Papel de los Determinantes de Salud en la Mujer Gestante con Trastorno Mental Grave: Visión Holística.

García González, Nadine

Introducción

Resumen

Cada mujer siente la maternidad desde una perspectiva diferente. Es frecuente que las mujeres en algún momento de sus vidas deseen tener un hijo a quién amar, cuidar y acompañar en su camino hacia la adultez. Muchas de las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave han sido madres o han estado embarazadas en algún momento de sus vidas, sin embargo, es un tema poco hablado, y muchas veces no se incluye en los planes de cuidado de enfermería. Se hace necesario analizar la situación actual y como confluyen los determinantes de salud en las mujeres embarazadas con trastorno mental grave y proponer planes de mejora. Para ello la metodología a emplear consistirá: a) estudio retrospectivo sobre un tamaño muestral que incluya todas las historias clínicas de mujeres con TMG y que estuvieron embarazadas en algún momento del año 2019, que obtuvieron al menos una consulta en los servicios sanitarios públicos de atención a la mujer gestante. Con este método se pretende identificar los determinantes de salud, las correlaciones entre ellos y la salud perinatal de neonato y madre. b) Sobre un tamaño muestral (n=10) de mujeres con TMG en estado gestacional en el año 2019 y otro grupo (n=6) de enfermeras especialistas en salud mental y/o especialistas en obstetricia y ginecología que atienden a estas mujeres, se realizarán entrevistas en profundidad mediante un guion semiestructurado. Con este método se pretende explorar la calidad asistencial desde la perspectiva de las mujeres e identificar las actitudes y conocimientos desde la perspectiva de las enfermeras.

Los resultados y conclusiones del presente estudio formarán parte del programa de formación que se lleva a cabo para la obtención de la

especialidad de enfermería en salud mental y serán publicados en revistas científicas indexadas.
Palabras clave: mujer, planificación familiar, trastorno mental grave, embarazo, determinantes de salud, coordinación de casos, investigación cualitativa, investigación cuantitativa, enfermería.

Abstract

Every woman feels motherhood from a different perspective. It is common for women, at some point in their lives to wish to have a child to love, care for, and accompany on their way to adulthood. Many of the women diagnosed with severe mental disorder have been mothers or have been pregnant at some point in their lives, however, it is an unspoken topic, and is often not included in nursing care plans. It is necessary to analyse the current situation and how health determinants converge in pregnant women with severe mental disorder and propose improvement plans. To this end, the methodology to be used will consist of: a) retrospective study on a sample size that includes all medical records of pregnant women at some point in 2019 and with SMD who obtained at least one consultation in public health services for pregnant women. This method is intended to identify the determinants of health, the correlations between them and the perinatal health of neonate and mother. b) On a sample size (N= 10) of women with SMD and gestational diagnosis in 2019 and another group (No=6) of mental health and/or obstetrics and gynecology specialist nurses who care for these women, in-depth interviews will be conducted using a semi-structured script. This method helps to explore quality of care from a women's perspective and identify attitudes and knowledge from the perspective of nurses.

The results and conclusions of this study shall form part of the training programme for the speciality of nursing in mental health. And they will be published in indexed scientific journals.

Keywords: women, family planning, severe mental disorder, pregnancy, health determinants, case coordination, qualitative research, qualitative research, nursing.

El hecho de que una mujer disponga de una etiqueta de trastorno mental grave (TMG) no disminuye su sexualidad ni su actividad sexual. La fertilidad en las mujeres con algún diagnóstico de trastorno mental grave es un tema aún en estudio y del que se dispone de pocos datos, sin embargo, la maternidad es mucho más frecuente de lo que popularmente se cree. Tal vez la falta de conocimiento de estos embarazos se deba a diferentes factores como que el embarazo en la mujer con diagnóstico de TMG sigue siendo un tema muy estigmatizado, muchas mujeres no acuden a las consultas de seguimiento de su embarazo por miedo a perder la custodia de sus hijos, o incluso se deba a las desigualdades de género en salud e investigación.

La planificación familiar, el embarazo, parto y crianza en la mujer con diagnóstico de TMG es un proceso complejo que necesita de una atención sociosanitaria coordinada e interdisciplinar. Existen pocos estudios al respecto, sin embargo, todos coinciden en la importancia de la creación de un protocolo de coordinación de casos adecuado a las necesidades de las mujeres (1–3).

En el año 2019, en Australia Occidental, se analizaron los resultados obstétricos en mujeres con trastorno mental grave. La metodología utilizada fue la observacional analítica mediante una cohorte retrospectiva. Para la obtención de la muestra del grupo de casos utilizaron el total de embarazos completos de mujeres con TMG entre los años 2007-2017 de Australia Occidental y compararon las variables de asistencia a control prenatal, resultados obstétricos y neonatales, demografía y variables psicosociales; con los datos de la población general. Los resultados que obtuvieron en este estudio fueron que las mujeres con TMG tienen mayor comorbilidad en sus embarazos y factores de riesgo psicosociales (4).

En el hospital de Vilardebó, Montevideo, en el año 2016 se realizó un estudio similar al de Australia Occidental. Realizaron un estudio descriptivo y de cohorte. La muestra estuvo constituida por los 35 casos de gestaciones de mujeres con diagnóstico de esquizofrenia entre los años 2009-2012. Sin embargo, este estudio no encontró asociación entre esquizofrenia y mayor comorbilidad perinatal (5).

