

Cómo citar este documento

Pastor Montero, Sonia; Romero Sánchez, José Manuel; Toledano Losa, Ana Cristina; Paramio Cuevas, Juan Carlos; Carnicer Fuentes, Concepción; Paloma Castro, Olga; Ortegón Gallego, José Alejo; Castro Yuste, Cristina. Abordaje de las pérdidas perinatales. Un enfoque desde la Investigación Acción Participativa. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0579.php>

ABORDAJE DE LAS PÉRDIDAS PERINATALES. UN ENFOQUE DESDE LA INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

Autores: Sonia María Pastor Montero¹, José Manuel Romero Sánchez², Ana Cristina Toledano Losa³, Juan Carlos Paramio Cuevas⁴, Concepción Carnicer Fuentes⁴, Olga Paloma Castro⁴, José Alejo Ortegón Gallego⁵, Cristina Castro Yuste⁴.

¹Doctoranda del Programa de Doctorado “Enfermería y Cultura de los Cuidados”, Universidad de Alicante. Hospital de Montilla, EPHAG.

²Master en Ciencias de la Enfermería. Grupo de Investigación del Plan Andaluz de Innovación, Desarrollo e Innovación CTS-391, Universidad de Cádiz.

³Enfermera. Hospital de Montilla. EPHAG.

⁴Master en Innovación e Investigación en Cuidados de Salud. Grupo de Investigación del Plan Andaluz de Innovación, Desarrollo e Innovación CTS-553, Universidad de Cádiz.

⁵Enfermero Especialista en Salud Mental. Gestor de Casos. Hospital Infanta Margarita (Cabra).

Institución: Hospital de Montilla. Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG). A 309-Ctra. Montoro- Puente Genil, km. 63,350. 14550 Montilla. Córdoba.

Dirección para correspondencia: smpastor@ephag.es

Proyecto de Investigación financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Expediente PI-0757-2010.

Resumen

En nuestra cultura se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro, el nacimiento de un hijo es considerado un acontecimiento feliz para las familias, pero desgraciadamente algunos embarazos terminan en pérdida.

El objetivo general del estudio es promover un cambio para mejorar los cuidados que se prestan a los padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de la investigación acción participativa (IAP). Los objetivos específicos son: 1) Reconocer las barreras personales, institucionales y organizativas que dificultan el cambio. 2) Tomar conciencia de que el proceso reflexivo es el motor esencial para generar alternativas del cambio. 3) Desarrollar propuestas que mejoren la práctica profesional implicando a todo el equipo asistencial asegurando la mayor científicidad. 4) Poner en marcha las estrategias consensuadas que impulsan el cambio. 5) Evaluar el proceso de cambio de la práctica asistencial.

La metodología propuesta es la IAP, consta de cinco etapas: acercamiento y sensibilización, inducción, interacción, implementación y sistematización. Los participantes serán los profesionales del Área Materno Infantil y del Bloque Quirúrgico del Hospital de Montilla (Córdoba) que formen el grupo de trabajo. La recogida de la información se efectuará utilizando dinámicas de grupo, observación participante, entrevistas individuales, entrevistas grupales, diarios de campo y análisis de documentos. Para el análisis se propondrá seguir los pasos propuestos por Taylor y Bogdan y se utilizará la triangulación de métodos, investigadores y fuentes para asegurar el rigor metodológico. Tanto el diseño como el desarrollo de la investigación estarán asistidos por el software Nudist Vivo.

Palabras clave: pérdida perinatal, investigación acción participativa, cambio de práctica clínica, cuidado, duelo perinatal.

INTRODUCCIÓN

En nuestra cultura se publicita la imagen de la maternidad como sinónimo de logro¹, el nacimiento de un hijo es considerado un acontecimiento feliz para las familias y gracias a los avances científicos y técnicos que han logrado disminuir los riesgos nadie piensa que no habrá un final feliz, sin embargo, algunos embarazos terminan en pérdida.

En las últimas décadas se ha producido en nuestro país una reducción de la tasa de mortalidad perinatal asociada a las mejoras sociales y sanitarias² hasta situarse según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) en España en 4,47 y en Andalucía en 5,43 por mil nacidos vivos⁴, siendo Córdoba la provincia con la tasa más elevada de Andalucía con 7,05 por mil nacidos vivos^{3,4}. Sin embargo hay que tener en cuenta que si el número de hijos que decide tener una pareja es cada vez menor debido a los cambios sociales, económicos y culturales acontecidos en nuestra sociedad durante el último tercio del siglo XX (el indicador coyuntural de fecundidad en Andalucía es de 1,40 hijos por mujer en 2010), se entiende la mayor repercusión que tiene sobre los padres la pérdida de un hijo deseado³.

El concepto de pérdida perinatal incluye las pérdidas ocurridas en cualquier momento de la gestación hasta el primer mes de vida del bebé y la cesión de un niño en adopción⁵⁻⁷.

El aborto espontáneo, la interrupción de la gestación debido a malformaciones fetales y la muerte fetal, no están incluidas en la categoría de experiencias traumáticas a pesar de que son experiencias devastadoras para los padres, y algunas mujeres tienen grandes dificultades para recuperarse de la pérdida de un bebé deseado⁸. Se ha estimado que entre el 25%- 50% de las pérdidas perinatales ocurren antes de las 20 semanas de gestación⁶.

El impacto psicosocial de la pérdida perinatal ha sido estudiado ampliamente en los últimos 25 años, estos padres experimentan las mismas reacciones de aflicción que las observadas en otras situaciones de duelo, e incluso pueden llegar a ser más intensas por la falta de visibilidad social del duelo perinatal⁷.

La literatura nos muestra que las pérdidas perinatales son acontecimientos que cambian la vida de los padres, aparecen sentimientos de vacío interior, culpabilidad, irritabilidad, pena abrumadora, temor a un nuevo embarazo, rabia, incredulidad y apatía⁹⁻¹¹. Diversos estudios han mostrado que cerca del 20% de las mujeres presentan síntomas depresivos y ansiedad hasta un año después de la pérdida e incluso pueden desarrollar desórdenes psiquiátricos, pudiendo afectar en embarazos posteriores y en la relación con el siguiente bebé^{12,13}.

