

Cómo citar este documento

Bonill de las Nieves, Candela; Celdrán Mañas, Miriam; Morilla Herrera, Juan Carlos. Creencias de las cuidadoras acerca del empleo del doble absorbente en pacientes con incontinencia urinaria institucionalizados. Biblioteca Lascasas, 2010; 6(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0526.php>

**CREENCIAS DE LAS CUIDADORAS ACERCA DEL EMPLEO DEL DOBLE
ABSORBENTE EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA
INSTITUCIONALIZADOS**

**Candela Bonill de las Nieves,¹ Miriam Celdrán Mañas,² Juan Carlos
Morilla Herrera³**

1. Unidad de Efectividad e Investigación. Distrito Sanitario Málaga (España)
2. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada (España)
3. Unidad de Residencias. Distrito Sanitario Málaga (España)

RESUMEN:

La Incontinencia Urinaria es un grave problema para nuestra sociedad en general, siendo más frecuente en el grupo de edad de mayores de 65 años. El tratamiento terapéutico más utilizado siguen siendo los absorbentes, tanto en el entorno domiciliario como en el institucional. En algunas instituciones se ha observado la extensión de una práctica basada en el uso de doble absorbente, sin embargo, se conoce poco sobre este fenómeno.

Objetivo general: explorar las creencias de las cuidadoras acerca del empleo del doble absorbente en pacientes incontinentes institucionalizados.

Diseño cualitativo de tipo descriptivo.

Población de estudio: auxiliares de enfermería que trabajan en residencias coordinadas por la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga.

Emplazamiento: Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga.

Recogida y análisis de datos: La selección de los participantes se hará mediante un muestreo teórico. Se emplearán las técnicas de grupos focales y entrevistas en profundidad semiestructuradas. Se realizará un análisis del contenido a nivel semántico de las transcripciones obtenidas siguiendo la metodología propuesta por Taylor-Bogdan.

1. INTRODUCCIÓN

La International Continent Society¹ define la Incontinencia Urinaria (IU) como la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra. La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)² recoge seis diagnósticos de enfermería referidos a la IU: Incontinencia funcional, de esfuerzo, urgencia, de riesgo de urgencia, total, y refleja. La IU de urgencia, también conocida como inestabilidad del detrusor, es definida por la NANDA como “el estado en que una persona experimenta una emisión de orina poco después de sentir una intensa sensación de urgencia de orinar”. Se trata del tipo de IU más frecuente entre las personas mayores, presentándose en el 65% de los casos.²⁻⁴

La IU es por su gravedad, frecuencia, repercusión y magnitud un grave problema para nuestra sociedad. Su prevalencia en el mundo es de aproximadamente 50 millones de personas, y en España de 2,5 millones. Este problema afecta a todos los grupos de población, edades y sexos, aunque suele ser más frecuente en mujeres y en personas mayores de 65 años.⁵ La edad es un factor de riesgo que contribuye a aumentar la prevalencia de incontinencia, alcanzando el 46% en mujeres y el 34% en hombres por encima de los 80 años. De hecho en geriatría, la IU se considera uno de los síndromes geriátricos más frecuentes, constituyendo un importante problema sanitario en la población anciana.⁶⁻⁹ Sin embargo, a pesar de su prevalencia, no es consecuencia del proceso de envejecimiento sino derivada de patologías que afectan a nivel neurológico, físico y psíquico.^{10,11} Los problemas de movilidad y el deterioro cognitivo han sido relacionados en numeroso estudio con un mayor riesgo de desarrollar IU, llegando a alcanzar una prevalencia del 85% en estos casos.^{7,11-13}

En el grupo de edad de mayores de 65 años, donde la incontinencia es más frecuente, las cifras de prevalencia varían en función del nivel asistencial estudiado. En el ámbito domiciliario se han comunicado incidencias del 15% para la población no institucionalizada,¹⁴ aunque algunos estudios^{7,15} comunican prevalencias mayores, entorno al 36%. Zunzunegui¹² estudió una muestra de 1560 mayores de 65 años sobre la base poblacional de los empadronados en Leganés y encontró una prevalencia del 14% (IC 95%, 11-

17) en varones y 30% (IC 95%, 26-34) en mujeres. La edad avanzada estaba asociada a una mayor prevalencia en los varones pero no en las mujeres. Maggi¹⁶ en su estudio realizado en Italia, y Langa¹⁷ en Estados Unidos obtienen resultados en la comunidad similares a los de Zunzunegui,¹² 22% en mujeres y 11% en varones en el estudio de Maggi,¹⁶ y 13% en varones y 24% en mujeres en el de Langa.¹⁷

En el ámbito institucional la prevalencia de incontinencia urinaria se sitúa según diversos autores entorno al 55-85%, siendo identificada como una variable asociada a una mayor probabilidad de ingreso en residencias.^{10,11,13,18,19} Pérez Bastarrica⁶ en su estudio comunica que entre el 40 y el 60% de los ancianos institucionalizados en residencias asistidas son incontinentes, cifra que se sitúa en el 33,07% en unidades de larga estancia.

Por otro lado, la evolución esperada en ancianos no es muy esperanzadora. El seguimiento de cinco años realizado por Gavira²⁰ a 827 sujetos seleccionados entre 5.139 personas de 65 o más años, mediante muestreo aleatorio estratificado por grupos de edad y seguidos entre 1996 y 2001, encontró una prevalencia del 36% en 1996 y del 46% en 2001. La mortalidad fue similar en continentes e incontinentes. El 54,5% de los sujetos continentes en 1996 permaneció igual en 2001. Las tasas de incidencia y remisión a los cinco años fueron del 29 y 15%, respectivamente. En ambos sexos, la incontinencia ligera y moderada evolucionó principalmente hacia grados moderados y severos, mientras que la IU severa permaneció sin cambios en el 40,1%. La autopercepción de salud y la situación funcional fueron las principales variables que influyeron tanto en la supervivencia como en la incidencia de la incontinencia.

La IU aparte de ser una patología compleja y de difícil solución tiene importantes consecuencias para la salud. Varios autores han señalado que la IU produce un deterioro de la calidad de vida, limita la autonomía personal, produce graves repercusiones psicológicas y sociales y predispone para una mayor morbilidad y mortalidad.^{3,12} Las personas con IU tienen un alto riesgo de presentar infecciones urinarias, caídas y fracturas, alteraciones del sueño y lesiones cutáneas (dermatitis, úlceras por presión).^{10,12,18} Respecto a las

lesiones cutáneas, la incontinencia constituye un elemento de riesgo de deterioro de la integridad cutánea en escalas como Norton o Braden²¹ y según un estudio realizado por Pancorbo y cols.²² es el factor de riesgo de úlceras por presión con mayor peso después de la anemia.

El uso de absorbentes parece ser el tratamiento terapéutico más demandado tanto por los pacientes como por los familiares para hacer frente a la incontinencia urinaria.¹¹ En el estudio de cinco años de seguimiento realizado por Gavira a 827 personas de 65 o más años,^{15,20} el 63% de los incontinentes utilizaba algún accesorio: un 8,1% usaba absorbentes, el 2,9% catéter uretral y el 0,6% colectores. Según Zunzunegui¹² el consumo de absorbentes se incrementa con la edad (el 20% de los mayores de 80 años usan absorbente).