Existen muy pocos estudios cualitativos al respecto de la maternidad en mujeres con diagnóstico de TMG. En el año 2012, en Reino Unido, se publicó un artículo que utiliza una síntesis narrativa en primera persona de una mujer con diagnóstico de esquizofrenia. El artículo expone la importancia que recibe en la literatura el impacto negativo de los factores de riesgo de la esquizofrenia en el embarazo y el niño desde lo cuantitativo; y cómo la perspectiva de la mujer durante su embarazo es olvidada en los estudios de investigación. En este artículo en primera persona, la autora describe la atención sanitaria que recibió durante su embarazo como paternalista, la percepción del estigma en los servicios sanitarios y con ello el miedo a perder la custodia del niño. Como conclusiones declara la falta de investigación cualitativa y pide una atención a la mujer embaraza con TMG donde se promueva la autonomía de la mujer y la toma de decisiones conjunta (6)

Justificación

La maternidad es un derecho recogido en los textos legales. La Declaración Universal de los Derechos Humanos recoge en el Artículo 16 el derecho de todos los hombres y mujeres a formar una familia sin restricción alguna. En el Artículo 39 de la Constitución Española, los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. El Artículo 23 de la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, reconoce el derecho de las personas con discapacidad a formar una familia, tener relaciones sexuales, tener hijos, mantener su capacidad reproductiva, etc.

El Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023, dispone de una línea estratégica específica dirigida a la salud mental y género. En esta línea se propone el diseño e implantación de un programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio (7). Con este proyecto se pretende analizar la situación para poder crear un programa adecuado a la problemática y necesidades de las mujeres.

Las mujeres con TMG se ven sometidas a una doble estigmatización, por el hecho de ser mujer y además poseer una discapacidad. Existen varias leyes y

normas, estatales y autonómicas, dirigidas a disminuir estas inequidades entre sexos y por tanto dirigidas hacia la igualdad entre mujeres y hombres. Durante mi periodo de formación como residente de enfermería en salud mental he tenido la oportunidad de acompañar en sus cuidados a una mujer con TMG durante el último trimestre de su embarazo, el parto y el puerperio. Este acompañamiento ha hecho que me cuestione si realmente desde enfermería estamos prestando los cuidados que las mujeres necesitan. Pero ¿sabemos qué cuidados necesitan las mujeres?, ¿acaso conocemos su realidad?, ¿y su sufrimiento

Marco teórico

El Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH, 1987), define el Trastorno Mental Grave (TMG) como "un grupo de personas heterogéneas, que sufren trastornos psiquiátricos graves que cursan con alteraciones mentales de duración prolongada, que conllevan un grado variable de discapacidad y de disfunción social, y que han de ser atendidas mediante diversos recursos sociosanitarios de la red de atención psiquiátrica y social". A través de la planificación familiar, las mujeres deciden el número de hijos que desean tener y el intervalo de tiempo entre embarazos. Mediante la planificación familiar, la mujer se empodera de su sexualidad y fertilidad. Las mujeres con diagnóstico de TMG, se encuentran con barreras ante su propia planificación familiar debido a la falta de atención sanitaria a la mujer adaptada a la discapacidad, menor educación sanitaria y conocimiento sobre salud, derechos sexuales y reproductivos (8).

Según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley 44/2003, de 21 de noviembre, "corresponde a los Diplomados Universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades". Las enfermeras ejercen un importante papel en la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud a través de los determinantes de salud. Muchas de las actividades enfermeras están orientadas a conseguir cambios en el estilo de vida de las personas y a mejorar la accesibilidad y calidad asistencial.

Según la OMS, “Los determinantes de salud son el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y las poblaciones” . En 1974, Marc Lalonde, después de haber analizado la evidencia de los factores determinantes de la salud, clasificó estos determinantes en cuatro categorías, biología humana (aspectos genéticos, edad), estilo de vida (alimentación, actividad sexual, conductas de riesgo…) , atención sanitaria (calidad, accesibilidad, financiación…) y medio ambiente (contaminación y factores psicosociales y culturales) (9,10). A pesar de ser una clasificación antigua y de existir nuevas clasificaciones más sofisticadas y completas, en la actualidad sigue siendo un referente en lo relativo a la atención integral de la salud.

Otra de las clasificaciones referentes en la actualidad, es la realizada por Tarlov en 1999. Tarlov, clasificó los determinantes de salud en 5 niveles, biológicos, físicos y químicos; estilos de vida, ambiental y comunitario; ambiente físico, climático y contaminación atmosférica; estructura macrosomial, política y percepciones poblacionales (9,10). Tarlov fue el primero en incluir las características sociales en su clasificación, las cuales se deben tener siempre en consideración para poder atender a las demandas de equidad en salud. Las desigualdades sociales de salud son las diferencias injustas y evitables entre grupos poblaciones. Los factores sociales que mayor impacto tienen en la salud de las personas son la posición social, la edad, la raza/etnia, el territorio y el género. Las desigualdades de género en salud son las diferencias entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas (11). Las desigualdades de género en las mujeres confluyen con otros factores de riesgo como la pobreza y menor nivel cultural. La distribución de roles y relaciones de poder entre hombres y mujeres lleva a diferentes exposiciones de factores de riesgo de salud que si no son tenidos en cuenta desde la atención sanitaria y la investigación, pueden converger en sesgos de atención sanitaria y de investigación con la obtención de peores resultados en salud e importantes consecuencias sociales y económicas (11,12).

Aplicabilidad del estudio

Los resultados obtenidos en este estudio podrán ser utilizados para el diseño e implantación de un programa de atención a la mujer con trastorno mental grave en el embarazo, parto y puerperio, en relación a uno de los objetivos propuestos por el Plan de Salud Mental Autonómico dentro de la línea estratégica salud mental y género.