Según el estudio realizado por Pastor y cols¹⁴ se destaca que las familias perciben el aborto espontáneo y el parto de un feto muerto como una pérdida real, procesar la pérdida supuso un proceso de cambio y un impacto importante en sus vidas. Las parejas recuerdan con detalle el momento en que fueron informadas de la pérdida, el choque emocional que sintieron, los sentimientos desconcertantes y confusos por tener que parir a su bebé muerto y los

desencuentros con los profesionales encargados de sus cuidados. En cuanto a los profesionales las situaciones de pérdida les generan un gran impacto emocional, se hace evidente la falta de estrategias y de recursos para afrontar estas situaciones y dar respuesta a las demandas de los padres. En este sentido demandan una serie de medidas para mejorar la atención ante las pérdidas perinatales, las principales serían: promover programas de formación específicos sobre el duelo perinatal y establecer una guía de actuación multidisciplinaria ante la pérdida perinatal.

La pérdida perinatal es un tema tabú a nivel profesional y son numerosas las parejas que no han recibido una atención adecuada tal y como se afirma en los distintos artículos publicados en la prensa española¹⁵⁻¹⁷.

Hay pocos hospitales españoles que se hayan planteado pautas de actuación en casos de pérdidas perinatales por lo que existe una importante variedad de enfoques y abordajes de esta situación de un centro a otro¹⁸, a pesar de que existen intervenciones y estrategias que permiten a los padres aceptar la realidad de la pérdida¹⁹ y elaborar un duelo saludable. Estas pueden ser: validar la pérdida²⁰, informar de las intervenciones a realizar²¹, ofrecer disponibilidad y apoyo emocional¹¹, alentar a la madre a ver y sostener al bebé²², dar nombre al bebé^{22, 23}, crear memorias y recuerdos²³, celebrar rituales de despedida²³, dar orientación sobre el duelo⁷, asegurar la continuidad de los cuidados¹⁸ y ofrecer orientación psicológica y psicoterapia especializada²⁴.

En ocasiones las creencias personales son las que guían las actuaciones de los profesionales por encima de la evidencia²⁵ e incluso del deseo de los padres¹⁴, lo que nos lleva a actuar de forma inapropiada. Vencer las barreras que dificultan la traslación del mejor conocimiento científico a la toma de decisiones en la práctica diaria es un reto para los profesionales de la salud²⁵⁻²⁹ aunque no se han encontrado resultados concluyentes sobre cuál debe ser la mejor estrategia que conduzca al cambio^{30, 31}.

A la luz del estudio de Pastor y cols¹⁴ se identifican un conjunto de necesidades en los padres que no se abordan ni se atienden adecuadamente y teniendo en cuenta la necesidad sentida de los profesionales que desean modificar estas situaciones nos planteamos ¿cómo se puede transformar la práctica diaria profesional?, ¿cuál sería la metodología de trabajo?, ¿cómo se toman las decisiones de asistencia cuando los profesionales tienen distintos puntos de vista?

La traslación del conocimiento y la implementación de la investigación no es una idea nueva, como tampoco la brecha existente entre el conocimiento científico y la práctica asistencial. No hay colectivo profesional sanitario libre de este aspecto²⁶.

Se estima que entre un 30- 40% de los pacientes no reciben cuidados de salud basados en resultados de investigación relevantes y actuales y que un 20-25% de los cuidados son innecesarios y poco efectivos³².

Son varias las estrategias que se han utilizado para transferir los resultados de investigación a la práctica, como el Difusión of Innovation-Model de Rogers y el modelo transteórico, aunque ninguna se ha establecido como patrón de referencia³¹.

Dentro de este contexto, la Investigación Acción Participativa (IAP) está surgiendo como una estrategia metodológica que posibilita una mejor transformación de una determinada situación, reduce la brecha entre la investigación y facilita la implementación de nuevos conocimientos³³⁻³⁷.

La IAP tiene su origen en Lewin en los años 50 y posteriormente en Fals Borda, basándose en las dinámicas de grupo y la resolución de conflictos sociales^{38, 39}. Es una vertiente más sociológica que pedagógica, también conocida como sociología crítica y sus principios fundamentales provienen de paradigmas, teorías, disciplinas y experiencias prácticas diferentes; destaca la influencia de algunos paradigmas como la fenomenología, la etnometodología e interaccionismo simbólico entre otros⁴⁰. Aunque la perspectiva paradigmática que aquí se presenta es la teoría crítica que proponen Lincoln y Guba⁴¹.

La IAP tiene que ver con un proceso colectivo de producción y reproducción de conocimientos necesarios para la transformación de la realidad y se inserta en una estrategia de acción definida⁴². Se ha establecido como un concepto, como una filosofía, como una metodología de transformación y aprendizaje y como un proceso múltiple de investigación, educación y acción⁴⁰.

Por otra parte, en la IAP la investigación surge de la clarificación de preocupaciones compartidas en una comunidad y ayuda a sus miembros a plantear problemas acerca de la realidad que los rodea indagando en sus prácticas y experiencias para favorecer una visión colectiva, más amplia e integral de una misma realidad^{39,40,42-44}. La educación se entiende aquí no en el sentido de una transmisión didáctica de conocimiento, sino en el aprender por la búsqueda y la investigación; las personas involucradas aportan su conocimiento y todos aprenden de todos, comparten sus métodos y su saber, articulando de manera crítica ese conocimiento^{39,40,42-44}. La acción surge del conocimiento crítico, la conciencia crítica se eleva no únicamente al analizar la situación problemática, sino al comprometerse en acciones para transformar la situación^{39,40,42-44}.

Los campos más frecuentes de trabajo en IAP corresponden a la Sociología, la Psicología, la Educación y la Antropología³⁹, también ha sido usada para facilitar el cambio en la práctica enfermera, en investigaciones sobre la discapacidad, el paciente crítico, el estrés ocupacional, la promoción de la salud y la personalización de los cuidados³³⁻³⁷.

En la IAP se pone en marcha una espiral que guarda semejanza con el proceso enfermero⁴⁴ y que resulta muy útil a los profesionales de la salud por su proceso reflexivo durante la acción⁴⁵, dando la oportunidad a los profesionales de verse activamente envueltos y trabajar juntos en el diseño, dirección y resultados de la investigación⁴⁶, de reflexionar sobre su práctica⁴⁷, de desarrollar teorías³⁶, de seleccionar estrategias adaptadas a su contexto⁴⁸ y se

caracteriza por tener un diseño humanista, garantizando la participación de todos los implicados que comparten sus conocimientos y experiencias, aprenden el proceso de resolución de problemas y dan sentido de propiedad y compromiso a las acciones puestas en práctica, siendo los profesionales los propios agentes de cambio³⁴.