Estos porcentajes de uso de absorbentes aumentan en aquellos estudios centrados en el ámbito residencial. El estudio de Peet²³ en residencias de mayores encontró que el 87% de los residentes usaba este dispositivo, siendo el más utilizado para el manejo nocturno de la IU en el entorno residencial según el estudio de Fader y cols.¹⁹ Valles¹³ realizó un estudio llevado a cabo en dos residencias de Cataluña donde encontró que el 74,3% de los residentes presentaba incontinencia y de estos, el 89,2% utilizaba dos tipos de absorbentes (mayoritariamente la combinación día y noche elástico). Además se observó una mayor utilización de absorbentes en los residentes con menor autonomía.

La IU provoca un enorme gasto en el presupuesto sanitario rondando el gasto en absorbentes el 3,2% del importe total de la prestación económica del Sistema Nacional de Salud. Según la memoria del Servicio Andaluz de Salud correspondiente al año 2000, en Andalucía se consumen 861.000 envases de pañales de incontinencia al año, con un gasto de 43,7 millones de euros^{3-5,12} Estudios como el de Newman y cols indican que el 90% del gasto en IU se debe al consumo de los accesorios, principalmente absorbentes (Newman, citado en Gavira¹⁵). Según el estudio de Maggi y cols,¹⁶ una persona con incontinencia gasta anualmente 1000 euros en absorbentes. En nuestro contexto contamos con los datos del estudio de Gavira¹⁵ realizado en Córdoba,

donde el gasto anual en absorbentes por persona con incontinencia fue de 51.639 pesetas.

La Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga es un dispositivo original del Distrito Sanitario Málaga diseñado para dar cobertura a las instituciones residenciales y a los pacientes ingresados en las mismas. La Unidad de Residencias está diseñada sobre la base de un sistema de gestión de casos. Esto quiere decir que la Unidad no presta necesariamente atención directa a los pacientes pero sí vela porque esta se desarrolle siguiendo las vías más eficaces en el marco del Servicio Andaluz de Salud. La Unidad de Residencia “mueve la maquinaria” del sistema público entorno al paciente residencial. Dentro de la cartera de servicios de la Unidad de Residencias está: la prescripción de fármacos, la tramitación de interconsultas y de material y dispositivos de cuidados. Uno de los dispositivos de cuidados más demandados es el absorbente para incontinencia.

Desde julio de 2004 la Unidad de Residencias dispone de una autorización del Servicio Andaluz de Salud para la compra centralizada de los absorbentes mediante concurso público. El proyecto de implantación de este sistema tiene previsto un algoritmo de control para la adecuación del consumo y se soporta también en las visitas de las enfermeras de la Unidad a las instituciones y en los Talleres formativos impartidos a las auxiliares que trabajan en dichas instituciones.

En algunas instituciones se ha observado la extensión de una práctica basada en el uso de doble absorbente, consistente en situar dos absorbentes uno encima de otro. Esta práctica se puede limitar al horario nocturno o bien realizarse durante las 24 horas. Para tal fin usan, en unos casos, dos absorbentes de la misma tipología y en otras se utiliza uno tipo día, en contacto con la piel, y uno de noche encima. En algunos ocasiones se perfora el primero rompiendo el plástico con los dedos para “forzar” el paso de la orina al segundo absorbente. Esta práctica que no está sustentada en ningún criterio científico conlleva un aumento del consumo de absorbentes en la unidad y desde el punto de vista técnico no encontramos lógica a este tipo de medidas que sin

embargo son harto difíciles de erradicar.

Las mejoras en la tecnología de los absorbentes, sobre todo con la introducción de los polímeros superabsorbentes, está permitiendo crear productos con mayor capacidad de absorción, sugiriendo algunos fabricantes que sus productos pueden llevarse durante más de ocho horas. El uso de absorbentes desechables de un solo uso y con material superabsorbente son recomendados en una revisión Cochrane.²⁴

Los absorbentes se componen de fuera a adentro por: el envoltorio exterior que puede ser plástico o de tejido (garantiza que la orina no manche la ropa), el material absorbente (generalmente de pulpa de celulosa), y el núcleo superabsorbente compuesto de material hidrocoloide que hace cristalizar la orina y confiere la capacidad de absorción distintiva entre los diferentes tipos: día, noche, supernoche (Ver Anexo1). Por encima de estas capas se encuentre el nowomen, un tejido especial que funciona de modo similar a microválvulas facilitando que la orina descienda hacia el absorbente y superabsorbente, dificultando el regreso de la orina hacia la piel del usuario.³

La capacidad de mantener seca la piel del paciente incontinente está en relación directa con esa capacidad de impedir el paso a la orina desde el absorbente hacia la piel; también es esta circunstancia la que evitará la sensación de malestar asociada a la humedad sentida por el paciente cuando el absorbente no cumple su función, así como el impacto negativo en la calidad de vida y ansiedad percibida ante esa sensación de humedad.^{5,25} Así se ha acuñado el término rewetting para definir la sensación de humedad que tiene el paciente una vez que se ha producido la micción, siendo uno de los parámetros más importantes en la medición de la calidad de un absorbente ya que afecta al bienestar del paciente.⁵

Para determinar el rewetting bajo carga se simulan tres micciones de 150 ml. cada doce minutos aproximadamente. Este análisis se realiza colocando sobre el absorbente un peso de 3.81 kg. Este peso simula la presión ejercida sobre el pañal por una persona, esta presión está calculada en 0,7 psi (0,48N/cm²).

Después de cada micción se dejan pasar cinco minutos y se colocan sobre el pañal unos papeles secantes durante un minuto con un peso encima de 2.5 kg (este peso también está calculado para que ejerza una presión de 0,7 psi). Estos papeles se dejan durante dos minutos. La diferencia de peso entre el papel en seco y el papel después del minuto, indica la cantidad de líquido que el absorbente retorna. Una prueba realizada recientemente por la Unidad de Residencia en la que se comparó el reweeting bajo carga de 10 marcas de absorbentes disponibles en el mercado, confirmó que la marca usada por Unidad es con diferencia la mejor disponible.⁵

La colocación de dos absorbentes, uno encima de otro, no parece que se relacione con un incremento del reweeting del primero, y por tanto no aportaría beneficios al paciente. La práctica del doble absorbente daría lugar a que el primero esté más horas en contacto con la piel, recepcionando más orina y acrecentándose la posibilidad de superar su reweeting, mojándose la piel del paciente, con el consiguiente aumento de lesiones cutáneas y de pérdida del bienestar. Podríamos suponer que con esta práctica se pretende realizar menos cambios de absorbentes. Según Fader y cols.¹⁹ llevar un absorbente durante toda la noche parece una buena opción no sólo porque reduce los costes y el trabajo de enfermería sino también porque contribuye a disminuir las interrupciones del sueño de los residentes. Sin embargo, existe evidencia suficiente que apoya el hecho de que la piel húmeda es más vulnerable a la fricción y la abrasión que la piel seca, por lo que recomiendan que si el cambio de pañal durante la noche no se lleva a cabo, se use un absorbente con la mayor capacidad de absorción posible (Ver Anexo1).

