

El modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja

Model of adaptation in the face of couple infertility

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

^I Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Cuba.

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

RESUMEN

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

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

Método: se realizó estudio descriptivo y retrospectivo con las parejas tratadas en el "Centro territorial de atención a la pareja infértil" de la provincia de Cienfuegos tributarias de fertilización invitro; de un universo de 251 parejas se seleccionó una muestra de 92 (36.6%) historias clínicas con el método aleatorio simple de las que se llevaron a un formulario las variables necesarias. Los datos fueron procesados con SPSS versión 15.0 y los resultados se muestran en tablas.

Resultados: predominan los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual así como la realización de gran número de abortos provocados los cuales constituyen causas de infertilidad. Se evidencian otros factores que permiten afirmar que muchos casos se pueden evitar y la mayoría puede resolver su situación.

Conclusiones: se realiza propuesta de actuación de enfermería ante las parejas infértiles a través del modelo de la adaptación de Sor Callixta Roy.

Palabras clave: Salud sexual reproductiva, Infertilidad, Factores de riesgo, Comportamiento sexual, Modelo de adaptación de Roy.

ABSTRACT

Introduction: The conceptual models are a reference framework for nursing practice, and in this regard, the Sor Callixta Roy's model of adaptation allows the professionals to use "Process of Nursing Care" as a tool to provide care of excellence to the infertile couple.

Objective: To design the proposal of nursing intervention to deal with infertile couples, based on the Sor Callixta Roy's model of adaptation.

Method: A retrospective and descriptive study of couples attended to at the territorial center for care of the infertile couple and scheduled for in vitro fertilization in Cienfuegos province. From a universe of 251 couples, a sample of 92 (36.6%) medical records was selected by the simple randomized method and the required variables were transferred to a specific form. Data were then processed with SPSS 15.0 version and the results were shown in tables.

Results: Risk factors for sexually transmitted infections as well as high number of abortions- a direct cause of infertility- predominated. There were also other factors that allow us to state that most of these cases are avoidable and can be solved.

Conclusions: A proposal of nursing intervention to deal with infertile couples through the Sor Callixta Roy's model of adaptation was presented.

Keywords: reproductive sexual model, infertility, risk factors, sexual behavior, Roy's model of adaptation

INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente expuesto se decide realizar esta investigación con el objetivo de diseñar una propuesta de actuación de enfermería a través del modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo con las parejas tratadas en el "Centro territorial de atención a la pareja infértil" de la provincia de Cienfuegos tributarias de fertilización invitro durante el año 2011; con el objetivo de Diseñar una propuesta de actuación de enfermería a través del modelo de la adaptación ante la infertilidad de la pareja. De un universo de 251 parejas seleccionamos una muestra de 92 que representan el 36.6%, seleccionando las historias clínicas con el método aleatorio simple de las que se llevaron a un formulario las variables: edad (de 25 a 30, de 31 a 35, de 36 a 40, de 41 a 45 años), edad de primeras relaciones sexuales (de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 25 años), número de parejas sexuales (Una, de 2 a 3, de 4 a 6, de 7 a 10), Infecciones de Transmisión Sexual (Clamidia u otras infecciones), número de embarazos (Ninguno, de 1 a 3, de 4 a 6, de 7 a 10), interrupciones realizadas (Ninguno, de 1 a 3, de 4 a 6) y embarazos ectópicos (Ninguno, de 1 a 3), tiempo de infertilidad (de 1 a 5, de 6 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 24 años) y tiempo en consulta de infertilidad (de 1 a 5, de 6 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19 años) así como el diagnóstico femenino (Normal, patología tubárica, patología ovárica).

Criterios de inclusión

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

Métodos de investigación

Del nivel teórico: analítico-sintético, inductivo-deductivo e histórico-lógico.

Métodos empíricos: análisis documental y formulario.

Métodos matemático-estadísticos: SPSS versión 15.0.

Triangulación de métodos: permitió dar validez y objetividad a los resultados de las técnicas utilizadas.