Este enfoque que aquí se presenta, es un poderoso instrumento para el empoderamiento de los profesionales y para hacer visible la actitud innovadora de su práctica asistencial al reconocer al profesional la capacidad de generar conocimiento de una forma activa, crítica y reflexiva. Conjugando en los profesionales la necesidad sentida de cambio hacia la atención de la pérdida perinatal con una cultura investigadora supone aumentar la calidad de los servicios sanitarios.

Hipótesis

La naturaleza cualitativa del estudio y el hecho de ser una propuesta de IAP, no concibe formular una hipótesis como tal.

Se parte de la idea de que la IAP pretende proporcionar las estrategias para que los profesionales puedan identificar, reflexionar, actuar, corregir y evaluar su propia práctica asistencial con el fin de llevar a cabo una acción transformadora global en el ámbito del cuidado de la pérdida perinatal.

Objetivos

El objetivo general del estudio es promover un cambio para mejorar los cuidados que se prestan a los padres que han sufrido una pérdida perinatal a través de la IAP.

Los objetivos específicos son:

1. Reconocer las barreras personales, institucionales y organizativas que dificultan el cambio.
2. Tomar conciencia de que el proceso reflexivo es el motor esencial para generar alternativas del cambio.
3. Desarrollar propuestas que mejoren la práctica profesional implicando a todo el equipo asistencial y asegurando la mayor científicidad.
4. Poner en marcha las estrategias consensuadas que impulsan el cambio.
5. Evaluar el proceso de cambio de la práctica asistencial.

METODOLOGIA

Diseño del estudio

Algunos autores sitúan la investigación acción participativa como un tipo de investigación cualitativa, aunque sus fundamentos teóricos se aproximan más a la sociología crítica⁴⁹.

La IAP puede considerarse como un proceso sistemático que lleva a cabo una determinada comunidad para llegar a un conocimiento más profundo de sus problemas y tratar de solucionarlos, intentando implicar a toda la comunidad en el proceso³⁹.

Kemmis y McTaggart⁵⁰ describen el proceso de investigación acción como una espiral de ciclos de planificación, actuación, observación y reflexión. El modelo metodológico que se va a emplear en este proyecto es el propuesto por López y cols⁵¹, inspirados en las propuestas de Fals Borda⁵² y Park⁴⁴. Este proceso metodológico consta de 5 etapas:

1. Acercamiento y sensibilización: El objetivo de etapa es sensibilizar a los participantes realizando una aproximación conceptual y contextual sobre las pérdidas perinatales, discutir la viabilidad del proyecto, presentar al equipo investigador y determinar los participantes del grupo de trabajo.

- Estrategias del grupo investigador:
 - Aproximación conceptual y contextual sobre las pérdidas y el duelo perinatal.
 - Discusión sobre la propuesta del estudio.
- Dinámicas de grupos para conducir el grupo de trabajo :
 - Sesiones grupales: lectura reflexiva de documentación, búsqueda bibliográfica.
 - Discusión conjunta.

2. Inducción: En esta etapa se pretende que los participantes reflexionen sobre su propia realidad asistencial y acuerden intervenir, diseñando las estrategias para el cambio.

- Estrategias del grupo investigador:
 - Discusión conjunta sobre las pérdidas y el duelo perinatal y la pertinencia de su abordaje.
 - Análisis sobre las cualidades que deben tener los profesionales para brindar una atención más humana, satisfactoria y de mayor calidad ante una pérdida perinatal.
 - Discusión sobre las barreras y amenazas, fortalezas y oportunidades para llevar a cabo las mejores prácticas ante la pérdida perinatal.
 - Planificación conjunta de estrategias.
- Dinámicas de grupos para conducir el grupo de trabajo:
 - Grupo nominal.
 - Técnica DAFO.
 - Asamblea participativa.
 - Mapa de relaciones.
 - Lluvia de ideas (Brainstorming).

3. *Interacción*: Los participantes toman conciencia de que en sus manos está la capacidad transformadora partiendo de sus propias experiencias. La interacción de experiencias sirve de base para la identificación del mapa de estrategias que posteriormente se implantarán.

- Estrategias del grupo investigador:
 - Los participantes describen ante el grupo experiencias relacionadas con la pérdida y el duelo perinatal.
 - Reflexión conjunta sobre las estrategias que han adoptado y que han sido clave en la resolución exitosa o viceversa del caso.

- Dinámicas de grupos para conducir el grupo de trabajo:
 - Exposición de casos.
 - Role-playing.
 - Sesiones grupales: aprendizaje basado en problemas.
 - Discusión conjunta.

4. *Implementación*: Es la fase empírica del proceso, los participantes implementan las estrategias y experimentan en la práctica los efectos de sus propias intervenciones.

- Estrategias del grupo investigador:
 - Discusión sobre las estrategias de implementación.
 - Contrastar las estrategias implantadas con otras estrategias encontradas en la literatura.
 - Discusión sobre los indicadores de evaluación.

- Dinámicas de grupos para conducir el grupo de trabajo:
 - Sesiones grupales: búsqueda bibliográfica, trabajo de campo.
 - Mapas de relaciones.
 - Discusión conjunta.
 - Exposición de casos.

5. *Sistematización*: Se evalúa el impacto de las intervenciones, el grado de implementación y los logros obtenidos, a la vez que se reflexiona y se toma conciencia de la capacidad transformadora de la realidad asistencial.

- Estrategias del grupo investigador:
 - Se presenta al grupo para su discusión los resultados de la implementación.
 - Discusión sobre los aspectos positivos y negativos de las intervenciones, dificultades en la implementación, refinamiento de las intervenciones y/o planificación de nuevas estrategias.

- Dinámica de grupo para conducir el grupo de trabajo:
 - Asamblea participativa.

Emplazamiento

El estudio se va a realizar en el Hospital de Montilla (Córdoba), pertenece a la red de hospitales de la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir (EPHAG) y forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Está situado a 45 Km. de la capital de la provincia y da cobertura sanitaria a 63.354 habitantes de la Mancomunidad de la Campiña Sur Cordobesa⁵³, que comprende entre otros los municipios de Aguilar de la Frontera, Fernán Núñez, Montemayor, Montilla, La Rambla y Montalbán.

La planta de Hospitalización cuenta con 22 camas distribuidas para pacientes de ginecología, obstetricia, traumatología, y pediatría; la Unidad Neonatal cuenta con 3 incubadoras y 2 cunas térmicas y el Bloque Quirúrgico con 5 quirófanos, 2 paritorios y una sala de dilatación.

