

ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DEL IMPLANTE ANTICONCEPTIVO SUBCUTÁNEO EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR DE TERUEL

Esther Aguar Lafuente

TRABAJO FIN DE GRADO 2020-21

Tutor: Cristina Pérez Díez

RESUMEN

INTRODUCCION: El implante subcutáneo hormonal es un método anticonceptivo reversible, de larga duración y con un amplio espectro de indicación.

OBJETIVOS: Evaluar la efectividad, seguridad y conveniencia del implante anticonceptivo en las mujeres en edad fértil del Sector de Teruel atendidas en Atención Primaria.

METODOLOGÍA: Estudio observacional retrospectivo analítico-descriptivo. Se incluyeron mujeres en edad fértil (15-49 años) del Sector de Teruel a las que se les insertó por primera vez un implante anticonceptivo en Atención Primaria entre el 18 de mayo 2016 y el 31 de diciembre 2017. Periodo de seguimiento: desde la inserción hasta el 31 de diciembre 2020 o retirada. Variables: sociodemográficas, historia obstétrico-ginecológica, tasas de retirada al primer y tercer año, efectividad (Índice de Pearl), seguridad (efectos secundarios) y conveniencia (satisfacción y tolerancia). Fuentes de datos: OMI-AP.

RESULTADOS: Se incluyeron 52 mujeres: edad media $30,2 \pm 6,6$ años, nacionalidad no española (69,2%), multíparas (66,7%) y que habían utilizado previamente otro método anticonceptivo (97%). Las tasas de retirada al primer y tercer año fueron del 16,7% y 66,7%, respectivamente, siendo las principales causas de retirada la alteración del patrón de sangrado (25,7%) y el deseo de embarazo (17,1%). El Índice de Pearl del 0% determinó una efectividad del implante del 100%. El 28,8% presentó efectos secundarios, especialmente spotting (11,5%) y cefaleas (9,6%). El 53,8% se sintió satisfecha con el implante y el 63,6% mostró buena tolerancia. Ningún factor influyó de manera estadísticamente significativa en su retirada antes del primer y tercer año de tratamiento

CONCLUSIONES: El implante subcutáneo es un método anticonceptivo efectivo, seguro y bien tolerado.

PALABRAS CLAVE

Anticoncepción, etonogestrel, agentes anticonceptivos, anticoncepción hormonal

ABSTRACT

INTRODUCTION: Subcutaneous contraceptive implant is a reversible and long-acting contraceptive method with a broad indication spectrum

OBJECTIVE: To assess the effectiveness, safety and convenience of the contraceptive implant in women of childbearing age seen in Primary Care in Teruel's Sector.

METHODS: Observational retrospective analytical-descriptive study. Women of childbearing age (15-49 years) from Teruel's Sector who were inserted for the first time a contraceptive implant in Primary Care between May 18, 2016 and December 31, 2017 were included. Follow-up period: from insertion until December 31, 2020 or removal. Variables: sociodemographic, obstetric and gynaecological history, removal rates in the first and third year, effectiveness (Pearl Index), safety (side effects) and convenience (satisfaction and tolerance). Data sources: OMI-AP.

RESULTS: 52 women were included: mean age $30,2 \pm 6,6$ years, non-Spanish (69,2%), multiparous (66,7%) and who had previously used another contraceptive method (97%). Removal rates in the first and third year were 16,7% and 66,7%, respectively, being the alteration of the bleeding pattern (25,7%) and the desire for pregnancy (17,1%) the main reasons for removal. The Pearl Index of 0% determined an implant efficacy of 100%. 28,8% suffered side effects, especially spotting (11,5%) and cephalgia (9,6%). 53,8% were satisfied with the implant and 63,6% showed good tolerance. No factor had a statistically significant influence on its removal before the first and third year of treatment.

CONCLUSIONS: Contraceptive implant is an effective, safe and well-tolerated contraceptive method.

KEY WORDS

Contraception, etonogestrel, contraceptive agents, hormonal contraception

Trabajo Fin de Carrera

INTRODUCCIÓN

La Salud Sexual y la Salud Reproductiva son consideradas dos esferas esenciales para que los individuos alcancen un estado de salud y grado de bienestar satisfactorios tanto a nivel personal como social¹.

Estas dos realidades han ido evolucionando a lo largo del tiempo, sentando sus bases en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994. Posteriormente, la Cumbre del Milenio 2000 incluyó entre sus objetivos la mejora de la salud materna a nivel global^{2,3}.

La Salud Sexual y Reproductiva (SSR) está relacionada con la dignidad, autonomía y libertad de las personas y protegida a través de los derechos humanos y de un marco legislativo nacional (Anexo I)¹. La *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*⁴, trata aspectos como la educación y planificación reproductiva, la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios que permitan prevenir los embarazos no deseados y, por ende, disminuir las prácticas de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Para su aplicación, se elaboraron una serie de recomendaciones incluidas dentro de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*⁵.

Los embarazos no planificados constituyen un significativo problema de salud pública y se vinculan, en muchos casos, con la práctica de IVE¹. De un total de 95.917 IVE llevados a cabo en España (2018), 2.086 se realizaron en Aragón⁶. De entre estos, 1.722 se efectuaron a petición de la mujer sin estar motivados por la existencia de riesgo para la embarazada o el feto (Anexo II)⁷. En la *Encuesta de Anticoncepción en España (2018)*⁸ de la Sociedad Española de Contracción (SEC), un 28% de las encuestadas manifestaba no utilizar ningún método anticonceptivo y dentro de este porcentaje, un 7% presentaba riesgo de embarazo no planificado. Además, un 25% de las participantes mantenía relaciones sexuales de forma frecuente sin anticoncepción.

Surge, por tanto, la necesidad de garantizar la información y el acceso en materia de anticoncepción segura y eficaz a todas las mu-

eres en edad fértil para que puedan decidir libremente sobre su salud reproductiva¹.

En Aragón, siguiendo una línea estratégica basada en la contracepción, se crea el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva* (mayo 2016)⁹ que garantiza una atención anticonceptiva de calidad y equitativa y en el que se especifican las funciones de la matrona de área de Atención Primaria (AP): educación sanitaria, consejo anticonceptivo y seguimiento de los métodos anticonceptivos no invasivos de la mujer sana y sin factores de riesgo asociados.

En referencia a la disponibilidad anticonceptiva, los métodos reversibles y de larga duración (LARC: Long-Action Reversible Contraception) están cada vez más en auge debido – principalmente – a su alta eficacia, a su comodidad, a la escasez de efectos secundarios, a la posible recuperación de la fertilidad, a un coste-efectividad aceptable y a su amplio espectro de indicación (Anexo III y IV)^{10,11}. El implante subcutáneo hormonal (Implanon NXT[®]) contiene progestágeno (68 mg de etonogestrel), es eficaz y seguro en pacientes entre 18 y 40 años y puede permanecer insertado por vía subcutánea durante tres años¹². Sin embargo, según el *Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles (2019)*¹³ de la SEC, el método más utilizado sigue siendo el de barrera (38,1%) frente a los hormonales que ocupan el segundo lugar (27,6%) y donde el implante representa solo un 0,5% (Anexo V).

Por todo lo mencionado, este estudio pretende analizar la utilización del implante anticonceptivo en las mujeres en edad fértil del Sector de Teruel que iniciaron este método anticonceptivo en AP tras la implantación del *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*.

OBJETIVOS

- GENERAL

o Evaluar la efectividad, seguridad y conveniencia del implante anticonceptivo subcutáneo en las mujeres en edad fértil del Sector de Teruel atendidas en AP.

Trabajo Fin de Carrera

- ESPECÍFICOS

o Describir las características sociodemográficas y obstétrico-ginecológicas de las mujeres a las que se les inserta el implante anticonceptivo.

o Determinar la tasa de continuidad, la tasa de retirada precoz y la tasa de retirada antes del tercer año tras la inserción del implante. Describir las causas que contribuyen a su retirada.

o Identificar los factores que influyen en la retirada precoz y antes del tercer año tras la inserción del implante.

METODOLOGÍA

El presente trabajo se documentó mediante una revisión bibliográfica en diversas páginas web, bases de datos electrónicas y revistas, a las cuales se accedió principalmente a través de la Biblioteca Virtual del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Para la búsqueda se utilizaron palabras clave encontradas en otros artículos u obtenidas de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical Subject Headings (MeSH), y estas se combinaron a través del operador booleano AND (Tabla 1).

El cribado de los artículos del estudio se basó en los siguientes criterios de selección:

o Criterios de inclusión:

• Fecha de publicación en los 10 años previos a la revisión (2011-2021).

• Artículos en inglés y español.

o Criterios de exclusión:

• Artículos repetidos, de pago o de suscripción.

• Resumen sin interés para el tema a tratar.

- DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio observacional retrospectivo de tipo analítico-descriptivo.

- PERIODO DE ESTUDIO

El periodo de estudio incluyó desde el 18 de mayo de 2016 (fecha de inicio del Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva) hasta el 31 de diciembre de 2017. El seguimiento se realizó desde la inserción del implante hasta el 31 de diciembre de 2020 (para completar así los 3 años de tratamiento en aquellas mujeres a las que se les insertó el 31 de diciembre de 2017) o hasta su retirada.

- POBLACIÓN A ESTUDIO

Población femenina en edad fértil (15 - 49 años) del Sector de Teruel a la que se le insertó un implante anticonceptivo en el periodo de estudio, dispensado desde el Servicio de Farmacia de AP (SFAP) y colocado por la matrona de área de AP en los centros de salud del Sector, siguiendo los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2015¹⁰.

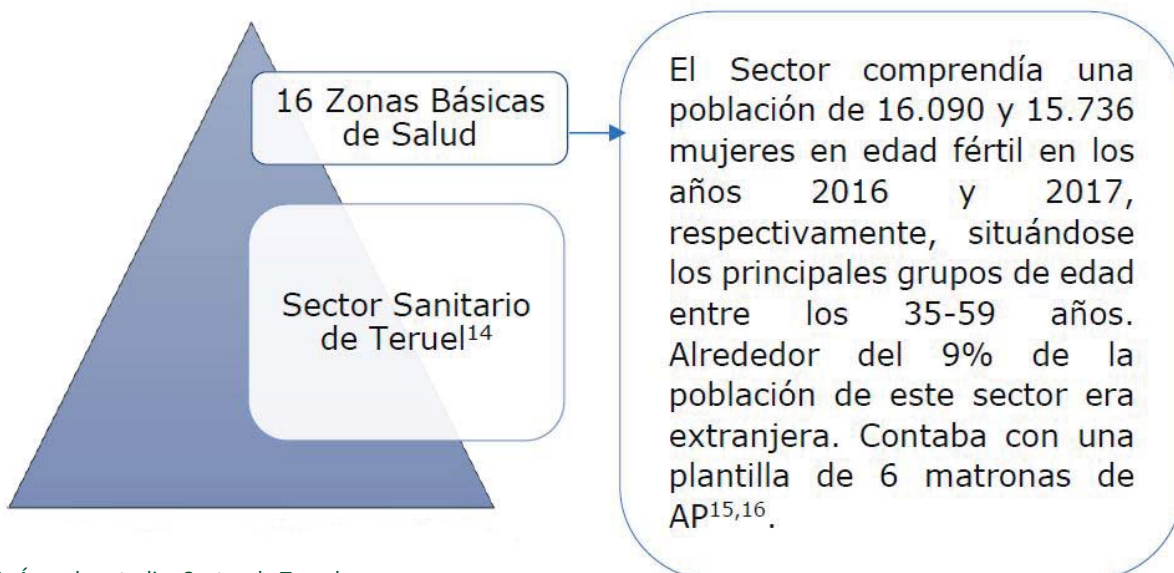


Fig. 1. Área de estudio- Sector de Teruel.

Bases de datos / Revistas	Palabras clave	Filtros	Resultados	Leídos	Utilizados
Pubmed	Etonogestrel implant	Free full text English-Spanish 2016-2021	77	37	15 ^{19,21,22,23,} 24,28,29,31, 32,33,34,37,38, 39,40
Dialnet	Etonogestrel	Artículo de revista	11	4	2 ^{26,27}
AJOG	Etonogestrel	2016-2021	48	8	0
FMC	Etonogestrel implant	Open Access 2016-2021	45	11	0
JAMA	Etonogestrel	2016-2021	3	1	0
Alcorze	Etonogestrel implant	2017-2021 revistas	136	23	136
Embase	Etonogestrel implant AND obesity	2016-2021	13	8	0
	AND breastfeeding		2	1	0
	AND side effects		34	10	0
Google Académico	Etonogestrel	2021	111	14	3 ^{18,20,30}
TOTAL					21
PÁGINAS WEB					
Federación de Planificación Familiar Estatal ¹					
Sociedad Española de Contracepción ^{8,13}					
Organización Mundial de la Salud ^{2,3,10,41}					
Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ⁵					
Instituto Nacional de Estadística ³³					
Instituto Aragonés de Estadística ^{6,7,15}					
Gobierno de Aragón ⁹					
Hospital Obispo Polanco ¹⁴					
Agencia de Conocimiento en Salud ¹¹					

Tabla 1. Descripción de la búsqueda bibliográfica.

Trabajo Fin de Carrera

o Criterios de inclusión

- o Mujeres a las que se les insertó por primera vez el implante en el periodo de estudio.

o Criterios de exclusión

- o Para el estudio de efectividad se excluyeron las mujeres que no cumplieron los tres años de tratamiento con el implante.

- VARIABLES DE ESTUDIO

Las principales variables objeto de estudio fueron:

- o Características sociodemográficas y factores de riesgo de la paciente: edad al inicio de la inserción del implante, nacionalidad, comorbilidades, índice de masa corporal (IMC), hábito tabáquico y antecedentes familiares de neo de mama.

- o Historia obstétrico-ginecológica: tipo menstrual, alteración del ritmo menstrual, paridad y utilización de anticonceptivos previos.

- o Relacionadas con el tratamiento a estudio:

- Inserción del implante: brazo, momento de inserción y reacciones tras la inserción.
- Extracción del implante: profesional que realiza la extracción, motivo de extracción, dificultad en la retirada y sustitución por otro método anticonceptivo.
- Generadas: tiempo con el implante, tasa de continuidad, tasa de retirada precoz (antes de un año) y tasa de retirada antes de los tres años de inserción.

- o Variables de efectividad: Índice de Pearl (tasa de embarazo).

- o Variables de seguridad: tipo de efecto secundario y número de efectos secundarios por mujer.

- o Variables de conveniencia: satisfacción y tolerancia percibidas. En la Tabla 2 se describen todas las variables del estudio.

- FUENTES DE INFORMACIÓN

- o La selección de las pacientes se llevó a cabo a partir de la base de Excel del SFAP del Sector de Teruel en la cual se registran los implantes dispensados a cada mujer (fecha de dispensación y centro de salud en el que se administra).