Objetivos

Hipótesis

Las dificultades en el seguimiento de la mujer embarazada con trastorno mental grave llevan asociadas mayores complicaciones sociosanitarias en el embarazo.

Objetivos generales

• Analizar la situación sociosanitaria de las mujeres embarazadas con diagnóstico de trastorno mental grave en la isla de Gran Canaria.

Objetivos específicos

• Identificar los determinantes de la salud en el embarazo en la población objeto de estudio.

• Explorar la percepción subjetiva de las mujeres embarazadas con TMG respecto al apoyo y a la calidad asistencial recibida en las consultas de enfermería en la unidad de salud mental, en las consultas de enfermería de atención al embarazo, durante el parto y el posparto.

• Identificar los conocimientos y actitudes de las enfermeras especialistas en salud mental y las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología en la atención a la mujer con TMG tanto en la planificación familiar como durante la gestación, el parto y el posparto.

Metodología

Diseño del estudio

La metodología que se utilizará para la realización del estudio será mixta. Constará de una parte cuantitativa retrospectiva observacional analítica mediante la comparación de dos cohortes retrospectivas con apareamiento 1:1. Y otra parte del estudio se llevará a cabo de forma cualitativa, a través de un

estudio cualitativo descriptivo de tipo fenomenológico mediante la realización de entrevistas.

Ámbito del estudio

El estudio va dirigido a las mujeres embarazadas con diagnóstico de TMG y a las profesionales de enfermería que atienden a estas mujeres durante la planificación familiar, embarazo, parto y posparto en la isla de Gran Canaria, con una población de aproximadamente 1.000.000 de habitantes y con un PIB per cápita en el año 2019 de 21.265 €.

En el año 1982 comienza la Reforma Psiquiátrica en Canarias. A partir de la segunda mitad de los años 80 comienza un movimiento hacia el cambio en la atención de la salud mental dirigida hacia el ámbito comunitario. Actualmente, en Canarias, el eje de atención a las personas con problemas de Salud mental se sitúa en las Unidades de Salud Mental (USM). La red de atención a la Salud Mental en la isla de Gran Canaria dispone de ocho Unidades de Salud Mental: Cuatro de estas unidades (El Lasso, Triana, Telde y Vecindario) pertenecen al Complejo Hospitalario Unversitario Insular Materno Intantil (CHUIMI) y las otras cuatro (Canalejas, Ciudad Alta, Puerto y Bañaderos) al Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín. Todas las personas de la isla con algún diagnóstico de TMG están adscritas a una de las USM independientemente de si hacen uso de otro dispositivo de la Red de Salud Mental. Cada USM está formada por un equipo multidisciplinar compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería y administrativos. La atención se realiza desde una perspectiva integradora, teniendo en cuenta la totalidad biopsicosocial de la persona.

La atención a la mujer embarazada en la isla de Gran Canaria se realiza a través de la atención primaria en el Centro de Salud de referencia de cada usuaria y a través de la atención especializada en el CHUIMI en los servicios de obstetricia y ginecología.

Población de estudio

Existen dos poblaciones diana en la realización de este estudio:
• Mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave que hayan estado embarazadas en algún momento durante el año 2019. Dentro de los diagnósticos de TMG se incluirán los siguientes según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) tal y como se recoge en el Plan de Salud Mental de Canarias:

o Trastornos esquizofrénicos (f20.x).

o Trastorno esquizotípico (f21).

o Trastornos delirantes persistentes (f22).

o Trastornos delirantes inducidos (f24).

o Trastornos esquizoafectivos (f25).

o Otros trastornos psicóticos no orgánicos (f28 y f29).

o Trastorno bipolar (f31.x).

o Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (f32.3).

o Trastornos depresivos graves recurrentes (f33.2 y f33.3).

o Trastorno de personalidad (f60.0. paranoide, f60.1. esquizoide, f60.3. límite) grave.

o Trastorno obsesivo compulsivo (f42) grave.

• Enfermeras que se dedican a la asistencia de la mujer embarazada con diagnóstico de TMG. Enfermeras especialistas en Salud Mental pertenecientes a los equipos de las USM, y enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología que presten asistencia en atención primaria y en paritorio.

Selección de la muestra

• Investigación cuantitativa.

La investigación cuantitativa se llevará a cabo mediante un estudio retrospectivo observacional analítico a través de dos cohortes con un apareamiento 1:1. La finalidad de este tipo de estudios es comparar como determinados factores influyen en cada grupo y así poder inferir una relación causal. Una de las características de estos estudios es que permiten estudiar varios factores al mismo tiempo, ya sean intrínsecos o extrínsecos a las participantes (13,14).

o Cohorte retrospectiva a estudio: La población estará constituida por la totalidad de mujeres que estuvieron embarazadas en algún momento del año

2019, residían en Gran Canaria, y ya disponían de un diagnóstico previo de TMG.

o Cohorte control: La población de control se obtendrá a través de muestreo aleatorio estratificado, de la misma fuente poblacional, es decir, mujeres que hayan estado embarazadas en algún momento durante el año 2019 en Gran Canaria. Estará formada por el mismo número de casos y se seleccionaran mediante la técnica de pareamiento de forma que los sujetos compartan caracterísicas con la cohorte a estudio cono la edad y el número de gestaciones previas.

