

# LOS COMPORTAMIENTOS DE SALUD EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA

**Montserrat LAMOGLIA PUIG**

Dipòsit legal: Gi. 848-2015  
<http://hdl.handle.net/10803/289623>

**ADVERTIMENT.** L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

**ADVERTENCIA.** El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

**WARNING.** Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

**LOS COMPORTAMIENTOS DE SALUD EN MUJERES CON  
INCONTINENCIA URINARIA**

Montserrat Lamoglia Puig

2015









Universitat de Girona

TESIS DOCTORAL

**LOS COMPORTAMIENTOS DE SALUD EN MUJERES CON  
INCONTINENCIA URINARIA**

Montserrat Lamoglia Puig

2015

PROGRAMA DE DOCTORAT EN BIOLOGIA MOLECULAR, BIOMEDICINA I SALUT

Línia de investigació. Salut i Atenció Sanitària

Dirigida por:

Dra. Dolors Juvinyà Canal



*A les dones que amb la seva saviesa  
han acompanyat el meu camí*





**Mejorar la salud de las mujeres es mejorar el mundo**

Organización Mundial de la Salud, 2009







La Dra. Dolors Juvinyà Canal, Catedrática de Escola Universitària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona.

**DECLARA:**

Que el treball titulat *Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria* que presenta Montserrat Lamoglia Puig per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meua direcció.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo aquest document.

Signatura



Girona, 12 de desembre de 2014



## **Agraïments**

Vull donar les gràcies en primer lloc a la Dra. Dolors Juvinyà Canal pel seu expert guiatge i les seves valuoses orientacions durant tot el procés d'elaboració de la tesi.

En segon lloc al deganat de la Facultat de Ciències de la Salut (FCS) Blanquerna de la Universitat Ramon Llull, Dr. Màrius Duran, Dra. Emília Sánchez i Dra. Isabel Pérez, per permetre'm gaudir dels ajuts a la recerca que s'ofereixen des de la FCS i la Fundació Blanquerna i per posar al meu abast el suport logístic necessari per tal de produir aquesta tesi, així com també a la Directora del Grau en Infermeria Dra. Rosa Rifà pel seu suport constant. Sense el decidit i generós suport de la FCS Blanquerna a la recerca doctoral del seu professorat aquesta tesi hauria vist la llum més tard i amb més dificultats.

Vull mostrar un agraïment especial i molt sincer a la Isabel per ser la persona que més ha cregut en mi i en les meves possibilitats i pel seu encoratjament i la seva generositat constants i a la Maria per les seves ensenyances i pels valors de constància, esforç, altruisme i rigor permanent que em transmet dia a dia.

Al departament de biblioteca de la FCS Blanquerna, Rosa Sunyer, Montse Pérez, Òscar Sotillos i Fabià Pla, i de la biblioteca Emili Grahit de la UdG, Joan Carles Corney i Anna Roca per la seva experta ajuda en la recerca documental al llarg de tot el procés d'elaboració de la tesi. També a Enriqueta Pujol de l'Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària (IDIAP Jordi Gol) pels seus bons consells metodològics, a Wayra Ficapal, a Sergi Ortoneda i a Míriam Rodríguez per la seva col·laboració en la revisió lingüística dels diversos textos i a la Dra. Àngela Pallarés pels seus consells i ajuda en la realització del grup focal.

A les meves amigues i companyes: Isabel, Maria, Rosa, Míriam i Àngela per comprendre'm, ajudar-me en tot moment i estar sempre presents.

Vull agrair també l'encoratjament continuat de la meva mare M<sup>a</sup> Rosa i dels meus germans Silvia i Esteve i, en especial, vull agrair a la meva cunyada Silvia Ros per la seva valuosa ajuda als inicis d'aquest projecte.

I un agraïment molt especial als meus: al meu marit Jordi i als meus fills Willka, Maria Wayra i Jordina, pel seu encoratjament i la seva paciència constants i, en definitiva pel seu amor incondicional.