Sujetos de estudio

El aspecto más característico de la IAP es que los sujetos de estudio son los protagonistas de su proceso investigativo, convirtiéndose en co-investigadores, siendo el grupo investigador un recurso técnico que actúa esencialmente como un organizador de la discusión, como un facilitador y personas técnicas que presentan al grupo de trabajo opciones metodológicas que sean aplicables a la situación, explicando su lógica, eficacia y limitaciones, estableciéndose una relación de colaboración entre el equipo investigador y los co-investigadores^{42,44}.

Para constituir el grupo de trabajo, se debe tener en cuenta que ha de ser lo suficientemente grande y heterogéneo como para permitir el intercambio de puntos de vista con personas de distintas categorías profesionales que puedan enriquecer la dinámica del grupo debido al intercambio de perspectivas y experiencias⁵⁵.

Se formará el grupo de trabajo con profesionales procedentes del Área Materno Infantil y del Bloque Quirúrgico del Hospital de Montilla. La plantilla está formada por 20 enfermeras, 10 auxiliares y 1 supervisor de Hospitalización; 21 enfermeros, 9 auxiliares y 1 supervisor del Bloque Quirúrgico; 6 matronas y 5 auxiliares de paritorio; 7 Pediatras, 7 Ginecólogos y 6 Anestesiastas.

Los criterios de inclusión vendrán determinados por: acceder voluntariamente a participar, haber asistido algún caso de pérdida perinatal en el Hospital de Montilla y que su situación laboral no sea contrato eventual.

Dimensiones del estudio

Las fases presentadas constituyen un esquema básico de IAP, pero se trata de una metodología activa y participativa, por lo que su diseño no puede definirse de antemano⁵⁴. Se trata de un diseño flexible, en progreso, es decir, construido a lo largo del proceso por el grupo de trabajo⁵⁶, por lo que las dimensiones de estudio van a emerger de la propia praxis que se va generando en el grupo de trabajo.

Acceso al campo

La invitación a participar se realizará a través de diversos contactos con la comunidad de profesionales, donde se dará a conocer los objetivos del proyecto.

Recogida de datos

Se efectuará mediante las técnicas que se proponen en la literatura para las metodologías participativas^{39,44,50,54,56,57}.

Las técnicas participativas que empleará el grupo investigador para dinamizar al grupo co-investigador son fundamentalmente grupales, pues favorecen la disertación y el análisis colectivo⁴⁰. El uso de dinámicas grupales, permite a los miembros de un grupo conocerse y aprender a trabajar juntos de forma autónoma, fortaleciendo el grupo y el aprendizaje colectivo⁵⁶. Se ofrecen en la bibliografía decenas de técnicas para llegar al análisis grupal de las condiciones y factores que favorecen o mantienen un problema⁴⁰. De todas ellas se prefieren las que permiten el aprendizaje lúdico y reflexivo, estas serían entre otras: la técnica DAFO, mapas de relaciones, lluvia de ideas, grupo nominal, asamblea participativa y role-playing.

- Técnica DAFO: Reunión de grupo de unos 20 integrantes en la que, para cada una de las distintas temáticas tratadas, se debaten y se sistematizan en un cuadrante sus Debilidades (factores de riesgo en el presente), Amenazas (factores de riesgo en el futuro), Fortalezas (factores de éxito en el presente) y Oportunidades (potencialidades futuras). Esta técnica tiende a la simplificación de las problemáticas y a la generación de consensos⁵⁷.
- Lluvia de ideas (Brainstorming): Es una estrategia de generación espontánea y libre de ideas sin que medie debate o discusión grupal. El enunciado de los sentimientos y actitudes ante el tema lanzado por el animador se hace en voz alta y de forma desordenada. Se anotan todas las opiniones en una pizarra, a la vista de todos y se puede dar paso si se quiere al análisis, debate y aceptación de las más votadas⁵⁷.
- Grupo nominal: Se combina la reflexión individual y la interacción grupal. Se trata de llegar a consensuar una propuesta concreta de actuación. El desarrollo de la sesión, una vez planteado el tema por el animador, consta de una primera parte (10 o 15 minutos aproximadamente) de reflexión individual y anotación de las ideas que

a cada participante se le ocurra, el siguiente paso es la puesta en común y el registro de todas las respuestas en una pizarra; después se van analizando una a una, cada una de ellas, y se agrupan por temas o se resumen en un mismo enunciado. Finalmente se debaten y matizan las opiniones expresadas, según la preferencia o acuerdo con ellas, y se procede a la votación o valoración de las principales⁵⁷.

- **Role-playing:** Es una dinámica de análisis de la realidad. Se trata de reproducir situaciones y problemas cotidianos, representando una escena en la que cada participante asume y encara lo más fielmente posible un papel o rol determinado. Después de la actuación, el grupo analiza y discute acerca de lo vivenciado, con el fin de profundizar en las motivaciones y posibles factores que intervienen en los comportamientos, actitudes y reacciones de la gente⁵⁷.
- **Asamblea Participativa:** Es una reunión abierta donde los miembros del grupo debaten libremente sobre sus necesidades, problemas, etc. Se suele utilizar antes de realizar una investigación, para sensibilizar a la población sobre la necesidad de conocer mejor su propia realidad o como una técnica más de recogida de información y análisis dentro del proceso de estudio. El animador plantea claramente el tema o situación a tratar y el debate se puede operativizar a través de dinámicas como el brainstorming a fin de coordinar y canalizar más eficazmente todas las aportaciones⁵⁷.

Como se ha expuesto anteriormente, el aspecto más obvio de la IAP que la distingue de otros modos de investigar está constituido por la participación activa de los miembros de la comunidad (los co-investigadores) en el proceso investigativo y toman parte en actividades tradicionalmente reservadas para personas entrenadas en la investigación convencional^{42,44}.

Los instrumentos habituales del trabajo de campo de los co-investigadores son: diarios de campo, análisis de documentos, observación, entrevistas individuales, entrevistas grupales como grupos de discusión, grupos focalizados, grupos triangulares, grupos naturales, etc. La utilización de estos instrumentos no excluye el posible uso de otros que los co-investigadores planteen. Corresponde a los co-investigadores las técnicas de recogida de datos y la selección de los informantes claves a lo largo del proceso de investigación. Esto incluye la elaboración de las guías de entrevista y del protocolo de observación, así como las técnicas de selección, los criterios de inclusión y exclusión, criterios de diversificación, la forma de incorporar participantes y el motivo para dejar de incorporar participantes, etc.^{56,57}. Esta tarea requiere el entrenamiento y asesoramiento metodológico del equipo investigador para que los co-investigadores sin experiencia lleguen a sentirse competentes con las técnicas de obtención de datos. La aportación metodológica del grupo investigador será exponer y justificar con rigor los diferentes pasos a seguir en el diseño y desarrollo de las técnicas de recogidas de datos según Flick⁶¹, Ruiz Olabuénaga⁶⁰ y Taylor y Bogdan⁵⁹ para capacitar a los co-investigadores.