• Investigación cualitativa

Mediante la investigación cualitativa se pretende dar sentido o interpretar los fenómenos según los significados que las personas le dan a estos.

o Mujeres

Para la obtención de la muestra de mujeres embarazadas con diagnóstico de TMG se recurrirá a las Unidades de Salud Mental. Se solicitará a las USM la colaboración para invitar a mujeres adscritas a sus servicios con algún tipo de diagnóstico de TMG y que hayan estado embarazadas en algún momento del año 2019 a participar en el estudio. Se les facilitará a las USM la información respecto al objetivo y metodología del estudio, así como, los consentimientos informados dirigidos a las participantes. Se seleccionaran mediante muestreo no probabilístico casos-tipo entre ocho y diez participantes del total de voluntarias atendiendo a las variables de edad, CIE-10, y primigesta o no. A través del muestreo no probabilístico casos-tipo se recogen datos muy especiales y de calidad en relación a las vivencias, creencias y actitudes de las participantes (13).

o Profesionales enfermeras

La muestra de profesionales será constituida utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia formado por tres enfermeras especialista en Salud Mental que cuiden desde una USM y por tres enfermeras especialistas en Obstetricia y Ginecología que presten cuidados en atención primaria y/o en paritorio. En los estudios cualitativos el tamaño de la muestra no es importante desde el punto de vista probabilístico ya que lo que se pretende es profundizar en un hecho puntual, por lo que el tamaño de la muestra puede variar dependiendo de la saturación de los datos.

Criterios de selección

• Investigación cuantitativa

o Cohorte a estudio: Criterios de inclusión en el grupo casos:

♣ Haber estado embarazada en algún momento del año 2019.

♣ Disponer de alguno de los diagnósticos recogidos como TMG.

♣ Edad comprendida entre 15-45 años en el momento del embarazo.

o Cohorte control: Criterios de inclusión en el grupo controles:

♣ Haber estado embarazada en algún momento del año 2019.

♣ No disponer de diagnóstico de TMG.

♣ Edad comprendida entre 15-45 años en el momento del embarazo.

• Investigación cualitativa

o Mujeres

♣ Criterios de selección:

• Haber estado embarazada en algún momento del año 2019.

• Disponer de alguno de los diagnósticos de TMG según la CIE-10.

• Estabilidad clínica.

• Aceptar participar en el estudio y dar su consentimiento.

♣ Criterios de exclusión:

• No haber estado embarazada en el año 2019.

• No disponer de diagnóstico de TMG según la CIE-10.

• Descompensación psicopatológica.

• No consentir la participación en el estudio.

o Profesionales enfermeras.

♣ Criterios de selección:

• Prestar cuidados enfermeros desde una USM, desde una consulta de atención perinatal o desde paritorio.

• Poseer el título de enfermera especialista en Salud Mental o de enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

• Aceptar participar en el estudio y dar su consentimiento.

♣ Criterios de exclusión:

• Prestar cuidados desde otro ámbito asistencial distinto al criterio de inclusión.

• No poseer el título de enfermera especialista en Salud Mental o de enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología.

• No consentir la participación en el estudio.

Desarrollo

Recogida de datos. Investigación cuantitativa.
La recogida de datos de la investigación cuantitativa se obtendrá de la base de datos de historia clínica del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil y/o de Atención Primaria.

La selección de las variables se ha realizado en base los factores clínicos y sociodemográficos más significativos en este tipo de estudio según la bibliografía revisada.

Tabla 1. Variables investigación cuantitativa.

Variable	*Tipo de variable*	*Definición para el estudio*	*Valores límites (códigos)*
Edad en años	Cuantitativa, de razón, continua	Edad cronológica de la mujer en el momento a estudio	(1) 15-24 (2) 25-34 (3) 35-45
Ocupación laboral	Cualitativa, nominal, politómica	Actividad desempeñada para obtener remuneración económica	(1) Ocupada (2) Parada (3) Jubilada (4) Otros
Nivel educativo	Cualitativa, nominal, politómica	Estudios cursados y aprobados	(1) Sin estudios (2) Primarios (3) Secundarios (4) Postsecundarios
Planificación del embarazo	Cualitativa, nominal, dicotómica	Embarazo intencionado	(1) Si (2) No
Semana gestacional a la captación	Cuantitativa, de intervalo, discreta	Número de semana gestacional en el momento que se conoce el embarazo en la atención sanitaria	(1) ≤12 semanas (2) 12-20 semanas (3) ≥20 semanas
Estado civil	Cualitativa, nominal, politómica	Situación civil de la mujer en el momento a estudio	(1) Soltera (2) Casada (3) Viuda (4) Separada (5) Conviviente
Consumo tabaco	Cuantitativa, de razón, discreta	Número de cigarrillos consumidos al día	(1) Ninguno (2) 1-10 (3) >10
Consumo alcohol	Cualitativa, nominal, dicotómica	Ingesta de bebidas alcohólicas en el embarazo	(1) Si (2) No
Consumo otros tóxicos	Cualitativa, nominal, dicotómica	Consumo de otras sustancias tóxicas durante el embarazo	(1) Si (2) No
Actividad física	Cuantitativa, de razón, discreta	Actividad física de más de 30 minutos de duración	(1) Ninguna (2) 1-2 veces por semana (3) ≥ 3 veces por semana
Número de complicaciones durante el embarazo	Cuantitativa, de razón, discreta	Número de disrupciones o trastornos durante el embarazo	(1) Ninguna (2) 1-3 (3) > 3
Número de complicaciones durante el parto	Cualitativa, nominal, dicotómica	Número de disrupciones o trastornos durante el parto	(1) Si (2) No
Número de complicaciones durante el puerperio	Cuantitativa, de razón, discreta	Número de complicaciones o trastornos durante el puerperio	(1) Ninguna (2) 1-3 (3) > 3
Número consultas prenatales	Cuantitativa, de razón, discreta	Número de asistencia a consulta de obstetricia	(1) Ninguna (2) ≤3 (3) ≥4
Ingesta psicofármacos	Cualitativa, nominal, dicotómica	Ingesta de algún tipo de psicofármacos durante el embarazo	(1) Si (2) No
Clases preparación parto y maternidad	Cualitativa, nominal, dicotómica	Asistencia a clases de maternidad durante el embarazo	(1) Si (2) No
Violencia de género	Cualitativa, nominal, dicotómica	Todo tipo de acciones dirigidas a dañar, herir o controlar a la mujer por parte de su pareja	(1) Si (2) No
Recién nacido: Edad gestacional	Cuantitativa, de razón,	Clasificación por semanas de vida intrauterina cumplidas al momento del parto	(1) Prematuro: <37sem (2) A término.37-42sem (3) Postérmino: >42sem
Recién nacido: Peso al nacer	Cuantitativa, de razón, continua	Clasificación por peso en gramos del niño en el momento de nacimiento	(1) Muy bajo: <1500g (2) Bajo:1500-2499g (3) Normal: 2500-4000g (4) Macrosómico: >4000g
Recién nacido: Apgar al minuto	Cualitativa, ordinal	Resultado al realizar el test de Apgar al recién nacido al primer minuto de nacer	1-9
Recién nacido: Apgar a los 5 minutos.	Cualitativa, ordinal	Resultado al realizar el test de Apgar al recién nacido a los 5 minutos de nacer	1-9
Lactancia al alta	Cualitativa, nominal, politómica	Tipo de alimentación que recibe el recién nacido	(1) Materna (2) Artificial (3) Mixta
Método anticonceptivo al alta	Cualitativa, nominal, politómica	Método utilizado para impedir la capacidad reproductiva tras el embarazo	(1) Ninguno (2) Hormonal (3) Barrera (4) Definitivos

