

MEMORIA Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

Estrategia de Salud Sexual en el SNS

Impacto de un programa de salud sexual y reproductiva en el colectivo de mujeres con patología mental severa- moderada.

2. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **CCAA:** Comunidad Valenciana
- **Nombre de la entidad:** Conselleria de Sanitat Universal I Salut Pública. Departamento de Salud València- Doctor Peset
- **Domicilio social:** Avenida Gaspar Aguilar nº 90 CP 46017 València
- **Persona titular de la Dirección o Gerencia de la entidad responsable.**
 - Nombre y apellidos: Francisco M. Dolz Sinisterra
 - E-mail: dolz_fra@gva.es
 - Teléfonos: 96 1622513
- **Datos de contacto de la persona técnica responsable de la candidatura¹:**
 - Nombre y apellidos: María Antonia Obiol Saiz
 - E-mail: obiolma@gmail.com
 - Teléfonos: 606768536

3. DATOS DEL RESTO DEL EQUIPO RESPONSABLE DE LA CANDIDATURA

Nombre y apellidos	E-mail	Teléfono	Puesto de trabajo	Entidad
Manuel Lozano	lozano_manrel@gva.es	616696189	PDI	Fundacion para el Fomento de la Investigacion Sanitaria y Biomedica de la Comunidad Valenciana (FISABIO). Universitat de València
Juanjo Peiro	juanjo.peiro@uv.es	963543089	PDI	Universitat de València
Jose Maria Ramada	jramada@parcdesalutmar.cat	609480592	PDI	Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM)- CIBER de Epidemiologia y Salud Pública (CIBERESP)

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia presentada como candidatura a BBPP en caso de ser necesario.

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio: octubre 2014**
- **Actualmente en activo: SI**
- **Prevista su finalización: marzo 2021**

6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

Promoción de la salud sexual-reproductiva desde el ámbito sanitario en el colectivo de mujeres con patología mental severa-moderada.

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Las mujeres con patología mental severa-moderada (PMS) tienen mayor número de IVE, menor uso de métodos anticonceptivos efectivos, peores resultados perinatales. En suma, peor salud sexual-reproductiva.

En este colectivo, las intervenciones psico-educativas basadas en la entrevista motivacional han conseguido un mayor uso del preservativo, disminuir el número de parejas sexuales y un mayor conocimiento del VIH (1)

Es por tanto necesario aplicar programas de intervención específicos para este colectivo con el objetivo de mejorar en todos los aspectos de la salud sexual-reproductiva y no limitarlo a la mera prescripción de un método anticonceptivo

8. OBJETIVOS

Objetivo principal:

Incrementar el uso de anticonceptivos efectivos mediante un asesoramiento anti-conceptivo que tenga en cuenta su enfermedad de base y sus preferencias.

Objetivos específicos:

Evaluar y mejorar la salud sexual- reproductiva de la mujer con patología mental severa-moderada mediante las siguientes acciones:

Registro de Hª sexual-reproductiva.

Evaluación de la calidad de vida sexual.

Diagnostico de violencia de género.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

Durante el periodo octubre 2014 a marzo 2018, se han atendido 71 mujeres con patología mental severa-moderada en el Centro de Salud Sexual y Reproductiva (C.S.S.R) Fuente de San Luis.

Las pacientes eran remitidas mayoritariamente por profesionales sanitarios del Centro de Salud Mental de Adultos Fuente de San Luis.

10. METODOLOGÍA

DIFUSION DEL PROGRAMA DE INTERVENCION

Se realizó dos sesiones informativas en el Servicio de Salud Mental de Adultos Fuente de San Luis para divulgar el proyecto y fomentar la remisión de pacientes.

REMISION DE LA PACIENTE

El profesional sanitario tras la consulta en el centro de salud mental de adultos informa a la paciente de la existencia de una consulta específica de salud sexual y reproductiva para mujeres con PMS. El centro de salud mental de adultos C.S.M. Fuente de San Luis esta situado en la segunda planta del edificio Centro de Salud Fuente de San Luis y el CSSR en el tercer piso. La mujer acude sola o acompañada por personal sanitario del CSM. La citación es preferente en función de las necesidades de la paciente, aunque se ofrece la atención inmediata. La mujer es valorada por la ginecóloga del C.S.S.R y se le ofrece participar en el programa. Se da información sobre el contenido del programa y se solicita el consentimiento informado (ver anexo1). El estudio



_ Cribado de C. Cervix con citología cervico-vaginal a las mujeres menores de 35 años y determinación de VPH a las mayores de 35 años.