En la Unidad de Residencias llevan siete años impartiendo cursos de formación en Incontinencia Urinaria en el anciano a las auxiliares que trabajan en las residencias a las que da cobertura la Unidad, no obstante, se sigue observando el fenómeno del doble absorbente, aunque en menor cuantía. Parece que este fenómeno es mayor de lo que se puede apreciar, pues posiblemente su uso se esté ocultado, previendo las visitas de los profesionales de la Unidad de Residencias.

Tras haber realizado una exhaustiva revisión bibliográfica se observa que, a pesar de sus implicaciones, se conoce poco sobre el fenómeno del “doble pañal”, no existiendo estudios previos sobre el tema. El objetivo general del presente estudio es, por tanto, explorar las creencias de las cuidadoras acerca del empleo del doble absorbente en pacientes incontinentes institucionalizados. Como objetivos específicos nos planteamos: 1. Conocer las prácticas específicas en relación al empleo de absorbentes y 2. Describir el cuidado que se presta a los pacientes con incontinencia urinaria en entornos residenciales.

2. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

1. Sand PK, Dmochowski R. Analysis of the standardisation of terminology of lower urinary tract dysfunction: Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodynam*. 2002, 21: 167-78. La International Continence Society realiza una revisión de la terminología empleada en las disfunciones del tracto urinario con el fin de conseguir la integración de la nueva terminología en la clínica. De este documento se ha extraído la definición de incontinencia urinaria.

2. North American Nursing Diagnosis Association. *NANDA Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004*. Madrid: Elsevier; 2003. Recoge todos los diagnósticos enfermeros enunciados con la taxonomía NANDA, que en el caso de la incontinencia urinaria son seis: Incontinencia funcional, de esfuerzo, urgencia, de riesgo de urgencia, total, y refleja.

3. Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco JM y cols. *Guía de Atención Enfermera a Pacientes con Incontinencia Urinaria*. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.php>> Consultado el 5 de julio de 2008.

Se trata de la 3ª edición de la Guía de Práctica Clínica de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria, revisada y ampliada con respecto a la edición anterior.

4. Juarranz Sanz M, Terrón Barrosa R, Roca Guardiola M, Soriano Llorca T, Villamor Borrego M, Calvo Alcántara MJ. Tratamiento de la incontinencia urinaria. *Aten Prim.* 2002; 30:323-32.

Artículo que se centra en los diferentes tratamientos de la incontinencia urinaria, pasando por la fisiología, cifras de incontinencia, clasificación y diagnóstico.

5. Morilla Herrera JC, Iglesias Regidor J, Martín Santos F, Bonill de las Nieves C, Morales Asencio JM. Evaluación de la calidad de los absorbentes de incontinencia urinaria. *Tempus Vitalis* (En prensa).

Evalúa la calidad de los absorbentes de incontinencia urinaria. Para ello se realiza un control de rewetting con carga "in vitro" al grupo de absorbentes más consumidos en el Distrito Sanitario Málaga.

6. Pérez Bastarrica E, Aranegui Lasuen P, Ruiz Peñagaricano MM, Emparanza Knör JI. La incontinencia urinaria en una unidad de media-larga estancia: implicaciones clínicas y de cuidados de Enfermería. *Rev ROL Enferm.* 1997; XX(227-228):44-56.

Analiza las implicaciones clínicas y los cuidados de enfermería en pacientes con incontinencia urinaria ingresados en una unidad de media-larga estancia. Los objetivos que se plantean son conocer la epidemiología de la incontinencia urinaria, confeccionar un análisis descriptivo de las características clínicas básicas de los pacientes, conocer la morbi-mortalidad y los cuidados específicos a este tipo de pacientes.

7. Sánchez González R, Rupérez Cordero O, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Prim.* 1999, oct; 24(7):421-424.

Estudio descriptivo transversal, con una muestra de 400 personas, sobre la prevalencia de incontinencia urinaria entre la población mayor de 60 años atendida en atención primaria, en la periferia sur de Madrid, identificando los tipos y los factores epidemiológicos asociados.

8. López Pisa R, Colas Taugis MI, Hernández Faba E, Ruiz Jiménez D, Padín Minaya C, Morell Macaya R. Envejecer: aspectos positivos, capacidad funcional, percepción de salud y síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años. *Enferm Clin.* 2006, ene-feb; 16(1):27-34.

Estudio observacional, descriptivo y transversal con una muestra de 283 personas, cuyo objetivo es conocer la prevalencia de los principales síndromes geriátricos en una población mayor de 70 años, atendidas en el Centro de Salud Gavarra (Cornellà de Llobregat, Barcelona) o en el domicilio al menos una vez en el último año, identificar los aspectos positivos del proceso de envejecimiento y relacionarlos con la autonomía y la percepción de salud.

9. Dios Diz JM, Rodríguez Lama M, Martínez Calvo JR, Rodríguez Pérez C, Melero Brezo M, García Cepeda JR. Prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años en Galicia. *Gac. Sanit.* 2003;17(5):409-11.

Estudio descriptivo basado en el análisis de 350 encuestas personales realizado en la comunidad de Galicia para conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria en personas mayores de 64 años.

10. Resnick B, Keilman LJ, Calabrese B, Parmelee P, Lawhorne L, Paillet J, Ouslander J. Nursing staff beliefs and expectations about continence care in nursing homes. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2006;33(6):610-618.

Estudio cualitativo realizado en EEUU cuyo objetivo es conocer las creencias del personal de enfermería acerca de los cuidados para el manejo de la incontinencia urinaria en residencias, empleando la técnica de Grupos Focales.

11. Silvano Arranz A, Yáñez Collado FA, García Balaguer I, Arqués Porcel M. Estudio sobre el abordaje de la incontinencia urinaria en atención primaria e instituciones cerradas en Almería, desde el punto de vista de los profesionales sanitarios. *Gerokomos.* 2000, ene; 11(1):3-14.

Estudio descriptivo realizado con profesionales sanitarios de centros de salud e instituciones cerradas de Almería, para conocer el abordaje de la incontinencia urinaria: evaluar la actuación del profesional sanitario ante la incontinencia urinaria en el mayor, cómo la enfoca y vive el paciente y familia, comparar la actuación entre profesionales de atención primaria e instituciones cerradas.

Para ello se realizaron 107 encuestas a profesionales de Atención Primaria y 113 a profesionales de instituciones cerradas.

12. Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. *Aten Prim.* 2003;32(6):337-42.

Los autores estudian a un total de 1150 personas mayores de 65 años empadronadas en Leganés (Madrid) con el objetivo de estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria e identificar los factores asociados en una población de personas mayores que viven en su domicilio. Para ello realizan dos entrevistas en el domicilio, incluyendo en la segunda un examen médico.

13. Vallés Fernández R, Mimoso Moreno S, Martínez Frutos F, Serrano Romero A, Ferrete Gracia MV, Plans López MA y cols. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátricas. *Enferm Clin.* 2006;16(4):206-9.

Estudio observacional, descriptivo, transversal realizado en dos residencias geriátricas de Barcelona con una muestra de 74 residentes diagnosticados de incontinencia urinaria y en tratamiento con absorbentes, para conocer la distribución de frecuencia de uso de los distintos tipos de absorbentes en función de las características del residente y su nivel de autonomía.