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

RESULTADOS

En las parejas estudiadas predominó el grupo de mujeres entre 36 a 40 años con un 35,9 %, seguido por las que tienen de 31 a 35 años con 28,3 %. La edad mínima fue 25 y la máxima 44 con una edad media de 33 años; la mediana de 34 y la moda de 37 años. Al analizar la edad en que inician las relaciones sexuales se encontró que el 39,1 % lo hizo antes de los 14 años y aunque predominó el grupo entre 15 y 19 años, un número importante de ellas comenzó a los 15 años, edad considerada precoz. El grupo entre 31 y 35 años aportó el mayor número para las

que inician las relaciones sexuales antes de los 14 años (16,3 %). Al valorar el número de parejas sexuales se encontró que el 71,7 % refirió haber tenido 2 a 3 parejas sexuales y una cifra nada despreciable de 18,5 % tuvo relaciones sexuales con 4 a 6 compañeros. El grupo de 36 a 40 años fue el que refirió mayor número de parejas sexuales (tabla 1).

Tabla 1. Relación entre la edad de las primeras relaciones sexuales y el número de parejas con los grupos de edades

Grupos de edades	Edad primeras relaciones sexuales				Número de parejas sexuales			
	≤14	15 - 19	20 - 25	Total	Una	2 - 3	4 - 6	7 - 10
25.a 30	10	14	1	25	0	21	4	0
31.a 35	15	9	2	26	3	17	5	1
36.a 40	9	23	1	33	2	23	7	1
41.a 45	2	6	0	8	2	5	1	0
Total	36 39,1%	52 56,5%	4 4,4%	92 100%	7 7,6%	66 71,7%	17 18,5%	2 2,2%

Llama la atención que sólo el 16,3 % de estas mujeres nunca lograron un embarazo en su vida reproductiva; el 78,2 % logró 1 y 3 embarazos y el 5,4 % entre 4 y 6. Las mujeres con edades entre 31 y 35 años fueron las que lograron menos embarazos. El 50% se realizó al menos una interrupción provocada; el grupo entre 36 y 40 años fue el que más incurrió con 18,5 % y a esto se suma que el 44,5 % tuvo al menos un embarazo ectópico, mayor en los grupos de 31 a 35 y 36 a 40 con un 14,1 % cada uno (tabla 2).

Tabla 2. Relación entre la cantidad de embarazos, las interrupciones realizadas y los embarazos ectópicos diagnosticados con los grupos de edades

Grupos de edades	Cantidad de embarazos			Interrupciones realizadas			Embarazos ectópicos	
	0	1 - 3	4 - 6	0	1 - 3	4 - 6	0	1 - 3
25.a 30	7	16	2	16	9	0	11	14
31.a 35	1	23	2	11	13	2	13	13
36.a 40	6	26	1	16	17	0	20	13
41.a 45	1	7	0	1	7	0	7	1
Total	15 16,3 %	72 78,2 %	5 5,4 %	44 47,8 %	46 50 %	2 2,2 %	51 55,4 %	41 44,5 %

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

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

Número de parejas sexuales	Infecciones de transmisión sexual					
	Clamidia		Otras infecciones		Total	
	#	%	#	%	#	%
Una	1	1,1	1	1,1	2	2,2
2 - 3	11	11,9	15	16,3	26	28,3
4 - 6	5	5,4	5	5,43	10	10,8
7 - 10	0	0	1	1,1	1	1,1
Total	17	18,4	22	23,9	39	42,4

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

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

Grupos de edades	Diagnóstico femenino de infertilidad							
	Normal		Patología tubérica		Patología ovárica		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
25 a 30	0	0	22	23,9	3	3,2	25	27,1
31 a 35	5	5,4	21	22,8	0	0	26	28,3
36 a 40	1	1,1	31	33,7	1	1,1	33	35,9
41 a 45	0	0	8	8,7	0	0	8	8,7
Total	6	6,5	82	89,1	4	4,3	92	100

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

Tabla 5. Relación entre el tiempo buscando embarazo y el tiempo en consulta de infertilidad

Tiempo buscando embarazo	Tiempo en consulta de infertilidad (años)					
	1 - 5	6 - 9	10 - 14	15 - 19	Total	
	#	%	#	%	#	%
1 - 5 años	28	30,4	0	0	28	30,4
6 - 9 años	14	15,2	10	10,8	24	26,1
10 - 14 años	19	20,6	5	5,4	28	30,4
15 - 19 años	3	3,3	0	0	9	9,8
20 - 24 años	0	0	1	1,1	3	3,3
Total	64	69,5 %	16	17,3 %	7	7,7 %
					5	5,5 %
					92	100

DISCUSIÓN

La sexualidad constituye un importante desafío para todos los que persiguen un perfeccionamiento de los modos de actuación en torno a la vida sexual y reproductiva. El hecho de que predominen en las parejas estudiadas el inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas y que hayan tenido varias parejas sexuales constituye un factor de riesgo a tener en cuenta al estudiar las causas de la infertilidad.

