



P. Brea Rivero*
Y. Pérez Polo**

*Directora de Enfermería. Hospital Virgen de la Poveda. Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid.

**Jefe de Unidad de Enfermería. Hospital Virgen de la Poveda. Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid.

Correspondencia:

Pilar Brea Rivero

Directora de Enfermería. Hospital Virgen de la Poveda

Servicio Regional de Salud. Comunidad de Madrid

Ctra. de Hospital, s/n

28630 Villa del Prado (Madrid)

El paciente incontinente: abordaje terapéutico de enfermería

The incontinent patient: nursing care therapeutic approach

RESUMEN

La incontinencia es un problema que afecta a una población muy amplia y que tiene importantes repercusiones en el ámbito psicológico, social, laboral y económico.

Desde el punto de vista enfermero, la detección de problemas/necesidades alteradas del incontinente se concretan en la formulación de diagnósticos enfermeros, los cuales proporcionan un marco para la intervención enfermera.

En este artículo se presentan los diagnósticos identificados en el paciente incontinente, así como el abordaje terapéutico de la enfermera en 3 planes de cuidados, en función del objetivo prioritario que se persigue:

- Plan de cuidados para *promocionar la continencia.*
- Plan de cuidados para *restablecer la continencia.*
- Plan de cuidados para *contener o controlar la incontinencia.*

PALABRAS CLAVE

Incontinencia; Diagnósticos de enfermería; Valoración; Plan de cuidados; Promocionar la continencia; Restablecer la continencia; Controlar la incontinencia.

SUMMARY

Incontinence is a problem affecting a great number of people and has far-reaching repercussions in the psychological, social, labour and economic fields.

From the nursing point of view, it is the incontinent's altered needs/problems detection that takes shape in the making of nursing diagnosis.

These create a frame for the nursing intervention. In this article the incontinent patient's diagnosis are presented, as well as the nurse's therapeutical interventions in three caring schemes, according to the priority objective aimed at:

- Caring scheme to promote continence.
- Caring scheme to reestablish continence.
- Caring scheme to stop or control incontinence.

KEY WORDS

Incontinence; Nursing diagnosis; Valuation; Caring scheme; Promoting continence; Reestablishing continence; Controlling incontinence.



La incontinencia es un problema que afecta a una población muy amplia y que tiene importantes repercusiones desde el punto de vista psicológico, social, laboral y económico (no olvidemos que es la 2ª causa de ingreso de personas mayores en Residencias).

Además de esta realidad actual, el panorama no se presenta muy halagüeño, dadas las previsiones de aumento de la población anciana en las próximas décadas, el incremento de accidentes con secuelas neurológicas, aumento de situaciones de stress,... y tantos otros aspectos que favorecen la aparición de incontinencia.

Aunque para algunos colectivos profesionales la incontinencia no es una enfermedad, sino la consecuencia de enfermedades de base (como el cáncer, la lesión medular, la infección, etc.), sin embargo, para las enfermeras la incontinencia ES UNA ENFERMEDAD, ya que los signos, síntomas y problemas que la acompañan afectan, en mayor o menor medida, a las 3 esferas del individuo: la física, la psíquica y la social.

Universalmente se reconoce que las raíces de la enfermería se encuentran en las necesidades humanas fundamentales. Independientemente de que la persona goce de buena salud o padezca de una enfermedad, el ser humano tiene necesidades fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de autoestima y de autorrealización.

En este sentido, para poder hablar del abordaje terapéutico de enfermería en el paciente incontinente, es preciso hacer una valoración de las necesidades que éste presenta. La detección de las necesidades alteradas del incontinente por parte de la enfermera, se concretan en la identificación y formulación de diagnósticos enfermeros, los cuales proporcionan un marco para la intervención enfermera.

En el ámbito de lo FÍSICO, los problemas que se identifican conducen a la formulación de 4 diagnósticos de enfermería fundamentales:

1) *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea:*

- Por acción de sustancias químicas procedentes de la orina.
- Factores mecánicos resultantes del uso de dispositivos para la incontinencia e, incluso, debido a la frecuente fricción o rascado de la zona por parte del propio paciente.

- Y por presencia de humedad constante en la zona.