14. Damián J, Martín-Moreno JM, Lobo F, Bonache J, Cerviño J, Redondo-Márquez L et. Al. Prevalence of urinary incontinence among Spanish older people living at home. *Eur Urol* 1998; 34: 333-338.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia y características de la incontinencia urinaria: tipo de incontinencia, uso de absorbentes,... en personas mayores de 65 años no institucionalizadas de Madrid, entrevistando a un total de 589 personas.

15. Gavira Iglesias FJ, Carida JM, Pérez del Molino Martín J. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). *Aten Prim.* 2000; 25(8):88 – 95.

Estudio transversal realizado en la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba), con un total de 827 pacientes donde se estudia la proporción y características de los ancianos que utilizan accesorios para incontinencia urinaria y se calcula el coste económico de los absorbentes.

16. Maggi S, Minicuci N, Langlois J, Pavan M, Enzi G, Crepaldi G. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001, Jan; 56(1):M14-8.

Estudian la prevalencia de incontinencia urinaria en un total de 2398 personas mayores de 65 años que viven en su domicilio en la región del noreste de Italia, determinando la asociación de factores físicos, sociales y psicológicos.

17. Langa KM, Fultz NH, Saint S, Kabeto MU, Herzog AR. Informal caregiving time and cost for urinary incontinence in older individual in de united states. *Journal of the American geriatrics society.* 2002, Apr; 50(4):733-7.

Conocer una estimación nacional (EEUU) representativa del tiempo adicional y costes relacionados al cuidado informal de personas mayores con incontinencia urinaria, realizando una regresión multivariante de los datos extraídos de una encuesta nacional realizada en 1993 a personas mayores de 70 años.

18. Bosch Fontcuberta JM. Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa?. *Aten Prim.* 2005; 35(2):74-76.

Artículo editorial que trata sobre el ocultismo de este problema de salud a pesar de su alta prevalencia en España, resaltando la importancia de un correcto abordaje basado en la prevención, detección precoz y tratamiento rehabilitador de forma individualizada.

19. Fader M, Clarke O'Neill S, Cook D, Dean G, Brooks R, Cottenden A, Malone Lee J. Management of night time urinary incontinence in residential settings for older people: an investigation into the effects of different pad changing regimes on skin health. *J Clin Nurs.* 2003; 12: 374-386.

Ensayo clínico cruzado realizado e el entorno residencial, donde se examinan los efectos de dos regímenes diferentes de cambio de pañal en el estado de la piel, empleando una muestra total de 81 personas mayores con incontinencia.

20. Gavira Iglesias F, Caridad y Ocerín JM, Guerrero Muñoz M, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV. Seguimiento durante 5 años de la incontinencia urinaria en los ancianos de una población rural española. *Aten Prim.* 2005;35(2):67-76.

Estudio longitudinal prospectivo en la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba) realizado con una muestra total de 827 personas mayores de 65 años cuyo objetivo es determinar, en un periodo de cinco años, la prevalencia, incidencia, remisión patrones de cambio de la incontinencia urinaria y los factores asociados con los cambios de estatus de continencia.

21. López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente (2ª edición). Biblioteca Lascasas, 2007; 3(2). Disponible en

<<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0244.php>> Consultado el 2 de agosto de 2008.

Manual que recopila cuestionarios, test e índices para la valoración de necesidades de los pacientes y cuidadoras familiares, completando el conocimiento la situación de los pacientes con respecto a un problema real o potencial de salud. Se ha utilizado para consultar las escalas de Norton y Braden.

22. Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP. Factores de riesgo de aparición de úlceras por presión en ancianos hospitalizados. *Gerokomos.* 2001, nov; 12(4): 175-184.

Estudio de cohorte realizado en cuatro unidades de hospitalización del Hospital "Princesa de España" de Jaén para determinar la influencia de factores demográficos, funcionales, nutricionales y de intervención preventiva sobre el riesgo de aparición de úlceras por presión en mayores hospitalizados.

23. Peet SM, Castleden CM, Mc Grother CW, Duffin HM. The management of urinary incontinence in residential and nursing homes for older people. *Age and ageing.* 1996 mar; 25(2): 139-43.

Conocer el manejo de la incontinencia urinaria en personas mayores que viven en residencias y examinar las estrategias de cuidados utilizadas para fomentar

la continencia.

24. Shirran E, Brazzelli M. Absorbent products for containing urinary and/or faecal incontinence in adults (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, 1, 2002. Oxford: Update Software.

El objetivo de esta revisión Cochrane fue evaluar los efectos de diferentes tipos de productos absorbentes para la contención de la incontinencia urinaria y/o fecal. Para ello seleccionaron todos los ensayos con asignación al azar o cuasiazar de productos absorbentes para la contención de la incontinencia urinaria y/o fecal. Cumpliendo los criterios de inclusión cinco estudios con un total de 345 participantes.

25. Getliffe K, Fader M, Cottenden A, Jamieson K, Green N. Absorbent products for incontinence: "treatment effects" and impact on quality of life. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, oct; 16(10): 1936-45.

El objetivo de este estudio fue determinar cómo el uso y las características de los productos absorbentes para la incontinencia influyen en la calidad de vida de las mujeres. Para ello se realizaron 99 entrevistas semiestructuradas a mujeres con incontinencia urinaria leve.

3. PLAN Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 VARIABLES

En los estudios cualitativos se puede partir a priori de unas dimensiones prefijadas por los investigadores. En este caso, dado que no existen estudios previos que aborden las creencias de las cuidadoras en torno al empleo del doble absorbente, las dimensiones y categorías han de partir del propio discurso de las cuidadoras, lo que si bien puede complicar el análisis, lo hace más rico en cuanto a la comprensión del fenómeno.

3.2 HIPÓTESIS

Dada la naturaleza cualitativa del estudio, la generación de hipótesis no está preconcebida desde el inicio como ocurriría en un diseño cuantitativo. Los rasgos específicos de la realidad que se pretende comprender irán evolucionando a medida que se vaya profundizando en el campo y obteniendo

categorías significativas por parte de los informantes. El fenómeno del “doble absorbente” ha sido poco explorado y creemos que su estudio nos permitirá conocer qué creencias y condiciones apoyan esta práctica, y a partir de ese conocimiento establecer las bases de la acción a seguir para ofrecer unos cuidados más eficientes y eficaces.

3.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio estará conformada por las auxiliares de enfermería que trabajan en residencias coordinadas por la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario de Málaga.

Los criterios de selección que se aplicarán son:

- Dar su consentimiento voluntariamente a participar en el estudio.
- Atender a residentes con incontinencia urinaria.
- No haber recibido ningún curso previo sobre incontinencia urinaria impartido por la Unidad de Residencias.