IMAGEN 1

Recogida de datos. Investigación cualitativa.

Para la obtención de los datos de la investigación cualitativa se realizarán entrevistas individuales en profundidad, tanto para el grupo de mujeres como para el grupo de profesionales enfermeras. El desarrollo de las entrevistas será grabado mediante una grabadora de voz con la finalidad de volver a escuchar la entrevista, poder transcribirla y analizar los datos obtenidos. Durante el desarrollo de las entrevistas, la comunicación no verbal será recogida en forma de notas escritas. El objetivo de las entrevistas en profundidad es conocer la experiencia, vivencias, creencias, necesidades, sufrimientos…a través del relato del otro, es decir, se busca la subjetividad de cada persona en relación al fenómeno en estudio.

• Grupo de mujeres

Una vez seleccionadas las mujeres participantes se citaran individualmente en sus respectivas USM. El objetivo de esta primera cita será conocer a las participantes, explicarles el objetivo y método del estudio, aclarar las posibles dudas que hayan podido aparecer en la lectura del consentimiento informado, y acordar la fecha, la hora y el lugar donde se desarrollará la entrevista. De esta forma se pretende evitar la condición de extraño del entrevistador y acordar un lugar cómodo para la realización de la entrevista. El lugar para llevar a cabo las entrevistas debe permitir un clima de confianza que facilite una conversación cómoda y agradable, sin barreras en la comunicación y fuera de la institución. La entrevista será individual contará con un guion de tópicos, se podrá ir incorporando nuevos tópicos a medida que se avance en las entrevistas y se detecten nuevas cuestiones de interés. Al inicio de la entrevista se volverá a explicar resumidamente el objetivo de esta y se solicitará permiso para grabar en formato audio la entrevista asegurando la confidencialidad de la participante. Cada entrevista tendrá una duración de aproximadamente 45 minutos y si no fuese suficiente se acordará otra cita para continuar con la entrevista. Se usarán preguntas abiertas y no directivas, especialmente al comienzo de la entrevista, que permita conocer al entrevistador la opinión y la formar de sentir de la mujer entrevistada. Durante todo el desarrollo de la entrevista se llevará a cabo la escucha activa, el entrevistador dirigirá la entrevista sin realizar interrupciones ni juicios de valor, mostrando interés por la comunicación del informante y respetando sus silencios.

En la entrevista estará presente la mujer participante en el estudio y la investigadora principal (véase anexo I).

• Grupo de profesionales enfermeras

En la muestra de profesionales enfermeras, la obtención de los datos también se realizará utilizando entrevistas en profundidad individuales. Las entrevistas se llevaran a cabo en la consulta o lugar de trabajo de la enfermera participante con la intención de que se sienta cómoda y segura en el medio. Antes de comenzar la entrevista se le volverá a explicar el objetivo del estudio, se le solicitará autorización para la grabación del audio utilizando una grabadora de voz y se le asegurará la confidencialidad.

La entrevista comenzará con preguntas abiertas que abarquen de forma global la temática a estudio. El proceso de la entrevista se realizara de igual forma que en el grupo de mujeres participantes explicado anteriormente. Durante la entrevista se cuidaran los aspectos que facilitan la comunicación y la relación interpersonal como la postura del oyente, la escucha activa, no realizar juicios de valor, respetar los silencios y mostrar interés.

Durante la entrevista en profundidad a la profesional de enfermería estará presente la participante enfermera y la investigadora principal (véase anexo II).