2) *Riesgo de infección*, relacionado con falta de higiene, maniobras inadecuadas en la limpieza del periné y uso de dispositivos tales como sondas vesicales, colectores de orina, etcétera.

3) *Riesgo de Caída/Traumatismo*. Es frecuente que los pacientes incontinentes sufran caídas y traumatismos como consecuencia de éstas.

En nuestro Hospital, al hacer un estudio del índice de caídas, se comprobó que más de un 20% de las mismas se produjeron como consecuencia de deslizamientos sobre suelos resbaladizos, mojados por orina.

4) *Riesgo de déficit de volumen de líquidos*, relacionado con la falta de conocimiento que, con frecuencia, acompaña a las personas incontinentes. En un estudio elaborado por Norton, se afirmaba que un elevado porcentaje de mujeres incontinentes reducían el consumo de líquidos de forma alarmante, con el fin de disminuir la frecuencia y número de pérdidas.

En el ámbito de lo PSÍQUICO, los problemas identificados en el paciente incontinente son los siguientes:

1) *Trastorno de la autoestima*, expresada directa o indirectamente y basada fundamentalmente en la percepción negativa de uno mismo, sentimientos de vergüenza y miedo o negativa a realizar actividades (ya sean rutinarias o nuevas).

2) *Trastorno de la imagen corporal*, manifestado habitualmente por los pacientes incontinentes en forma de sentimientos negativos sobre su cuerpo o temor al rechazo, todo ello con repercusiones en el ámbito social que veremos más adelante.

3) Como respuesta emocional a sentimientos de incertidumbre y desamparo, el incontinente manifiesta *ansiedad*, expresada a través de cambios de conducta y cambios físicos, o indirectamente, a través de la aparición de síntomas o mecanismos de adaptación que pone en marcha para defenderse de ella.

4) El *Afrontamiento individual inefectivo*, es frecuente que aparezca, debido a una incapacidad para pedir ayuda o para hacer frente a la situación.

En un estudio realizado en 1992, se detectó que el 20% de las mujeres trabajadoras en el sec-



tor sanitario tenían incontinencia, y tan sólo un 4% habían consultado a un profesional.

5) Finalmente, es habitual identificar una *Alteración en los patrones de sexualidad*.

En las mujeres, y hombres jóvenes incontinentes, con frecuencia aparecen dificultades, limitación o cambios en la conducta y actividad sexuales, y es fácil que se produzca deterioro de las relaciones con la pareja o persona allegada.

En el ámbito de lo *SOCIAL*, y desde el punto de vista enfermero, se identifican 4 problemas básicos:

1) *Deterioro de la Interacción Social y Aislamiento*, manifestado en el paciente incontinente por la búsqueda de estar solo, tristeza, sentimientos de soledad, inseguridad en público,... todo lo cual contribuye a la ausencia de relaciones personales satisfactorias, a la pérdida o incapacidad para establecer relaciones interpersonales, al aislamiento físico y al evidente riesgo de soledad.

2) En el caso de las personas mayores, es habitual la *Alteración del desempeño del rol* o lo que es lo mismo, la percepción de NO tener un rol o un sentido en su vida ("a partir de ahora, ¿qué vendrá?"). En el caso de las mujeres surge también el conflicto del rol como esposa y alteración en el desempeño del rol parental (vergüenza ante el marido, vergüenza ante los hijos).

3) El paciente incontinente experimenta, habitualmente, una *disminución en el interés por actividades recreativas o de ocio*, debido al temor de posibles pérdidas que pudiesen crearle situaciones embarazosas: En el cine, el teatro, etc.

4) En el seno de una familia, ante la aparición de incontinencia en uno de los progenitores, pueden surgir 2 tipos de *alteraciones importantes en el sistema familiar*:

- Si el incontinente no afronta su problema, puede correrse el riesgo de que se experimente incapacidad para proporcionar un entorno que favorezca el crecimiento y desarrollo óptimos de sus hijos.

- Si los hijos no se adaptan de forma constructiva al problema de incontinencia (de su padre o de su madre), pueden llegar a ser incapaces de prestarles ayuda emocional, respeto o comprensión.