- o La información de las variables sociodemográficas y comorbilidades se recogió mediante el sistema de información para la AP en Aragón (OMI-AP) y el sistema informatizado de Historias Clínicas (HC) de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- ANÁLISIS ESTADÍSTICO

o Análisis descriptivo

La estadística descriptiva se realizó calculando las medias con \pm desviaciones estándar (DE) o la mediana y el rango intercuartílico (IQ) (percentil 75-percentil 25) para las variables cuantitativas; y las proporciones (frecuencias absolutas y relativas) para las variables cualitativas.

o Análisis bivariado:

Se evaluó la asociación de las variables estudiadas (variables independientes) entre las pacientes que completaron el primer y tercer año de tratamiento y las que no (variables dependientes). Para comparar medias (grupos independientes) se utilizó el *test t-Student* cuando las variables cuantitativas seguían una distribución normal. Se utilizó un contraste no paramétrico, el *test U-Mann Whitney*, cuando no seguían una distribución normal. Para analizar la normalidad de las variables se utilizó la *prueba de Kolmogorow-Sminrov con corrección de la significación de Lillefors*.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LA PACIENTE	
Edad al inicio de la inserción del implante	Cuantitativa continua (años) Codificación: cualitativa politómica (14-24 años, 25-29 años, 30-34 años, 35-45 años)
Nacionalidad	Cualitativa dicotómica (española, no española)
Hipertensión (HTA)	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Diabetes	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Índice de Masa Corporal (IMC)	Cuantitativa continua (kg/m ²) Codificación: cualitativa politómica (<18,50; =18,50-24,99; =25,00-29,99; ≥30,00 kg/m ²). La OMS clasifica el estado nutricional de acuerdo con el IMC en bajo peso (IMC<18,50 kg/m ²), normopeso (IMC=18,50-24,99 kg/m ²), preobesidad (IMC=25,00-29,99 kg/m ²) y obesidad (IMC≥30,00 kg/m ²) ⁴¹ .
Tabaco	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Antecedentes familiares de neo de mama	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Antecedentes de otras patologías de mama	Cualitativa dicotómica (sí, no)
VIH	Cualitativa dicotómica (sí, no)
VARIABLES DE LA HISTORIA OBSTÉTRICA -GINECOLÓGICA	
Tipo menstrual	Cualitativa politómica (regular, irregular, abundante, poco abundante)
Alteración ritmo menstrual	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Paridad al inicio de la inserción del implante	Cualitativa politómica (nulípara, primípara, múltipara)
Nº gestaciones	Cuantitativa discreta
Nº abortos	Cuantitativa discreta
Nº nacidos vivos	Cuantitativa discreta
Nº cesáreas	Cuantitativa discreta
Nº partos	Cuantitativa discreta
Utilización anticonceptivos previo al implante	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Tipo de anticonceptivo previo al implante	Cualitativa politómica (hormonal combinada, progestágeno, cobre, barrera)
Vía de administración de la anticoncepción hormonal (ACH)	Cualitativa politómica (oral, anillo, parche, píldora, implante, intrauterino)
VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO A ESTUDIO: INSERCIÓN DEL IMPLANTE	
Brazo	Cualitativa dicotómica (derecho, izquierdo)
Momento de inserción	Cualitativa politómica (previo al embarazo, posparto/ puerperio, postaborto programado, postaborto espontáneo, otros)
Lactancia	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Reacciones tras la inserción	Cualitativa politómica (irritación, molestias, hematoma en la zona de inserción)

Tabla 2. Variables del estudio

VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO A ESTUDIO: EXTRACCIÓN DEL IMPLANTE	
Profesional que realiza la extracción	Cualitativa dicotómica (matrona AP, ginecólogo)
Dificultad en la retirada	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Tipo de dificultad en la retirada	Cualitativa dicotómica (no se encuentra varilla, varilla insertada muy profunda)
Marca en la piel	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Motivo de la extracción	Cualitativa politómica (efecto secundario, problemas de tolerancia o incomodidad, plazo prescrito 3 años, deseo embarazo, indicación médica, problemas de localización del implante, alteración del patrón de sangrado, otras)
Situación del implante en la extracción	Cualitativa politómica (doblado in situ, desaparecido, rotura implante, otros)
Extracción por otro método anticonceptivo	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Tipo de anticonceptivo por el que se sustituye	Cualitativa politómica (hormonal combinada, progestágeno, cobre, barrera)
Vía de administración de la ACH	Cualitativa politómica (oral, anillo, parche, píldora, implante, intrauterino)
Alteración patrón sangrado	Definición según la OMS: patrones de sangrado en los 90 días de referencia ⁴² .
- Sangrado prolongado	Cualitativa dicotómica (sí, no). Se define como ≥ 1 sangrado durante 10 días. Cualitativa politómica (amenorrea (ausencia), más frecuente (>4 episodios), menos frecuente (<2 episodios), irregular)
- Frecuencia del sangrado	Cualitativa politómica (abundante, escaso, cantidad similar a una regla)
- Intensidad del sangrado	Cualitativa dicotómica (sí, no)
- Sangrado normal	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE ESTUDIO: GENERADAS	
Tiempo con el implante	Cuantitativa continua (meses). Diferencia entre la fecha de extracción y la de inserción. Codificación: cualitativa dicotómica (< 1 año y ≥ 1 año, < 3 años y ≥ 3 años) Variable dependiente
Tasa de retirada precoz	Cociente entre el número de implantes retirados antes del primer año y el total de implantes insertados x 100.
Tasa de retirada antes del tercer año	Cociente entre el número de implantes retirados antes del tercer año y el total de implantes insertados x 100.
Continuidad (≥ 12 meses, ≥ 24 meses, ≥ 36 meses)	Se calculan las variables a partir del tiempo con el implante. Codificación: Cualitativa dicotómica (< 12 y ≥ 12 meses, < 24 y ≥ 24 meses, <36 y ≥ 36 meses)
VARIABLES DE EFECTIVIDAD	
Índice de Pearl (tasa de embarazo)	Número de embarazos en un periodo de 12 meses por 100 mujeres

Tabla 2. Variables del estudio

Trabajo Fin de Carrera

VARIABLES DE SEGURIDAD	
Efecto secundario	Cualitativa dicotómica (sí, no).
Nº efectos secundarios por mujer	Cualitativa politémica (0, 1, 2, 3, > 3 efectos secundarios)
Acné, sensación de plenitud mamaria, cefalea, manchado genital (spotting), vaginitis, infección del tracto respiratorio, sinusitis, dolor abdominal, dolor de espalda, dolor de brazo, ansiedad/ depresión, aumento de peso, disminución de la libido, mareos, cambios de humor, cloasma, elevación de la bilirrubina, náuseas/ vómitos, cansancio	Cualitativa dicotómica (sí, no).
VARIABLES DE CONVENIENCIA	
Satisfacción percibida	Cualitativa dicotómica (sí, no)
Tolerancia percibida	Cualitativa dicotómica (buena, mala).

Tabla 2. Variables del estudio

Para contrastar las variables cualitativas se aplicó el *test de Chi- Cuadrado (χ^2)* que fue sustituido por el *test exacto de Fisher o Asociación lineal por lineal* cuando no se cumplían los criterios de aplicación.

El nivel de confianza fijado en las comparaciones fue del 95%, aceptándose como significativas las diferencias con un valor de $p \leq 0,05$. Se utilizó el programa estadístico SPSS.

- CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio, desarrollado desde un punto de vista observacional, no planteó problemas éticos ya que se trabajó – de forma retrospectiva- con datos recogidos de las HC sin provocar cambios en el tratamiento de las pacientes ni realizar pruebas diagnósticas.

Toda la información recopilada fue considerada confidencial. El tratamiento de los datos se realizó de forma pseudoanonimizada, utilizando un código dissociado para cada paciente. En todo momento, se respetó lo establecido por la *Ley 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos*

*digitales*¹⁷, no existiendo -por tanto- ningún dato de carácter personal que permitiera identificar a las pacientes. No se planteó solicitar el consentimiento informado a las pacientes dada la dificultad que suponía acceder a ellas.

Este estudio obtuvo la autorización de la Dirección de AP del Sector de Teruel para el acceso a las HC y el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA) (Anexo VI).

No se dispuso de presupuesto específico para la realización del trabajo ya que no requirió material adicional para su ejecución.

El Anexo VII muestra el cronograma del estudio.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, se insertaron un total de 53 implantes por las matronas en AP; 52 de ellos a mujeres que iniciaron este método anticonceptivo por primera vez (edad media $30,2 \pm 6,6$ años, el 69,2% ($n=36/52$) de nacionalidad no española).

Trabajo Fin de Carrera



Fig. 2. Selección de las pacientes del estudio.

El 20,5% (n=8/39) consumía tabaco. Un 26,7% (n=8/30) presentaba preobesidad (IMC=25,00-29,99 kg/m²) y un 20,0% (n=6/30) obesidad (IMC≥30,00 kg/m²), siendo el IMC medio de 26,2 ± 4,5 kg/m².

En relación a la salud reproductiva, el 66,7% (n=12/18) era multípara con una mediana de 2,0 (2,00-1,00) hijos. El 38,5% (n=10/26) presentaba un ritmo menstrual alterado y el 56,3% (n=9/16) un patrón menstrual irregular. Previo a la inserción del implante, el 97% (n=32/33) de las participantes utilizaba un método anticonceptivo, siendo los más empleados el hormonal combinado (46,9% (n=15/32)) y el hormonal gestágeno (43,8% (n=14/32)) por vía oral (93,3% (n=28/30)). En la Tabla 3 se recogen las características de la población de estudio.

El implante se insertó al 14,3% (n=7/49) de las mujeres en puerperio, el 71,4% (n=5/7) de ellas en periodo de lactancia.

ALTERACIONES PATRÓN DE SANGRADO

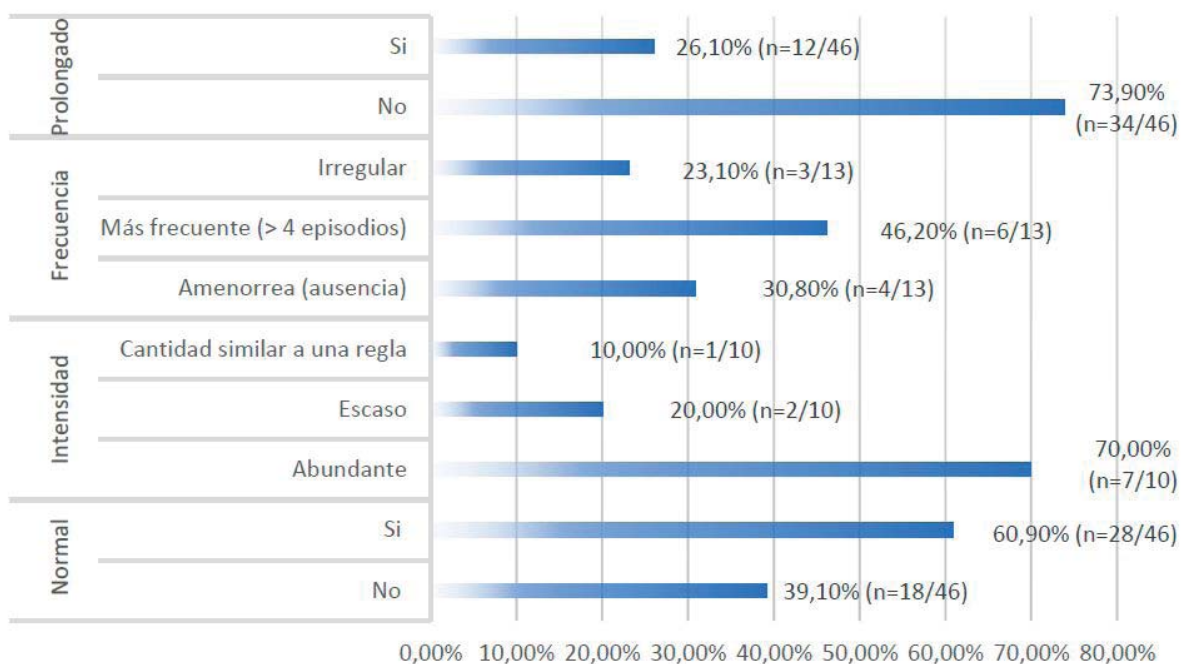


Gráfico 1. Alteraciones del patrón de sangrado

MOTIVOS DE EXTRACCIÓN

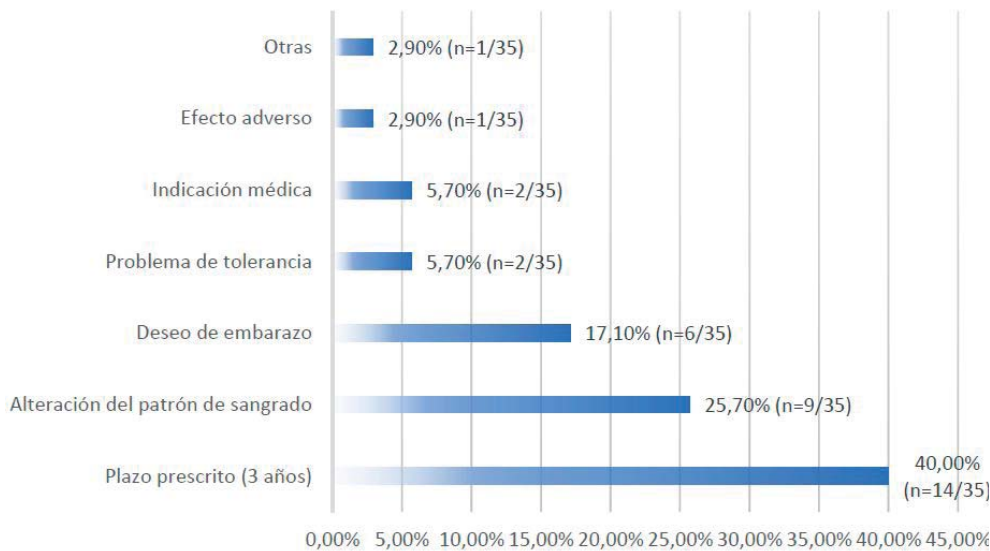


Gráfico 2. Motivos de la extracción del implante (n=35/52).

TIPO DE ANTICONCEPTIVO DE SUSTITUCIÓN Y SU VÍA DE ADMINISTRACIÓN

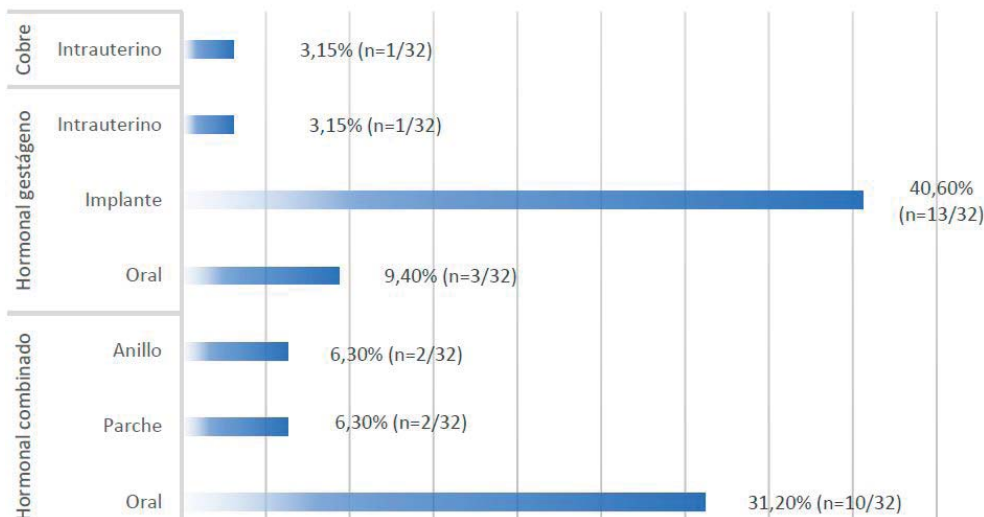


Gráfico 3. Tipo de anticonceptivo de sustitución y su vía de administración (n=32/52).

EFECTOS SECUNDARIOS

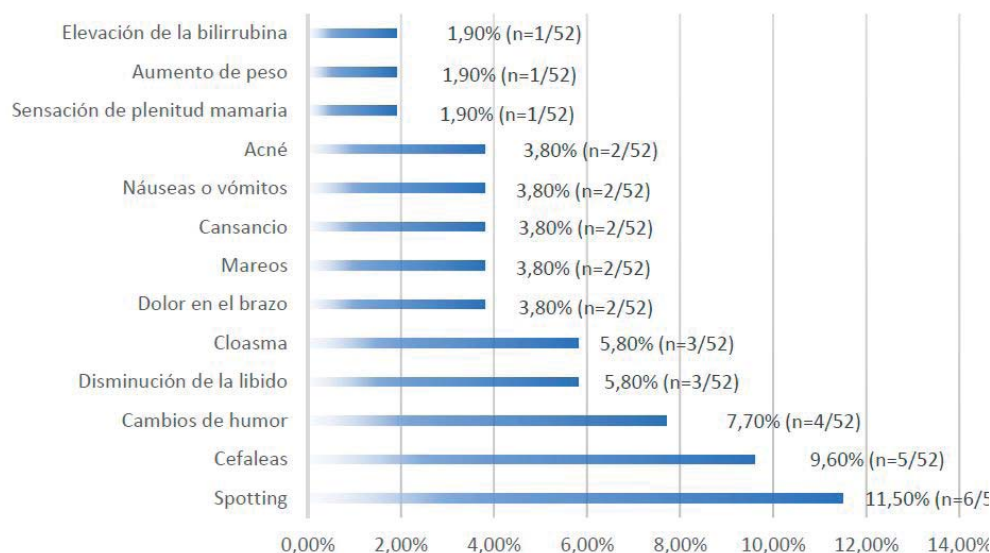


Gráfico 4. Efectos secundarios relacionados con el implante

Trabajo Fin de Carrera

El brazo de elección para la inserción fue el izquierdo (96,6% (n=28/29)) y no se produjeron complicaciones relacionadas con la inserción.

Tras la inserción del implante, el 39,1% (n=18/46) de las mujeres presentó un sangrado anormal, el 70% (n=7/10) abundante y el 46,2% (n=6/13) más frecuente (Gráfico 1).