Análisis de los datos

• Análisis de los datos. Investigación cuantitativa

Para analizar los datos obtenidos en el estudio cuantitativo se utilizará el software de paquete estadístico SPSS and IBM Company. Se realizarán tablas con distribución de frecuencia, tendencia central y dispersión con la finalidad de organizar y resumir los datos obtenidos.

Las comparaciones entre dos grupos independientes se realizarán usando el test de Mann-Whitney. Las comparaciones entre grupos múltiples se realizarán usando el test de KrusKall-Wallis con corrección de Bonferroni si fuera necesario. Los resultados cuantitativos serán expresados como media aritmética + desviación estándar.

Todas las pruebas se considerarán con significancia estadística cuando la $p<0.05$.

• Análisis de los datos. Investigación cualitativa.

El análisis cualitativo es un proceso complejo debido al volumen de datos que se obtienen. Se usará el programa informático ATLAS/ti-Análisis Cualitativo de Datos Textuales para facilitar la organización y análisis de los datos textuales.

o Transcripción de las grabaciones: Cada entrevista se trasladará a documentación escrita de forma literal, se añadirán anotaciones que indiquen los silencios, risas, sonidos u otros datos recabados en las grabaciones. Cada documento estará identificado con un número de manera que mantenga la confidencialidad y se señalará el lugar, día y hora de la entrevista.

o Categorización: Para poder analizar la información obtenida en las entrevistas, es necesario categorizarlas, es decir, ordenar la información, y eliminar los datos irrelevantes. Para la realización de la categorización se utilizará el enfoque Emic-Etic, este enfoque "supone un análisis profundo del contexto donde se desarrolla la investigación, ya que la interpretación Emic es una descripción en términos significativos, mientras que una interpretación Etic, lo es en términos observables y de inserción por parte del investigador" (15). Para la categorización de los datos se usará de guía el marco teórico, se utilizarán los determinantes de salud según Lalonde. Los datos de cada categoría volverán a ser agrupados en subcategorías. Estas subcategorías se obtendrán del análisis narrativo de contenido de las entrevistas.

o Clarificar, sintetizar y comparar: Se realizará una tabla en la que las filas serán las categorías y las columnas serán las respuestas de las personas entrevistadas, además se añadirá una columna final donde se recogerán las conclusiones.

Criterios de calidad

El presente proyecto de investigación contempla los siguientes criterios de calidad:

• Criterio de validez interna-credibilidad:

o Validez interna dentro del estudio cuantitativo: se seleccionarán abundantes variables en base a las más utilizadas en otros estudios similares según la

bibliografía consultada. Se pretende tener en cuenta todos los factores que puedan interactuar y así evitar la confusión de los datos.

o Triangulación de fuentes de datos: La preocupación motivo de la realización de este proyecto ha sido contrastada con las diferentes fuentes de las que se han obtenido los datos.

o Triangulación del investigador: El estudio contará con una investigadora principal y una investigadora colaboradora que permitirá la comparación de diferentes puntos de vista.

o Triangulación metodológica: La metodología consta de una parte en la que se desarrolla una investigación cuantitativa y otra parte de investigación cualitativa que permitirá la comparación de los resultados entre ambos métodos.

o Triangulación de informantes: La metodología a llevar a cabo en la investigación cualitativa considera la perspectiva de la mujer, de las enfermeras especialistas en salud mental y de las enfermeras especialistas en obstetricia y ginecología.

• Criterio de validez externa-transferibilidad:

o Los resultados obtenidos dentro del estudio cuantitativo serán comparados con estudios de investigación realizados anteriormente de las mismas características.

o Dentro de la investigación cualitativa, la muestra seleccionada de mujeres con diagnóstico de TMG, que estuvieron embarazadas en el año 2019, se seleccionará bajo muestreo caso-tipo, de forma que los sujetos seleccionados sean representativos de los datos obtenidos en la investigación cuantitativa. Además, en las entrevistas se evitará la realización de preguntas ambiguas y se recogerán abundantes datos descriptivos y minuciosos.

• Criterio de fiabilidad-dependencia:

o En el análisis de los datos cuantitativos se realizarán diferentes medidas para la comprobación de la repetición de los datos.

o Se realizará la revisión exhaustiva de las entrevistas realizadas junto a las notas recogidas por la investigadora durante el desarrollo de estas.

• Criterio de objetividad-confirmabilidad:

o Para cumplir con el criterio de objetividad, se invitará a otros investigadores a realizar una réplica del estudio cuantitativo.

o La confirmabilidad del estudio cualitativo se obtendrá a través de la realización del Checklists elaborada por Fernández de Sannamed y Calderón (2002). Esta guía permite comprobar si el proceso de investigación cumplen unos mínimos requisitos de Calidad antes de ser presentado en una revista científica (16).

Plan de trabajo

El plan de trabajo a seguir se muestra en el siguiente cronograma.