- _ Cribado de ITS
- _ Exploración bimanual
- _ Ecografía vaginal.

2) Asesoramiento anticonceptivo basado en:

- _ Criterios médicos de elegibilidad de la OMS 5ª edición
- _ Preferencias de la mujer, en casos de mujer con trastorno severo y

limitación en la toma de decisiones se incluía la opinión de los cuidadores.

Se incentiva el uso de L.A.R.C (DIU e implante) por las siguientes razones:

- El tabaquismo es muy frecuente y en mujer mayor de 35 años se contraindica el uso de anticoncepción combinada.
- La toma de medicación psiquiátrica puede interactuar con la anticoncepción combinada disminuyendo su efectividad. En el caso de la lamotrigina la interacción es bidireccional, existiendo una disminución de eficacia en la medicación psiquiátrica y en la anticoncepción combinada.
- El cumplimiento terapéutico de la vía oral puede estar comprometido.
- Los L.A.R.C:

proporcionan una eficacia igual o superior a la esterilización tubárica bilateral.

No precisan intervención de la usuaria ni de sus cuidadores.

Aportan beneficios no contraceptivos

Tienen una duración de tres-cinco años

La mujer no percibe la anticoncepción como una privación total de su derecho a la maternidad.

3) Valoración de la calidad de vida sexual, se discute la influencia de la medicación psiquiátrica en la sexualidad. Se informa de la posibilidad de acudir a la consulta del sexólogo del CSSR.

4) Cribado de violencia de género actual y pasada. Visualización de los diferentes tipos de violencia de género y si es necesario derivación a los servicios de atención a la víctima de violencia de género.

fue aprobado por el comité ético de la universidad de Valencia y cumple con las normas legales relacionadas con la protección de datos.

PROTOCOLO INTERVENCION "SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN MUJER CON PMS".

1) Apertura de Historia en el CSSR

- Antecedentes familiares: patología cardiovascular
Enfermedad mental

- Antecedentes personales:
 - Generales: enfermedades concomitantes
Hábitos tóxicos
 - Salud mental:
 - Diagnostico psiquiátrico
 - Medicación psiquiátrica
 - Hª de ingresos hospitalarios
 - Grado de autonomía global de la paciente

 - Gineco- obstétricos
 - Hª de revisiones ginecológicas previas.
 - IVE
 - Hijos
 - Hª anticonceptiva:
 - Métodos anticonceptivos actual y previos.
 - Motivos de rechazo o discontinuación.
 - Valoración subjetiva de la anticoncepción.

- Exploración física general: Peso, talla, IMC, toma de tensión, valoración de autonomía de la paciente.

- Exploración psicopatológica: orientación, juicio de realidad, síntomas psicóticos, síntomas afectivos, síntomas somáticos, y características de alimentación, sueño y sexualidad.

- Exploración ginecológica:

5) Instauración de método anticonceptivo:

Se fomenta el quick-start , en la mayoría de casos se inicia la administración de píldora solo géstageno y si la mujer solicita un L.A.R.C se proporciona el consentimiento informado y cita para la instauración de método anticonceptivo definitivo a conveniencia de la mujer.

6) Controles sucesivos:

- Si inserción de DIU: control a los dos meses de la inserción valorando el patrón menstrual, la aceptación del método y realización de una ecografía vaginal.
- Si inserción implante: control anual.
- Si instauración de anticoncepción hormonal combinada o método solo géstágenos vía oral o intramuscular: control anual
- Ante cualquier incidencia o duda sobre el método la paciente contacta con el CSSR por vía telefónica o acude a la consulta siendo atendida en el mismo día.

11. EVALUACIÓN

INDICADORES.

Datos demográficos: edad, antecedentes de IVE previa, antecedente de hijos.

Datos médicos: porcentaje de habito tabáquico, porcentaje de consumo de tóxicos actuales o pasados, porcentaje de realización de controles ginecológicos regulares

Distribución en porcentajes de los diagnósticos psiquiátricos.