A los 12, 24 y 36 meses, la tasa de continuidad se correspondía con un 83,3% (n=40/48), un 68,8% (n=33/48) y un 33,3% (n=16/48), respectivamente; siendo la mediana del tiempo que las pacientes portaron el implante de 34,6 (36,4-17,3) meses. La tasa de retirada precoz en el primer año fue del 16,7% (n=8/48). Se retiraron 32 implantes (66,7%) antes de completar los tres años de tratamiento, siendo las principales causas de retirada la alteración del patrón de sangrado (25,7% (n=9/35)) y el deseo de embarazo (17,1% (n=6/35)) (Gráfico 2). 16 mujeres (30,8% (n=16/48)) portaron el implante durante más de tres años, con una mediana de tiempo de 36,63 (37,22-36,41) meses.

Las matronas de AP realizaron el 87,2% (n=34/39) de las extracciones. Se registraron dificultades en la extracción del implante en 3 mujeres, en 2 de ellas la varilla del implante estaba profunda o no se encontraba. Solo una paciente presentó marca en la piel tras la extracción. En el 91,4% (n=32/35) de las pacientes, el implante anticonceptivo se sustituyó por otro implante (40,6% (n=13/32)) o por un método hormonal combinado administrado por vía oral (31,2% (n=10/32)), principalmente (Gráfico 3).

Para el estudio de efectividad, se incluyeron 16 mujeres en las que no se produjo ningún embarazo durante el tratamiento con el implante, lo que se corresponde con un Índice de Pearl del 0% (efectividad del 100%).

Se registraron efectos secundarios en 15 (28,8%) de las 52 mujeres que se incluyeron en el estudio durante el tratamiento con el implante: 1 efecto secundario (53,3% (n=8/15)), 2 (20,0% (n=3/15)) y más de 3 (26,7% (n=4/15)); asociados principalmente a spotting (11,5% (n=6/52)), cefaleas (9,6% (n=5/52)) y cambios de humor (7,7% (n=4/52)) (Gráfico 4).

En cuanto a la conveniencia del método anticonceptivo, el 53,8% (n=7/13) se sintió satisfecha con el implante y el 63,6% (n=14/22) mostró buena tolerancia.

Ningún factor influyó de manera estadísticamente significativa en la retirada precoz (Tabla 4) del implante ni antes de los tres años (Tabla 5).

El implante se retiró antes de alcanzar los tres años de tratamiento en el 100% de las mujeres obesas (p=0,098), en el 100% de las primíparas (p=0,221) y en el 83,3% y 100% de las mujeres con sangrados más frecuentes e irregulares, respectivamente (p=0,057). El 100% de las mujeres que no usaban métodos anticonceptivos previos completaron los tres años con el implante, frente al 23,3% que sí que usaban (p=0,258).

N=52		
Variables cuantitativas		
	Media ± DE	Mediana (IQ)
Edad (años) (n=52/52)	30,16 ± 6,62	29,66 (35,48-25,60)
IMC (kg/m ²) (n=30/52)	26,21 ± 4,47	24,70 (29,50-23,48)
Salud reproductiva		
- Nº gestaciones (n=35/52)	2,37±1,68	2,00 (3,00-1,00)
- Nº abortos (n=35/52)	0,40±0,65	0,00 (1,00-0,00)
- Nº nacidos vivos (n=35/52)	1,91±1,60	2,00 (2,00-1,00)
- Nº cesáreas (n=31/52)	0,19±0,40	0,00 (0,00-0,00)
- Nº partos (n=31/52)	1,74±1,79	2,00 (2,00-1,00)

Tabla 3. Características de la población de estudio.

Variables cualitativas		
	n	%
Grupos de edad (n=52/52)		
- 15-24 años	11	21,2
- 25-29 años	16	30,8
- 30-34 años	12	23,1
- 35-45 años	13	25,0
Nacionalidad (n=52/52)		
- Española	16	30,8
- No española	36	69,2
Factores de riesgo/ Comorbilidades		
- IMC (kg/m²) (n=30/52)		
• <18,50 bajo peso	-	-
• 18,50-24,99 normopeso	16	53,3
• 25,00-29,99 preobesidad	8	23,7
• ≥ 30,00 obesidad	6	20,0
- Tabaco (n=39/52)	8	20,5
- Alcohol (n=36/52)	3	8,3
- Hipertensión (n=52/52)	-	-
- DM (n=52/52)	1	1,9
- Dislipemia (n=52/52)	1	1,9
- VIH (n=52/52)	1	1,9
Antecedentes		
- Familiares neo demama (n=25/52)	2	8,0
- Patología de mama (n=24/52)	1	4,2
Salud reproductiva		
- Tipo menstrual (n=16/52)		
• Regular	6	37,5
• Irregular	9	56,3
• Abundante	1	6,3
- Alteración ritmo menstrual (n=26/52)	10	38,8
- Paridad (n=18/52)		
• Nulípara	2	11,1
• Primípara	4	22,2
• Multípara	12	66,7
- Método anticonceptivo previo (n=33/52)	32	97,0
- Tipo anticonceptivo previo (n=32/52)		
• Hormonal gestágeno	14	43,8
• Hormonal combinado	15	46,9
• Cobre	1	3,1
• Barrera	2	6,3
- Vía administración ACH previo (n=30/52)		
• Oral	28	93,3
• Parche	1	3,3
• Intrauterino	1	3,3

Tabla 3. Características de la población de estudio.

Variables que siguen distribución normal: edad, IMC. / Variables que no siguen distribución normal: nº gestaciones, nº abortos, nº / nacidos vivos, nº cesáreas, nº partos

N=52*			
	Tiempo ≥ 1 año n=40/48(83,3%)	Tiempo < 1 año n=8/48(16,7%)	P
VARIABLES CUANTITATIVAS	Media ± DE / Mediana (IQ)	Media ± DE / Mediana (IQ)	
Edad (años) (n=48/48)	29,77 ± 6,54	31,13 ± 6,51	p=0,714 ^x
Nº gestaciones (n=35/48)	2,00 (3,00-1,50)	2,00 ± 0,89	p=0,643 ^x
Nº abortos (n=35/48)	0,00 (1,00-0,00)	0,33 ± 0,52	p=0,903 ^x
Nº nacidos vivos (n=35/48)	2,00 (2,50-1,00)	1,50 ± 0,55	p=0,419 ^x
Nº partos (n=31/48)	2,00 (2,25-0,75)	1,60 ± 0,55	p=0,976 ^x
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	P
Nacionalidad			
- Española (n=13/48)	12 (92,3)	1 (7,7)	p=0,418
- No española (n=35/48)	28 (80,0)	7 (20,0)	
IMC (kg/m²)			
- Normal (n=14/48)	13 (92,9)	1 (7,1)	p=0,151 [•]
- Preobesidad (n=7/48)	6 (85,7)	1 (14,3)	
- Obesidad (n=6/48)	4 (66,7)	2 (33,3)	
Paridad			
- Nulípara (n=1/48)	1 (100,0)	0 (0,0)	p=0,712 [•]
- Primípara (n=4/48)	2 (50,0)	2 (50,0)	
- Multípara (n=10/48)	8 (80,0)	2 (20,0)	
Momento inserción			
- Previo al embarazo (n=4/48)	4 (100,0)	0 (0,0)	p=0,444 [•]
- Posparto (n=7/48)	6 (85,7)	1 (14,3)	
- Otros (n=34/48)	28 (82,4)	6 (17,6)	
Historia anticonceptiva			
- No (n=1/48)	1 (100,0)	0 (0,0)	p=1,000 [•]
- Si (n=30/48)	23 (76,7)	7 (23,3)	
Tabaco			
- No (n=28/48)	24 (85,7)	4 (14,3)	p=1,000 [•]
- Si (n=8/48)	7 (87,5)	1 (12,5)	
Lactancia			
- No (n=2/48)	1 (50,0)	1 (50,0)	p=0,286 [•]
- Si (n=5/48)	5 (100,0)	0 (0,0)	
Alteración ritmo menstrual			
- No (n=15/48)	13 (86,7)	2 (13,3)	p=1,000 [•]
- Si (n=9/48)	8 (88,9)	1 (11,1)	

Tabla 4. Factores que influyen en la retirada precoz del implante.

Sangrado prolongado			p=1,000 ●
- No (n=34/48)	13 (86,7)	2 (13,3)	
- Si (n=12/48)	8 (88,9)	1 (11,1)	
Frecuencia sangrado			
- Amenorrea (n=4/48)	4 (100,0)	0 (0,0)	
- Más frecuente (n=6/48)	4 (66,7)	2 (33,3)	p=0,376▪
- Irregular (n=3/48)	2 (66,7)	1 (33,3)	
Intensidad sangrado			
- Abundante (n=7/48)	4 (57,1)	3 (42,9)	
- Escaso (n=2/48)	2 (100,0)	0 (0,0)	p=0,236▪
- Similar a regla (n=1/48)	1 (100,0)	0 (0,0)	
Nº Efectos secundarios			
- 1 (n=8/48)	6 (75,0)	2 (25,0)	
- 2 (n=3/48)	2 (66,7)	1 (33,3)	p=0,403▪
- > 3 (n=4/48)	2 (50,0)	2 (50,0)	

Tabla 4. Factores que influyen en la retirada precoz del implante.

* No se dispone de la fecha de extracción del implante en 4 pacientes incluidas en el estudio (7,7% (n=4/52)).

xTest U de Mann-Whitney

● Test exacto de Fisher

▪ Asociación lineal por lineal

N=52*			
	Tiempo ≥ 3 años n=16/48(33,3%)	Tiempo < 3 años n=32/48(66,7%)	P
VARIABLES CUANTITATIVAS	Media ± DE / Mediana (IQ)	Media ± DE / Mediana (IQ)	
Edad (años) (n=48/48)	30,88 ± 7,62	29,55 ± 5,92	p=0,484 ^x
Nº gestaciones (n=35/48)	2,00 (3,50-1,00)	2,24 ± 1,04	p=0,787 ^x
Nº abortos (n=35/48)	0,00 (0,00-0,00)	0,00 (1,00-0,00)	p=0,217 ^x
Nº nacidos vivos (n=35/48)	2,00 (3,25-1,00)	1,76 ± 0,99	p=0,44 ^x
Nº partos (n=31/48)	1,00 (3,00-1,00)	1,67 ± 1,28	p=1,000 ^x
VARIABLES CUALITATIVAS	n (%)	n (%)	P
Nacionalidad			
- Española (n=13/48)	2 (15,4)	11 (84,6)	
- No española (n=35/48)	14 (40,0)	21 (60,0)	p=0,170●
IMC (kg/m²)			
- Normal (n=14/48)	6 (42,9)	8 (57,1)	
- Preobesidad (n=7/48)	3 (42,9)	4 (57,1)	p=0,098▪
- Obesidad (n=6/48)	0 (0,0)	6 (100,0)	

Tabla 5. Factores que influyen en la retirada del implante antes de los tres años.

Paridad - Nulípara (n=1/48) - Primípara (n=4/48) - Multípara (n=10/48)			p=0,221•
	0 (0,0)	1 (100,0)	
	0 (0,0)	4 (100,0)	
	3 (30,0)	7 (70,0)	
Momento inserción implante - Previo al embarazo (n=4/48) - Posparto (n=7/48) - Otros (n=34/48)			p=0,196•
	1 (25,0)	3 (75,0)	
	1 (14,3)	6 (85,7)	
	14 (41,2)	20 (58,8)	
Historia anticonceptiva - No (n=1/48) - Si (n=30/48)			p=0,258●
	1 (100,0)	0 (0,0)	
	7 (23,3)	23 (76,7)	
Tabaco - No (n=28/48) - Si (n=8/48)			p=1,000●
	9 (32,1)	19 (67,9)	
	2 (25,0)	6 (75,0)	
Lactancia - No (n=2/48) - Si (n=5/48)			p=1,000●
	0 (0,0)	2 (100,0)	
	1 (20,0)	4 (80,0)	
Tipo menstrual - Regular (n=4/48) - Irregular (n=9/48) - Abundante (n=1/48)			p=0,302•
	0 (0,0)	4 (100,0)	
	5 (55,6)	4 (44,4)	
	0 (0,0)	1 (100,0)	
Alteración ritmo menstrual - No (15/48) - Si (9/48)			p=1,000●
	6 (40,0)	9 (60,0)	
	4 (44,4)	5 (55,6)	
Sangrado prolongado - No (n=34/48) - Si (n=12/48)			p=0,170●
	14 (41,2)	20 (58,8)	
	2 (16,7)	10 (83,3)	
Frecuencia sangrado - Amenorrea (n=4/48) - Más frecuente (n=6/48) - Irregular (n=3/48)			p=0,057•
	3 (75,0)	1 (25,0)	
	1 (16,7)	5 (83,3)	
	0 (0,0)	3 (100,0)	

Tabla 5. Factores que influyen en la retirada del implante antes de los tres años.

Intensidad sangrado			p=0,821▪
- Abundante (n=7/48)	1 (14,3)	6 (85,7)	
- Escaso (n=2/48)	1 (50,0)	1 (50,0)	
- Similar a regla (n=1/48)	0 (0,0)	1 (100,0)	
Sangrado normal			p=0,210●
- No (n=18/48)	4 (22,2)	14 (77,8)	
- Si (n=28/48)	12 (42,9)	16 (57,1)	
Nº Efectos secundarios			
- 1 (n=8/48)	1 (12,5)	7 (87,5)	p=0,656▪
- 2 (n=3/48)	2 (66,7)	1 (33,3)	
- > 3 (4/48)	1 (25,0)	3 (75,0)	

Tabla 5. Factores que influyen en la retirada del implante antes de los tres años.

*No se dispone de la fecha de extracción del implante en 4 pacientes incluidas en el estudio (7,7% (n=4/52))

xTest U de Mann-Whitney

●Test exacto de Fisher

▪ Asociación lineal por lineal

DISCUSIÓN

En nuestro estudio, la edad promedio en el momento de la inserción del implante es similar a la descrita en trabajos previos (28-31,2 años)^{18,19,20,21,22}, lo que indica que es un método anticonceptivo aceptable entre la población joven. La ficha técnica del implante especifica su eficacia y seguridad en mujeres entre 18 y 40 años, aunque ambas están probadas fuera de ese intervalo^{12,18,19,22,23,24}.

Un alto porcentaje de las mujeres que utilizan el implante anticonceptivo son de nacionalidad no española (69,2%), lo que podría justificarse por la llegada de población inmigrante en edad fértil a las zonas rurales de la provincia de Teruel y por ser un método anticonceptivo financiado en Aragón¹¹. El proyecto CHOICE²⁵ demuestra que reducir el coste del implante, aumenta su utilización; disminuyendo así el número de embarazos no deseados y pudiendo ser considerado como una primera elección anticonceptiva²⁶.

Cabe destacar el elevado porcentaje de mujeres con preobesidad (26,7%) y obesidad (20,0%) que inician este método anticonceptivo, aunque ninguna mujer obesa alcanza los tres años de tratamiento. Entre las posibles explicaciones estarían las irregularidades menstruales, que son la causa más común de discontinuidad entre las mujeres obesas²⁷ y que el laboratorio aconseja retirar el implante antes de los tres años en mujeres con sobrepeso dada la limitada experiencia clínica¹². Sin embargo, el implante subcutáneo es un método anticonceptivo efectivo incluso durante más de 3 años y en mujeres con obesidad^{20,23,26,27}. Datos publicados por la OMS²⁸ y el estudio EPIC²⁹ revelan una eficacia del 100% a los 4 y 5 años sin diferencias importantes en cuanto a la aparición de efectos secundarios y con unos niveles séricos de etonogestrel mantenidos en todos los IMC; lo que puede influir en su recomendación por parte de los profesionales y en su elección por parte de las pacientes.

Trabajo Fin de Carrera

La mayoría de las pacientes inician el uso del implante tras el empleo de otro método anticonceptivo^{18,19,21}, quizás por desconocimiento de su disponibilidad. El *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva* se plantea como un modelo a seguir en España²⁶, resultando necesario promover el acceso al mismo, así como el uso del implante durante la práctica clínica en las consultas tanto de la matrona como de enfermería de AP mediante campañas, medios de comunicación y redes sociales³⁰.

La tasa de retirada precoz en el primer año (16,7%) es similar a la descrita en estudios previos (15-16,6%)^{24,31} -incluyendo aquellos realizados en adolescentes- lo que muestra una elevada tolerancia del implante anticonceptivo. En cambio, la tasa de continuidad a los tres años (33,3%) es inferior a las referidas en otros trabajos (35-66%)^{21,31,32}. Esta diferencia puede deberse a la edad y a la paridad²⁴, ya que la media de edad de las mujeres de nuestro estudio se acerca a la edad media de maternidad en España (32,25 años según datos del INE 2019³³) y todas las nulíparas y primíparas suspenden el tratamiento antes de los tres años, lo que puede asociarse con el deseo gestacional. También podría estar relacionado con la falta de un consejo anticonceptivo adecuado en cuanto a los beneficios (eficacia, seguridad y duración), posibles inconvenientes (efectos secundarios y alteración del patrón de sangrado) y su manejo^{18,19,31,34,35}.