Tabla 2. Cronograma

Definición situación-problema	Elección Tema	NOV	**2019**
	Exploración de la situación	NOV-ABR	
	Diseño proyecto investigación	MAY-AGO	
	presentación AEESME	SEP	
Trabajo de campo	Solicitud permiso al Comité de ética de investigación	OCT	**2020**
	Solicitud de datos investigación cuantitativa	NOV	
	Análisis de datos investigación cuantitativa	DIC	
	Captación participantes	ENE-FEB	
	Análisis de datos investigación cualitativa	MAR-ABR	
	Triangulación datos cuantitativa y cualitativa	MAY	
Informe final	Resultados y conclusiones	JUN	**2021**
Comprobación Criterios de calidad	Validez externa	JUL	
	Checklist de confirmabilidad		
Difusión de los datos	Envío a revista científica	AGO	

IMAGEN 2

Memoria económica

Tabla 3. Memoria económica

	Unidad
Recursos Humanos	Investigación principal
	Investigación colaboradora
	Asesor en investigación cuantitativa y cualitativa
	Traductor de publicaciones
	Auditoría externa
Recursos Materiales	**Material inventariable**
	Ordenador portátil
	Teléfono
	Conexión a internet
	Grabadora de voz
	Software IBM SPSS
	Software Atlas.ti 9
	Material Fungible
	Material de oficina (papelería y bolígrafos)
	Reprografía
Otros Gastos	Congresos y divulgación científica
	Desplazamiento, alojamiento y dieta

IMAGEN 3

Limitaciones del estudio

En la realización de este proyecto de investigación la primera limitación que se plantea es la escasez de estudios de investigación similares que aporte mayor información del problema detectado.

La recogida de datos en el estudio cuantitativo puede resultar tediosa debido a la complejidad que requiere la búsqueda en dos bases de datos de historia clínica, base de datos del CHUIMI y base de datos de atención primaria. Otra de las limitaciones a las que se enfrenta el estudio se encuentra en la recogida de datos cualitativos. Durante la realización de las entrevistas pueden aparecen sesgos de memoria selectiva, recordar u olvidar los eventos pasados; sesgos de atribución, atribuir eventos y resultados positivos a la propia persona atribuyendo los negativos a fuerzas externas; y sesgos de exageración, describir los eventos como más significativos de los que realmente fueron (17).

Aspectos ético-legales

La investigación se llevará acabo respetando los principios de beneficencia, autonomía, justicia y no maleficencia. La participación en el estudio será voluntaria. Se le explicará a cada participante el objetivo y método de estudio a realizar. La aceptación para formar parte en el estudio se realizará mediante consentimiento informado, el cual pueden derogar en cualquier momento del proceso de investigación.

De acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se asegurará la confidencialidad de los participantes. No aparecerá el nombre de ninguna de las participantes en ninguna de las etapas del estudio, para ello, a cada participante se le asignará un código numérico que le acompañará a lo largo del proceso de investigación.

Conclusiones

Agradecimientos

A ella, a la mujer que me mostró la realidad a la que se enfrentan las mujeres embarazadas y etiquetadas con trastorno mental grave, muchísimas gracias

por permitirme acompañarte en tu sufrimiento a través de mis cuidados enfermeros.

A todo el equipo de la Unidad de Media Estancia, por confiar en mi e invitarme a seguir investigando.

A mi tutora Elisabeth Cheneau, por el apoyo y la escucha en los momentos difíciles durante mi formación y la elaboración del proyecto.
A mi tutor Francisco Navarro, por guiarme en la investigación.
A mis compañeros de residencia, por sus aportaciones y buenos consejos.
A mi familia, por el tiempo prestado y la motivación para continuar con mi formación.

Anexos

ANEXO I

GUIÓN PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD A LAS MUJERES.

- Recordatorio sobre el objetivo de la entrevista, grabación de audio y confidencialidad. Aclaración de dudas y recogida del consentimiento informado firmado previamente.
- Recogida de datos sociodemográficos:
  - ¿Cuál es su edad?
  - ¿Cuál es su estado civil?, ¿tiene pareja?
  - ¿Dónde vive?
  - ¿Cuántas personas viven en su hogar?
  - ¿Cuál es el nivel escolar más alto que recibió?
  - ¿Usted trabaja?, ¿a qué se dedica?, ¿desde cuándo trabaja?
  - ¿Recibe algún tipo de prestación económica?,¿cuál?, ¿desde cuándo recibe la prestación?
  - ¿Cuántos hijos tiene? Número de embarazos.
- Desarrollo de la entrevista:
  - Me interesaría conocer su historia, quisiera que me contara sobre su embarazo.
  - ¿Cómo era su vida cuando se quedó embarazada?, ¿tenía pareja, trabajo…? ¿dónde vivía en ese momento?
  - ¿Había planificado quedarse embarazada?, ¿recuerda cómo ocurrió?, hábleme de ello.
  - Durante las citas con su enfermera en la USM, ¿habían hablado de la planificación familiar?, ¿de su deseo o no de ser madre?, ¿qué medidas decidieron tomar?
  - ¿Cuándo supo de su embarazo?, ¿cómo se sintió cuando conoció que estaba embaraza?, ¿sintió miedo o preocupación en algún momento?, ¿qué le preocupaba?
  - ¿Cómo cuidó de su propia salud durante el embarazo? Hábleme de sus hábitos de vida y la importancia que tienen para usted (actividad física, alimentación, consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, asistencia a citas para control de salud, toma del tratamiento farmacológico…)
  - ¿Qué apoyo recibió por parte su familia? (familia de origen y propia)
  - ¿Recibió apoyo por parte de alguna institución?, ¿de qué forma la ayudaron?
  - ¿A qué citas de seguimiento del embarazo acudió durante su embarazo? ¿cómo valora el trato recibido en las consultas con la matrona? ¿Alguien la acompañaba a las citas?, ¿quién?
  - Hábleme sobre su experiencia en la Unidad de Salud Mental, ¿se sintió apoyada por su enfermera de referencia? ¿Podría decirme con qué frecuencia tenía cita con su enfermera durante el embarazo? ¿De qué forma le ayudó su enfermera en la gestión y coordinación de citas con la matrona, realización de pruebas, trabajadora social…? ¿Cómo valora la atención recibida en la consulta de enfermería de la USM?
  - Respecto al parto, ¿cómo se sintió?, ¿qué miedos o preocupaciones aparecieron? ¿Estuvo acompañada durante el parto?, ¿quién la acompañó?, ¿cómo le hacía sentir estar o no acompañada?
  - Me gustaría que me contara un poco más sobre el momento del parto, ¿qué información recibió durante el parto? ¿sintió que su opinión era importante y la tenían en cuenta? ¿cómo valora la atención recibida por parte de la matrona? ¿Creé que estar acompañada de su enfermera de referencia de salud mental le hubiese servido de apoyo en la toma de decisiones y en la sensación bienestar y seguridad?
  - ¿Cómo se sintió en el posparto? ¿Cómo valora la atención recibida desde enfermería?
  - Para terminar, me gustaría conocer cómo le hubiese gustado que fuese la atención de enfermería por parte de la matrona y de su enfermera de salud mental. ¿Qué cosas se podrían mejorar?