3.4 MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL ELEGIDO

De cara a realizar la selección de los participantes emplearemos los criterios de adecuación de los informantes a la información (conveniencia y suficiencia) y diversidad de puntos de vista de cara a enriquecer el discurso.¹ Para ello utilizaremos la selección intencional o teórica, seleccionando a aquellos participantes con un conocimiento amplio y general del fenómeno, a los que poseen información más específica y a los que tengan conocimientos atípicos y no comunes. En los estudios cualitativos el poder de la muestra no radica en su tamaño, sino en su capacidad de reflejar la diversidad del fenómeno estudiado (se trata de recoger la mayor cantidad posible de visiones diferentes), por lo que el tamaño de la muestra no se determinará con antelación sino en el transcurso de la investigación de forma progresiva en la medida que sea necesario. Teniendo presente esta idea, el procedimiento de muestreo que se empleará durante todo el proceso a la hora de seleccionar a los participantes será el “muestreo teórico”, que como definen Glaser y

¹ García Bañón A, Sainz Otero A, Olmedo Alguacil M, Marchal Escabias M. El grupo de discusión, otra técnica a usar por la enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital) 2002;38. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/38revista/38_articulo_27-29.php> Consultado el 21 de agosto de 2008.

Strauss,² consiste en seleccionar conscientemente casos adicionales a estudiar de acuerdo con el potencial de desarrollo de nuevos descubrimientos o para el refinamiento y expansión de los ya adquiridos. El muestreo teórico está así mismo determinado por el “Principio de Saturación” que se alcanza cuando no se obtienen datos nuevos. Este criterio refleja la calidad y suficiencia de los datos.³

3.5 DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio escogido par dar respuesta a nuestros objetivos es un diseño cualitativo de tipo descriptivo. Este tipo de diseño nos permitirá conocer las creencias y prácticas de las cuidadoras en relación al uso de absorbentes, y más concretamente del doble absorbente, así como explorar el cuidado que se presta a este tipo de pacientes.

El empleo de un abordaje cualitativo nos permitirá comprender el fenómeno de una manera holística en su contexto, adoptando un enfoque Emic, es decir, desde el punto de vista de las personas que vivencian la experiencia, comprendiéndose así la intencionalidad de sus acciones.⁴ Esto es fundamental ya que para modificar comportamientos es necesario que primero se entienda el contexto en el cual ocurren los significados y la importancia que le atribuyen sus agentes (Gilbert, citado en Abrocasi⁵). De esta manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales o inexplicables, mirados desde el lugar de los actores tienen un sentido. Al revelar presupuestos y conductas sobre los que las personas no son totalmente conscientes, los estudios cualitativos también revelan puntos estratégicos para intervenir y alternativas de acción que no se habían considerado antes, convirtiéndose la Investigación Cualitativa en un poderoso instrumento para comprender temas complejos y establecer bases de acción a seguir en la práctica. No obstante, no se refiere a cualquier tipo de acción sino a una acción, en palabras de Strauss, moral y efectiva ya que aprende la verdadera naturaleza de la realidad.

² Glaser BG, Strauss A. Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine; 1967.

³ Leininger M. Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En: Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de Investigación Cualitativa. España: Universidad de Alicante; 2003 pp. 114-137.

⁴ Cuesta Benjumea C de la. Naturaleza de la investigación cualitativa y su contribución a la práctica de Enfermería. Metas de Enferm. 2006, jun;9(5):50-55.

⁵ Abrocasi Lervolino S, Focesi Pelicioni MC. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP-Bra-. 2001, jun;35(2):115-21.

3.6 EMPLAZAMIENTO

La investigación se desarrollará en la Unidad de Residencias del Distrito Sanitario Málaga. Dicha Unidad se encuentra en la segunda planta del Centro de Salud del Limonar (Málaga) y da cobertura a 1870 mayores, distribuidos en un total de 60 residencias de Málaga.

3.7 MÉTODOS DE RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realizará a través de dos técnicas diferentes: Grupos Focales (GF) y entrevistas en profundidad semiestructuradas a informantes claves.

3.7.1. Grupos Focales

En primer lugar se llevarán a cabo los GF de cara a generar información entre las personas que participen en los mismos. El GF puede ser entendido como una forma de entrevista grupal que consiste en reunir a un grupo de personas para hablar de sus vidas y experiencias en el curso de discusiones abiertas que fluyen libremente.⁶ Los GF son considerados una valiosa técnica de investigación ya que nos permiten explorar las actitudes, opiniones, percepciones y comportamientos de los participantes obteniendo una diversificación y profundización de los contenidos relacionados con el tema de interés de cara a la producción de conocimiento.^{7,8} Así mismo adentrarse en este tipo de comunicación interpersonal puede ser muy útil ya que puede señalar valores o creencias de grupo, identificar comportamientos compartidos y es una técnica apropiada para examinar las culturas del lugar de trabajo.⁹

Cada grupo estará compuesto por un número entre cinco y diez profesionales.²⁶ La duración aproximada será de una hora para evitar que el cansancio de los participantes pueda interferir en los objetivos del grupo focal en perjuicio de los resultados.¹⁰ Como criterio de segmentación de los GF se tendrá en cuenta la residencia en la que trabajan, no incluyendo más de dos participantes del mismo centro para evitar los riesgos de la “preexistencia del

⁶ Amezcua M. La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enferm Clínica*. 2003; 13(3):112-117.

⁷ Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal. Estrategia metodológica cualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*. 2004, ene-jun; 9(11): 9-14.

⁸ Lervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*. 2001, jun; 35(2):115-21.

⁹ Kitzinger J. Introducing Focus Group. *British Medical Journal*. 1995; 311:299- 302.

¹⁰ Aschidamini IM, Saupe R. Grupo focal. Estrategia metodológica cualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*. 2004, ene-jun; 9(11): 9-14.

grupo” en la vida real.

Se realizarán en principio dos GF. No obstante, debido al carácter flexible de la investigación cualitativa, no se descarta la posibilidad de realizar más grupos para completar información en función de los resultados de los primeros análisis.

Previamente a la realización de los GF se confeccionará una guía (Ver Anexo2) que consistirá en una lista de temas y cuestiones que favorezcan la discusión y que irán de lo más general a lo más específico y se utilizará como estructura general para poder sostener el desarrollo de los grupos focales.

3.7.2. Entrevistas

Tras la realización de los GF se llevarán a cabo cuatro entrevistas semiestructuradas a informantes claves. La entrevista en profundidad proporciona datos básicos para la comprensión de las relaciones entre los actores sociales y el fenómeno de estudio teniendo como objetivo la comprensión detallada de las prácticas, creencias, actitudes, valores y motivaciones en relación a los comportamientos de las personas en contextos específicos.¹¹

Con estas entrevistas se pretende profundizar en aquellos aspectos que hayan quedado más ocultos en la realización de las técnicas grupales. Los participantes en los grupos focales pueden ser reticentes a hablar de creencias y uso de una práctica que no está bien vista por la organización. Las entrevistas en profundidad permiten “rebasar” estos límites y crean un entorno de intimidad que facilita la comunicación de temas más complejos.

Las entrevistas tendrán una duración estimada de 40 minutos.¹² Para el desarrollo de las entrevistas se realizará una guía que contendrá algunas preguntas abiertas sobre el tema, a raíz de los resultados obtenidos en los GF. Las preguntas irán dirigidas a abordar temas claves que no quedaron claros en los GF o que consideremos importante profundizar en ellos. Así mismo se podrán incluir otras preguntas relevantes que surjan durante el transcurso de la

¹¹ Silva GRF, de Freitas Macêdo KN, de Almeida CB, Alves e Souza AM. Entrevista como técnica de pesquisa qualitativa. Online Brazilian Journal of nursing. 2006, 5(2). Disponible en < <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewArticle/382/88>> Consultado el 27 de agosto de 2008.