Per acabar, però molt principalment vull agrair a l'Associació de Dones del Centre de L'Hospitalet de Llobregat per la seva col·laboració i ajuda i sobretot a totes les dones que han participat en aquesta investigació, confiant en mi i compartint les seves experiències sense les que aquesta investigació ni tindria sentit ni, per descomptat, hauria estat possible. Elles són les autèntiques protagonistes d'aquesta tesi i per a la millora de la seva salut i el seu benestar i el de totes les dones que suporten silenciosament aquesta patologia he fet aquesta investigació.

Gràcies a tots i totes.



## **Abreviaturas**

<b>CIE:</b>	Consejo Internacional de Enfermería.
<b>CVRS:</b>	Calidad de vida relaciona con la salud.
<b>ICIQ-SF:</b>	International Consultation on Incontinence Questionnaire- Short Form.
<b>ICS:</b>	International Continence Society.
<b>IU:</b>	Incontinencia urinaria.
<b>IUC:</b>	IU continua.
<b>IUE:</b>	IU de esfuerzo.
<b>IUM:</b>	IU mixta.
<b>IUU:</b>	IU de urgencia.
<b>KHQ:</b>	King's Health Questionnaire.
<b>MPS:</b>	Modelo de promoción de la salud
<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>ONI:</b>	Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia.

## Índice de figuras

<b>Figura 1:</b>	Relación entre los constructos del Modelo de Creencias de Salud.....	41
<b>Figura 2:</b>	Relación entre los constructos de la Teoría de la acción razonada y la Teoría de la conducta planificada.....	42
<b>Figura 3:</b>	Etapas del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones.....	46
<b>Figura 4:</b>	Relación entre los constructos del Modelo Integrador del Comportamiento.....	47
<b>Figura 5:</b>	Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) revisado de Nola J. Pender.....	56
<b>Figura 6:</b>	Puntuación total del cuestionario ICIQ-SF en las mujeres participantes.....	80
<b>Figura 7:</b>	Clase social de las participantes según la Clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología.....	82

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1:</b>	Factores psicosociales de género para las mujeres que predisponen a la enfermedad.....	32
<b>Tabla 2:</b>	Conceptos claves y definiciones del Modelo de Creencias en Salud.....	40
<b>Tabla 3:</b>	Conceptos claves y definiciones de la Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva.....	48
<b>Tabla 4:</b>	Resumen de los Modelos y Teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud.....	49
<b>Tabla 5:</b>	Conceptos metaparadigmáticos del MPS de Pender.....	51
<b>Tabla 6:</b>	Guión para las entrevistas .....	69
<b>Tabla 7:</b>	Perfil de las mujeres informantes del estudio.....	70
<b>Tabla 8:</b>	Sistema de categorización de los datos.....	73
<b>Tabla 9:</b>	Clasificación de la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología .....	73
<b>Tabla 10:</b>	Estructura de la presentación de los resultados por categorías de análisis y sus subcategorías correspondiente .....	79
<b>Tabla 11:</b>	Factores personales de las mujeres informantes.....	81
<b>Tabla 12:</b>	Distribución de las informantes por clase social.....	83



## Índice

1. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	17
1.1. LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER.....	19
1.2. GÉNERO Y SALUD.....	26
1.3. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	34
1.4. MODELOS Y TEORÍAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA SALUD.....	39
1.5. EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER.....	50
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	61
3. METODOLOGÍA.....	65
4. RESULTADOS.....	79
4.1. CATEGORÍA 1: CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES.....	79
4.2. CATEGORÍA 2. COGNICIONES Y PERCEPCIONES ESPECÍFICAS DE LA CONDUCTA.....	95
5. DISCUSIÓN.....	109
6. CONCLUSIONES.....	125
7. BIBLIOGRAFÍA.....	129
8. ANEXOS.....	153
ANEXO 1 Cuestionario ICIQ Short Form (ICIQ-SF).....	155
ANEXO 2 Documento del Consentimiento Informado.....	157
ANEXO 3 Classificació Catalana d'Educació (CCED-2000).....	159
ANEXO 4 Transcripción de las entrevistas y del grupo de discusión.....	161