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

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

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

Varela Arévalo y colaboradores encontraron una alta prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en Colombia; en una muestra de 29 760 personas, el 43 % notificaron que habían tenido dos o más parejas sexuales en el mes.¹² Como consecuencia de las relaciones sexuales en edades tempranas y sin el uso de preservativo conlleva a la realización de abortos provocados lo cual además del riesgo para la vida contribuye a la infertilidad.

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

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

Doblado Donis refiere en su estudio realizado en Matanzas con adolescentes y jóvenes que el 39,6 % se había realizado un aborto pues no se protegían en sus relaciones sexuales.⁹

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

Los autores consideran que a pesar de encontrar en la muestra estudiada sólo un 18.4% de pacientes con test de Chlamydia positivo, la incidencia de esta afección es mayor en el universo. En el laboratorio de microbiología del Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima se realizaron 329 estudios de Chlamydia durante el año 2011 a mujeres en estudio en el Centro territorial de atención a la pareja infértil y fueron positivos 212 para un 64,4 %.

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

Hernández Durán y Díaz Mitjans aseguran que la Enfermedad Inflamatoria Pélvica Aguda se debe en el 60 % de los casos a una ITS, ya sea gonorrea, Chlamydia o ambas como muchas veces se asocian.³

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

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

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

La relación entre el tiempo que llevan buscando un embarazo y el tiempo en que son atendidas en consulta de infertilidad no siempre se comporta de la forma que debe, muchas parejas pasan años esperando y no acuden a las consultas de infertilidad o a la consulta de riesgo preconcepcional donde también pueden encontrar la orientación que necesitan. Es criterio de los autores que los profesionales de estas consultas en la Atención Primaria de Salud deben tener en cuenta la población en edad fértil de su comunidad y acudir a ellas para ofrecer labor educativa sobre salud sexual y reproductiva y enfatizar siempre que sospechen problemas de infertilidad

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

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

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

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

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

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

Los modos adaptativos son categorías de conductas para adaptarse a los estímulos:

Función fisiológica: implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

Autoconcepto: se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

Función de Rol: implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta. Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

Interdependencia: implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- *Regulador*: controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.

- *Cognator*: regula el autoconcepto, la función del rol y la interdependencia.

Hay que ver al paciente como un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida:

- **Entrada**: son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

- **Procesamiento**: hace uso de los procesos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el autoconcepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

- **Salida**: se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.¹⁷

Finalmente, Callista Roy define seis pasos en el proceso de enfermería que se pueden adecuar perfectamente a la forma en que se realiza en Cuba (tres etapas):

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

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

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

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

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

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

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

Gestión ineficaz de la propia salud

Disposición para mejorar la gestión de la propia salud.

Insomnio, Trastorno del patrón de sueño.

Déficit de actividades recreativas.

Conocimientos deficientes, Disposición para mejorar los conocimientos.

Conflicto de decisiones, Disposición para mejorar la toma de decisiones.

Riesgo de impotencia, Desesperanza.

Disposición para mejorar el autoconcepto.

Disposición para mejorar la esperanza.

Baja autoestima situacional, Riesgo de baja autoestima situacional.

Trastorno de la imagen corporal

Interrupción de los procesos familiares.

Procesos familiares disfuncionales, Disposición para mejorar los procesos familiares.

Patrón sexual ineficaz.

Temor, Ansiedad.

Afrontamiento ineficaz.

Disposición para mejorar la esperanza.