Análisis de los datos

Las técnicas participativas que se han expuesto en el apartado anterior generan su propio informe, por lo que el análisis sería la realización del informe dependiendo de la técnica que se haya planteado. El informe recogerá el desarrollo de la sesión grupal y el consenso alcanzado, el equipo investigador lo redactará y se entregará a los co-investigadores para su discusión y verificación.

Al tratarse los estudios participativos como un tipo de investigación cualitativa, el análisis de los datos se realiza de forma cíclica y circular, en continuo proceso. La recolección de datos y el análisis se realizan simultáneamente⁶⁰⁻⁶².

La bibliografía consultada propone que el análisis del trabajo de campo realizado por los co-investigadores se divida en cuatro lecturas: la primera y la cuarta lectura al jugar más los elementos intuitivos/interpretativos se puede analizar conjuntamente el equipo investigador con el grupo de trabajo, mientras que la segunda y tercera lectura al ser más técnicas/analíticas corresponde realizarlas al equipo investigador⁵⁴. Con respecto a la retroalimentación de los informantes, los datos les serán devueltos a los informantes para su verificación.

Para el análisis se utilizará los pasos propuestos por Taylor y Bogdan⁵⁸:

- Preparación de los datos: En un primer momento se preparan los datos y se organizan todos los materiales producidos. Las entrevistas serán transcritas literalmente y con método siguiendo la propuesta de la bibliografía consultada expuesta en el párrafo anterior, para conocer no solo lo que dicen los informantes sino también su manera de decirlo. Se situarán las anotaciones del diario de campo temporal y espacialmente en la transcripción y se le asignará un código de identificación a cada informante.
- Descubriendo los temas: tras realizar sucesivas lecturas de las transcripciones y las notas de campo, se buscarán los temas hasta desarrollar conceptos y proposiciones teóricas.
- Codificación: Se trataría de refinar las interpretaciones de los datos desarrollando categorías y subcategorías hasta encontrar su significación.
- Relativización: Interpretar los datos en el contexto en el fueron recogidos.

La triangulación es una estrategia que incrementa el alcance, la profundidad y la consistencia en las actuaciones metodológicas^{58,59}, en este caso se usará la triangulación de diferentes fuentes de datos, de investigadores y metodológica^{59,60}.

El análisis estará asistido por el software Nudist Vivo.

Limitaciones del estudio

En cuanto a las limitaciones del estudio la principal dificultad encontrada es que el proceso de cambio es un proceso lento³¹, cambiar prácticas concretas requiere que el equipo multidisciplinario tome conciencia de la importancia del tema y perciba que la acción y el cambio en la práctica asistencial son necesarios para el beneficio de los padres.

Otra cuestión importante es las características del equipo asistencial, los profesionales tienen distintos niveles de motivación o disposición al cambio³¹, esto puede generar discrepancias y una oposición o resistencia importante, llegando incluso a no producirse el cambio por todos los profesionales del equipo asistencial.

El hecho de que la investigadora principal esté considerada como un líder de opinión local puede contrarrestar estas dificultades, al conocer las circunstancias locales gracias a una investigación previa sobre la pérdida perinatal y ser requerida por los propios profesionales del equipo multidisciplinario para aconsejar sobre la asistencia cuando ocurre una pérdida perinatal.

Por último y considerando la naturaleza cualitativa del estudio, las conclusiones no pueden ser generalizadas, pero pueden orientar y arrojar luz en contextos y situaciones parecidos.

PLAN DE TRABAJO

- **Etapas pre- investigación: captación y planificación del proyecto.**
 - Contacto y presentación del estudio a los distintos profesionales del Área Materno Infantil y Bloque Quirúrgico y captación de participantes. (Sonia Pastor y Ana C Toledano).
 - Preparación del proyecto: diseño de las sesiones grupales: estrategias, dinámicas de grupo, preparación de la documentación de las sesiones grupales, programación (Equipo investigador).
 - Solicitud de permisos para la infraestructura del proyecto (Sonia Pastor y Ana C Toledano).

- **Etapas 1, 2 y 3.**

Corresponde con las etapas propuestas de la IAP que serían: acercamiento y sensibilización, inducción e interacción. En estas etapas el equipo investigador realiza las dinámicas grupales propuestas en la metodología para que los participantes del grupo de trabajo diseñen las estrategias para el cambio. Al finalizar cada etapa el equipo investigador elaborará y entregará un informe que discutirá el grupo de trabajo.

ASPECTOS ÉTICOS

Todos los miembros del grupo de trabajo firmarán el consentimiento informado, en el que se indicará las características y los objetivos del proyecto y la confidencialidad de los datos. En todo momento se respetará el anonimato, la participación en el estudio será voluntaria y se aclarará que se podrá abandonar el proyecto en el momento que se desee sin dar explicaciones. Para garantizar la confidencialidad se propondrá al grupo de trabajo identificarse con un nombre ficticio.

Para la evaluación del impacto de las intervenciones, el grupo de trabajo puede proponer distintas herramientas como cuestionarios, entrevistas individuales o grupales y observación participante que se pueden realizar tanto a padres como a profesionales. En este caso se solicitará un nuevo consentimiento informado adecuado a las características de la herramienta utilizada y los sujetos de estudio serán informados previamente de los objetivos de las mismas, firmarán el consentimiento y se solicitará la autorización para grabar las entrevistas. En lo que respecta a la observación participante, se obtendrán las autorizaciones para realizar las observaciones y se garantizará el anonimato de los sujetos observados y entrevistados, así como la confidencialidad de los datos registrados.

El proyecto ha sido aprobado por la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria de la EPHAG. El consentimiento informado ha sido realizado por el Gabinete Jurídico de la EPHAG.

PLAN DE DIFUSIÓN Y DIVULGACIÓN

La propuesta sería:

- Publicación en revistas científicas: la publicación de 3 artículos originales en las revistas de más impacto dentro de nuestra área según el JCR y CUIDEN CITACION.
- Contribuciones a congresos y reuniones científicas relacionadas con nuestro ámbito de estudio: participación en una reunión científica internacional y un Congreso relacionado con la Salud Materno Infantil.