Distribución en porcentajes del método anticonceptivo actual.

Distribución en porcentajes del método anticonceptivo prescrito tras intervención.

Porcentaje de disminución de uso de método anticonceptivo de baja efectividad.

Porcentaje de aumento de uso de método anticonceptivo de alta efectividad.

Número de casos de citologías vaginales alterados.

Número de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Número de casos de solicitud de IVE.

Número de casos de solicitud de consulta preconcepcional.

Porcentaje de satisfacción de vida sexual.

Porcentaje de violencia de género

Porcentaje de deseo gestacional en el futuro.

• RESULTADOS.

Historia salud sexual-reproductiva:

La edad media de las mujeres fue 31.80 años, el 41.60% tenían hijos y el 35.70% tuvieron al menos una IVE previa. El 65.21 % era fumadora actual y el 41.17% refería consumo previo de tóxicos. El 68.10% de mujeres a sus controles ginecológicos de manera regular.

Diagnósticos psiquiátricos:

Esquizofrenia 26.01%

Tr. Bipolar 20.05%

Tr de personalidad 20.05%

Depresion 13.6%

Otros: Tr de hiperactividad y déficit de atención 6.8%, TOC 4.1%, Anorexia nerviosa 4.10 % Tr delirante 2.70 %, agorafobia 1.3%

Métodos anticonceptivos: la mayoría usaban métodos anticonceptivos poco efectivos como preservativo 36% y coitus interruptus. El uso de métodos efectivos y altamente efectivos era mas reducido:

Píldora solo gestagenos 1.3%

Depo Progevera 4%

Implante 4 %

DIU de Cu 15%

Prescripción de métodos anticonceptivos tras asesoramiento

anticonceptivo:

Aumento del uso de anticonceptivos altamente efectivos:

DIU de cobre de 15 a 22%

DIU hormonal de 0 a 5.8%

Implante anticonceptivo de 4 a 25%

Disminución del uso de anticonceptivos poco efectivos

Preservativo de 27.00 a 10.20 %

Coitus interruptus 15.00 a 0%

Diagnostico de ITS: dos casos de Chlamydia

Cribado de cribado de cáncer de cervix: tres casos de cribado positivo alterado.

Consulta preconcepcional Tres mujeres refirieron deseo gestacional, se realizó interconsulta con Psiquiatría, se solicitó serología preconcepcional y se prescribió suplemento de ácido fólico. Posteriormente se retiró el método anticonceptivo.

Embarazo no deseado: tuvimos tres casos de embarazo no deseado, un caso en una usuaria de preservativo y dos casos en usuarias de anticoncepción hormonal combinada que refirieron mala cumplimentación.

Calidad de vida sexual: el 60.30 % afirma tener una vida sexual satisfactoria.

Deseo gestacional en el futuro: el 46.01 % de las mujeres no descartaban la maternidad a medio o largo plazo.

Violencia de género: el 37.70 % de las mujeres manifestaron haber sufrido violencia de género, en la mayoría de casos fue violencia psicológica, aunque tuvimos tres casos de violencia sexual.

12. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad según la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.

Las mujeres con patología mental severa-moderada (PMS) son un colectivo vulnerable con menor uso de método anticonceptivo efectivos, mayor número de IVE peores resultados reproductivos siendo necesario estrategias de salud específicas que excedan a la mera prescripción de método anticonceptivo.

El asesoramiento anticonceptivo es la práctica sanitaria que permite a la mujer elegir el método anticonceptivo más adecuado a sus características individuales. Es un proceso en el que

participan el profesional sanitario aportando información objetiva y equilibrada, y la mujer manifestando sus preferencias y estilo de vida. El objetivo final es elaborar juntos un plan de cuidados personalizado que incluya las necesidades reproductivas a lo largo de la vida de la mujer. (2) En la población general femenina el 60% de mujeres están interesadas en recibir más información a cerca de todos los métodos anticonceptivos y el 70% de las mujeres consideraría la opción de LARC si tuvieran mayor información (3). Se ha constatado que solo es necesario de diez a quince minutos para realizar un asesoramiento anticonceptivo destinado a promover el uso de LARC, y no es necesario ser un experto en planificación familiar. (4)

El asesoramiento anticonceptivo en la mujer con patología mental grave tiene unas peculiaridades, por una parte, la medicación psiquiátrica puede modificar la efectividad de la anticoncepción hormonal y en ocasiones el cumplimiento por parte de la usuaria no está garantizado. En estas pacientes sería deseable la utilización de LARC por razones de efectividad, reversibilidad y comodidad para la usuaria y sus cuidadores.