IMAGEN 4

ANEXO II

GUIÓN PARA LA ENTREVISTA EN PROFUNDIAD A LAS ENFERMERAS

- Recordatorio sobre el objetivo de la entrevista, grabación de audio y confidencialidad. Aclaración de dudas y recogida de consentimiento informado previamente firmado.
- Desarrollo de la entrevista: se realizarán preguntas adaptadas al ámbito asistencial de la enfermera a entrevistar sobre los siguientes temas.
    - Opinión sobre el embarazo, maternidad y crianza de la mujer con diagnóstico de trastorno mental grave.
    - ¿Cómo se incluye la planificación familiar en la mujer con TMG en la atención enfermera desde su ámbito asistencial?
    - ¿Qué formación ha recibido en cuánto a planificación familiar, embarazo, parto y crianza, en la mujer con diagnóstico de TMG?
    - ¿De qué forma se adaptan las consultas de enfermería a la mujer embarazada con TMG?
    - ¿Qué tipos de apoyo se le ofrecen a la mujer que desea ser madre o está embarazada?
    - ¿De qué forma se promueve el principio de autonomía de la mujer embarazada con TMG?
    - ¿Qué tipo de coordinación de casos existe entre enfermería de salud mental y enfermería de obstetricia y ginecología?
    - ¿Qué dificultades ha encontrado en la atención?
    - ¿Cómo podría mejorarse la calidad asistencial a la mujer con TMG?

IMAGEN 5

Bibliografía

1. Acera Pozzi R, Yee LM, Brown K, Driscoll KE, Rajan P V. Pregnancy in the severely mentally ill patient as an opportunity for global coordination of care. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2014;210(1):32–7. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2013.07.029

2. Seeman M V. Clinical interventions for women with schizophrenia: Pregnancy. Acta Psychiatr Scand. 2012;127(1):12–22.

3. McKeever A, Alderman SE, Luff S, DeJesus B. Assessment and Care of Childbearing Women With Severe and Persistent Mental Illness. Nurs Womens Health [Internet]. 2016;20(5):484–99. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.nwh.2016.08.010

4. Frayne J, Nguyen T, Allen S, Hauck Y, Liira H, Vickery A. Obstetric outcomes for women with severe mental illness: 10 years of experience in a tertiary multidisciplinary antenatal clinic. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2019;300(4):889–96. Available from: https://doi.org/10.1007/s00404-019-05258-x

5. Rega GL, Birriel Y, Caraballo|revista K, López G, Médica R, Profesora P, et al. Trabajo original Yamila Birriel. Rev Psiquiatr Urug. 2016;80(1):11–25.

6. Fox JR. Best practice in maternity and mental health services? a service user's perspective. Schizophr Bull. 2012;38(4):651–6.

7. De P, Canarias DE. 2019 - 2023. 2019.

8. Ministerio de Sanidad PS e I. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2011;13–156. Available from: www.mspsi.gob.es

9. Moral PAP, Gascón MLG, Abad ML. The social determinants of health: Inequalities and exclusion in XXIst century societies. Rev Int Sociol. 2014;72(EXTRA 1):71–91.

10. Piédrola G. La salud y sus determinantes. Concepto de medicina preventiva y salud pública. Moana Wonka [Internet]. 2015;3–15. Available from: http://biblio.upmx.mx/indices/125477.pdf

11. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. Public Health Rep. 2014;129(SUPPL. 2):19–31.

12. Andalucía EASP_NSP_Desigualdades en salud.pdf.

13. Monje Álvarez CA. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica. Univ Surcolombiana [Internet]. 2011;1–216. Available from: http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf

14. Hueso González A, Cascant i Sempere MJ. Metodología y Técnicas Cuantitativas de Investigación Andrés Hueso y Ma Josep Cascant [Internet]. Vol. 1, Cuadernos docentes en procesos de desarrollo. 2012. 78 p. Available from: http://cuadernos.dpi.upv.es/

15. Corona Lisboa JL, Maldonado Julio JF. Investigación Cualitativa: Enfoque Emic-Etic. Rev Cuba Investig Biomédicas [Internet]. 2018;37(4):1–4. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000400022&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Sánchez MC. La calidad en la investigación cualitativa. Investig y Tecnol la Inf y Comun al Serv la Innovación Educ. 2008;241–66.

17. Avello R, Rodríguez M, Rodríguez P, Sosa D, Companioni B, Rodríguez R. ¿Por qué enunciar las limitaciones del estudio? MediSur [Internet]. 2018;17(1):10–2. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2019000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=es