Conocemos el caso de una hija que aseguró no querer volver a salir con su madre, después de que ésta tuviera un episodio de incontinencia o pérdidas en plena calle.

Los distintos colectivos profesionales realizan una valoración del paciente incontinente desde perspectivas diferentes, en base a las funciones propias que les son inherentes.

Por tanto, para abordar el Plan Terapéutico de Enfermería, es preciso referirse a la *FUNCIÓN PROPIA DE LA ENFERMERA*, que consiste en "*atender al individuo, enfermo o sano, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o a su restablecimiento (o a evitarle padecimientos en la hora de su muerte), actividades que él realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Igualmente corresponde a la enfermera cumplir esta misión de forma que ayude al enfermo a independizarse lo más rápidamente posible*". (V. HENDERSON 1955.)

De esta definición de la Enfermería, se desprenden 6 conceptos fundamentales a la hora de abordar las intervenciones cuidadoras:

1) *Los cuidados de enfermería se derivan del análisis de las necesidades humanas*. Estas necesidades son comunes a todos los individuos, pero cada uno las manifiesta de manera distinta. Por ello, los cuidados varían constantemente y se han de adaptar a las peculiaridades e individualidades de cada persona.

2) *Las necesidades básicas que la enfermera trata de satisfacer, existen independientemente del diagnóstico médico*: Aun en el caso de que 2 personas sufran de la misma patología y hayan sido objeto del mismo diagnóstico médico, los cuidados de enfermería serán muy distintos según se trate de un lactante o de un hombre de 80 años, de una mujer joven madre de familia o de una mujer de 70 años que vive sola.

3) *En los cuidados que la enfermera presta al individuo influyen 4 elementos permanentes* que afectan a las necesidades básicas del ser humano:

- La edad.
- El estado emocional.
- La situación social y/o cultural.
- Y la capacidad física e intelectual.

4) *Los cuidados o intervenciones de la enfermera están orientados tanto al fomento de la salud*



170 *del individuo como a la prestación de servicios de atención al paciente.*

5) *Todas las actividades cuidadoras persiguen un objetivo común:* Ayudar al individuo a independizarse lo más rápidamente posible o a lograr que éste satisfaga sus propias necesidades (o demandas de autocuidado) en la medida de sus capacidades.

6) *Según el nivel de capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, el abordaje de la enfermería puede tener 3 enfoques distintos:*

• *Llevar a cabo la actividad por el paciente:* No puede hacerlo por sí mismo, no sabe o no quiere.

• *Ayudar al paciente:* La enfermera intenta maximizar lo que el paciente puede realizar respecto a su autocuidado y compensar las deficiencias observadas.

• *Y Enseñar o guiar al paciente a realizar las actividades para cuidar de sí mismo:* la intervención proporciona un marco a través del cual el paciente pueda adquirir o desarrollar habilidades, conocimientos y motivación necesarios para alcanzar un nivel óptimo de autocuidado o independencia.

Podría resultar exhaustivo y hasta tedioso enumerar todas y cada una de las actividades cuidadoras que la enfermera planifica y ejecuta a través del Plan de Cuidados, con el fin de intervenir sobre los distintos problemas (reales o potenciales) que presenta el paciente incontinente. Es por ello que hemos desarrollado el Abordaje Terapéutico de la Enfermera en 3 PLANES DE CUIDADOS, en función del objetivo prioritario que se persigue:

A) *Plan de Cuidados para PROMOCIONAR LA CONTINENCIA.*

B) *Plan de Cuidados para RESTABLECER LA CONTINENCIA.*

C) *Y Plan de Cuidados para CONTENER O CONTROLAR LA INCONTINENCIA.*

PLAN DE CUIDADOS PARA PROMOVER LA CONTINENCIA

Las intervenciones que la enfermera planifica en un plan de cuidados destinado a promover la continencia, se centran en la ENSEÑANZA de

hábitos higiénicos y en la PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO que prevengan o retrasen la aparición de incontinencia.

La enseñanza para promover la continencia persigue, como fin último, que las personas adquieran o desarrollen conocimientos, habilidades y motivaciones que les permitan mantenerse continentales el mayor tiempo posible y ser capaces de autocuidarse.