Así mismo, la tasa de continuidad al año en las mujeres puérperas (85,7%) es inferior con respecto a otros estudios (>95%)^{35,36}. No obstante, sigue siendo un valor alto que puede estar motivado por la necesidad de prevenir un nuevo embarazo o dejar un espacio de tiempo suficiente antes del siguiente. Por otro lado, en las mujeres en periodo de lactancia, la tasa de continuidad al año fue del 100% ya que el implante puede utilizarse durante este tiempo al no haberse producido efectos negativos en la salud de los niños^{12,37}. Los perfiles favorables de tolerancia y de satisfacción y la inusual aparición de complicaciones o dificultades durante la inserción y la retirada pueden vincularse con una posterior reinserción^{18,19,38}.

Al igual que exponen otros estudios^{18,19,20,27,31,39}, las principales causas de retirada

en nuestras pacientes son el deseo de embarazo y la alteración del patrón de sangrado descrito como un sangrado prolongado, frecuente e irregular. En un estudio llevado a cabo en Australia³⁹, los motivos para la retirada del implante se asociaron tanto a costes físicos como psicológicos, relacionales y financieros derivados de los efectos secundarios. Las cefaleas, mareos, cambios de humor y acné referidos por las mujeres del estudio han sido recogidos previamente en la bibliografía^{19,20,26,27,39}. Este hecho remarca la importancia de aconsejar a las mujeres acerca de los potenciales efectos secundarios del implante.

Destaca que, solo en una paciente se notifica como efecto secundario el aumento de peso. La evidencia es inconcluyente a la hora de determinar si el implante produce cambios en el peso²⁰. Varias investigaciones sostienen la ausencia de asociación estadísticamente significativa^{23,26}, sin embargo, *Bahamondes et al* (2018) exponen un aumento de peso de 3kg a los tres años de seguimiento en las pacientes con el implante⁴⁰.

Como indica el *Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva*⁹, las enfermeras de AP y las matronas tienen un papel fundamental a la hora de llevar a cabo un consejo anticonceptivo, indicación y seguimiento adecuados de estos métodos -en este caso del implante- para aumentar la tasa de continuidad y la satisfacción entre las pacientes.

Las principales limitaciones del estudio son el diseño retrospectivo y el tamaño de la muestra reducido y limitado a un sector sanitario.

Como fortalezas, nuestro estudio aporta datos de efectividad y seguridad obtenidos en condiciones reales de práctica clínica; así como información relevante sobre los patrones de uso en un sector sanitario, las características de las pacientes que los utilizan y los principales motivos de su retirada; lo que permitirá incidir sobre estos aspectos para mejorar las tasas de continuidad y optimizar el tratamiento con el implante anticonceptivo.

Para próximos estudios, sería necesario aumentar el tamaño de la muestra para poder obtener resultados significativos sobre los fac-

Trabajo Fin de Carrera

tores que influyen en la retirada del implante anticonceptivo; asimismo complementar el estudio cuantitativo con un enfoque cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas dirigidas a las mujeres en edad fértil y matronas de AP para abordar aspectos importantes de la utilización del implante subcutáneo y del consejo anticonceptivo.

CONCLUSIONES

1. El implante subcutáneo de etonogestrel es un método anticonceptivo efectivo, seguro y bien tolerado.
2. Las mujeres a las que se inserta el implante son jóvenes, de nacionalidad no española, multiparas y que previamente habían usado otro método anticonceptivo.
3. La tasa de continuidad del implante es baja, siendo la alteración del patrón de sangrado y el deseo gestacional las principales causas de retirada.
4. Ningún factor influyó de forma estadísticamente significativa en la retirada precoz del implante ni antes de los tres años de su inserción.

Trabajo Fin de Carrera

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín C, Montero J. El acceso de las mujeres a la anticoncepción en las comunidades autónomas [monografía en Internet]. Madrid: Federación de Planificación Familiar Estatal; 2016 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2017/02/DEF_Acceso-Anticoncep-CC.AA_.pdf
2. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [monografía en Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado 20 noviembre 2020]. Temas de Salud: Objetivos de Desarrollo Milenio. Disponible en: https://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/
4. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, núm.55, de 4 marzo de 2010 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>
5. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 20 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>
6. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Instituto Aragonés de Estadística [citado 20 noviembre 2020]. Comunicado. Interrupciones voluntarias de embarazo. Año 2018. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/20200702_COMUNI_CADOIVEs+2018.+AC.pdf/1061383c-bb2d-eb5e-91f2-8d5df1c3b529?t=1593677159070
7. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Instituto Aragonés de Estadística [citado 21 noviembre 2020]. Interrupción voluntaria del embarazo según grupo de edad de la mujer y motivo de interrupción. Disponible en: <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/tabla.do?path=/04/12/01/&file=041201A11.px&type=pcaxis&L=0>
8. Encuesta de Anticoncepción en España, 2018 [monografía en Internet]. Madrid: Sociedad Española de Contracepción; 2018 [citado 21 noviembre 2020]. Disponible en: <http://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf>
9. Repollés S. Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón [monografía en Internet]. Zaragoza: Gobierno de Aragón Departamento de Salud; 2016 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Programa_Anticoncepcion_Aragon_11052016.pdf/616fe031-f943-a22e-5f6d-827fdd65dd2e
10. Medical eligibility criteria for contraceptive use [monografía en Internet]. 5ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?sequence=9
11. Repollés S. Prevención de embarazos no deseados y anticoncepción reversible de larga duración [monografía en Internet]. Agencia de Conocimiento en Salud [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/1189/3_Prevencion%20embarazos%20non%20des%20exados.pdf
12. Ficha técnica Implanon NXT® 68 mg implante [Internet]. Madrid: Merck Sharp & Dohme de España, S.A; 2019 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/62628/62628_ft.pdf
13. Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles [monografía en Internet]. Sociedad Española de Contracepción; 2019 [citado 22 noviembre 2020]. Disponible en: http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf
14. Hospital Obispo Polanco [Internet]. Teruel: Hospital Obispo Polanco [citado 23 noviembre 2020]. Área de asistencia. Disponible en: <http://www.opolanco.es/area-asistencia.php>
15. Instituto Aragonés de Estadística [Internet]. Instituto Aragonés de Estadística [citado 25 noviembre 2020]. Población y pirámides de población de las zonas de salud. Disponible en: https://aplicacionesportalaragon.aragon.es/tablas/iaest/areas-tematicas/04_salud/pobla-

Trabajo Fin de Carrera

- cion-y-piramides-de-poblacion-de-las-zonas-de-salud.html
16. Servicio Aragonés de Salud [Internet]. Servicio Aragonés de Salud; 2018 [citado 23 noviembre 2020]. Gerencia del Sector Teruel Atención Primaria Teruel (Categoría 1). Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/PO_ATENCION_PRIMARIA_TERUEL.pdf/b10ff8c7-4405-8d22-a416-52b9a76ffb74
 17. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm.294, de 6 diciembre de 2018 [citado 18 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
 18. Geja E, Belayneh F, Legesse D, Tsegaw D, Abuka T, Gebremariam A, et al. Prevalence of Early Removal of Long-Acting Contraceptive Methods and Its Associated Factors in Sidama Regional State, Ethiopia. *Open Access J Contracept*. 2021; 12: 34-44. Acceso web: <https://doi.org/10.2147/OAJC.S280405>
 19. Beesham I, Smit J, Beksinska M, Panday M, Makatini V, Evans S. Reasons for requesting removal of the hormonal implant, Implanon NXT, at an urban reproductive health clinic in KwaZulu-Natal, South Africa. *S Afr Med J*. 2019; 109 (10): 750-755. Acceso web: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2019.v109i10.00012>
 20. Moray KV, Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reprod Health* [Internet]. 2021 [citado 29 marzo 2021]; 18 (4): [24 págs]. Disponible en: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01054-y>
 21. Mesha M, Alemayehu A, Daka D. Prevalence and factors associated with early discontinuation rate of Implanon utilization among women who ever used Implanon in Kucha District Gamo Gofa Zone, Southern Ethiopia. *BMC Women's Health* [Internet]. 2020 [citado 29 marzo 2021]; 20 (239): [7 págs]. Disponible en: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-020-01096-1>
 22. López E, Serrano C, Castillo AM, González E, García F, Gómez MT, et al. Influence of age on tolerability, safety and effectiveness of subdermal contraceptive implants. *J Obstet Gynaecol*. 2018; 38 (7): 979-984. Acceso web: <https://doi.org/10.1080/01443615.2018.1430753>
 23. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. *J Adolesc Health*. 2016; 58 (3): 284-289. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.254>
 24. Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF. Long-Acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 216 (4): 364.e1-364.e12. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.12.024>
 25. Birgisson NE, Zhao Q, Secura GM, Madden T, Peipert JF. Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in Review. *J Womens Health*. 2015; 24 (5): 349-353. Acceso web: <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5191>
 26. Lete I. Eficacia, seguridad y tolerabilidad del implante anticonceptivo de varilla única con etonogestrel. *Prog Obstet Ginecol*. 2020; 63 (2): 81-93.
 27. Fernández M, Urdaneta JR, Contreras A, Labarca L, Baabel N. Implante anticonceptivo sub-dérmico liberador de etonogestrel: Moda o solución a la disponibilidad de contraceptivos en Venezuela según sus propiedades farmacológicas (revisión). *Vitae: Academia Biomédica Digital* [Internet]. 2017 [citado 2 abril 2021]; 72: [8 págs]. Disponible en: https://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_5656.pdf
 28. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016; 31 (11): 2491-2498. Acceso web: <https://doi.org/10.1093/humrep/dew222>
 29. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged Use of the Etonogestrel Implant and Levonorgestrel Intrauterine Device - Two Years Beyond FDA-Approved Duration. *J Am J Obstet Gynecol*. 2017; 216 (6): 586.e1-586.e6. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.036>
 30. McKenna R. Increasing use of long-acting contraception in primary care. *Independent nurse*. 2017; 2017: 26-29.

Trabajo Fin de Carrera

31. G/Medhin T, Gebrekidan KG, Nerea MK, Gerezgiher H, Haftu M. Early Implanon discontinuation rate and its associated factors in health institutions of Mekelle City, Tigray, Ethiopia 2016/17. BMC Res Notes [Internet]. 2019 [citado 3 abril 2021]; 12 (8): [6 págs]. Disponible en: <https://bmresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-018-3992-3>
32. Melkamu M, Syoum T, Mequannt W. Early Implanon Discontinuation and Associated Factors among Implanon User Women in Debre Tabor Town, Public Health Facilities, Northwest Ethiopia, 2016. Int J Reprod Med [Internet]. 2018 [citado 5 abril 2021]; 2018: [10 págs]. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/ijrmed/2018/3597487/>
33. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Instituto Nacional de Estadística [citado 5 abril 2021]. Indicadores de fecundidad: Edad Media de la Maternidad por orden del nacimiento según nacionalidad (española/extranjera) de la madre. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579>
34. Romano ME, Braun-Courville DK. Assessing Weight Status in Adolescent and Young Adult Users of the Etonogestrel Contraceptive Implant. *Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019; 32 (4): 409-414. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.03.008>
35. Sales C, Nunes M, de Melo LS, Campos G, Fregonesi B, Stifani BM, et al. Timing of postpartum etonogestrel-releasing implant insertion and bleeding patterns, weight change, 12-month continuation and satisfaction rates: a randomized controlled trial. *J Contraception*. 2019; 100 (4): 258-263. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.05.007>
36. Tang JH, Lemani C, Nkambule J, Talama G, Banda C, Zgambo W, et al. Two-year contraceptive continuation rates among immediate postpartum implant users at a district hospital in Malawi: a prospective cohort study. *J Contraception*. 2018; 98 (3): 220-222. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.003>
37. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *J Contraception*. 2016; 94 (3): 226-252. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.09.010>
38. Creinin MD, Kaunitz AM, Darney PD, Schwartz L, Hampton T, Gordon K, et al. The US etonogestrel implant mandatory clinical training and active monitoring programs: 6-year experience. *J Contraception*. 2017; 95 (2): 205-210. Acceso web: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2016.07.012>
39. Flore M, Chen X, Bonney A, Mullan J, Dijkmans-Hadley B, Hodgkins A, et al. Patients' perspectives about why they have their contraceptive Implanon NXT device removed early. *Aust Fam Physician*. 2016; 45 (10):740-744.
40. Bahamondes L, Brache V, Ali M, Habib N. A multicenter randomized clinical trial of etonogestrel and levonorgestrel contraceptive implants with nonrandomized copper intrauterine device controls: effect on weight variations up to 3 years after placement. *J Contraception*. 2018; 98 (3):181-187. Acceso web: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.05.009>
41. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [citado 20 de febrero 2021]. Body mass index- BMI. Disponible en: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>
42. Lete I, Guerra S, Marín JM. Manejo clínico del sangrado producido con la utilización de anticonceptivos con sólo gestágenos. *Rev.iberam.fertil.reprod.hum*. 2011; 28 (2): 155-159.

Trabajo Fin de Carrera

ANEXOS

- ANEXO I. MARCO LEGISLATIVO

- o Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- o Ley 15/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- o Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- o Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del sistema Nacional de Salud.
- o Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- o Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- o Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- o Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- o Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Fuente: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/E_NSSR.pdf

Trabajo Fin de Carrera

- ANEXO II. ESTADÍSTICAS IVE

o IVE según el motivo de la interrupción.

Interrupción voluntaria del embarazo según motivo de la interrupción.

Unidades: Número de interrupciones.

	Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza	España
2018					
Total	2.086	319	141	1.626	95.917
A petición de la mujer	1.722	251	109	1.362	86.749
Grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada	256	47	21	188	5.711
Riesgo de graves anomalias en el feto	105	21	11	73	3.187
Anomalias fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	3	0	0	3	267
Varios motivos	0	0	0	0	3

Notas:

1) Datos disponibles a partir del año 2011 según la Ley Orgánica 2/2010.

o IVE según la utilización de métodos anticonceptivos.

Interrupción voluntaria del embarazo según utilización de métodos anticonceptivos.

Unidades: Número de interrupciones.

	Aragón	Huesca	Teruel	Zaragoza	España
2018					
Total	2.086	319	141	1.626	95.917
Naturales	1	0	0	1	3.202
Barrera	591	93	44	454	23.092
Mecánicos	12	2	2	8	984
Hormonales	392	72	28	292	13.821

Notas:

1) Datos disponibles a partir del año 2011.