## RESUMEN

La incontinencia urinaria (IU) es un problema de salud frecuente en la mujer que aumenta y se agrava con la edad. Las mujeres que la padecen la infravaloran y los profesionales de la salud que las atienden, muchas veces ni indagan ni preguntan en la anamnesis sobre ello, quedando dicha patología sin diagnosticar. Conlleva además, un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres que la sufren con repercusiones psicológicas, sociales y económicas. Esta investigación, que se centra en la promoción de la salud, pretende contribuir a la misma aportando conocimiento documentado sobre la IU de la mujer a partir de las propias protagonistas que la padecen. Para explicar sus comportamientos de salud desde la perspectiva de género en relación a las pérdidas de orina, el estudio ha optado como referente teórico, el Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender.

**Objetivo:** Describir, en mujeres con incontinencia urinaria, sus conductas o comportamientos de salud en relación con la pérdida de orina.

**Metodología:** La investigación se plantea a través del paradigma cualitativo a partir de la perspectiva filosófica de la fenomenología descriptiva. Para la recogida de información se utilizaron las técnicas de la entrevista semiestructurada y el grupo focal. El ámbito de estudio ha sido la provincia de Barcelona. La selección de la muestra fue intencional o de conveniencia y el análisis categorial temático se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de las mujeres participantes.

**Resultados:** Las informantes no dimensionan la IU como una enfermedad ni perciben la gravedad de su problema por ser pérdidas esporádicas y poco abundantes, las viven con resignación y no se plantean buscar ayuda profesional. Otorgan un significado peyorativo a las pérdidas de orina por vincularlas al proceso de envejecimiento. Utilizan el humor como estrategia para afrontar y verbalizar las situaciones embarazosas relacionadas con sus pérdidas de orina. A pesar de conocer los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico como estrategia de solución o de mejora de la IU, no los realizan. Se aprecian influencias interpersonales y situacionales que las predispone a normalizar la IU como algo propio por ser mujer y por la edad.

Conclusiones: El comportamiento de salud en relación con la pérdida de orina de las mujeres participantes, viene marcado por la interiorización de los estereotipos negativos de género vinculados a la vejez. El uso de protectores o absorbentes es la estrategia más usada para sus pérdidas. Perciben más barreras que beneficios respecto a las conductas promotoras de salud de mejora de su IU. La influencia de la familia, amistades y profesionales de la salud en relación a incorporar acciones saludables para su IU es negativa. La publicidad también ejerce en estas mujeres una influencia negativa, al normalizar la IU y encaminarlas sólo hacia acciones paliativas.

Palabras clave: incontinencia urinaria, mujer, promoción de la salud, comportamiento de salud.



## RESUM

La incontinència urinària (IU) és un problema de salut freqüent en la dona que augmenta i s'agreuja amb l'edat. Les dones que pateixen aquesta afecció la infravaloren i els professionals de la salut que les atenen, moltes vegades ni indaguen ni pregunten a l'anamnesi sobre ella, quedant així aquesta patologia tot sovint sense diagnosticar. Comporta, a més, un impacte negatiu sobre la qualitat de vida de les dones que la sofreixen amb repercussions psicològiques, socials i econòmiques. Aquesta investigació, centrada en l'àmbit de la promoció de la salut, pretén contribuir a la mateixa aportant coneixement documentat sobre la IU de la dona a partir del relat de les pròpies protagonistes que la pateixen. Per tal d'explicar els seus comportaments de salut en relació a les pèrdues d'orina i incloure la perspectiva de gènere, a l'estudi s'ha optat pel Model de Promoció de la Salut de Nola J. Pender com a referent teòric.

**Objectiu:** Descriure en dones amb incontinència urinària les seves conductes o comportaments de salut en relació a la pèrdua d'orina.

**Metodologia:** La investigació es planteja dins del paradigma qualitatiu a partir de la perspectiva filosòfica de la fenomenologia descriptiva. Per a la recollida d'informació es van utilitzar les tècniques de l'entrevista semiestructurada i el grup focal. L'àmbit d'estudi ha estat la província de Barcelona. La selecció de la mostra va ser intencional o de conveniència i l'anàlisi categorial temàtic es va realitzar a partir de les transcripcions dels discursos de les dones participants.