Esta enseñanza debe ir dirigida tanto al individuo como a la familia o cuidador principal, teniendo siempre en cuenta la edad, el estado de ánimo, la actitud y costumbres, el rol social, la cultura y la capacidad intelectual de éstos.

De cualquier manera, podemos distinguir 2 grupos de población muy distintos a los que dirigir la formación e información sobre lo que es ser una persona incontinente y las consecuencias tan devastadoras que de ello se derivan:

1) Una población joven o madura, con buen estado de salud, que potencialmente ve lejos aún la incontinencia y que, por tanto, está poco sensibilizada y receptiva a la hora de recibir la información y poner en práctica los conocimientos adquiridos.

2) Y una población anciana que, no siendo todavía incontinente, presenta múltiples factores de riesgo que predisponen a su aparición.

En el primer caso, el destinatario más significativo es la mujer múltipara. En líneas generales los aspectos educativos que la enfermera debe incluir en el plan de cuidados son, básicamente, aspectos de *enseñanza sobre hábitos higiénicos de eliminación urinaria:*

• Recomendar a la mujer que, cada vez que sienta necesidad de ir al servicio, no lo retrase.

• Enseñar la importancia de mantener un patrón de eliminación intestinal adecuado, a fin de evitar el debilitamiento de los músculos del suelo pélvico. Por ejemplo, siguiendo una dieta rica en fibras, manteniendo una ingesta de líquidos entre 2 y 3 litros al día, etc.

• Recomendar la eliminación de sustancias irritantes vesicales de la dieta (o al menos reducir su consumo), como son la cafeína o el alcohol.

• Y finalmente adiestrar a la mujer en la realización de los ejercicios de KEGEL, que consiguen aumentar el tono del esfínter y la resistencia uretral, reforzando la musculatura pélvica.



En el segundo caso, la población diana está constituida por personas mayores que sufren un cambio de ambiente o de hábitos en su rutina diaria.

Cuando la enseñanza va dirigida a esta población anciana (todavía continente) o a su familia o cuidadores (ya sea en el domicilio, en un centro sanitario o una residencia) los aspectos educativos se centrarán en la *prevención de riesgos* que pudieran precipitar la aparición de la incontinencia:

- El cambio de entorno en una persona anciana, fácilmente produce la desorientación de ésta. Este estado confusional en ocasiones desencadena una incontinencia reversible.

Es por ello fundamental informar a los cuidadores de la importancia de la orientación del anciano en la realidad (cuando éste es trasladado de su entorno habitual a otro), así como de la importancia de evaluar cuidadosamente el régimen farmacológico del anciano, (que pudiera aliviar o minimizar en gran parte el estado confusional).

- La enseñanza a los cuidadores incluirá también, la información sobre el valor de prestar atención al ambiente social del anciano, fomentar la comunicación y las relaciones interpersonales y potenciar el mantenimiento de un buen nivel de autocuidado.

- En el caso de personas mayores que son ingresadas en un centro (de forma transitoria o definitiva), debe ponerse especial énfasis en la enseñanza al personal cuidador acerca de aspectos que pueden precipitar la incontinencia en el anciano, como son:

- Presencia de grandes distancias o barreras arquitectónicas para acceder a los cuartos de baño.

- Falta de disponibilidad de las personas cuidadoras, cuando el anciano necesita evacuar.

- Y ausencia de luces auxiliares durante la noche, que dificultan el acceso del anciano al cuarto de baño.

- Por último, en caso de que el paciente esté en tratamiento con diuréticos, debe aconsejarse que los tome por la mañana con el fin de evitar que su mayor efecto coincida con las horas nocturnas, en las que es más difícil el control urinario.

PLAN DE CUIDADOS PARA RESTABLECER LA CONTINENCIA

Las intervenciones de enfermería en el plan de cuidados para restablecer un patrón miccional normal, conllevan:

- 1) En primer lugar, enseñanza sobre hábitos higiénicos y dietéticos, como son:

- Eliminación en el lugar y tiempo adecuados.

- Reserva y comodidad, de acuerdo a las costumbres.

- Dieta equilibrada, con ingesta correcta de líquidos.

- Y detección y adopción de medidas de prevención de infecciones del tracto urinario.