Fuente: Instituto Aragonés de Estadística <https://servicios3.aragon.es/iaeaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/04/12/01&file=pcaxis>

Trabajo Fin de Carrera

- ANEXO III. LARC COSTE-EFECTIVIDAD

Coste unitario de un IVE: 485 €

Coste IVE Aragón 2016= 1476 x 485 = **715.743€**

Coste IVE repetición 2016 Aragón= 664 x 485 = **322.084 €**

Gasto LARC 2016 todo Aragón= **344.648 €**

*El gasto en financiar los **abortos de repetición** en Aragón en el año 2016 es similar al gasto de **financiar los LARC** para todas las mujeres de la comunidad autónoma*

Coste IVE Aragón 2016= 1476 x 485 = **715.743€**

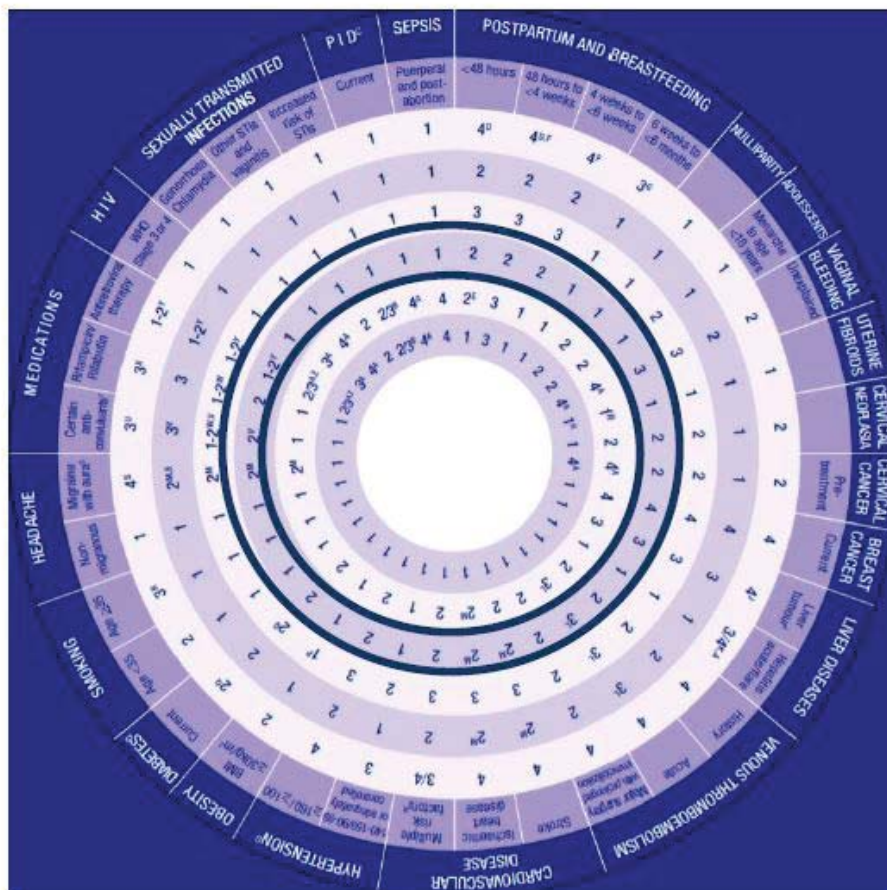
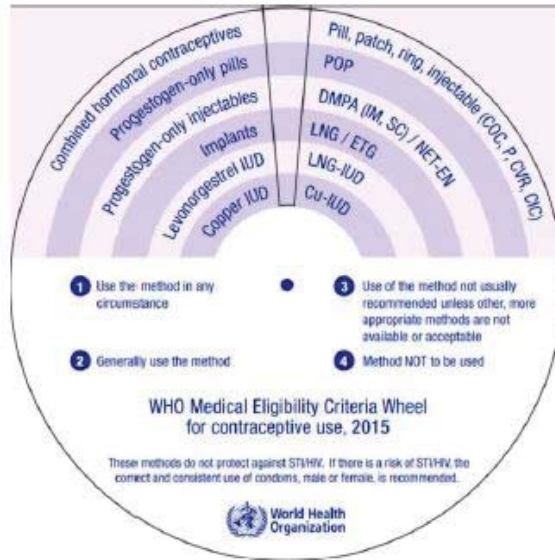
Gasto LARC 2017 todo Aragón= **465.076,83€**

“El gasto anual estimado de la financiación completa de los LARC para toda Aragón es mucho menor (65%) del coste de los IVE que se producen anualmente en nuestra comunidad”

Fuente: Programa de Atención Anticonceptiva de Aragón <https://www.astursalud.es/documents/31867/218612/PROGRAMA+DE+ATE+NCI%C3%93N+ANTICONCEPTIVA+DE+ARAG%C3%93N.pdf/2029e509-355d-a5ed-f323-13b020848800>

Trabajo Fin de Carrera

- ANEXO IV. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: OMS

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789241549257_eng.pdf?sequence=1

Trabajo Fin de Carrera

TABLA 6. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES CON SÓLO PROGESTAGENO. (WHO, 2015)

Tabla 6. Criterios de elegibilidad para los anticonceptivos hormonales con sólo progestágeno. (WHO, 2015)				
Situación	Oral (minipíldora)	Inyectable (medroxiprogesterona; enantato de noretisterona)	Implante (levonorgestrel y etonogestrel)	Comentarios
Gestación	NA	NA	NA	Se desconoce el riesgo si se utilizan estos preparados durante la gestación.
Edad:				
Menarquia a <18 años	1	2	1	Pudiera existir una disminución de la densidad mineral ósea durante la utilización de medroxiprogesterona.
18 a 45 años	1	1	1	
>45 años	1	2	1	
Paridad:				
Nulípara	1	1	1	
No nulípara	1	1	1	
Lactancia:				
<6 semanas posparto	2	3	2	
≥6 semanas y <6 meses	1	1	1	
≥6 meses	1	1	1	
Posparto en mujeres sin lactancia	1	1	1	
Post-aborto:				
Primer trimestre	1	1	1	Los anticonceptivos que sólo tienen progestágenos se pueden iniciar inmediatamente después de un aborto.
Segundo trimestre	1	1	1	
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	
Antecedente de embarazo ectópico	2	1	1	
Tabaquismo:				
- <35 años.	1	1	1	
- ≥35 años:				
- <15 cigarrillos/día.	1	1	1	
- ≥15 cigarrillos/día.	1	1	1	
Obesidad (IMC >30)	1	1	1	
Obesidad y <18 años	1	2	1	
Múltiples factores de riesgo cardiovascular	2	3	2	
HTA controlada	1	2	1	
TA sistólica >160 o diastólica ≥100	2	3	2	
Múltiples FRCV	2	3	2	
Antecedente de trombosis venosa profunda/tromboembolismo pulmonar	2	2	2	
TVP/EP actual	3	3	3	

Trabajo Fin de Carrera

TVP/PE estabilizado con terapia anticoagulante	2	2	2				
Cirugía mayor con inmovilización prolongada	2	2	2				
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	1	1	1				
Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1				
Varices superficiales	1	1	1				
Trombosis venosa superficial	2	2	2				
Mutaciones trombogénicas conocidas	2	2	2				
Dislipemias sin otros FRCV	2	2	2	No está indicado el cribado de rutina.			
Valvulopatía no complicada	1	1	1				
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de FA, historia de endocarditis)	1	1	1				
Lupus eritematoso sistémico: - Presencia (o desconocimiento) de anticuerpos antifosfolípidos. - Trombocitopenia severa. - Tratamiento inmunosupresor. - Ninguno de los casos anteriores.	3 2 2 2	I 3 2 2	C 3 2 2	I: inicio. C: continuación. Los anticuerpos antifosfolípidos están asociados a un riesgo aumentado de trombosis arterial y venosa.			
Cefalea no migrañosa	I 1	C 1	I 1	C 1	I 1	C 1	El primer número (I) indica la recomendación para iniciar el tratamiento y el segundo (C) para continuar si ya está con tratamiento.
Migraña sin aura: - <35 años. - ≥35 años.	I 1 1	C 2 2	I 2 2	C 2 2	I 2 2	C 2 2	
Migraña con aura	I 2	C 3	I 2	C 3	I 2	C 3	
Epilepsia	1	1	1				Hay que tener en cuenta las posibles interacciones con los antiepilépticos.
Depresión	1	1	1				No hay datos sobre el trastorno bipolar o la depresión posparto.
Patrón menstrual irregular sin sangrado excesivo	2	2	2				
Sangrado abundante o prolongado	2	2	2				
Sangrado vaginal inexplicado y con sospecha de patología importante	2	3	2				Si se sospecha embarazo o patología subyacente, es preciso evaluar la situación antes de iniciar el tratamiento.
Endometriosis	1	1	1				
Tumores ováricos benignos	1	1	1				
Dismenorrea severa	1	1	1				
Neoplasia cervical intraepitelial (CIN)	1	2	2				En mujeres con infección por HPV la administración de medroxiprogesterona durante cinco años o más puede incrementar el riesgo de carcinoma invasivo.

Trabajo Fin de Carrera

Patología de la mama: - Masa sin diagnóstico. - Mastopatía fibroquística. - Historia familiar de cáncer de mama.	2 1 1	2 1 1	2 1 1	Es preciso hacer la evaluación con la mayor rapidez. No hay evidencia que la administración de anticoncepción combinada aumente el riesgo de cáncer de mama.
Cáncer de mama: - Actual. - Hace más de 5 años y sin evidencia de recidiva.	4 3	4 3	4 3	
Cáncer de ovario	1	1	1	
Miomas uterinos	1	1	1	
Enfermedad inflamatoria pélvica pasada o actual	1	1	1	
Cervicitis purulenta, cervicitis por clamidia o gonorrea	1	1	1	
Otras ETS (incluyendo trichomona vaginal y vaginosis bacteriana)	1	1	1	
Riesgo elevado de ETS	1	1	1	
Riesgo elevado de VIH	1	1	1	
VIH asintomática o con afectación moderada (WHO 1 ó 2)	1	1	1	
VIH con afectación severa o avanzada (WHO 3 ó 4)	1	1	1	
DM sin afectación vascular	2	2	2	
DM con afectación vascular	2	3	2	
Enfermedad tiroidea	1	1	1	
Colelitiasis sintomática: - Colectomía. - Tratada médicamente. - Actual.	2 2 2	2 2 2	2 2 2	
Colelitiasis asintomática	2	2	2	
Hepatitis viral	1	1	1	
Cirrosis compensada	1	1	1	
Cirrosis descompensada	3	3	3	
Tratamiento con anticonvulsivantes	3	DMPA= 1 NET-EN= 2	2	
Lamotrigina	1	1	1	
Tratamiento con antibióticos	1	1	1	

1. No existe restricción para la utilización del método.
2. Las ventajas anticonceptivas superan teóricamente los posibles riesgos.
3. Los posibles riesgos superan teóricamente los beneficios de la anticoncepción.
4. No debe ser utilizado bajo ningún concepto.

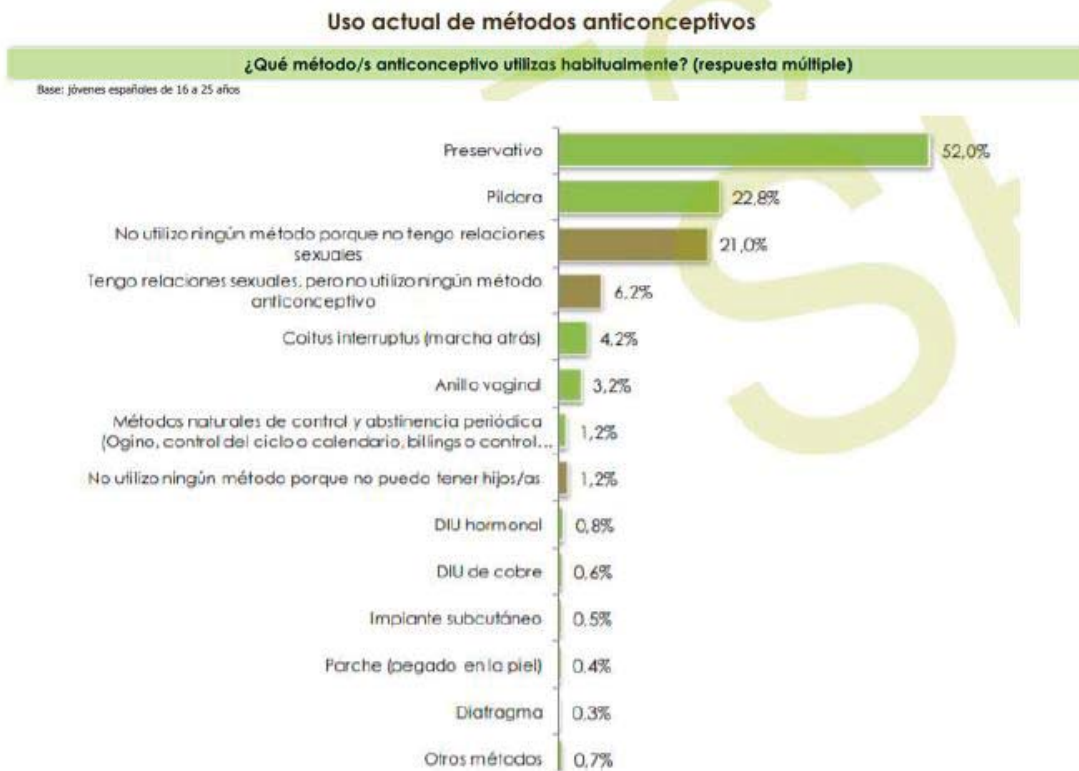
Fuente: Fisterra

<https://www-fisterra-com.ar-bvsalud.a17.csinet.es/guias-clinicas/guia-anticoncepcion-hormonal/>

Trabajo Fin de Carrera

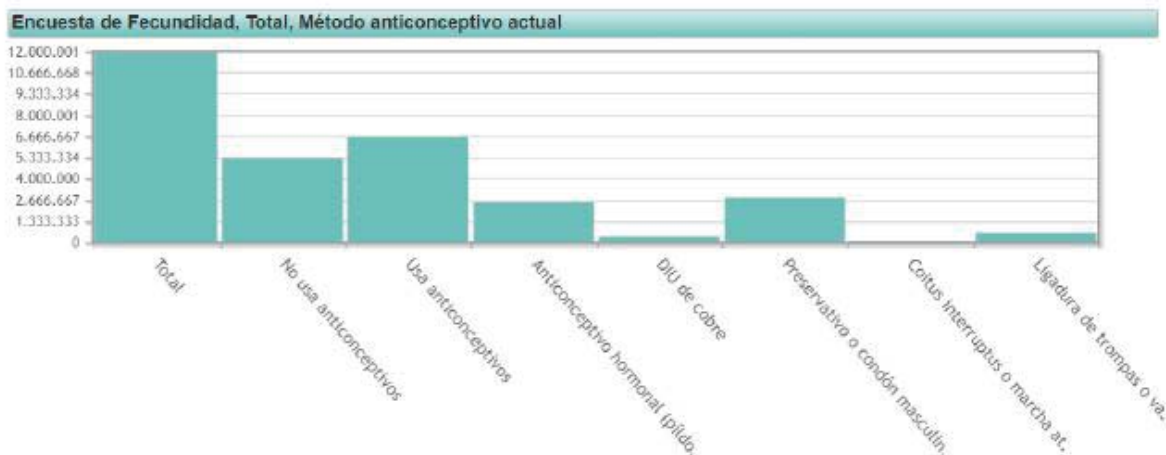
- ANEXO V. ESTADÍSTICAS ANTICONCEPCIÓN

- o Método anticonceptivo utilizado habitualmente



Fuente: Sociedad Española de Contracepción http://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf

- o Mujeres según utilización y tipo de anticonceptivo.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/p317/a2018/def/p01/e01/&file=08001.px#!tabs-grafico>

Trabajo Fin de Carrera

ANEXO VI. AUTORIZACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA Y DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA DE ARAGÓN

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Esther Aguar Lafuente, con DN11 8.458.274-S, Estudiante del Grado en Enfermería de la escuela Universitaria de Teruel, dependiente de la Institución Universidad de Zaragoza, con título de proyecto Estudio cuali-cuantitativo de utilización del Implante anticonceptivo subcutáneo en el Sector de Teruel, asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar e terceros la información a la que pueda tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector de Teruel (Atención Primaria). Solo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o indirectamente, de identificar personalmente a los pacientes

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes **ESPULACIONES:**

Primera.- El solicitante únicamente podrá utilizar la Información para fines ligados a la realización del proyecto de investigación, comprometiéndose a mantener la más estricta confidencialidad de la información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

Segunda.- Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de investigación obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

Tercera.- En caso de que la información resulte revelada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.,) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

Cuarta.- El solicitante se obliga a devolver la Información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entre ambas partes por cualquier motivo.

Quinta.- El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

En Teruel, a 18 de marzo de 2021

Firma de la Dirección

Fdo.: Matilde Martínez Martínez

Firma del Solicitante

Fdo.: Esther Aguar Lafuente

Adaptado del Acuerdo de confidencialidad y de finalidad de uso en estudios de investigación del Sector Zaragoza I II.

Trabajo Fin de Carrera

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD Y DE FINALIDAD DE USO EN ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

Cristina Pérez Díez, con DNI 71.292.738-Y, Farmacéutica de Atención Primaria, dependiente de la Institución Dirección de Atención Primaria Sector Teruel, con título de proyecto Estudio cuali-cuantitativo de utilización del implante anticonceptivo subcutáneo en el Sector de Teruel, asume que está sujeto al deber de secreto con respecto a los datos a los que tenga acceso y, por tanto, estará obligado a no reproducir, modificar, hacer pública o divulgar a terceros la Información a la que puede tener conocimiento con motivo de la realización de un proyecto de investigación dentro del Sector de Teruel (Atención Primaria). Solo podrán divulgarse, en medios y con fines exclusivamente científicos los resultados derivados de los objetivos propios de la investigación, aunque siempre asegurando que no existe posibilidad alguna, bien directa o Indirectamente, de Identificar personalmente a los pacientes

El solicitante se reconoce con capacidad para obligarse a cumplir el presente Acuerdo de Confidencialidad y No Divulgación de Información en base a las siguientes **ESTIPULACIONES**:

Primera.- El solicitante únicamente podrá utilizar la Información para fines ligados a la realización del proyecto de Investigación, comprometiéndose a mantener la máxima confidencialidad de la Información, aún después de la conclusión de dicho proyecto.