**Resultats:** Les informants no dimensionen la IU com una malaltia ni perceben la gravetat del seu problema per tractar-se de pèrdues esporàdiques i poc abundants, les viuen, en canvi, amb resignació i no es plantegen buscar ajuda professional. Atorguen un significat pejoratiu a les pèrdues d'orina en vincular-les al procés d'envelliment. Utilitzen l'humor com a estratègia per afrontar i verbalitzar les situacions compromeses relacionades amb les seves pèrdues d'orina. Tot i conèixer els exercicis de rehabilitació del sòl pelvià com a estratègia de solució o de millora de la IU no els realitzen. S'aprecien influències interpersonals i situacionals que les predisposa a normalitzar la IU com una cosa pròpia per ser dona i per l'edat.

Conclusions: El comportament de salut en relació amb la pèrdua d'orina de les dones participants ve marcat per la interiorització dels estereotips negatius de gènere vinculats a la vellesa. L'ús de protectors o absorbents és l'estratègia més usada per fer front a les pèrdues. Perceben més barreres que beneficis respecte de les conductes promotores de salut adreçades a la millora de la seva IU. La influència de la família, amistats i professionals de la salut en relació a incorporar accions saludables per a la seva IU és negativa. La publicitat també exerceix en aquestes dones una influència negativa, al normalitzar la IU i encaminar-les només cap accions pal·liatives.

Paraules clau: incontinència urinària, dona, promoció de la salut, comportament de salut.

## **SUMMARY**

Urinary incontinence (UI) is a frequent health problem in women which increases and aggravates with age. Women who suffer UI usually undervalue it. Health professionals who care for them, often do not inquire or ask about it on clinical history. As a consequence, the disease is commonly undiagnosed. Furthermore, UI has a negative influence in women quality of life with psychological, social and economic impacts. This research, based on health promotion, aims to improve documented knowledge on women with UI by focusing on their own perspective. The theoretical framework of this study is based on the model of Health Promotion by Nola J. Pender.

**Objective:** To describe, in women with urinary incontinence, their health behaviors in relation with the leaks of urine.

**Methodology:** A descriptive phenomenological approach was adopted for the study. Data were collected using semi-structured interviews and focus groups on a purposive sample. The area of study was the province of Barcelona. The thematic category analysis was elaborated examining the participants' transcripts and identifying significant statements and meanings.

**Results:** The informants did not recognize UI as a disease and did not perceive the severity of the problem because of the sporadic and scanty urine losses. Moreover, they resigned and gave a negative meaning to the urine leakage by relating it to the aging process. Also, they did not look for professional help. They used the sense of humor in order to face the problem and to talk about the embarrassing situations linked to it. Despite they knew that pelvic floor rehabilitation exercises may improve UI, they did not use them. Interpersonal and situational influences were evidenced, predisposing them to normalize UI because of gender and age.

Conclusions: Health behavior in relation to UI from female participants is influenced by the internalization of negative gender stereotypes associated with aging. The use of absorbent pads is the most common strategy for managing the problem. Women also perceive more barriers than facilitators regarding health promoting behaviors to improve their UI. The influence, to incorporate healthy strategies, from family, friends and health professionals is negative. Advertisements also hold a negative impact, by normalizing UI with palliative measures.

Key words: urinary incontinence, women, health promotion, health behavior.





## **INTRODUCCIÓN GENERAL**





## 1. INTRODUCCIÓN GENERAL

La incontinencia urinaria (IU) en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta pues las mujeres que la padecen no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente. Asimismo los profesionales de la salud pocas veces interrogan e indagan sobre este tema cuando prestan atención sanitaria a la mujer. Los estudios de prevalencia de la IU femenina, así como los de calidad de vida en mujeres con IU y los que analizan cómo las mujeres afrontan las pérdidas de orina, evidencian que la incontinencia urinaria es un problema de salud a tener en cuenta que además aumenta y se agrava con la edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe *“Las mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana”* del año 2009 (1), puso de manifiesto los siguientes aspectos: las consecuencias y los costos que ocasiona no atender los problemas de salud en el momento apropiado de la vida de las mujeres; la necesidad de prevenir los factores de riesgo precozmente para que en el futuro sus problemas de salud no se agraven o acaben convirtiéndose en crónicos y que adoptar hábitos saludables a edades más tempranas puede ayudarlas a llevar una vida activa y sana hasta bien entrada la vejez. Y remarca que las mujeres representan una proporción cada vez mayor en el grupo de las personas de edad más avanzada al tender a vivir más tiempo que los hombres.