- 2) En segundo lugar, colaboración en la realización de técnicas de electroterapia, tratamiento farmacológico e, incluso, realización de técnicas quirúrgicas.

- 3) En tercer lugar, desarrollo de programas de entrenamiento para control de esfínteres.

Desde nuestro punto de vista, hemos de resaltar la importancia que, un programa de reeducación vesical, tiene dentro del plan de cuidados dirigido a restablecer la continencia.

Dentro del programa de control de esfínteres, cabe destacar:

- La importancia de una correcta selección del paciente, antes de iniciar su puesta en marcha.

- Y la necesidad de mantener asesoramiento y apoyo constantes al paciente y familia, durante el desarrollo del programa, con el fin de ayudar a superar los posibles factores emocionales que puedan inhibir el deseo y las ganas de alcanzar esa continencia.

Aunque es obvio que el perfil de pacientes idóneo para incluir en este programa de reeducación vesical es aquél que mantiene un nivel cognitivo adecuado, en nuestro hospital se ha llevado a cabo una experiencia con enfermos que presentan enfermedad de Alzheimer en grado moderado.

Antes de poner en marcha el programa, nuestros pacientes ya presentaban pérdidas ocasionales que hubieran conducido, muy pronto a la colocación de dispositivos absorbentes.

Sin embargo, elaboramos un plan que consistió en llevarles al servicio sistemáticamente, coincidiendo con sus esquemas miccionales (pre-



172 viamente identificados). Después de 2 años, el resultado ha sido muy satisfactorio, ya que los enfermos, en la actualidad, son capaces de ir por sí solos al servicio cuando tienen necesidad, reclamando la ayuda únicamente para llegar al lugar donde, físicamente, se encuentra el inodoro.

Llevar a cabo la implementación del Programa ha sido trabajoso para el personal de enfermería que cuida a estos pacientes, pero la mejora de la calidad de vida para ellos y la satisfacción del personal han sido y son incalculables.

PLAN DE CUIDADOS PARA CONTENER O CONTROLAR LA INCONTINENCIA

Una vez que el paciente ha desarrollado una incontinencia, el objetivo fundamental del plan de cuidados enfermeros es lograr que el paciente, a pesar de su problema, mantenga una buena calidad de vida.

Dada la amplitud y complejidad de las intervenciones de enfermería para ayudar al paciente incontinente, hemos estructurado este Plan de Cuidados en 3 Áreas de Intervenciones Cuidadoras que inciden, directamente, sobre cada una de las 3 esferas (física, psíquica y social) identificadas como "ÁREAS DIANA" de problemas en el paciente incontinente.

Con respecto al área física, en el diseño del plan de cuidados es fundamental distinguir si el paciente incontinente es portador de un dispositivo absorbente o colector o si tiene un catéter vesical.

- Si el paciente es *portador de un absorbente o colector* los cuidados se dirigirán en 2 líneas de actuación: la enseñanza al paciente/familia y el seguimiento profesional.

Al diseñar un programa educativo para el incontinente, ha de tenerse en cuenta que, en la mayoría de los casos, los cuidados al mismo son proporcionados por la familia, por el propio afectado o por cuidadores no profesionales. Por lo tanto, se valorará las capacidades de éstos para adaptar el contenido educativo.

En cualquier caso, la enseñanza al incontinente debe incluir:

- Sistema de elección del pañal adecuado, teniendo en cuenta la actividad de la persona, vida social, perímetro abdominal y cantidad de pérdidas.

- Manejo del colector de orina y otros dispositivos.

- Y medidas higiénicas adecuadas en cuanto a preservación de la piel y riesgos de contaminación.

La enfermera debe valorar y controlar al paciente incontinente y a su cuidador principal, realizando un seguimiento del nivel de cumplimiento de la enseñanza impartida. Es importante que en este seguimiento, la enfermera tenga en cuenta el control de malos olores y la detección de posibles hipotermias.

- Si el paciente incontinente es *portador de un catéter vesical*, se adiestrará al paciente y cuidadores en el uso de medidas de prevención de la infección, así como de los signos y síntomas de ésta (con el fin de avisar).

El protocolo de cuidados establecido por la enfermera y dirigido al paciente con catéter vesical debe hacer especial énfasis en:

1. Las características que se han de tener en cuenta a la hora de seleccionar un catéter vesical, en función del paciente.