El psiquiatra es el principal responsable sanitario de los cuidados de la mujer con patología mental. Sería deseable una estandarización de la valoración de la salud sexual y reproductiva en el ámbito de la salud mental. Pero la mayoría de profesionales de la salud mental son reacios a plantear estas cuestiones y tienden a ignorarlas o remitir estas pacientes a otros profesionales sanitarios. (5) La falta de adquisición de habilidades para el asesoramiento anticonceptivo persiste en la formación de los diferentes especialistas médicos, así el 62% de residentes médicos no están satisfechos con su formación en anticoncepción. Sin embargo, el 83% de residentes prescribirían métodos anticonceptivos en mujeres con trastorno mental si estuvieran adecuadamente formados. (6)

Los profesionales de salud mental utilizan la técnica de entrevista motivacional porque anima a los pacientes a resolver su ambivalencia respecto a determinados comportamientos y los guía a la toma de decisiones para iniciar cambios. En el asesoramiento anticonceptivo la técnica de entrevista motivacional implica poner de manifiesto discrepancias entre deseo de embarazo y uso de método anticonceptivo y riesgo de ITS y uso de preservativo. A continuación, se comparte información y se promueven la toma de decisiones para usar métodos anticonceptivos efectivos para evitar embarazos no deseados. (7)

Las técnicas motivacionales incrementan el uso de anticoncepción de manera inmediata y a los cuatro meses de la intervención. (7) El asesoramiento anticonceptivo después de una IVE basado en estas técnicas muestra un mayor uso de LARC y una mayor satisfacción con este tipo de asesoramiento anticonceptivo. (8)

Por todo ello creemos que el asesoramiento anticonceptivo basado en la entrevista motivacional sería el mejor enfoque en la mujer con patología mental severa-moderada. En el asesoramiento confluían las condiciones medicas generales de la mujer, el impacto de su patología psiquiátrica en la efectividad y cumplimiento terapéutico y las preferencias y estilo de vida de la mujer.

En nuestro estudio casi un 40% de nuestras pacientes no acudían al ginecólogo. Según Borrull solo el 27.2% de las mujeres ingresadas por episodio psiquiátrico agudo tenían una prueba de cribado de cáncer de cérvix realizado en los cinco años previos al ingreso hospitalario. (9) Se realizo cribado de ITS ya que las mujeres con PMS es un colectivo especialmente vulnerable a practicas de sexo no seguro. (10) Tuvimos dos casos de Chlamydia.

Un 30% de las mujeres han sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida en Europa, aunque en países como Holanda este porcentaje sube al 45%. (11) Las mujeres con patología mental-severa tienen tres veces mas probabilidad de sufrir algún tipo de violencia por su pareja comparado con población general. (11) La prevalencia de la violencia de genero en pacientes psiquiátricas hospitalizadas oscila entre 30 y 60 % (12) y alrededor de un 30% en pacientes psiquiátricas ambulatorias. (13,14) La violencia psicológica es la violencia domestica mas frecuente y muchas veces minusvalorada. Por el contrario, la violencia sexual es la menos frecuente, aunque se estima que el 10% de mujeres con PMS la han sufrido recientemente. (15) Es necesario la implicación de diferentes niveles asistenciales en la detección de violencia domestica en mujeres con PMS. La colaboración de los servicios de salud mental y servicios sociales mejoran el diagnostico y manejo de la violencia de género en mujeres con PMS. (13) Las mujeres con PMS revelan que sufren violencia domestica a los profesionales sanitarios con mayor probabilidad que a alguien de su entorno. (12)

En conclusión, el concepto holístico de salud hace imprescindible la comunicación entre los servicios de atención primaria, salud mental y salud sexual-reproductiva. Sería deseable la promoción del uso de LARC, valoración conjunta entre ginecólogo y psiquiatra ante el deseo de embarazo, cribado de ITS y cáncer de cérvix y programas de sexualidad saludable con perspectiva de género sobre todo en colectivos vulnerables como las mujeres con PMS.