Segunda.- Que, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, el acceso a la Historia Clínica con fines de Investigación obliga a preservar los datos de Identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

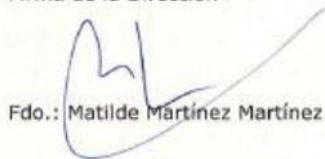
Tercera.- En caso de que la información resulte revelada o divulgada por cualquier medio (impreso, gráfico, electrónico, etc.,) por el solicitante, de cualquier forma distinta del objeto de este Acuerdo, ya sea de carácter doloso o por mera negligencia, será responsable de acciones civiles o penales en su contra emprendidas por la autoridad correspondiente.

Cuarta.- El solicitante obliga a devolver la Información en cualquier momento en el supuesto que existiere un cese de la relación entre ambas partes por cualquier motivo.

Quinta.- El presente Acuerdo entrará en vigor en el momento de la firma por ambas partes, extendiéndose su vigencia de forma indefinida.

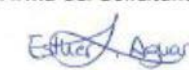
En Teruel, a 16 de marzo de 2021

Firma de la Dirección



Fdo.: Matilde Martínez Martínez

Firma del Solicitante



Fdo.: Esther Aguar Lafuente

Adaptado del Acuerdo de confidencialidad y de finalidad de uso en estudios de investigación del Sector Zaragoza I II.

Trabajo Fin de Carrera

Dña. María González Hinojosa, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) ha recibido y revisado la propuesta del Trabajo:

Título: Estudio cuali-cuantitativo de utilización del implante anticonceptivo subcutáneo en el Sector de Teruel.

Alumna: Esther Aguar Lafuente
Tutora: Cristina Pérez Díez

2º. Considera que

- El proyecto no vulnera la legislación ni los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza el respeto a los principios éticos y legales, la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para el acceso a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC **considera adecuada** la realización del trabajo en estas condiciones.

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ

HINJOS MARIA

DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2021.03.30
09:33:30 +02'00'

María González Hinojosa
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

Trabajo Fin de Carrera

- ANEXO VII. CRONOGRAMA

	2020		2021				
	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Fase conceptual							
Elección tema	■						
Revisión bibliográfica	■	■		■	■	■	
Marco teórico		■					
Definición objetivos		■					
Fase metodológica							
Elección del diseño			■	■			
Definición de la población			■	■			
Elección de las herramientas			■	■			
Solicitud de autorizaciones				■	■		
Fase empírica							
Recogida datos				■	■		
Creación base de datos				■	■		
Fase analítica							
Análisis estadístico					■	■	
Interpretación de resultados					■	■	
Fase de difusión							
Estudio final							■

Del 20 al 27 de septiembre 2021

El paquete incluye:

- 7 noches en pensión completa en habitación doble.
- Autocar de ida y vuelta desde Teruel.
- Autocar a disposición durante toda la estancia para las excursiones y los traslados a la playa de San Juan.
- Cóctel de bienvenida el día de llegada.
- Baile con música en vivo todas las noches.

Excursiones:

- Excursión de un día completo a Altea y Guadalest.
- Excursión de medio día a Santa Pola.
- Excursión de medio día a Benidorm.
- Espectáculo y cena en el Benidorm Palace, 52€ por persona (excursión opcional).



399€*

Oferta para colegiados, amigos y familiares del
Colegio Oficial de médicos de Teruel.

Teléfono
de reservas

965 94 20 50

*Suplemento habitación individual: 98 euros. Precio por persona compartiendo habitación doble en Pensión Completa. Todos los precios arriba mencionados incluyen el IVA y se mantendrán siempre que el grupo esté formado por un mínimo de 40 personas. Entradas a museos no incluidas. Oferta sujeta a disponibilidad de plazas. Suplemento guía profesional en excursiones de medio día: 5 euros por persona (solicitar con antelación).

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PREVENCIÓN DE LA ESTIGMATIZACIÓN EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Laura Pérez Rallego

TRABAJO FIN DE GRADO 2020-21

Tutor: María Pilar Catalán Edo

RESUMEN

INTRODUCCION: El concepto de enfermedad mental ha ido variando con el tiempo. Sin embargo, el estigma asociado a estos pacientes sigue perpetuándose en la sociedad, y lo que es más importante, también dentro del sistema sanitario, afectando a la calidad de la relación terapéutica.

OBJETIVO: Realizar un proyecto de mejora de la calidad para trabajar de manera proactiva en la prevención del estigma asociado al enfermo de salud mental.

METODOLOGÍA: Se realiza una búsqueda bibliográfica para elaborar el marco teórico. A continuación, se hace un análisis causal mediante un Diagrama de Ishikawa y una Comparación por Pares para elegir el método de intervención.

DESARROLLO: Se elaboran dos intervenciones para disminuir el estigma en los profesionales sanitarios. La primera de ellas, dirigida a los estudiantes de Enfermería, mediante el contacto directo con usuarios del área de Salud Mental. La segunda, dirigida a personal de enfermería del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco, a través de formación online junto con actividades participativas.

CONCLUSIONES: El estigma que sufren los pacientes con trastorno mental por parte de los profesionales sanitarios afecta de manera negativa a su proceso con la enfermedad. Es importante fomentar la formación en salud mental en todos los niveles de la asistencia sanitaria para poder ofrecer una atención de calidad.

PALABRAS CLAVE

estigma social, trastornos mentales, salud mental, Enfermería

ABSTRACT

INTRODUCTION: The concept of mental illness has been changing over time. However, the stigma associated with these patients continues to be perpetuated in society, and more importantly, also inside the health system, affecting the quality of the therapeutic relationship.

OBJECTIVE: Carry out a quality improvement project to work proactively in the prevention of stigma associated with mental health patients.

METHODOLOGY: A bibliographic search is made to elaborate the theoretical framework. A causal analysis is then made using an Ishikawa Diagram and a Peer Comparison to choose the intervention method.

DEVELOPMENT: Two interventions are developed to reduce stigma among health professionals. The first of these, aimed at nursing students, through direct contact with users of the Mental Health area. The second, aimed at nursing staff of the Emergency Department of the Obispo Polanco Hospital, through online education and interactive activities.

CONCLUSIONS: The stigma that patients with mental disorder have by the healthcare professionals affects negatively to their disease. It is important to promote mental health education at all levels of healthcare in order to be able to provide quality healthcare.

KEY WORDS

Social stigma, mental disorders, mental health, nursing.

Trabajo Fin de Carrera

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud mental abarca el bienestar emocional, psicológico y social, afectando a nuestra manera de actuar ante los acontecimientos vitales. Las enfermedades mentales son, por tanto, afecciones que alteran nuestra capacidad para pensar, actuar, y relacionarnos con los demás, impidiendo el normal funcionamiento¹.

La visión sobre la salud mental ha experimentado grandes cambios a lo largo de la historia. La primera referencia sobre ella, la encontramos en el libro de Daniel del Antiguo Testamento, donde Nabucodonosor es castigado por su soberbia con la locura, atribuyendo a la enfermedad mental un origen sobrenatural².

La interpretación naturalista sobre los trastornos mentales se inicia alrededor del siglo V a.C en Grecia, con la teoría de los cuatro humores de Hipócrates. En ella, la salud residía en el equilibrio de los cuatro fluidos del cuerpo humano: bilis negra, bilis amarilla, la sangre y la flema, siendo ésta última la relacionada con el cerebro. El tratamiento que recibían se basaba en sangrías y purgas para reestablecer el desequilibrio de humores. La enfermedad mental se mantuvo alejada de la Salud Pública por su carácter no contagioso y su limitada letalidad, y se asimiló como un asunto familiar relacionado con el grupo de pobres y enfermos por la incapacidad de éstos para trabajar^{2,3}.

Debido a la atribución de las enfermedades mentales a orígenes sobrenaturales, fueron las órdenes religiosas las encargadas de custodiar a estos enfermos, caracterizándose por la falta de recursos humanos y materiales. Son múltiples las referencias a personas enjauladas, encadenadas y maltratadas, que eran privadas de sueño y comida^{2,4}.

Durante el siglo XIX, se intensifica la relación entre las condiciones de vida y la salud. Se llega a un consenso sobre la desinstitucionalización, optando por promover un sistema de atención en la comunidad, en lugar de aislar a los pacientes de la sociedad^{5,6}.

A partir de los diferentes enfoques de salud y enfermedad a lo largo del siglo XX, y junto con el desarrollo de la psicofarmacología, se ha conseguido llegar al actual conocimiento sobre

los trastornos mentales y su tratamiento. Sin embargo, sigue suponiendo un tema tabú para la sociedad⁶.

El concepto de enfermedad mental ha ido variando con el tiempo, sin embargo, ha perdurado la asociación de ésta con peligrosidad o desconfianza, favoreciendo el proceso de estigmatización. Una definición muy aceptada es la propuesta en 1963 por Erving Goffman, un importante sociólogo canadiense, que define el estigma como: “atributos negativos de un individuo que le generan un profundo descrédito y desvaloración social”. Por lo que concluimos que se trata de un producto socialmente construido, como consecuencia de tres aspectos del comportamiento social. Por un lado, los estereotipos, que son un acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un grupo social determinado. Cuando se reacciona de manera negativa a estos, se produce el prejuicio. Y cuando esa reacción tiene como consecuencia actitudes negativas que llevan al rechazo hacia ese colectivo, se produce la discriminación^{7,8}.

Goffman describe tres tipos de estigma: 1) físico, referido a deformidades corporales, 2) de pertenencia, asociado a la etnia, religión, etc. y 3) de personalidad, que hace referencia a las características personales (identidad sexual, trastorno mental, etc.). Además, dependiendo de quién ejerza la discriminación, se puede dividir en estigma público, si es la sociedad quién la realiza, o autoestigma, si es el propio individuo el que perpetua esa discriminación hacia sí mismo^{7,8}.

Dentro del estigma público, podemos observar la presencia de estereotipos y prejuicios dentro del sistema sanitario, en los propios profesionales. Un estudio realizado en Cataluña en 2016, mostró que el 40,6% de las personas con trastorno mental afirman haber sido tratadas de manera injusta alguna vez en al menos un servicio dirigido a la salud mental, y un 14% ha experimentado burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio⁹.

Algunos pacientes informaron que se han sentido rechazados durante el contacto con los profesionales sanitarios. Manifiestan sentirse excluidos durante la toma de decisiones, recibir información insuficiente sobre su enfermedad o las opciones de tratamiento, y ser tratados de

Trabajo Fin de Carrera

manera paternalista. Los propios sanitarios reconocen estas conductas estigmatizantes en un 79%, y admiten haberlas visto en un 53% de sus compañeros, según una encuesta realizada por la Asociación Canadiense de Psiquiatría. Cabe destacar que los profesionales son conscientes de sus prejuicios tras haber recibido sesiones de formación contra el estigma¹⁰.

La falta de formación y habilidades en los trabajadores se cree que genera sentimientos de ansiedad o miedo y un deseo de evitación que lleva a mantener cierta distancia social y clínica, pudiendo afectar negativamente a la calidad de los cuidados. Como resultado, los estudios demuestran que los pacientes con antecedentes de enfermedades mentales reciben una atención de peor calidad para sus problemas de salud física. Esto ocurre porque muchas veces se atribuyen de forma errónea los síntomas físicos a la enfermedad mental del paciente o a los efectos secundarios de la medicación, generando retrasos en los diagnósticos y tratamiento. Además de tener un riesgo mayor que la población general de padecer enfermedades cardiovasculares, respiratorias, metabólicas y endocrinas, reciben también menos intervenciones preventivas^{10,11}.

La percepción negativa hacia el trastorno mental de la sociedad hace que las personas con malestar psicológico no acudan a los servicios de salud mental.

El miedo a ser etiquetado como “loco” retrasa la búsqueda de ayuda y propicia la mala adherencia al tratamiento, ya que, al no sentirse identificado con dicha etiqueta, no creen que deban recibirlo⁹.

Algunos investigadores recomiendan que se debata la presencia de estigma entre los estudiantes de Ciencias de la Salud para poder así crear conciencia y ayudar a la sociedad a superar el estigma y la discriminación, aunque los datos no son concluyentes. En un estudio realizado a estudiantes de la carrera de Enfermería de la Facultad de Enfermería de Ciudad Real sobre el nivel de estigma, casi un 50% tuvo puntuaciones de estigma moderadas, y un 20% puntuó alto en estigma. Cabe destacar que es-

tos niveles fueron más bajos en estudiantes de mayor curso, y en aquellos con familiares con problemas de salud mental. Así pues, podemos deducir que una mayor formación, tanto teórica como práctica, se asocia con actitudes más positivas de los estudiantes hacia la salud mental¹².

En conclusión, podemos afirmar que el estigma por parte de los profesionales sanitarios retrasa la búsqueda de ayuda, impide una buena adherencia al tratamiento aumentando los reingresos hospitalarios, y disminuye a su vez la calidad de la atención respecto a la salud física. El autoestigma creado por la interiorización de los prejuicios sociales disminuye la esperanza, autoestima y calidad de vida de las personas con enfermedad mental. Dentro de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud en España, la erradicación del estigma se encuentra como la primera línea estratégica, por lo que en este trabajo se pretende proponer una intervención que consiga disminuir el estigma en los profesionales de la salud, especialmente, en la profesión de enfermería, debido a la estrecha relación terapéutica con los pacientes¹³.

OBJETIVOS

GENERAL:

- Realizar un proyecto de mejora de la calidad para trabajar de manera proactiva en la prevención del estigma asociado al enfermo de salud mental.

ESPECÍFICOS:

- Conocer la situación actual del estigma de personalidad que sufren las personas con trastornos de salud mental.

- Realizar un análisis de las posibles causas de aparición del estigma en los profesionales asociado a los enfermos mentales.

- Elaborar un programa formativo para personal de enfermería y estudiantes, en relación con el conocimiento del estigma de los enfermos mentales y su prevención.

Trabajo Fin de Carrera

METODOLOGÍA

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de poder elaborar el marco teórico del abordaje relacionado con el estigma en salud mental llevado a cabo por los profesionales sanitarios, especialmente, desde el personal de enfermería. Para ello se consultaron diferentes buscadores: Pubmed, Cochrane, Embase, Dialnet y Google Académico. También se consultaron revistas especializadas en Salud Mental como la Revista Española de Enfermería de Salud Mental.

Se eligieron las palabras clave que más se adecuaban al tema de trabajo y se utilizó la página de Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) para traducir los términos. Las palabras clave seleccionadas fueron: estigma (social stigma), Enfermería (Nursing) y trastornos o enfermedades mentales (mental illness, mental disorders, mental disease). Para enlazar los términos se utilizó la acotación de éstos por paréntesis, unidos por el operador booleano AND.

Se eligieron los artículos con texto completo libre, preferentemente los publicados a partir de 2016, y cuyo idioma fuera en inglés o español. Tras la lectura de aquellos artículos en los que el título y el resumen se ajustaran al tema, se descartaron aquellos que no lo hicieran o no cumplieran con los criterios nombrados recientemente. El resultado de la búsqueda bibliográfica, así como de los artículos seleccionados, se especifica en la Tabla 1.

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS	UTILIZADOS
Pubmed	(social stigma) AND (mental illness) AND (nursing)	406	2
	(stigma) AND (mental disorders) AND (health workers)	251	2
	(stigma) AND (students) AND (nursing) AND (mental illness)	25	3
Medline	Mental health	-	1
Wikipedia	Teoría de los 4 humores	-	1
Cochrane	(Stigma) AND (mental illness) AND (nursing)	34	0
	(Social stigma) AND (nursing) AND (mental illness)	26	0
Confederación Salud Mental España	Estigma	-	1
ELSEVIER	Educación en enfermería	1463	1
Enfermería Global	Satisfacción del paciente	14	1
Dialnet	Historia salud mental	859	1
	(Estigma) Y (consecuencia)s Y (enfermedades mentales)	8	1
Revista Española de Enfermería de Salud Mental	(Estigma) Y (salud mental) Y (Enfermería)	3	1
Google académico	(Estigma) Y (trastornos psiquiátricos) Y (Enfermería)	15800	1
	(Historia) Y (salud mental)	318000	3
	Validación cuestionario AQ-27	64	1

Tabla 1. Búsqueda Bibliográfica.

Tras la revisión de la bibliografía, se analizaron mediante un diagrama de Ishikawa las posibles causas que tenían relación con la aparición del estigma en los profesionales y poder establecer así sus nexos de unión (Fig. 1). Las categorías de agrupación seleccionadas fueron: profesionales, pacientes, familiares y método.