Se ha previsto la difusión en:

1. Reunión Internacional sobre Investigación Cualitativa en Salud. Organizada por la Fundación Index. Esta reunión tiene un carácter bianual, celebrándose las siguientes en los años 2011 y 2013.
2. Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería. Organizada por el INVESTEN-Isciii y con carácter anual, el próximo encuentro es del 9 al 12 de noviembre de 2010.
3. Encuentros FORANDALUS. La próxima convocatoria es en 2011.

4. Jornadas y/o Congresos de la Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA), que suelen tener un carácter anual, siendo el próximo encuentro en 2011.
5. Congreso de Salud Materno-Infantil. Estos congresos suelen tener un carácter anual, al tener prevista la celebración del Congreso Global de Salud Materno-Infantil el próximo septiembre de 2010, no hay ningún avance de encuentros posteriores, por lo que el equipo investigador consultará a lo largo del proyecto las fechas de nuevos encuentros.
6. Jornadas de divulgación intercentros de la EPHAG, estas jornadas tienen un carácter anual.
7. Divulgación del proyecto y sus resultados en los medios de comunicación de carácter local y regional (prensa, radio y televisión) a través de notas de prensa y entrevistas concedidas por los investigadores, así como en la Intranet de la EPHAG y la página web de la Universidad de Cádiz (UCA).
8. Elaboración y difusión de un documento de consenso sobre atención a la pérdida perinatal.

MEDIOS Y RECURSOS DISPONIBLES

Material inventariable

En cuanto a recursos materiales se emplearán las aulas de formación del Hospital de Montilla que están equipadas con medios audiovisuales, cañón reproductor, reproductor de diapositivas, etc. y que ponen a nuestra disposición para realizar las dinámicas de grupo. Así mismo podemos contar con las instalaciones del Servicio de Biblioteca del Hospital de Montilla, de la Facultad de Enfermería de Algeciras de la Universidad de Cádiz (UCA) en las cuales tenemos sala de ordenadores con conexión a Internet en horario de 9 a 18 horas.

También tenemos la posibilidad de realizar videoconferencias, esta tecnología nos va a proporcionar importantes beneficios, como el trabajo colaborativo entre el grupo investigador que se encuentra geográficamente distante, normalizando las reuniones de trabajo y las dinámicas de grupo.

Material bibliográfico

La Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía es un importante recurso que nos va a facilitar el acceso a documentación científica en Ciencias de la Salud y también a través de este recurso se puede realizar la provisión de documentos físicos y/o digitalizados que se soliciten a través del préstamo interbibliotecario y a su vez se complementa con los recursos documentales del Área de Biblioteca y Archivo de la UCA.

Personal

Los recursos humanos se corresponden básicamente con el equipo investigador, el cual está formado por profesionales docentes en Materno-Infantil y Ginecología con amplia experiencia en proyectos de innovación docente e implementación de nuevas metodologías a la docencia teórico-práctica, destacando la integración del conocimiento multidisciplinario, el aprendizaje basado en problemas, la aplicación de la TICS al proceso de enseñanza- aprendizaje, contando además con producción científica.

También contamos con profesionales con amplia experiencia en la prestación de cuidados a personas en situación de pérdida y duelo perinatal y en el conocimiento de las experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal al haber realizado un proyecto de investigación previo.

Asimismo la investigadora principal cuenta con una trayectoria docente en investigación cualitativa y en conocimientos sobre IAP, una investigadora colaboradora es Licenciada en Documentación y experta en nuevas tecnologías TICS y otro investigador colaborador tiene la especialidad de enfermería en Salud Mental.

Otro recurso importante es el apoyo puntual que en algún momento de la investigación se requiera por parte del personal del área de informática tanto del Hospital de Montilla como de la Facultad de Enfermería de Algeciras de la UCA.

PRESUPUESTO SOLICITADO

CONCEPTOS	PRESUPUESTO SOLICITADO			
	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	TOTAL
Bienes y Servicios:				
Equipamiento Inventariable:				
1 Ordenador portátil gama media	1100			1100
4 Memorias USB	120			120
2 Grabadoras digitales gama media	400			400
1 Disco duro externo	100			100
1 Software Microsoft office	300			300
1 Software NVivo8	500			500
Material Fungible:				
Ofimática	50	50	50	150
2 Impresión de Póster	50	50		100
Material Bibliográfico:	100	50		150
Contratación de servicios externos y arrendamientos de equipamientos de investigación:				
2 Traducciones		500	500	1000
Personal:				
Investigador/a Postdoctoral				
Investigador/a predoctoral				
Personal becario				
Personal de apoyo a la investigación				

Viajes y Dietas:				
Viajes y dietas para Congresos nacionales 1		1215		1215
Viajes y dietas para Congresos internacionales 1			2500	2500
Reuniones de grupo Montilla-Cádiz-Montilla (514km) 1 reunión anual	97.5	97.5	97.5	292.5
Otros Gastos:				
Mensajería, seguros ensayos clínicos, cuota Internet y teléfono, etc.				
TOTAL	2817.5	1962.5	3147.5	7927.5 €
<p>Comentarios:</p> <p>Para la realización de este proyecto necesitamos fundamentalmente soportes informáticos (ordenador y software, memorias USB y disco duro externo) que nos permita el manejo fuera de los horarios previstos en la sala de Biblioteca de la UCA y EPHAG.</p> <p>También grabadoras digitales para realizar el trabajo de campo y hemos previsto un presupuesto para el software NVivo, una herramienta que facilita al grupo de investigadores cualitativos el proceso de investigación.</p> <p>Se ha previsto una partida para adquirir algunos libros específicos relacionados con el tema y la traducción al inglés de los dos artículos que se enviarán a las revistas científicas de impacto incluidas en el Journal Citation Report (JCR).</p> <p>Finalmente se ha destinado una partida para la asistencia a un Congreso nacional y otro internacional y una reunión anual con presencia física de todo el grupo investigador, con independencia de las que se celebren por videoconferencia.</p>				