¹² Amezcua M, Hueso Montoro C. Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria, 2004; 1. Disponible en <<http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>> Consultado el 27 de agosto de 2008.

entrevista.

Tanto los GF como las entrevistas serán grabadas y transcritas para facilitar el análisis posterior previo consentimiento informado, verbal y escrito, de los informantes. Se cumplimentará también un cuaderno conteniendo las notas de campo del observador (en el caso de los GF) o del entrevistador/ a (en el caso de las entrevistas en profundidad) en el que se hará constar el resultado de su observaciones en el transcurso del GF y las entrevistas. Igualmente se cumplimentará un breve cuestionario (Ver Anexo3) que recogerá algunas variables que pueden influir en el discurso de las cuidadoras como: edad, sexo, cursos previos relacionados con la incontinencia urinaria, tiempo que llevan trabajando como auxiliares. Todo ello nos permitirá describir y caracterizar a los/ as profesionales que participan en el estudio.

3.8 PROCEDIMIENTO

Para la recogida de datos se solicitará permiso en primer lugar al director de la Unidad de Residencias y a las Unidad de Investigación y Efectividad del Distrito Sanitario Málaga. En este caso se cuenta con la ventaja de tener contactos con “porteros” o personas claves que trabajan en estos enclaves (director y trabajadores de la Unidad de Residencias) que nos facilitarán la entrada al campo de estudio. Una vez que consigamos los permisos pertinentes el observador tomará distancia respecto a cualquier persona que pueda generar un problema para el desarrollo de su estudio, teniendo presente que muchas organizaciones se caracterizan por presentar cierta tensión entre los niveles superiores e inferiores de la jerarquía.¹³

De cara a la realización de los grupos focales, se convocará un número de participantes ligeramente mayor del que se pretende reunir, ya que es frecuente que comparezcan menos de los que se esperan.

¹³ Amezcua M. El Trabajo de Campo Etnográfico en Salud. Una aproximación a la observación participante. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2000; 30. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/30revista/30_articulo_30-35.php> Consultado el 19 septiembre 2008.

El lugar elegido para el desarrollo de los grupos focales será el Centro de Salud del Limonar (Málaga), aprovechando que las cuidadoras acuden allí para realizar cursos de formación impartidos por la Unidad de Residencias, favoreciendo así la accesibilidad. Para ello se habilitará una sala con las características necesarias para el adecuado desarrollo de los GF. Debe ser una sitio agradable, libre de ruidos e interrupciones que permita la captación del discurso sin muchas interferencias. También se tendrá en cuenta la organización del espacio físico, la disposición de los asientos debe ser lo más neutral posible y debe favorecer la participación y la interacción cara a cara de todos los miembros del grupo. Para ello, todos los participantes estarán dentro del campo visual entre sí y con el moderador, esto se conseguirá disponiendo a los participantes en semicírculo, sentándose de forma aleatoria a voluntad de los mismos, entorno al moderador. Es importante que el moderador este situado de esta forma ya que podrá ver a todos los participantes permitiéndole estimular la participación de los más tímidos y controlar a los dominantes. También se dará a cada participante una tarjeta con su nombre para que los moderadores pueda dirigirse a ellos facilitando el control e interacción del grupo.³⁵

Los moderadores serán personas con experiencia en la conducción de grupos y familiarizados con el tema de estudio. Esto es un requisito fundamental para el buen desarrollo de los GF. Su función será facilitar el debate proporcionando un ambiente adecuado para que afloren las diferentes percepciones y puntos de vista. Esta es una de las principales riquezas del GF, ya que la recogida de datos a través de esta técnica se basa en la tendencia humana de formar opiniones y actitudes en la interacción con otros individuos. Otras funciones de los moderadores serán: solicitar la aclaración o profundización de puntos específicos, conducir al grupo hacia el siguiente tema cuando uno ya haya sido suficientemente explorado. Cada moderador contará además con la ayuda de un observador que tomará nota de las principales impresiones verbales y no verbales, elaborará el mapa de ubicación de los participantes, y pasará notas al moderador sobre aspectos en los que se debe profundizar más.^{33,35}

El moderador se presentará a sí mismo y al observador. A continuación dará la bienvenida a los asistentes agradeciéndoles su presencia y expondrá de forma honesta, clara y genérica los objetivos de la investigación, poniendo de relieve

la importancia de su participación. El siguiente paso consiste en explicar a los participantes el funcionamiento del grupo “las reglas del juego”: todos deben opinar, no hablar más de una persona a la vez, decir lo que se piensa no lo que los demás quieren oír, no hay opiniones correctas o incorrectas todas son muy valiosas por lo que no se busca el consenso, la diversidad de perspectivas e ideas son bienvenidas.³³ Después se les explicará y pasará el consentimiento informado para efectuar la grabación garantizando la confidencialidad. A continuación se realizará una breve dinámica de presentación entre los participantes.

Una vez hecho esto se llevará a cabo el GF basándonos en el guión elaborado. Se partirá de algo sencillo, de lo que todos puedan hablar, favoreciendo así la interacción, para posteriormente ir centrarnos paulatinamente en el tema de mayor interés para la investigación.

Para terminar, se les dará la posibilidad de comentar algún aspecto que consideren importante y que no haya salido y se realizará un resumen de la sesión en conjunto. Finalmente se agradecerá a los asistentes el tiempo que nos han dedicado.

De cara a la elección de los informantes clave para las entrevistas en profundidad, se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Que tenga tiempo para dedicar a las entrevistas.
- Que tenga buena voluntad y capacidad para hablar sobre sus experiencias y expresar sus sentimientos.
- Que esté en situación de enculturación completa: los informantes conocen tan bien una cultura (o subcultura, grupo u organización) que ya no piensan acerca de ella, son informantes convencidos.

Se contactará con los informantes de forma individual y se les planteará directamente y con franqueza el interés por hacerles la entrevista, garantizándoles el anonimato.

Las entrevistas se realizarán previo consentimiento informado, en el entorno elegido por el informante que puede ser tanto su lugar de trabajo como su residencia habitual o cualquier otro sitio donde se encuentre cómodo para la realización de la entrevista. Con esto pretendemos crear un clima en el cual se sientan cómodos para hablar libremente sobre sí mismos, una situación que se

asemeje a aquellas en las que las personas hablan naturalmente entre sí sobre cosas importantes.

En el transcurso de la entrevista se marcará un tono de compañerismo, que permitirá que la entrevista se parezca más a una conversación que a un interrogatorio, dando todo el protagonismo al informante. Se trata de "sonsacar" la información. Las preguntas o las cuestiones importantes no se plantearán al principio de la entrevista, se dejarán para más adelante, cuando el informante se haya acostumbrado a la presencia de la grabadora.

Al terminar la entrevista se dedicará un tiempo a anotar en el cuaderno de campo las impresiones sobre ella y sobre el informante. En este caso el cuaderno de campo cumple la función de los "comentarios del observador": temas, interpretaciones, intuiciones y conjeturas emergentes, gestos notables y expresiones no verbales esenciales para comprender el significado de lo que se dice.