Posteriormente, una vez llevado a cabo el análisis de las cuatro grandes ramas que engloban las causas vinculadas a la presencia del estigma asociado al enfermo de salud mental, se decidió que este proyecto de mejora se centrara en los profesionales de enfermería, bajo la premisa de que la in-

Trabajo Fin de Carrera

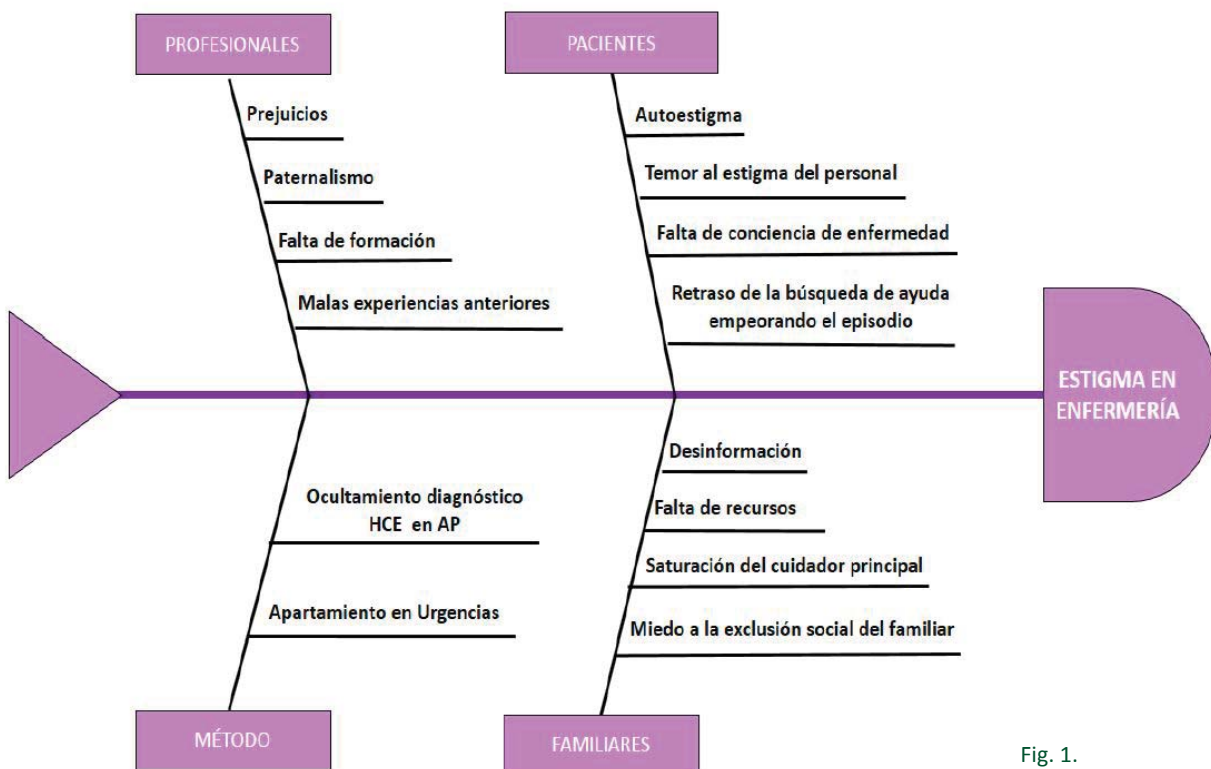


Fig. 1.

intervención centrada en este colectivo mejoraría la atención en las otras ramas, campos o niveles asistenciales.

Las consecuencias negativas del estigma han hecho que las organizaciones de salud centren sus planes de acción para abordar este problema, promoviendo campañas de sensibilización. Ejemplo de ello es la campaña Zeroestigma, por la Federación Europea de Asociaciones de Familiares de Personas con Enfermedad Mental (EUFAMI), con el objetivo de concienciar, sensibilizar y reducir el estigma¹⁴.

Respecto a la formación, hay diferentes estrategias que han demostrado beneficios. El abordaje en relación al estigma en salud mental llevado a cabo por los profesionales sanitarios

se fundamenta en: la información-educación, el contacto directo e indirecto y la protesta. La educación tiene la finalidad de proporcionar información de manera objetiva y así desmentir estereotipos implantados en la sociedad. El contacto directo incluye la interacción social con personas dentro de la red de salud mental. En el contacto indirecto se utilizan enfoques basados en los medios, como pueden ser los vídeos. Y, por último, en la protesta, una persona identifica y hace énfasis en la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales, de una manera quizás más subjetiva¹⁵.

Para decidir qué tipo de intervención sería más eficaz, se ha elaborado un sistema de comparación por pares (Tabla 2). Esta es una

	Información (A)	Contacto directo (B)	Contacto indirecto (C)	Protesta (D)
Información (A)		B	A	A
Contacto directo (B)	B		B	B
Contacto indirecto (C)	A	B		C
Protesta (D)	A	B	C	
Total	2	3	1	0

Tabla 2. Comparación por Pares de las distintas herramientas de formación

Trabajo Fin de Carrera

herramienta para inferir la importancia relativa de cada una de las opciones al no disponer de criterios más objetivos que hacen posible su calificación numérica individual.

Una vez comparadas las distintas opciones, las que mayor puntuación han obtenido son las intervenciones de educación-información y las basadas en el contacto directo. Por ello serán las que se utilizarán como técnicas de formación en este proyecto. Añadir que, según distintos autores, son las que mejores resultados ofrecen respecto a la reducción del estigma, evidenciando una reducción en los sentimientos de miedo, peligro o segregación, e incrementar los positivos, como la tendencia a ayudar o la compasión^{1,16 17}.

La técnica de contacto directo, que pone en contacto a profesionales con pacientes diagnosticados de una enfermedad mental, se utilizará para el grupo de los estudiantes de Enfermería. La intervención se enmarcará en la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel, concretamente para los alumnos del tercer curso que hayan superado la asignatura de *Ciencias psicosociales aplicadas y enfermería de salud mental*, de esta forma, nos aseguramos que poseen una adecuada base teórica. Se llevará a cabo en el aula de la Universidad y para un máximo de 30 alumnos.

Por otro lado, la técnica basada en la educación, se dirigirá a profesionales ya graduados, como un reciclaje de sus conocimientos. Esta actividad estará destinada principalmente al personal de enfermería de Urgencias, ya que es la puerta de entrada de la mayoría de casos de descompensación psicopatológica. Sin embargo, podrá ser ofertada a cualquier profesional sanitario.

Para poder valorar la calidad de las intervenciones, diferentes estudios señalan la necesidad de que éstas se basen en un modelo teórico de cambio de conducta y que se evalúen para demostrar su efectividad. Esto se hará mediante el Cuestionario de Atribución 27 (AQ-27), validado para evaluar las actitudes estigmatizantes de los profesionales (Anexo 1). Este cuestionario consta de un pequeño texto introductorio y 27 afirmaciones que el encuestado tendrá que puntuar mediante una escala Likert del 1 al 9, de menor a mayor conformidad. Den-

tro de esas 27 afirmaciones, se valoran 9 ítems: responsabilidad, piedad, ira, peligrosidad, miedo, ayuda, coacción, segregación y evitación. La puntuación final oscilará entre 3 y 27 para cada apartado, siendo bajo estigma si es menor de 10, nivel alto si mayor de 20 y nivel intermedio si corresponde a un valor entre 10 y 20. En el apartado de evitación se invertirá la puntuación final, siendo mayor el nivel de estigma cuanto menos resultado se obtenga. El resultado se medirá de manera independiente por cada uno de los ítems^{8, 18}.

Los datos obtenidos del cuestionario AQ-27 se analizarán en el programa estadístico SPSS mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, lo que permitirá comparar las medias de las dos series de mediciones realizadas sobre los mismos sujetos. Consideraremos que un valor $p < 0,05$ indicará que la diferencia entre las dos medias es estadísticamente significativa.

Además, cada intervención cuenta con unos indicadores para poder hacer una evaluación final del resultado de éstas y analizar si se han cumplido los objetivos planteados. Será el investigador principal quien se encargue del desarrollo de las intervenciones y de la monitorización de los indicadores.

Para la mejor comprensión del tiempo en el que se desarrolla este proyecto se ha elaborado un Cronograma (Anexo 2) en el que se detallan las actividades, así como el periodo dedicado para su ejecución.

DESARROLLO

INTERVENCIÓN BASADA EN EL CONTACTO DIRECTO CON PACIENTES PSIQUIÁTRICOS A ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA

Una de las intervenciones que parece dar resultados en los estudiantes de Enfermería, consiste en una jornada impartida por un profesional de salud mental, que actuará como moderador, una persona con diagnóstico psiquiátrico y un familiar de otra persona con otro trastorno mental. Para localizar estos perfiles, podemos recurrir a la Asociación Aragonesa Pro Salud Mental (ASAPME).

Mediante un guion estructurado, elaborado por el investigador principal y de acuerdo

Trabajo Fin de Carrera

con los colaboradores de ASAPME, cada uno de ellos describiría su experiencia con la enfermedad: el inicio, sus síntomas, el afrontamiento ante el diagnóstico, la experiencia con el tratamiento, efectos secundarios, problemas relacionados con el ambiente social o convivencia familiar, cómo se han sentido respecto al trato con los enfermeros en diferentes momentos de su atención y cualquier otro apunte que consideren necesario. Después de contar sus experiencias, se procederá a la discusión con los alumnos, respondiendo dudas y preguntas que les hayan podido surgir. La duración aproximada de la intervención será de unos 90 minutos¹¹.

En la última clase de la asignatura de *Ciencias psicosociales aplicadas y enfermería de salud mental*, se explicará a los estudiantes la jornada y se solicitará su participación. Tanto antes de la jornada, como después de ésta, los participantes rellenarán el cuestionario AQ-27 para su cumplimentación. Éstos se repartirán en papel, atribuyendo un número a cada alumno para que sea anónimo y así poder valorar el resultado individual de la jornada. Previo a la clausura se entregará nuevamente el cuestionario, depositándose siempre en un buzón para favorecer el anonimato.

La principal evaluación de la efectividad de la intervención se realizará comparando el resultado pre y post test de cada ítem del cuestionario AQ-27. El objetivo de esta jornada formativa, será la disminución de, al menos, 8 apartados del cuestionario.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN

1.1 PARTICIPACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DE LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE TERUEL	
Criterio	Los alumnos que han superado la asignatura de <i>Ciencias psicosociales aplicadas y enfermería de salud mental</i> participan en la intervención focalizada en la prevención del estigma del paciente psiquiátrico.
Tipo de indicador	Proceso
Formula	Nº de alumnos que participan en la intervención / Nº total de alumnos que han superado la asignatura de <i>Ciencias psicosociales aplicadas y enfermería de salud mental</i> y acceden a participar en la intervención X 100
Población	Estudiantes que han superado la asignatura de Ciencias psicosociales aplicadas y enfermería de salud mental
Fuente de información	
Estándar	90%
Justificación	El estudio en el que se basa esta intervención demostró una tasa de participación del 90% ¹¹ .
1.2. LA JORNADA HA CONTRIBUIDO A CAMBIAR LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMEDAD MENTAL A LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA	
Criterio	La perspectiva de la enfermedad mental mejorará tras la sesión formativa.
Tipo de indicador	Resultado
Formula	Nº de alumnos que han mejorado su puntuación en 8 apartados del cuestionario AQ-27 / Nº total de alumnos que han rellenado el cuestionario AQ-27 X 100
Población	Estudiantes de la Escuela Universitaria de Enfermería que participan en la intervención
Fuente de información	Cuestionario AQ-27
Estándar	89%
Justificación	El estudio sobre la efectividad de la intervención basada en el contacto directo con personas con enfermedad mental para reducir el estigma, demostró cambios positivos en 8 de los 9 apartados del cuestionario en estudiantes de Enfermería, lo que corresponde a un 89% de los alumnos ¹¹ .

Trabajo Fin de Carrera

INTERVENCIÓN FORMATIVA A PERSONAL DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Esta intervención ira dirigida a la plantilla de enfermería del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel, ya que es la puerta de entrada de la mayoría de las descompensaciones psicopatológicas.

La captación de los profesionales se realizará a través de la Supervisora de la Unidad, a la que se le presentará el proyecto y se solicitará su colaboración para fomentar la participación. Se dará un plazo de 15 días para apuntarse y una vez obtenido el listado se enviará por correo el cuestionario AQ-27 para poder establecer el nivel de estigma inicial y comprobar si hay o no un problema real. Tras obtener la puntuación del cuestionario, analizaremos los puntos débiles más prevalentes para centrar la formación en los déficits de conocimiento.

La formación se realizará a través de pequeñas píldoras formativas online específicamente desarrolladas para cada apartado del cuestionario, en un formato de vídeo dirigido de 5-10 minutos utilizando la herramienta del Office "Power-Point". Se subirán a un sitio web de fácil acceso para fomentar la participación (previsiblemente la plataforma Moodle del Salud si se aprueba por la Comisión de Formación del Hospital Obispo Polanco, ya que se ha consultado con la Responsable de Formación y le ha parecido interesante la intervención). Se recomendará la visualización de un máximo de 4 vídeos por profesional, estando disponible en la plataforma elegida durante 2 semanas. Los objetivos de las sesiones están desarrollados brevemente en la Tabla 3.

Responsabilidad	La sesión formativa irá dirigida a hacer entender que las enfermedades mentales no se eligen y que el paciente no es responsable de tener una enfermedad mental.
Piedad	La formación irá encaminada a ayudar a los profesionales a no sentir pena por los pacientes con diagnóstico psiquiátrico, haciendo entender que son personas que pueden llegar a tener una vida completamente normal.
Ira	La formación tratará de disminuir el sentimiento de irritabilidad al tratar con pacientes psiquiátricos.
Peligrosidad	Se tratará de desmitificar que los pacientes con enfermedades mentales no son más agresivos que los demás.
Miedo	Fomentaremos que los profesionales se sientan seguros trabajando con pacientes psiquiátricos y se disminuya el sentimiento de miedo.
Ayuda	Fomentaremos la asistencia de calidad al paciente psiquiátrico
Coacción	La formación irá dirigida a evitar actitudes autoritarias ante el tratamiento, evitando el paternalismo y proporcionando información al paciente para que tome sus propias decisiones respecto al tratamiento.
Segregación	Se tratará de fomentar el derecho de los pacientes a vivir en sociedad y la capacidad que tienen para ello, evitando el mito de que deben vivir en hospitales psiquiátricos o aislados de la sociedad.
Evitación	La finalidad de esta sesión será normalizar la enfermedad mental, promoviendo que estos pacientes son capaces de desarrollar su vida como el resto.

Tabla 3. Objetivos establecidos para los temas desarrollados en las sesiones formativas

Una vez que el plazo de visualización de las píldoras formativas haya terminado, se organizarán grupos de role-playing de 4 enfermeras para representar casos clínicos de posibles pacientes psiquiátricos que puedan llegar a Urgencias. Los casos que se han desarrollado para trabajar esta actividad se desarrollan brevemente en la Tabla 4.

Trabajo Fin de Carrera

Nº DE CASO	CASO CLÍNICO	OBJETIVO PRINCIPAL A CONSEGUIR
1	Paciente de 29 años con diagnóstico de Esquizofrenia paranoide que acude a Urgencias con sus padres. Su familia comenta que ha dejado el tratamiento y desde entonces se muestra agresivo con ellos, llegando a golpear a su madre. El paciente se muestra nervioso y sin conciencia de enfermedad, gritando en el pasillo que quiere irse a su casa	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar la integridad tanto del paciente como de los profesionales. - Priorizar la contención verbal.
2	Paciente de 35 años de edad, agricultor, diagnosticado de Trastorno Bipolar desde los 25 años. Trabaja en sus tierras durante 20h al día, durmiendo únicamente 2h y comiendo bocadillos en el tractor. No sustancias psicoactivas. Pérdida de 6kg en el último mes. Ideación delirante megalomaniaca, reconoce alucinaciones auditivas	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar discutir las ideas delirantes y centrarse en los sentimientos subyacentes.
3	Paciente de 16 años que acude a Urgencias con sus padres tras intento autolítico por ingesta de lejía. Su madre comenta la frecuente preocupación de su hijo por lavarse la cara y las manos constantemente, junto con una realización excesiva de ejercicio físico.	<ul style="list-style-type: none"> - No intervenir en sus compulsiones y obsesiones - Proporcionar entorno seguro

Tabla 4. Casos clínicos de pacientes psiquiátricos en Urgencias

Se realizarán grupos de 2 enfermeras que gestionen el caso propuesto, mientras que el resto se encargará de analizar los errores de su comportamiento y, junto con el investigador principal, evaluar si se han conseguido los objetivos especificados en la Tabla 3.

