para lograr hábitos alimenticios saludables.
- Ayudar a los que tengan sobrepeso a establecer objetivos realistas para una pérdida de peso mantenida pero sin grandes sacrificios que los desmotiven.
- Planificar y elaborar, entre ambos, un programa diario para realizar ejercicio físico.
- Dar información sobre la obesidad como factor de riesgo de infertilidad y de otras patologías asociadas.
- Orientar disminuir o eliminar el hábito de fumar explicando los riesgos.
- Disminuir o eliminar la ingestión de alcohol si lo hace de manera excesiva; explicar que para aprovechar los efectos protectores del alcohol lo recomendable es ingerir diariamente no más de 44 ml de ron, 118 ml de vino o 335 ml de cerveza.
- Ofrecer toda la información necesaria que permita a la pareja y su familia comprender los riesgos que entraña para su salud los hábitos y estilos de vida nocivos.
- Aplicar diferentes técnicas de MNT para tratar estrés, tabaquismo, obesidad, u otros problemas de salud asociados.
- Adoptar una actitud tranquila y optimista que brinde confianza y seguridad.
- Alentar una actitud de esperanza objetiva para enfrentar los sentimientos de desesperación.
- Coordinar interconsulta con psicología para valorar presencia de estrés y recibir

tratamiento, terapia de relajación, meditación, hipnosis, etc., que le permitan mantener un estado mental tranquilo.

- Ofrecer psicoterapia de apoyo.
- Lograr que la pareja tenga percepción de su problema y sea conciente del grado de compromiso necesario para revertir el problema.

6. Evaluar el cumplimiento de los objetivos de adaptación

En conclusión, predominaron los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual así como un gran número de abortos provocados, los cuales constituyen causas de infertilidad. Se evidenciaron otros factores que permiten afirmar que muchos casos se pueden evitar y la mayoría puede resolver su situación. Se realizó la propuesta de actuación de enfermería ante las parejas infértiles a través del modelo de la adaptación de Sor Callixta Roy.

Recomendación

Los profesionales de estas consultas en la Atención Primaria de Salud deben tener en cuenta la población en edad fértil de su comunidad, acudir a ellas para ofrecer labor educativa sobre salud sexual y reproductiva y enfatizar siempre que sospechen problemas de infertilidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr. 2010 [citado 10 Mar 2012]; 26(1): [aprox. 10 p.].
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es&nrm=iso&tIng=es
2. Moreno Rosset C. Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad. [Internet]. I Congreso Virtual de Psiquiatría, Conferencia 28-CI-F. 1 Febr-15 Mar 2000 [citado 11 Ene 2012]: [aprox. 30 p.].
Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm
3. Hernández Durán D, Díaz Mitjans O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010 [citado 14 May 2012]; 36(4): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015
4. Ortiz Rodríguez CE, Hechavarría Calderón CE, Ley Ng M, Álvarez Medina G, Hernández Ortiz Y. Estudio de *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis* en pacientes infértiles y abortadoras habituales. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2010 [citado 12 May 2012]; 36(4): [aprox. 10 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400011

5. Duque de Estrada Serrano MM. Aislamiento e identificación de Ureaplasma spp y Mycoplasma hominis en muestras endocervicales de pacientes infértiles [tesis]. La Habana: Instituto Superior Ciencias Médicas. Facultad Comandante Manuel Fajardo; 2008.

6. Zas Ros B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Psicología Online [Internet]. España: Psicología Online; 1997 [citado 11 Ene 2012]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>

7. Díaz Bernal Z, García Jordá D. Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública 2010 [citado 14 May 2012]; 36(3): [aprox. 9 p.].
Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000300002

8. Moreno ME. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria. Aquichan 2001 [citado 18 Feb 2012]; 1(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7/12>

9. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol 2010 [citado 14 May 2012]; 36(3): [aprox. 10 p.].
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011

10. Leyva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN 2011 [citado 14 May 2012]; 15(3): [aprox. 10 p.].
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920110003000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

11. Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sanchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet. Ginecol 2010 [citado 16 Dic 2012]; 36(2): [aprox. 17 p.].
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013

12. Varela Arévalo MT, Correa Sánchez D, Arrivillaga Quintero M, Zapata Ossa HJ, Hoyos Hernández PA, Tovar Cuevas LM. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. Rev Cubana Salud Pública 2011 [citado 16 Dic 2012]; 37(4): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

13. Arteaga García A, Toledo Fernández AM, Villalón Aldana C. La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr 2008 [citado 16 Dic

2012]; 24(4): [aprox. 15 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

14. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública 2011 [citado 16 Dic 2012]; 37(1): [aprox. 16 p.].

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Lykeridou K, Gourountib K, Deltsidou A, Loutradisd D, Vaslamatzise G. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. Journal of Reproductive & Infant Psychology 2009 [cited 2012 Jan 11]; 27(3): [aprox. 8 p.].

Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830802350864>

16. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Universidad de La Sabana. Aquichan 2005 [citado 18 Feb 2012]; 5(1): [aprox. 24 p.].

Disponible en: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2051878.pdf

Recibido: 24 de mayo de 2013.

Aprobado: 14 de enero de 2014.

MSc. Lic. Vladimir Barco Díaz. Licenciado y Máster en Enfermería. Profesor auxiliar e investigador agregado de la Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Miembro titular de la Sociedad cubana de enfermería.

E-mail: vladimirb@ucm.cfg.sld.cu