Una vez transcrita la entrevista, se dará a los informantes la oportunidad de leer y comentar los borradores otorgándoles un cierto poder de veto, fortaleciéndose así la relación informante-investigador y la calidad del estudio.¹⁴

3.9 ANÁLISIS BÁSICO QUE SE PODRÍA REALIZAR

Se realizará un análisis del contenido a nivel semántico de las transcripciones de los grupos focales y de las entrevistas. Este nos permitirá la creación de categorías y dimensiones. Las categorías no estarán previamente establecidas, sino que emergerán del discurso de los participantes a través de un proceso inductivo.

Como guía para el proceso de análisis nos basaremos en la metodología propuesta por Taylor-Bogdan³⁹ sin perder, a pesar de su aparente secuencialidad, la perspectiva circular que caracteriza al análisis de los estudios cualitativos que algunos han llamado aproximación sucesiva o análisis en progreso, ya que obliga a retroceder una y otra vez a los datos.

1.Preparación de los datos:

¹⁴ Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Piados; 1990.

Las grabaciones se transcribirán de forma literal y siguiendo la metodología propuesta por Amezcua y cols.³⁷ Esto nos permitirá conocer no sólo lo que dicen los informantes sino su forma de decirlo. A cada informante se le asignará un código de identificación que nos permitirá conocer de quien proviene la información.

Se revisarán las notas del cuaderno de campo para situarlas en la transcripción de forma temporal y espacial.

2. Descubrimiento de temas.

Nos permitirá buscar temas examinando los datos de todos los modos posibles. Para ello se realizarán repetidas lecturas detalladas y minuciosas de los datos (transcripciones y notas de campo) con el objetivo de familiarizarnos con ellos. La lectura detenida y el “microanálisis” de los datos nos permitirán identificar temas y desarrollar conceptos.

3. Codificación

La codificación implica dar orden a los datos obtenidos según categorías y subcategorías de codificación. Se reúnen, clasifican y analizan todos los datos que se refieren a un mismo tema, idea o concepto tal como fueron expresados por los informantes, respetando su lenguaje, opiniones, creencias,... Después se revisan los datos sobrantes con el fin de incorporarlos a alguna categoría, si fuera posible, refinando el análisis.

4. Relativización.

Se interpretarán los datos en el contexto en que fueron recogidos: diferenciar los datos que fueron solicitados de los que emergieron espontáneamente, influencia del observador en el escenario, datos directos e indirectos, autorreflexión crítica.^{39,15}

Se utilizará como soporte informático la ayuda del Atlas.ti 5.0, una herramienta cuyo objetivo es facilitar el análisis cualitativo. El programa Atlas.ti resulta muy útil en las fases instrumentales del análisis para realizar operaciones como el marcado y codificación del texto, la relación de categorías y sujetos, la elaboración de tipologías y perfiles, o el recuento, búsqueda y recuperación de unidades codificadas.

¹⁵ Amezcua M, Galvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev. Esp Salud Pública. 2002; 76:423-436.

El procedimiento que emplearemos para verificar la validez del estudio será la triangulación. Triangular supone utilizar diferentes estrategias para estudiar el mismo problema. Para conseguirlo se utilizarán:

- Diferentes técnicas de recogida de datos: GF y entrevistas en profundidad.
- Diferentes sujetos para responder a una misma pregunta.
- Diferentes investigadores para un mismo análisis: los análisis serán realizados de forma independiente por dos investigadores distintos. Además los investigadores encargados de realizar los análisis serán los mismos que lleven a cabo los grupos focales y las entrevistas, ya que debido al proceso dinámico del análisis cualitativo, la experiencia directa de los investigadores en los escenarios estudiados es fundamental en el proceso de análisis para dotar a los datos de la coherencia necesaria para recomponer la visión de conjunto.⁴⁰

De cara a garantizar la fiabilidad de los datos se grabarán los grupos focales y las entrevistas en profundidad, se recogerán notas de campo y se contará con la presencia de un observador en los GF.

3.10 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La práctica del doble absorbente es una práctica “censurada” por la organización, por lo que los sujetos de estudio pueden tender a ocultar dicha práctica o a adoptar un discurso “institucionalizado”. Para evitar que esto suceda se debe dejar claro que los investigadores no forman parte de la organización, que el objetivo del estudio no es “reprocharles ninguna actuación” y que toda la información obtenida será tratada de forma confidencial, no revelándose nunca la identidad de los participantes.

Por otro lado, la importancia de la subjetividad en el análisis de los fenómenos sociales y la dificultad de disociar lo objetivo de lo subjetivo está muy bien documentada. Uno de los límites de este estudio será la influencia que la investigación tendrá sobre las respuestas de los participantes. Sin embargo una actitud de escucha crítica permitirá la autenticidad en los resultados.¹⁶

¹⁶ Whittemore R, Chase S, Mandles C. Validity in qualitative research. *Qualitative Health Research*. 2001;11(4): 522-537.

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Se solicitará el consentimiento verbal y por escrito (Ver Anexo4-5) de todos los participantes del estudio previa información de la índole del trabajo, respetándose su libre participación en el estudio. Se explicará la conveniencia de grabar los GF y las entrevistas, solicitándoles su permiso. Las grabaciones se usarán exclusivamente para fines de la investigación, empleando códigos numéricos a la hora de la transcripción para asegurar el anonimato de los participantes y la confidencialidad de los datos. Por supuesto, la aceptación de participar no impedirá que los participantes puedan retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto suponga ningún tipo de daño o perjuicio para los participantes.

4. PLAN DE TRABAJO

4.1 PERSONAL NECESARIO

Para el desarrollo del estudio se contará con la presencia de investigadores con experiencia en investigación y análisis cualitativo. Igualmente los moderadores de los grupos y de las entrevistas serán personas familiarizadas con la realización de este tipo de técnica ya que de ello depende, en gran medida, el éxito de las mismas. También será oportuno contar con profesionales sanitarios familiarizados con el tema de la incontinencia urinaria, y con personas clave de las organizaciones que nos faciliten el acceso al campo.

La coordinación del proyecto la realizará la investigadora principal.

Tanto la presentación del estudio como la captación de los participantes para los Grupos Focales correrá a cargo de uno de los investigadores. Otros dos investigadores se encargarán de la realización de los GF. Ambos actuarán como moderadores y observadores de forma alternativa en los diferentes GF. La transcripción y el procesamiento de los datos de los GF correrá a cargo del moderador de cada GF. El análisis será realizado de forma independiente por dos investigadores distintos.

La realización de las entrevistas, transcripción y el procesamiento de los datos serán realizadas por los investigadores que ejerzan de entrevistadores. El

análisis de los datos será realizado de forma independiente por dos investigadores distintos.

La elaboración del informe final y la comunicación de los resultados en reuniones científicas se realizará entre todos los miembros del equipo investigador. De cara a completar el proceso de comunicación científica, los miembros del equipo investigador redactarán un artículo original para su publicación en una revista científica especializada en la materia.