Esta actividad se desarrollará en el aula de formación de la 4ª planta del Hospital Obispo Polanco, teniendo una duración de 45 minutos aproximadamente. La encargada del proyecto hará de observadora. Se solicitará el permiso para poder grabar la intervención y poder analizar posteriormente las conductas con los alumnos.

Para evaluar si se han producido cambios en las actitudes del personal de enfermería, se volverá a evaluar el estigma en los mismos profesionales a través del cuestionario AQ-27 (Anexo 1), que será rellenado el mismo día del role-playing, una vez que se dé por finalizada la actividad. Además, para valorar si estos cambios perduran en el tiempo, se volverá a pasar el mismo cuestionario después de un año.

Debido a la dificultad de implantación, se decide hacer un Análisis de Campo de Fuerzas para valorar las fuerzas impulsoras que facilitan el cambio, y las represoras, que lo dificultan (Fig. 2). De esta manera, podemos potenciar las primeras y combatir las segundas.



Fig. 2.

Trabajo Fin de Carrera

Consideramos primordial trabajar sobre las fuerzas represoras ya que, si las tenemos en cuenta desde el inicio del proyecto, evitaremos posiblemente su aparición y en todo caso, su influencia negativa, consiguiendo una mejor implantación. Para ello, se llevarán a cabo las siguientes acciones:

1. Evitar que la falta de tiempo sea un impedimento. Hablaremos con la Dirección de enfermería del centro para poder hacer el role-playing en la jornada laboral. Las píldoras formativas estarán disponibles online a lo largo de dos semanas para que los profesionales puedan gestionar el tiempo diario que dedican a la formación.

2. Incidir en la importancia de visibilizar las posibles situaciones de estigma llevadas a cabo por los profesionales durante el desarrollo profesional, para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

3. Ofrecer y exponer los datos de las últimas publicaciones sobre la incidencia del estigma para evidenciar la necesidad de cambio.

4. Evitar culpabilizar a los profesionales de sus actitudes, reforzando positivamente las mejoras de las conductas gracias a la formación.

5. Disminuir el miedo, enseñando estrategias de afrontamiento y entrevista clínica.

Además, se pedirá a los usuarios de la asociación ASAPME que rellenen un formulario para evaluar el trato percibido durante la asistencia sanitaria en Urgencias, mediante una encuesta de Satisfacción, como criterio de mejora de la calidad en la atención centrada en el paciente (Anexo 3). Para esta valoración, contactaremos directamente con el responsable de la asociación para que haga una captación activa de las personas que han sido atendidas en el servicio de urgencias del Hospital Obispo Polanco. Con todos aquellos que den su consentimiento, procederemos a ponernos en contacto vía telefónica o presencial, en función de la preferencia de los individuos, para la evaluación y tener una entrevista personal para conocer su percepción sobre la atención recibida.

INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN

2.1. PARTICIPACIÓN EN LA INTERVENCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL OBISPO POLANCO	
Criterio	Todos los enfermeros que trabajan en el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco participarán en la intervención.
Tipo de indicador	Proceso
Fórmula	$\frac{\text{Nº de enfermeros que trabajan en el servicio de urgencias y completan la intervención}}{\text{Nº total de enfermeros que trabajan en el servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco}} \times 100$
Población	Enfermeros del servicio de Urgencias
Fuente de información	Hoja de firmas
Estándar	85%
Justificación	Un estudio experimental en Reino Unido basado en una entrevista motivacional y 12 sesiones, demostró un 79% de cumplimiento. Por ello, debido a que el número de sesiones es menor, considero que el porcentaje de asistencia será mayor ¹⁹ .

Trabajo Fin de Carrera

2.2. LA INTERVENCIÓN HA CONTRIBUIDO A CAMBIAR LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMEDAD MENTAL A LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS QUE HAN PARTICIPADO EN ELLA

Criterio	La perspectiva de la enfermedad mental de los enfermeros del servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco mejorará tras la intervención.
Tipo de indicador	Resultado
Fórmula	Nº de enfermeros del servicio de Urgencias que han mejorado su puntuación en 8 apartados del cuestionario AQ-27 / Nº total de enfermeros del servicio de Urgencias que han rellenado el cuestionario AQ-27 X 100
Población	Enfermeros que participan en la intervención del Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco
Fuente de información	Cuestionario AQ-27
Estándar	89%
Justificación	El estudio sobre la efectividad de la intervención basada en el contacto directo con personas con enfermedad mental para reducir el estigma, demostró cambios positivos en 8 de los 9 apartados del cuestionario en estudiantes de Enfermería, lo que puede compararse con profesionales ya graduados, suponiendo un 89% ¹¹ .

2.3 VALORACIÓN DE LOS USUARIOS DE ASAPME SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL TRATO RECIBIDO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Criterio	Valorar el trato percibido por los usuarios de la asociación ASAPME durante su asistencia en el Servicio de Urgencias
Tipo de indicador	Resultado
Fórmula	Nº de usuarios de ASAPME que están satisfechos con el trato recibido / Nº total de usuarios de ASAPME que rellenan el formulario X 100
Población	Usuarios de la asociación ASAPME
Fuente de información	Anexo 3
Periodicidad	1 año
Estándar	94,2%
Justificación	En una Encuesta de Satisfacción realizada por el Servicio Andaluz de Salud (SAS) demostró que el nivel de satisfacción de los usuarios con el personal de enfermería de los servicios sanitarios públicos en Andalucía era del 94,2% ²⁰ .

CONCLUSIÓN

El estigma que sufren las personas con trastorno mental por parte de los profesionales sanitarios afecta de manera negativa a su proceso con la enfermedad, impidiendo una buena adherencia al tratamiento, retrasando la búsqueda de ayuda, e infravalorando su salud física.

En este programa se proponen dos intervenciones basadas en formación y dirigidas al personal de enfermería. La primera de ellas, a estudiantes del Grado de Enfermería, con el objetivo de prevenir actitudes discriminatorias durante la asistencia. La segunda, dirigida a profesionales ya graduados, para poder intervenir en los comportamientos ya integrados en la práctica clínica.

Es necesario conocer la percepción del paciente durante su paso por la red de salud para poder reconocer los puntos débiles de nuestro sistema sanitario. La formación sobre salud mental es importante en todos los niveles asistenciales, para así poder ofrecer una atención de calidad, siendo el principal objetivo la salud y bienestar del paciente.

Trabajo Fin de Carrera

BIBLIOGRAFÍA

1. Medline Plus [Internet]. Salud mental. Bethesda (MD): U.S. National Library of Medicine. 2019 [actualizada el 30 de diciembre de 2020; acceso 12 de enero 2021]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
2. Salaverry O. La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2021 [acceso 12 de enero 2021]; 29 (1). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a22v29n1.pdf>
3. Colaboradores de Wikipedia. Teoría de los cuatro humores [Internet]. Wikipedia, La enciclopedia libre, 2021 [acceso 12 de enero 2021]. Disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Teor%C3%ADa_de_los_cuatro_humores
4. Siles J. Historia de los cuidados de salud mental. En: Galiana JL, coordinador. *Enfermería psiquiátrica*. 1ª ed. Alicante: Elsevier; 2016. 3-12.
5. Sacristán C. La locura se topa con el manicomio. Una historia por contar. *Cuicuilco* [Internet]. 2009 [acceso 15 de enero 2021]; 16 (45). Disponible en: <https://revistas.inah.gob.mx/index.php/cuicuilco/article/view/4390/4344>
6. Macaya X, Vyhmeister R, Vicente B. Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Rev Hum Med* [Internet]. 2018 [acceso 15 de enero 2021];18(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v18n2/1727-8120-hmc-18-02-338.pdf>
7. Sanz J. Estigma de los profesionales de enfermería de salud mental hacia las personas con trastorno mental grave. *AEESME* [Internet]. 2019 [acceso 15 de enero 2021];(7). Disponible en: <http://www.reesme.com/index.php/REESM-AEESME/article/view/36/41>
8. Barrenetxea-arando I, Sastre M (dir). Estigma y prejuicio de la salud mental en estudiantes de enfermería. Trabajo final de grado [Internet]. [Sant Cugat del Vallès]: Escoles Universitàries Gimbernat, 2016. Disponible en: <http://eugdspaace.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/412/Estigma%20y%20prejuicio%20de%20la%20salud%20mental%20en%20estudiantes%20de%20enfermer%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
9. Balasch M. El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña 2016. *Obertament* [Internet]. 2016 [acceso 15 de enero 2021]. Disponible en: <https://www.consuludmental.org/publicaciones/Estigma-salud-mental-2016.pdf>
10. Knaak S, Mantler E, Szeto A. Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2017 [acceso 21 de enero 2021]; 30 (2). doi.org/10.1177/0840470416679413
11. Martínez-Martínez C, Sánchez-Martínez V, Sales-Orts R, Dinca A, Richart-Martínez M, Ramos-Pichardo JD. Effectiveness of direct contact intervention with people with mental illness to reduce stigma in nursing students. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [acceso 21 de enero 2021]; 28 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.1111/inm.12578>
12. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro D, Quiros-García JM, Solano-Ruiz MC, Gómez-Salgado J. Level of Stigma among Spanish Nursing Students toward Mental Illness and Associated Factors: A Mixed-Methods Study. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2019 [acceso 21 de enero 2021]; 16 (23). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph16234870>
13. Michaels P, López M, Rüsck N, Corrigan W. Constructs and concepts comprising the stigma of mental illness. *Psy, Soc, & Educ* [Internet]. 2012 [acceso 21 de enero 2021]; 4 (2) 183-194
14. Yin-Yi L, Hui-Shin L, Chi-Hsuan T, Yin-Ju L, Ting-Ting W. Changes in Attitudes toward Mental Illness in Healthcare Professionals and Students. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2019 [acceso 21 de enero 2021];16 (23). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31766689/>
15. Subramaniam M, Shahwan S, Abdin E, Janrius C, Jie W, Tee G et al. Advancing Research to Eliminate Mental Illness Stigma: The Design and Evaluation of a Single-Arm Intervention Among University Students in Singapore. *Front. Physiol* [Internet]. 2020 [acceso 21 de enero 2021];11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32581957/>
16. Henderson C, Gronholm P. Mental Health Related Stigma as a 'Wicked Problem': The Need to Address Stigma and Consider the Consequences. *Int. J. Environ. Res. Public Health* [Internet]. 2018 [acceso 21 de enero 2021]; 15 (6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29865225/>

Trabajo Fin de Carrera

17. Sandhu H, Arora A, Brasch J, Streiner L. Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2019 [acceso 21 de enero 2021]; 64 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.1177/0706743718792193>
18. Bolivar-Paredes E, Villanueva-Ruska A. Validación y confiabilidad del Cuestionario AQ27 de actitudes estigmatizadoras hacia pacientes con esquizofrenia en un Hospital General. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2017 [acceso 24 de febrero 2021]; 80 (3). Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v80n3/a03v80n3.pdf>
19. Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Rev. Med. Clin. Conde* [Internet]. 2018 [acceso 28 de febrero 2021]; 29 (3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-la-educacion-en-salud-un-S0716864018300543>
20. Alba MA, Ruiz R, Jiménez C., Pérula de Torres L, Rodríguez MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm. glob* [Internet]. 2013 [acceso 28 de febrero 2021];12 (3). Disponible en: <https://doi.org/10.6018/eglobal.12.3.153131>

Trabajo Fin de Carrera

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO DE ATRIBUCIÓN 27 (AQ-27)

José es un soltero de 30 años con esquizofrenia. A veces oye voces y se altera. Vive solo en un apartamento y trabaja con empleado en una gran firma de abogados. Ha sido hospitalizado seis veces a causa de su enfermedad.

Ahora conteste cada una de las siguientes preguntas sobre José. Rodee con un círculo el número de la mejor respuesta para cada pregunta.

1. Me sentiría violentado a causa José
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
2. Me sentiría inseguro cerca de José
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
3. José me aterraría
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
4. ¿En qué medida se sentiría enfadado con José?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
5. Si estuviera a cargo del tratamiento de José, le exigiría que se tomara su tratamiento
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
6. Creo que José supone un peligro para sus vecinos si no se le hospitaliza
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
7. Si fuera un empresario entrevistaría a José para un trabajo
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
8. Estaría dispuesto a hablar con José acerca de su problema
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
9. Sentiría pena por José
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
10. Pensaría que es culpa de José que se encuentre en su situación actual
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
11. ¿Hasta qué punto cree que es controlable la causa de la situación actual de José?
No hay ningún control personal 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Completamente bajo control personal
12. ¿En qué medida se sentiría irritado por José?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
13. En tu opinión, ¿hasta qué punto es José peligroso?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
14. ¿Hasta qué punto está de acuerdo en que José debe ser obligado a ponerse en tratamiento médico incluso si él no quiere?
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo
15. Creo que sería mejor para la comunidad de José que lo recluyeran en un hospital psiquiátrico
En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

Trabajo Fin de Carrera

16. Compartiría el coche para ir al trabajo con José cada día

No es probable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy probablemente

17. ¿Hasta qué punto cree que un hospital psiquiátrico, donde José está lejos de sus vecinos, es el mejor lugar para él?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

18. Me sentiría amenazado por José

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

19. ¿Hasta qué punto José le asustaría?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

20. ¿Cuál es la probabilidad de que ayudara a José?

Definitivamente no ayudaría 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Definitivamente ayudaría

21. ¿Con qué certeza cree que ayudaría a José?

Ninguna certeza 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Absoluta certeza

22. ¿Hasta qué punto comprende a José?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

23. En su opinión, ¿hasta qué punto es José responsable de su situación actual?

No es responsable en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy responsable

24. ¿Hasta qué punto le aterrorizaría José?

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

25. Si estuviera al cargo del tratamiento de José, le obligaría a vivir en un piso supervisado.

En absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísimo

26. Si fuera propietario, probablemente alquilaría un piso a José

No es probable 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muy probable

27. ¿Cuánta preocupación sentiría por José?

Ninguna en absoluto 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Muchísima

PAUTA DE CORRECCIÓN AQ-27

El AQ consta de 9 factores, que se puntúan sumando los tres ítems correspondientes de cada uno, de acuerdo con el siguiente criterio:

- Responsabilidad = AQ10+AQ11+AQ23
- Piedad = AQ 9+AQ22+AQ27
- Ira = AQ1+AQ4+AQ12
- Peligrosidad = AQ2+AQ13+AQ18
- Miedo = AQ3+AQ19+AQ24
- Ayuda = AQ8+AQ20+AQ21
- Coacción = AQ5+AQ14+AQ25
- Segregación = AQ6+AQ15+AQ17
- Evitación = AQ7+AQ16+AQ26

Trabajo Fin de Carrera

ANEXO 2. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	SEMANAS										AÑO	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	
Propuesta a la Dirección de la Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel	■											
Propuesta de participación a los colaboradores de ASAPME	■											
Elaboración del guion estructurado para la intervención		■										
Selección de la muestra y reparto de Cuestionario AQ-27		■										
Jornada de intervención con los estudiantes y colaboradores de ASAPME			■									
2ª distribución del Cuestionario AQ-27			■									
Comparación de resultados del Cuestionario AQ-27				■								
Monitorización de indicadores de evaluación				■								
Elaboración de las píldoras formativas				■	■							
Propuesta a la Dirección de Enfermería del Hospital Obispo Polanco						■						
Acceso online a través de la plataforma Moodle del Salud						■						
Selección de la muestra y envío de cuestionario AQ-27						■						
Recomendación individual de los vídeos según resultado del cuestionario							■					
Periodo de visualización de vídeos formativos							■	■				
Reparto de la encuesta sobre el trato percibido a usuarios de ASAPME								■				
Organización de la actividad de role playing								■				
Realización de la actividad role playing									■			
Evaluación colectiva de las actuaciones realizadas a través de los videos									■			
2ª distribución Cuestionario AQ-27									■		■	
Comparación de resultados del Cuestionario AQ-27										■	■	
Monitorización de indicadores de evaluación										■	■	

Trabajo Fin de Carrera

ANEXO 3. ENCUESTA SOBRE EL TRATO PERCIBIDO POR LOS USUARIOS DE ASAPME ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

- ¿Ha sido atendido en el Servicio de Urgencias del Hospital Obispo Polanco?
Sí • No
- Rodee una opción según su percepción sobre el trato recibido en el Servicio de Urgencias
- Satisfactoria - Nada satisfactoria
- A continuación, puede escribir su experiencia o si tiene alguna propuesta de mejora para el servicio de Urgencias.