2. Las bolsas de drenaje y los soportes existentes en el mercado, a fin de adaptarlos a las necesidades del paciente, régimen de vida, actividad social, etc.

3. Los problemas que pueden surgir a largo plazo, en un paciente con catéter vesical, como son:

- Infecciones urinarias recurrentes,
- Escapes o goteo,
- Y dificultad en las relaciones sexuales.

4. Los cuidados del catéter, precauciones y posibles complicaciones que pueden surgir durante la inserción y la permanencia del catéter vesical.

5. Y la enseñanza y seguimiento del paciente que realiza por sí mismo la cateterización intermitente.

En relación al Área Psicológica, es importante que recordemos que la función de eliminación está íntimamente ligada a las emociones. Si no, pensemos en situaciones de tensión emocional tales como los minutos antes de un examen, en los que se forman interminables colas en el cuarto de baño de un instituto...

Los cuidados psicológicos que la enfermera presta, van dirigidos a resolver o reducir al mí-



nimo los problemas de afrontamiento ineficaz y pérdida de la autoestima que acompañan a la incontinencia.

La relación terapéutica de la enfermera, desde el punto de vista psicológico, se basa fundamentalmente en potenciar, favorecer, mantener y desarrollar adecuados medios de expresión del paciente, que le permitan afrontar su incontinencia:

- Reconocer qué problemas tiene (o puede tener) por el hecho de ser incontinente.
- E identificar cómo y en qué momentos le afecta la incontinencia: A él (como persona, como pareja, como ser social, como trabajador) y a los que le rodean.

Cuando esta relación terapéutica "enfermera/paciente" logra que este último se comprenda a sí mismo, acepte la situación y cambie actitudes que alcancen un afrontamiento eficaz, ineludiblemente se estará consiguiendo el segundo objetivo:

Que el paciente mejore o recupere su autoestima, teniendo una imagen positiva de sí mismo, sintiéndose competente, capaz y útil en la vida, teniendo dominio sobre sus situaciones vitales y manteniendo relaciones sociales.

Dada la influencia que, sobre el área psicológica, tiene la manera de vestir para un individuo, vale la pena hacer una reseña sobre la importancia que, en el ámbito de las intervenciones enfermeras, ha de prestarse al cuidado de la ropa en el paciente incontinente.

Los científicos sociales han determinado el significado psicológico de la ropa en las personas. La manera de vestir puede aumentar el respeto propio, si el interesado cree que mejora su aspecto o que indica una posición social deseable (o igualmente, en el caso contrario).

La privación de prendas de vestir equivale, para cualquier persona, a una pérdida de libertad y de autoestima.

El día y la noche para muchas personas se caracterizan por un cambio de ropas. Este ciclo se interrumpe cuando un paciente pasa 24 horas seguidas en ropa de dormir, lo cual puede contribuir a que, primero se sienta desorientado y, más tarde, a que la enfermedad no evolucione favorablemente.

De cualquier forma, es necesario reducir al máximo la interrupción de costumbres estableci-

das al vestir. Las enfermeras pueden contribuir a que no se invada innecesariamente la libertad del paciente en lo que respecta a la indumentaria, así como reducir al mínimo el tiempo en que el paciente se ve privado de ropa o en que ha de utilizar prendas que le son desagradables. Puede insistir en hacerle usar ropas que le hagan sentir un miembro activo de la comunidad, mientras ello sea posible.

Con respecto al Área de lo Social, y dado que la eliminación urinaria no es, precisamente, un tema de conversación habitual, resulta difícil hablar y compartir experiencias que tienen que ver con la mala información, la falta de conocimientos y las dificultades que vive una persona incontinente.

Todos los aspectos psicológicos que rodean al paciente incontinente (el trastorno de la autoestima, el trastorno de la imagen corporal, etc.) tienen efectos directos sobre su esfera social, todo lo cual contribuye a un deterioro de las relaciones sociales y familiares que, casi inevitablemente, lleva al aislamiento.

La intervención enfermera debe dirigirse a lograr que el paciente se reintegre en la vida social:

- Proporcionar un ambiente que fomente la expresión de sentimientos, la comunicación y las relaciones interpersonales.