4.2 MATERIAL

A continuación se detalla el material necesario para llevar a cabo el estudio:

- Acceso a Internet a través de los ordenadores corporativos del Servicio Andaluz de Salud. Estos cuentan con acceso al entorno Ciberindex (Hemeroteca Cantárida, CUIDEN Plus) y a las principales Bases de datos a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz.
- Biblioteca y hemeroteca del Distrito Sanitario Málaga.
- Impresora y fotocopidora.
- Material de oficina.
- Instalaciones de la Unidad para realizar las reuniones y realización de los Grupos focales.
- Dos grabadoras.
- Dos ordenadores portátiles.
- Programa informático ATLAS ti 5.0.

4.3 POSIBLE CRONOGRAMA

Actividad	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Presentación del estudio y captación de participantes	X											
Realización y transcripción de los grupos focales		X	X									
Análisis de los grupos focales				X	X							
Diseño del guión para las entrevistas. Realización y transcripción de las mismas						X	X					
Análisis de las entrevistas en profundidad								X	X			
Elaboración del informe final, comunicación de los resultados en eventos científicos afines y redacción del artículo original										X	X	X

4.4 POSIBLE AVANCE PRESUPUESTARIO

CONCEPTO	IMPORTE
Dos ordenadores portátiles	2000 euros
Dos grabadoras	300 euros
Material fungible	300 euros
Inscripción a jornadas	600 euros
Alojamientos	600 euros
Desplazamientos	600 euros
Total	4.400 euros

5. ANEXOS

ANEXO 1: Capacidad de absorción

ABSORBENTE DÍA	ABSORBENTE NOCHE	ABSORBENTE SUPER-NOCHE
De 600 a 900 ml.	De 900 a 1200 ml.	Más de 1200 ml.

Fuente: Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco JM y cols. Guía de Atención Enfermera a Pacientes con Incontinencia Urinaria. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(4). Disponible en <<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0272.php>>

ANEXO 2: Guión de los Grupos Focales

- 1) Presentación del equipo (moderador y observador)
- 2) Dar la bienvenida y agradecer la presencia de las asistentes.
- 3) Explicar el objeto del estudio.
- 4) Importancia de su participación.
- 5) Explicar brevemente las “reglas del juego” de un grupo de discusión.
- 6) Consentimiento informado.
- 7) Dinámica de presentación entre los participantes.

8) Preguntas :

- ¿Qué importancia tiene, a vuestro juicio, los cuidados ante un problema como la incontinencia urinaria?
- ¿Cuáles son las principales complicaciones que se pueden presentar en el paciente?
- ¿Cuáles son los cuidados que prestáis de forma habitual ante este problema?
- En cuanto al tema de los pañales, podéis describir un poco la práctica que seguís (tipo de pañal, frecuencia de cambio,...)
- ¿Qué criterios seguís a la hora de realizar los cambios de pañal?
- ¿Qué opinión tenéis acerca del empleo del doble pañal?
- ¿Cuándo usáis esta práctica (en qué momento del día)? ¿De qué forma los ponéis?
- ¿Qué tipos de absorbentes usáis para configurar el doble pañal?
- ¿De que forma aprendisteis esta práctica?
- ¿Qué ventajas tiene, en vuestra opinión esta práctica para el paciente?
- ¿Pensáis que tiene alguna desventaja?

ANEXO 3: Datos socio-demográficos y descriptivos de los participantes

Código del participante -----

Fecha -----/-----/ 2008

Edad -----

Género -----

Tiempo que lleva trabajando como auxiliar de clínica: -----

Tiempo que lleva trabajando en el ámbito residencial: -----

Ha recibido algún curso previo sobre incontinencia urinaria:

Sí

No

ANEXO 4: Consentimiento informado (Grupo Focal)

Carta de explicación del estudio

Investigador responsable:

El objetivo de esta investigación es estudiar, en un grupo de auxiliares de enfermería que trabajen en residencias adscritas a la Unidad de Residencias de Málaga, los cuidados que prestan a los pacientes que sufren incontinencia urinaria, así como las prácticas específicas en relación al empleo de absorbentes. Partiendo de su experiencia, Vd. podrá ayudarnos a comprender mejor estas prácticas que se dan en el ejercicio de su trabajo.

Su participación consistirá en formar parte de uno de los grupos focales que se llevaran a cabo de cara a generar información mediante la interacción de las personas que participen en el mismo. Los encuentros tendrán una duración aproximada de 1 hora. Los grupos serán grabados en una grabadora si usted nos da su permiso. La confidencialidad de los datos, incluyendo el anonimato, se asegurará porque utilizaremos códigos numéricos en vez de nombres.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; usted no tiene obligación de participar y tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin justificación ni explicación y sin ningún tipo de daño o perjuicio para usted. No existe ningún riesgo en la participación en el estudio a no ser que considere incomodo hablar de su trabajo. Usted no obtendrá ningún beneficio directo por su participación. Su experiencia es muy importante para ayudarnos a comprender mejor los cuidados que se prestan a los pacientes con incontinencia, así como las prácticas asociadas a éste, como el uso de absorbentes.

Formulario de consentimiento

Yo, el/la abajo firmante ----- declaro haber leído la carta de explicación del estudio y haber tenido la posibilidad de discutir sobre el mismo. Comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de esta investigación y soy consciente de los inconvenientes que conlleva mi participación. En consecuencia, acepto de manera libre y voluntaria de participar en esta investigación y consiento a que sean grabados los grupos de discusión.

Firma del participante

Firma del investigador

Málaga, a ----- de ----- de 2008

ANEXO 5: Consentimiento informado (Entrevista en profundidad)

Carta de explicación del estudio

Investigador responsable:

El objetivo de esta investigación es estudiar, en un grupo de auxiliares de enfermería que trabajen en residencias adscritas a la Unidad de Residencias de Málaga, los cuidados que prestan a los pacientes que sufren incontinencia urinaria, así como las prácticas específicas en relación al empleo de absorbentes. Partiendo de su experiencia, Vd. podrá ayudarnos a comprender mejor estas prácticas que se dan en el ejercicio de su trabajo.

Su participación consistirá en participar en una entrevista sobre los cuidados que se prestan a los pacientes con incontinencia urinaria y el empleo de absorbentes. La entrevista tendrá una duración aproximada de 40 minutos y será grabada en una grabadora si usted nos da su permiso. La confidencialidad de los datos, incluyendo el anonimato, se asegurará porque utilizaremos códigos numéricos en vez de nombres.

Su colaboración en esta investigación es voluntaria; usted no tiene obligación de participar y tiene derecho a retirarse en cualquier momento sin justificación ni explicación y sin ningún tipo de daño o perjuicio para usted. No existe ningún riesgo en la participación en el estudio a no ser que considere incomodo hablar de su trabajo. Usted no obtendrá ningún beneficio directo por su participación. Su experiencia es muy importante para ayudarnos a comprender mejor los cuidados que se prestan a los pacientes con incontinencia, así como las prácticas asociadas a éste, como el uso de absorbentes.

Formulario de consentimiento

Yo, el/la abajo firmante ----- declaro haber leído la carta de explicación del estudio y haber tenido la posibilidad de discutir sobre el mismo. Comprendo la naturaleza, el objetivo y los beneficios de esta investigación y soy consciente de los inconvenientes que conlleva mi participación. En consecuencia, acepto de manera libre y voluntaria de participar en esta investigación y consiento a que sea grabada la entrevista.

Firma del entrevistado

Firma del entrevistador

Málaga, a ----- de ----- de 2008