En dicho informe la OMS también recomendaba la necesidad de mejorar los sistemas sanitarios para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres en lo que se refiere a su acceso a ellos, al carácter integral de los mismos y a su capacidad de reacción frente a los problemas de salud. Para poder conseguir estos objetivos la OMS remarcaba la importancia de realizar investigaciones sobre las mujeres y su salud.

En el año 2009 el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) publicó el informe *“La investigación de enfermería: Instrumento de acción”* (2). En él se recalca la importancia de la investigación en enfermería como un reto de sus profesionales ante la sociedad para generar nuevos conocimientos que ayuden a mejorar la calidad de los cuidados enfermeros:

*“La investigación de enfermería es un medio poderoso para responder a preguntas sobre las intervenciones de atención de salud y hallar modos mejores de promover la salud, prevenir la enfermedad y dispensar cuidados y servicios de rehabilitación a las personas de todas las edades y de distintos contextos”* (CIE, 2009: 1).

En el mismo informe el CIE subrayaba unas prioridades para la investigación de enfermería entre las que destacaban la Promoción de la Salud y los problemas de salud de la mujer.

Llegado el momento de tener que centrar el campo de investigación de la presente tesis y concretar su tema, dos condicionantes contribuyeron en la decisión de hacerlo en el de la Promoción de la Salud y en relación a la IU femenina:

- La recomendación de la OMS en su informe "*Las mujeres y la Salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*" (1) de realizar investigaciones sobre las mujeres y su salud (para prevenir y gestionar que los problemas no se agraven o conviertan en crónicos y para que adopten hábitos saludables).
- Y el hecho que el problema de la IU en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta (3).

Si a ambos aspectos se le sumaba la circunstancia de la escasez de estudios cualitativos sobre la IU femenina en España, se consideró importante investigar y proporcionar conocimiento en relación a los factores, aspectos, perspectivas y conductas de las mujeres que presentan IU desde la perspectiva de las mujeres que la padecen.

Dentro del ámbito de la Promoción de la Salud, con este estudio se pretende aportar conocimiento documentado sobre la IU de la mujer a partir de las propias mujeres que la sufren, para que dicho conocimiento favorezca una mayor comprensión del problema y proporcione elementos de reflexión para diseñar programas de Promoción de la Salud específicos para las mujeres con IU. Con intervenciones válidas y efectivas que eviten o mejoren los problemas con la orina se podrá contribuir, asimismo, al empoderamiento de estas mujeres en la toma de decisiones sobre su salud, potenciando la adopción de hábitos saludables.

Como enfermera, siguiendo las indicaciones del CIE (2) de priorizar investigaciones desde la perspectiva de la disciplina que aporten y generen conocimientos que ayuden a mejorar la calidad de los cuidados enfermeros, sobre todo en aspectos de promoción de la salud, en esta investigación se ha optado como modelo de enfermería de referencia el de Promoción de la Salud de Nola J. Pender. Este modelo, que fue creado para dar respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca

del cuidado de su propia salud, permitirá explicar el comportamiento de salud de mujeres con IU (4).

### 1.1. LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA MUJER

En el año 2002 la International Continence Society (ICS) definió la incontinencia urinaria como (5):

*“Cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, y que constituya un problema social o de higiene para la persona que la presenta”<sup>1</sup>*

Respecto a su prevalencia, una investigación epidemiológica sobre la historia natural de la IU de ese mismo año 2002 puso de manifiesto que los múltiples estudios de prevalencia que existían a nivel mundial presentaban datos muy diversos en función del concepto de incontinencia utilizado, el método de estudio y las características de la muestra (6).