Es muy positivo poner en contacto al paciente con otros incontinentes o grupos de ayuda.

- Estimular a la realización de actividades creativas, y de ocio, proporcionando confianza y seguridad en la efectividad del uso de los dispositivos adecuados.

- Intervenir sobre los miembros de la familia y allegados, eliminando barreras en la comunicación y favoreciendo la aceptación del incontinente en el seno familiar.

- Hacerle ver que, a pesar de ser incontinente, sigue siendo una persona con las mismas cualidades y capacidades que antes de existir el problema de la incontinencia.

A lo largo de esta exposición, hemos podido ver que la incontinencia es un problema *personal* de los individuos que la sufren. Pero también es un problema *comunitario*, ya que esos individuos integran y son miembros activos de una comunidad que ha de prestarles apoyo, ayuda y solu-



174 ciones eficaces a las necesidades y problemas que se le demanden y planteen.

La comunidad ha de concienciarse, por tanto, de que la incontinencia es responsabilidad suya, y *no solo de aquél que la padece*.

Para nosotros, los profesionales sanitarios, que formamos parte de la comunidad, la incontinencia debe tener una especial significación, cualquiera que sea el nivel de atención en el que desarrollamos nuestro trabajo: Gestores, asistenciales, hospitalarios, comunitarios, etc.

La incontinencia afecta a una parte muy importante de la población, influye de muchas y diversas maneras sobre la estructura social, económica y política, tiene efectos psicológicos realmente lesivos, y produce un importante impacto económico.

Estas características, por sí mismas, debieran hacer que las comunidades profesionales, los medios de comunicación, y los servicios públicos hicieran llegar la información sobre qué es la incontinencia, cómo prevenirla, cómo afrontarla, y tantos aspectos que deben formar parte de la educación sanitaria de la población.

Sin embargo, no es así. Haciendo un somero análisis de cómo se comportan los medios de comunicación (tanto públicos como privados) en relación a formar e informar a la población sobre el problema de la incontinencia, podemos observar graves deficiencias:

- En el ámbito de la industria publicitaria, se producen multitud de anuncios sobre cómo tratar los problemas de sudor, productos para con-

trolar el olor y las pérdidas de la menstruación, dispositivos para fijar dentaduras postizas, desodorantes íntimos, preservativos,...

Pero, ¿dónde están los anuncios de pañales de incontinencia?

- En el ámbito de los organismos públicos, se elaboran campañas informativas sobre el SIDA, la drogadicción, los malos tratos, el cáncer, la lucha contra la gripe, el tabaco,...

Y ¿dónde está la campaña de información y prevención de la incontinencia?

- En el ámbito de las publicaciones, sólo conocemos 2 folletos sobre incontinencia dirigidos a los usuarios o público en general. Personalmente, hemos tenido verdaderas dificultades en encontrar bibliografía específica que se dedique, a fondo, al tema de la incontinencia desde el punto de vista profesional y sanitario, y los que hemos conseguido, nos los han quitado de las manos.

La aportación que, cada colectivo profesional hagamos en foros como éste, es de suma importancia, pero creemos que, de algún modo, cada uno de nosotros deberíamos intentar romper el pequeño círculo en el que nos movemos, y dar el salto para lograr que la incontinencia sea un tema de interés público.

La incontinencia es y seguirá siendo uno de los grandes problemas físicos, psicológicos y sociales de la población en las próximas décadas.

Los profesionales sanitarios, somos parte de la comunidad y, como tal, estamos obligados a dar respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Madrid: Ed. Interamericana/Mac Graw-Hill; 1995.

B Gartley Ch. Cómo tratar la incontinencia. Guía para convivir con la pérdida de control urinario. Barcelona: Ed. Áncora; 1992.

Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Ed. Masson; 1994.

Kaschad Newman D, A Jakovac Smith D. Planes de cuidados en Geriátría. Barcelona: Ed. Mosby/Doyma; 1994.

Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Madrid: Ed. Interamericana/Mac Graw-Hill; 1993.

Moody M. Incontinencia. Problemas del paciente y cuidados de enfermería. Barcelona: Ed. Áncora; 1993.