IMPACTO CLÍNICO, ASISTENCIAL Y/O DESARROLLO TECNOLÓGICO

Relevancia clínica

- Se sobrelleva mejor el duelo perinatal. El objetivo principal de estudio es promover un cambio para mejorar los cuidados que se prestan cuando sucede una pérdida perinatal, por lo que esperamos que con las intervenciones apropiadas los padres puedan elaborar un duelo saludable.
- Desarrollo del plan de parto que la mujer prefiera. Se obtendrá información sobre algunos de los asuntos sobre los que la mujer y su pareja se pueden plantear decidir, como opciones de analgesia a su disposición, todo lo relacionado con las opciones de tratamiento (quirúrgico, médico y expectante), quién le gustaría que estuviera presente en el parto, si le gustaría bañar al bebé o que otras personas allegadas lo hicieran o vieran y sujetaran al bebé cuando naciera, si le gustaría sacar fotos del bebé o si desea algún ritual de despedida. Esta información será útil para evaluar las prácticas propuestas por el grupo de trabajo.
- Impacto de las estrategias y grado de implementación. El estudio aportará luz sobre las barreras al cambio y motivación de los profesionales, así como de la implementación de las estrategias, con resultados tanto sobre la práctica asistencial como sobre los padres.
- Relevancia asistencial:

- Sensibilización. Con este trabajo se pretende sensibilizar a quienes no consideran que se puede y se debe de modificar nuestra práctica para una adecuada atención a las pérdidas y el duelo perinatal.
- La metodología de implementación, basada en la IAP, favorece la participación y el consenso de los profesionales en la toma de decisiones, además contribuye a mejorar la autoestima personal de los profesionales y a incrementar el grado de cohesión e interacción del equipo multidisciplinar.
- Planificación y actuación de estrategias que garanticen la mejor calidad en los cuidados que se prestan, humanizando todo el proceso de atención a la pérdida y duelo perinatal. El estudio permite reflexionar sobre las estrategias implantadas (avances y fracasos) así como la necesidad de abordar nuevas estrategias.
- Las estrategias consensuadas pueden servir de referencia a otros profesionales para abordar la pérdida perinatal en sus respectivos centros.

IMPACTO BIBLIOMÉTRICO

Los resultados derivados de la actividad científica se publicarán en revistas científicas a través de artículos originales. Se ha previsto la publicación de dos artículos originales en las revistas de más impacto dentro de nuestra área que estén incluidas en el Journal Citation Report y un artículo en una de las revistas del índice de CUIDEN CITACION.

En lo que respecta a las revistas de más impacto según el ISI Journal Citation Report:

- Birth Issues in perinatal care. Factor de impacto: 1.919
- Nursing Research. Factor de impacto: 1.798
- Qualitative Health Research. Factor de impacto: 1.686
- Journal of Advanced Nursing. Factor de impacto: 1.518.

En cuanto a las revistas incluidas en CUIDEN CITACION, serían aquellas con mayor índice de Repercusión Inmediata Cuiden (RIC), este indicador informa de la inmediatez en el consumo de los artículos publicados en una revista sobre la base de su producción en el año de estudio:

- R Enferm UERJ (Brasil). RIC 1.7647
- Index de Enfermería (España). RIC 1.7273
- Texto & Contexto: Enfermagen (Brasil). RIC: 0.9114
- Nure Investigación (España). RIC: 0.8824

BIBLIOGRAFÍA

1. Maroto Navarro G, García Caliente MA, Mateo Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. Gac Sanit 2004; 18

(Supl 2): 13-23.

2. Freitas A, Puigdefábregas A, Gispert R, Barés M, Bustins M. La mortalidad perinatal según 2 fuentes de información. *Gac Sanit* 2008; 22(3): 278-81
3. Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población [acceso 6 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
4. Consejería de Salud. Memoria Estadística de la Consejería de Salud 2008. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2009[acceso 6 de marzo de 2010]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_7_p_3_estadisticas_sanitarias/memoria_estadistica/2008/Memoria_Estadistica_C_Salud_2008.pdf
5. Hutti M. Social and professional support needs of families alter perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005; 34(5):630-638.
6. Mathew S, Cesario S, Symes L. Explaining unexplained perinatal loss. *J Perinat Neonat Nurs* 2008; 22(4): 293-301.
7. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: a systematic review of parent experiences with health providers. *J Perinatol* 2007; 27(4): 230-7.
8. Sánchez J, Palacios G. Trastorno de estrés postraumático en el embarazo, parto y posparto. *Matronas Prof* 2007; 8(1):12-19.
9. Barr P, Cacciatore J. Problematic emotions and maternal grief. *Omega (Westport)* 2007-2008; 56(4): 331-48.
10. Bazotti K, Stumm E, Kirchner R. Ser cuidada por profissionais da saúde: percepções e sentimentos de mulheres que sofreram abortamento. *Texto contexto-enferm* 2009; 18(1): 147-54.
11. McCreight BS. Perinatal loss: a qualitative study in Northern Ireland. *Omega (Westport)* 2008; 57(1): 1-19.
12. Badenhorst W, Hughes P. Psychological aspects of perinatal loss. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2):249-59.
13. Lok IH, Neugebauer R. Psychological morbidity following miscarriage. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2): 229-47.
14. Pastor Montero S, Vacas Jaén AG, Rodríguez Tirado MB, Macías Bedoya JM, Pozo Pérez F. Experiencias y vivencias de los padres y profesionales ante la pérdida perinatal. *Rev Paraninfo Digital [Internet]*. 2007 [acceso 11 de marzo de 2010]; 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n1/o104.php>
15. Ambrojo JC. Duelo por el bebé que se fue al nacer. *El País* 2007 enero 16; Sociedad: 40.
16. García M. El llanto de una madre cuando le dicen que su hijo ha muerto es desgarrador. *Diario Vasco* 2007 abril 8; Al día: 8.
17. Hermoso L. El derecho al nombre de un feto. *El Mundo* 2009 marzo 29; Crónica: 8.
18. Claramunt MA, Álvarez M, Jové R, Santos E. *La cuna vacía*. Madrid: La esfera de los libros; 2009.
19. Chambers HM, Chan FY. Apoyo para mujeres y familias después de la muerte perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]*. 2006 [acceso 11 de marzo de 2010]; 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2006 Issue1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
20. Stratton K, Lloyd L. Hospital based interventions at and following miscarriage: literature to inform a research practice initiative. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008; 48(1): 5-11.