En este mismo sentido se pronunciaba el Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI) en el año 2010 tras una revisión bibliográfica de 16 estudios de prevalencia de IU publicados en España en los últimos 10 años. Detectaba una gran heterogeneidad de cifras de prevalencia y constataba que ello era debido a una serie de condicionantes como: el uso de diferentes definiciones de IU, las tasas de respuesta, la inclusión de sujetos institucionalizados, los métodos de recogida de datos, las preguntas utilizadas en los cuestionarios y la forma de responderlas, el periodo sobre el que se reporta la IU, la gravedad o la importancia de la IU, la representatividad de la población y el ámbito de realización de cada estudio. El grupo ONI consideró que para estimar la verdadera prevalencia de la IU en España era necesario realizar un gran estudio de prevalencia con una muestra representativa de la población española, utilizar los criterios de definición de la International Continence Society y efectuar un diseño correcto (7).

En cuanto a la Incontinencia urinaria femenina, retrocediendo 10 años se observa que estudios epidemiológicos del 2003 sobre la prevalencia de la IU en la población general ya revelaban que es un problema más frecuente en la mujer que en el hombre

---

<sup>1</sup> Partir de esta definición de IU realizada por la International Continence Society (ICS), se justifica por el hecho que, a raíz de su propuesta, se consensuó su uso en todos los estudios sobre la incontinencia urinaria.

y que la incidencia de esta disfunción aumenta con la edad (8). Ese mismo año 2003, Rebollo y Espuña realizaron una revisión de la literatura existente sobre la epidemiología, el diagnóstico y los resultados del tratamiento de la IU en España, y concluyeron que la prevalencia de la IU femenina, dependiendo de la edad, oscilaba entre el 20% y el 50%. Resaltaron también que existía una elevada prevalencia oculta de IU debido a que la mujer no manifiesta su problema y que el médico, en general, no siempre la reconoce como una patología tratable (3).

En el 2009 se llevó a cabo el estudio EPICC (Proyecto Institucional de la Asociación Española de Urología) sobre prevalencia de IU y vejiga hiperactiva en la población española, y se vio que la cifra de prevalencia en mujeres de 25 a 64 años se aproxima al 10% (9).

También en el 2009 el Observatorio de Salud Íntima de la Mujer de SEGO-Ausonia, en colaboración con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, llevó a cabo el estudio Evolution de SEGO-Ausonia sobre una muestra de 1.272 mujeres de 45 a 74 años de toda España. Uno de sus objetivos era conocer la prevalencia de incontinencia urinaria femenina en el país. Los resultados fueron (10):

- La IU afecta al 28,7% de las mujeres entre 45 y 74 años.
- La prevalencia de la IU femenina aumenta con la edad:
  - El 24,1% en mujeres de entre 45 y 49 años.
  - El 28,1% en mujeres de entre 50 y 59 años.
  - El 31,5% en mujeres de entre 60 y 74 años.
- Puede darse en distintos grados de severidad y su gravedad aumenta con la edad. El 47,4% de las mujeres de entre 45 y 59 años sufren pérdidas de orina leves y el 11,2% de las mujeres de entre 60 y 74 años padecen IU grave o muy grave.
- En el 79,2% de las mujeres con pérdidas de orina es una IU de esfuerzo (IUE)<sup>2</sup> y en el 30,1% es una IU de urgencia (IUU)<sup>3</sup>.

En Cataluña, entre los estudios de prevalencia de la IU destaca el publicado por Espuña, Brugulat, Costa, Medina, Mompert en el año 2009. En él se constataba que el

---

<sup>2</sup> La ICS define la IU de esfuerzo (IUE) como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico (toser, reír, correr y andar), que provoca un aumento de la presión abdominal (5).

<sup>3</sup> La ICS define la IU de urgencia (IUU) como la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina "urgencia" (5)

7,9% de la población catalana declaraba tener IU y que, de los afectados, el 12,2% eran mujeres y el 3,6% varones (11).