BIBLIOGRAFIA

1. Solomon PL, Tennille JA, Lipsitt D, Plumb E, Metzger D, Blank MB. Rapid assessment of existing HIV prevention programming in a community mental health center. *J Prev Interv Community*. 2007; 33 (1-2):137-51
2. Pilar Costillas-Caño, Ignacio Cristóbal-García, Gemma Falguera-Puig, Ana Rosa Jurado-López, Paloma Lobo-Abascal, Antonia María Obiol-Saiz y Joaquim Calaf-Alsina. Buenas prácticas en el asesoramiento anticonceptivo a mujeres: recomendaciones del grupo de Expertos Multidisciplinar en Materia Anticonceptiva (EMMA) *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica* (2018) 5, 1-10) (Spanish)
3. Merki-Feld GS¹, Caetano C², Porz TC³, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2018 Jun;23(3):183-193.
4. Tessa Madden, Jennifer L. Mullersman, Karen J. Omvig, Gina M. Secura, and Jeffrey F. Peipert. Structured contraceptive counseling provided by the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2013 Aug; 88(2): 243–249.
5. Quinn C¹, Happell B, Browne G. Talking or avoiding? Mental health nurses' views about discussing sexual health with consumers. *Int J Ment Health Nurs*. 2011 Feb;20(1):21-8.
6. Macaluso M¹, Zackula R², Bowman C², Bourne C³, Sweet D² Residents Perceive Limited Education on Family Planning and Contraception for Patients with Severe and Persistent Mental Illness. *Acad Psychiatry*. 2018 Apr;42(2):189-196.
7. Wilson A¹, Nirantharakumar K², Truchanowicz EG², Surenthirakumaran R³, MacArthur C², Coomarasamy A⁴ Motivational interviews to improve contraceptive use in populations at high risk of unintended pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2015 Aug;191:72-9.
8. Whitaker AK¹, Quinn MT², Munroe E³, Martins SL³, Mistretta SQ³, Gilliam ML³ A motivational interviewing-based counseling intervention to increase postabortion uptake of contraception: A pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016 Oct; 99(10): 1663–1669.
9. Borrull J, Dominguez A, Merizalde-Torres M, Sanchez-Martinez V. Cervical Cancer screening in women with severe mental disorders. *Cancer Nursing*, Vol.00, No 0,2018.
10. Marengo E, Martino D, Igoa A, Fassi G, Scapola M, Urtueta M et al. Sexual risk behavior among women with bipolar disorder. *Psychiatry Research* 230 (2015) 835-838.
11. Roos E, Ruijter, [✉]₁ Louise M. Howard,² Kylee Trevillion,² Femke E. Jongejan,¹ Carlo Garofalo,³ Stefan Bogaerts,^{3,4} Cornelis L. Mulder,¹ and Astrid M. Kamperman¹ Detection of domestic violence by community mental health teams: a multi-center, cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2017; 17: 288.

- 12 H. Khalifeh,^{1,*} P. Moran,² R. Borschmann,² K. Dean,³ C. Hart,² J. Hogg,² D. Osborn,¹ S. Johnson,¹ and L.M. Howard² Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness *Psychol Med.* 2015 Mar; 45(4): 875–886
- 13 Howard LM¹, Trevillion K, Khalifeh H, Woodall A, Agnew-Davies R, Feder G Domestic violence and severe psychiatric disorders: prevalence and intervention *Psychol Med.* 2010 Jun;40(6):881-93
- 14 Oram S¹, Trevillion K, Feder G, Howard LM. . Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2013 Feb;202:94-9.
- 15 Hind Khalifeh, ^{a,*} Siân Oram, ^a David Osborn, ^b Louise M. Howard, ^a and Sonia Johnson Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis *Int Rev Psychiatry.* 2016 Sep 2; 28(5): 433–451.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, y su adaptación a la Normativa Europea en materia de protección de datos personales, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados a ficheros necesarios para la gestión de esta convocatoria, así como al buscador o plataforma de difusión de las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional y personal para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente en su momento el buscador o plataforma de difusión del Catálogo de BBPP del SNS a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.