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

5. Aplicar intervenciones de enfermería (intentar manipular los estímulos y promover la adaptación).

6. Evaluar el cumplimiento de los objetivos de adaptación.

CONCLUSIONES

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

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Rev Cubana Med Gen Integr (Ciudad de La Habana) [Internet]. Ene.-mar. 2010 [citado 10 mar 2012];26(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252010000100014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Moreno Rosset C. Ansiedad y depresión: principales trastornos asociados a la infertilidad. [Internet]. I Congreso Virtual de Psiquiatría, 1 de Febrero-15 de Marzo 2000 [citado 11 ener 2012]. Conferencia 28-CI-F [aprox. 30 p.]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_f.htm
3. Hernández Durán D, Diaz Mitjans O. Enfermedad inflamatoria pélvica. Rev Cubana Obstet Ginecol (Ciudad de la Habana) [Internet]. Oct.-dic. 2010 [citado 14 may 2012]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400015
4. Ortiz Rodríguez CE, Hechavarría Calderón CE, Ley Ng M, Álvarez Medina G, Hernández Ortiz Y. Estudio de Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma hominis en pacientes infértiles y abortadoras habituales. Rev Cubana Obstet Ginecol (Ciudad de la Habana). Oct.-dic. 2010 [citado 12 may 2012];36(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000400011
5. Duque de Estrada Serrano MM. Aislamiento e identificación de Ureaplasma spp y Mycoplasma hominis en muestras endocervicales de pacientes infértiles [tesis para optar por el título de Master en Atención Integral a la Mujer]. La Habana: Instituto Superior Ciencias Médicas. Facultad Comandante Manuel Fajardo; 2008.
6. Psicología Online [Internet]. España: Psicología Online; 1997. Zas Ros B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. [citado 11 ener 2012]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>
7. Díaz Bernal Z, García Jordá D. Cultura sobre maternidad y paternidad y su repercusión en la concepción de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública (Ciudad de La Habana) [Internet]. Jul.-sep. 2010 [citado 14 may 2012];36(3):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>

8. Moreno ME. Aplicación del Modelo de Adaptación en un Servicio de Rehabilitación Ambulatoria. Aquichan [Internet]. 2001 [citado 18 feb 2012];1(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7/12>
9. Doblado Donis NI, De la Rosa Batista I, Junco Manrique A. Aborto en la adolescencia un problema de salud. Rev Cubana Obstet Ginecol (Ciudad de la Habana). Jul.-sep. 2010 [citado 14 may 2012];36(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000300011
10. Leyva Ramírez N, Sosa Zamora M, Guerra Cuba D, Mojena Orúe D, Gómez Pérez N. Modificación de conocimientos sobre salud reproductiva en adolescentes con riesgo preconcepcional. MEDISAN (Santiago de Cuba) [Internet]. Mar. 2011 [citado 14 may 2012];15(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-301920110003000008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
11. Enríquez Domínguez B, Bermúdez Sanchez R, Puentes Rizo EM, Jiménez Chacón MC. Comportamiento del aborto inducido en la adolescencia. Rev Cubana Obstet Ginecol (Ciudad de la Habana) [Internet]. Abr.-jun. 2010 [citado 16 dic 2012];36(2):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2010000200013
12. Varela Arévalo MT, Correa Sánchez D, Arrivillaga Quintero M, Zapata Ossa HJ, Hoyos Hernández PA, Tovar Cuevas LM. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. Rev Cubana Salud Pública (Ciudad de La Habana) [Internet]. Oct.-dic. 2011 [citado 16 dic 2012];37(4):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000400011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Arteaga García A, Toledo Fernández AM, Villalón Aldana C. La infertilidad en un área de salud del municipio Cerro. Rev Cubana Med Gen Integr (Ciudad de La Habana) [Internet]. Oct.- dic. 2008 [citado 16 dic 2012];24(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Díaz Bernal Z, García Jordá D. La perspectiva de género y la relación médico-paciente para el problema de la infertilidad. Rev Cubana Salud Pública (Ciudad de La Habana) [Internet]. Ene.-mar. 2011 [citado 16 dic 2012];37(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-346620110001000009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Lykeridoua K, Gourountib K, Deltsidouc A, Loutradisd D, Vaslamatzise G. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. Journal of Reproductive & Infant Psychology [Internet]; Aug 2009 [cited 2012 Jan 11];27(3):[aprox. 8 p.]. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02646830802350864>
16. Moreno Fergusson ME. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería: experiencia de la Facultad de Enfermería de La Universidad de La Sabana. Aquichan [Internet]. 2005 [citado 18 febr 2012];5(1):[aprox. 24 p.]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2051878.pdf>

17. Phillip KD, Blue CL, Brubaker KM, Fine JM, Kirsch MJ, Papazian KR, et al. Modelo de la Adaptación. En: Marriner Tomey A, Alligoog MR. Modelos y teorías de enfermería. 4ª. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000. p. 243-66.

Recibido: 6 de febrero de 2013
Aprobado: 22 de mayo de 2013

MSc. Lic. Vladimir Barco Díaz

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Correo electrónico:
vladimirb@ucm.cfg.sld.cu