Como ya revelan estudios del año 2006 y 2011, la incontinencia urinaria en las mujeres se percibe además como un problema personal y social limitante que genera sentimientos de baja autoestima, restringe el contacto social, interfiere en las tareas domésticas y puede dificultar el trabajo fuera de casa. Ocasiona también problemas económicos, tanto personales como para el Sistema Sanitario, debido al gasto en compresas y otros absorbentes (12)(13).

Los estudios sobre calidad de vida en mujeres con IU confirman su incidencia negativa. En el año 2006, Espuña y Puig ya indicaban que los síntomas que más contribuyen a la afectación de la calidad de vida en mujeres con IU son las pérdidas de orina en el acto sexual, la IU de urgencia y las infecciones frecuentes en vías urinarias (14). En el año 2008, Martínez Córcoles, Salinas, Giménez, Donate, Pastor y Virseda constataron esta alteración de la calidad de vida en las mujeres con IU, sobre todo por las limitaciones provocadas en su actividad física y por la afectación en su imagen corporal. Además los resultados evidenciaron que su calidad de vida empeoraba con la edad, con un mayor grado de incontinencia, con una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria como ya se había demostrado (15).

Valencia Orgaz realizó en el año 2009 un estudio en un centro de salud de Atención Primaria de la comunidad de Madrid (área 8), y señaló el impacto negativo que provocan las pérdidas de orina en las distintas áreas de la vida diaria de la mujeres con IU: la física, social, sexual, psicológica y doméstica (16). En este mismo año, Arañó, Rebollo y González-Segura indicaban en un estudio sobre la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con IU mixta<sup>4</sup> que el deterioro de la misma se ve incrementado en las mujeres que presentan este tipo de incontinencia, y que el impacto negativo está fuertemente asociado a la presencia de síntomas de IU de urgencia (17).

Otro aspecto que preocupa a los profesionales de la salud es la baja tasa de consulta que presentan las mujeres con IU. Un estudio sobre el comportamiento de búsqueda

---

<sup>4</sup> La ICS define la IU mixta (IUM) como la combinación de síntomas de pérdida involuntaria de orina debida a un esfuerzo físico, es decir la IUE, con síntomas de la IU de urgencia (5).

de ayuda en mujeres con IU publicado en el año 2005 y realizado en Francia, Alemania, Reino Unido y España, concluyó que la tasa de consulta era solo del 31%, siendo el porcentaje significativamente superior en Alemania y Francia en relación al del Reino Unido y España. Se vio también que en las mujeres con IU mixta la tasa de consulta aumentaba con la edad y con la duración y la frecuencia de la IU, y que las que presentaban IU de esfuerzo consultaban menos que las de IU de urgencia o mixta. Las mujeres con IU de esfuerzo consideraban que los síntomas son menos graves o molestos y que los podían autogestionar mejor (18).

Aunque en menor cuantía respecto a la investigación cuantitativa, el estudio del problema de la IU en la mujer también se ha abordado desde el paradigma cualitativo. Así encontramos diversas investigaciones que, a través de este enfoque científico, muestran la IU como un problema de salud oculto y analizan sobre todo las posibles causas de la baja tasa de consulta. En el 2008 se publicó un estudio realizado en Washington (EEUU) que analizaba las razones por las cuales las mujeres con IU tienen bajos índices de búsqueda de atención y tratamiento, destacando que las creencias sobre las causas de las pérdidas de orina influyen en esta decisión. Muchas de las mujeres del estudio creían que la causa de la IU está vinculada al hecho de ser mujer, relacionándolo con los partos, y al proceso implícito del envejecimiento (19).

En dos estudios realizados en Suecia en el año 2007 se constató que la gravedad percibida por las mujeres con IU no siempre es proporcional a la frecuencia o cantidad de pérdida de orina que presentan. Su gravedad percibida depende muchas veces de la imposibilidad de manejo personal y de las molestias sociales que conlleva. No consultan al profesional sanitario por considerarlo algo natural en la mujer, por vergüenza, porque no les ofrecen soluciones satisfactorias y/o porque tienden a minimizar el problema. Las mujeres con IU, sin embargo, se sienten vulnerables e impotentes porque viven en un cuerpo sin control y ven peligrar su autonomía. Quieren controlar su situación respecto la IU para recuperar el poder y ser capaces de vivir con normalidad (20)(21).