21. Geerinck C, Duijvestijn MJ. Coping with grief following perinatal death: a multifaceted and natural process. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148(25):1231-4.
22. Gold KJ, Dalton VK, Schwenk TL. Hospital care for parents after perinatal death. *Obstet Gynecol* 2007; 109(5):1156-66.
23. Capitulo KL. Evidence for healing interventions with perinatal bereavement. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2005; 30(6): 389-96.
24. Aerde JV. Guidelines for health care professionals supporting families experiencing a perinatal loss. *J Perinat Educ* 2005; 14(4): 9-15.
25. Fernández J, Richard M. Variabilidad de la práctica clínica. Situación actual y retos para enfermería. *Enferm Clin* 2010; 20(2): 114-8.
26. Pedro Gómez J, Morales Asensio JM, Sesé Abad A, Bennasar Veny M, Ruiz Roman MJ, Muñoz Ronda F. Validación de la versión española del cuestionario sobre la práctica basada en la evidencia en enfermería. *Rev Esp Salud Pública Digital [Internet]*. 2009 Ago [acceso 11 de mayo de 2010]; 83(4): 577-86. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000400009&Ung=es
27. Moreno Casbas T, Fuentelsaz Gallego C, González María E, Gil de Miguel A. Barreras para la utilización de la investigación. Estudio descriptivo en profesionales de enfermería de la práctica clínica y en investigadores activos. *Enferm Clin* 2010; 20(3): 153-64.
28. Wallin L. Knowledge translation and implementation research in nursing. *Int J Nurs Stud* 2009 Apr; 46(4): 576-87.
29. Forbes A. Clinical intervention research in nursing. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(4): 557-68.
30. Escudero C, Estrada JM, Lázaro P. El impacto de la investigación en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)* 2008; 131(Supl 5): 25-9.
31. Pearson A, Field J, Jordan Z. Práctica clínica basada en la evidencia en enfermería y cuidados de la salud. Madrid: McGraw-Hill; 2008.
32. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet* 2003; 362(9391): 1225-30.
33. Willians AM, Dawson SS, Kristjanson LJ. Translating theory into practice: Using action research to introduce a coordinated approach to emotional care. *Patient Educ Couns* 2008 Oct; 73(1): 82-90.
34. Hall JE. Professionalizing action research- a meaningful strategy for modernizing services?. *J Nurs Management* 2006; 14(3): 195-200.
35. Booth J, Tolson D, Hotchkiss R, Schofield I. Using action research to construct national evidence- based nursing care guidance for gerontological nursing. *J Clin Nurs* 2007 May; 16(5): 945-53.
36. Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I. Implementation of evidence- based practice in nursing using action research: a review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2009 Sep; 22: 1-23.
37. Abad Corpa E, Meseguer Liza C, Martínez Corbalán JT, Zárate Riscal L, Caravaca Hernández A, Paredes Sidrach A et al. Effectiveness of the implementation of an evidence-based nursing model using participatory action research in oncohematology: research protocol. *J Adv Nurs* 2010; 66(8): 1365-8.
38. Balcazar F. La investigación acción participativa en psicología comunitaria. Principios y retos. *Apuntes de Psicología* 2003; 21(3): 419-435.

39. Pérez Serrano MG. Investigación acción. Aplicaciones al campo social y educativo. Madrid: Dykinson; 1990.
40. Rodríguez Gabarrón L, Hernández L. Investigación participativa. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1994.
41. Guba EG, Lincoln YS. Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. En: Denman C, Haro JA, compiladores. Por los rincones: antología de métodos cualitativos en la investigación social. Sonora: El Colegio de Sonora; 2000.p.113-145.
42. Rodríguez Gabarrón L. La investigación Participativa y la Investigación Metodológica en Salud (mental comunitaria). Index Enferm [Internet]. 1999 [acceso 11 de marzo de 2010]; 26:13-17. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/26_articulo_13-17.php
44. Park P. Qué es la investigación- acción participativa. Perspectivas teóricas y metodológicas. En: Salazar MC, editora. La investigación- acción participativa. Inicios y desarrollos. Madrid: Popular; 1992.p.135-74.
44. Glasson J, Chang E, Hancock K, Hall T, Hill F, Collier L. Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. J Clin Nurs 2006; 15(5): 588-98.
45. Delgado Hito A, Sola Prado A, Mirabete Rodríguez I, Torrents Ros R, Blasco Afonso M, Barrero Predaza R et al. Modificaciones de la práctica enfermera a través de la reflexión: una investigación acción participativa. Enferm Intensiva 2001; 12(3):110-26.
46. Reid K, Dwyer T, Happel B, Moxham L, Kahl J, Morris J et al. Caring for children with complex emotional and psychological disorders: experiences of nurses in a rural paediatric unit. J Clin Nurs 2009; 18(24): 3441-49.
47. Li P, Bashford L, Schwager G, Spain R, Ryan H, Coachman M et al. Reflections on participating in an action research study. HNE Handover 2009; 2(1): 26-31.
48. García Mozo A, Sánchez Roldán F, Amorós Cerdá SM, Balaguer Albarracín F, Díez Alcalde M, Durán Torres MT et al. Desarrollo de una guía de atención a los familiares del paciente crítico. Enferm Intensiva 2010; 21(1): 20-27.
49. Cordero Arroyo G. Apuntes para caracterizar las similitudes y diferencias entre los proyectos de investigación- acción y el trabajo etnográfico. Educación y Desarrollo 2004 Enero-marzo; 1:49-54.
50. Kemmis S, McTaggart R. Cómo planificar la investigación acción. Barcelona: Alertes; 1988.
51. López Alonso SR, Hueso Montoro C, Rodríguez Gómez S, Gala Fernández B, Amezcua M, Pérez Hernández RM. La investigación Acción Participativa. Un enfoque para personalizar los cuidados. Rev Rol Enf 2010; 33(3): 18-25.
52. Fals Borda O. La ciencia y el pueblo: nuevas reflexiones. En: Salazar MC, editora. La investigación – acción participativa. Inicios y desarrollos. Madrid: Popular; 1992.p. 65-84.
53. Instituto Nacional de Estadística. Cifras de población y censos demográficos [acceso 6 de noviembre de 2009]. Disponible en: <http://www.ine.es/taxi/tabla.do>
54. Martí J. La investigación – acción- participativa. Estructura y fases. En: Villasante TR, Montañés M, Martí M, coordinadores. La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía. Barcelona: El viejo topo: 2000.p.79-123.

55. López P. Un método para la investigación acción participativa. 3ª ed.. Madrid: Popular; 1988.
56. Alberich T. Perspectivas de la investigación social. En: Villasante TR, Montañés M, Martí M, coordinadores. La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía. Barcelona: El viejo topo: 2000.p.65-78.
57. Basagoiti M, Bru P. El trabajo con grupos en la IAP. En: Villasante TR, Montañés M, Martí M, coordinadores. La investigación social participativa. Construyendo ciudadanía. Barcelona: El viejo topo: 2000.p.125-42.
59. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós; 1987.
60. Ruiz Olabuénaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª ed.. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
61. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. 2ªed.. Madrid: Morata; 2007.