En Suecia, y también en el año 2008, un estudio realizado en mujeres mayores con IU indicaba que éstas consideraban las pérdidas de orina como un problema manejable con el que han aprendido a vivir, y que otros problemas de salud, que suponen más importantes, eclipsan sus fugas de orina. Sufren con resignación este problema y no buscan ayuda por considerarlo una situación a aceptar y a adaptarse a ella (22).

En el año 2009 se publicó un estudio realizado en el Medway Maritime Hospital de Gillingham, Kent (Reino Unido), en el que también se llegó a la conclusión de que la prevalencia de IU en la mujer está infravalorada por ser un tema tabú y por incorporarse culturalmente como un aspecto relacionado con la representación social de la mujer y con el envejecimiento (23).

Rosângela Higa, de la Universidad Estadual de Campinas en Brasil, indagó en el año 2008 sobre los significados psico-culturales de las mujeres con IU (24). Analizó 19 estudios cualitativos de distintos países que trataban sobre los significados que otorgaban a la IU las mujeres que la padecían. Las conclusiones de dichos estudios muestran que el grado de angustia vivido y la magnitud de las dificultades presentadas por esas mujeres no solo están relacionados con la edad, etnia y religión, sino también con las reacciones de cada persona y de cómo cada individuo percibe su incontinencia, pues los significados que se dan a este problema son parte de la estructura de la vida de cada mujer. Dichas reacciones pueden destruir la confianza y el respeto que el individuo tiene de sí mismo, disminuyendo así su autoestima e impidiendo que busque ayuda.

Dos estudios cualitativos, uno realizado en Irlanda en el año 1998<sup>5</sup> y otro en el Reino Unido en el 2004, concluyeron que las actitudes y las prácticas de algunos profesionales de la salud son grandes obstáculos para que las mujeres busquen consejo o ayuda para el problema de la IU. En la anamnesis, ni preguntan sobre los síntomas urinarios ni se esfuerzan en conocer lo que cada persona siente sobre su IU ya que obvian este problema (25)(26).

En los años 2006 y 2007, y en países tan distintos como Estados Unidos, China y Brasil, se realizaron estudios que confirmaban que existe dificultad en la comunicación de la IU al personal sanitario, que el significado que otorgan las mujeres a la IU es peyorativo y que ello genera la necesidad de buscar alternativas personales para poder adaptarse a ese problema (muchas veces poco adecuadas e ineficaces). La fragilidad y la timidez asociadas al desconocimiento y al hecho de no poder comprender la incontinencia como una enfermedad, así como la vivencia frente a los diversos significados construidos por cada persona y los que la sociedad otorga a la IU, las obliga a autocuidarse y a rechazar la ayuda de un profesional de la salud (27)(28). Frecuentemente las mujeres no valoran los síntomas cuando la incomodidad

---

<sup>5</sup> Aunque el artículo de Grealish y O'Dowd es del año 1998, se ha creído conveniente citarlo por ser de los pocos estudios cualitativos cuyo objetivo fue examinar las actitudes de los médicos hacia la incontinencia urinaria femenina.

causada por la IU es poca, y también la sufren generalmente en silencio (les avergüenza verbalizar su problema al profesional y tampoco lo mencionan a su familia) (29).

En España los estudios cualitativos sobre la IU en la mujer son escasos. Tenemos el publicado en el año 2003 sobre el proceso de búsqueda de ayuda en la incontinencia urinaria en la mujer. Su objetivo fue conocer la valoración y estrategias de manejo de las mujeres adultas de la provincia de Toledo de su IU. La principal conclusión a la que se llegó fue que la prevalencia de IU en la mujer estaba infravalorada y que las mujeres referían falta de soluciones eficientes (30). En el año 2009 se publicó un relato bibliográfico de una mujer con IU durante el puerperio de su segundo embarazo, y su autora, Castillo López, remarcaba la importancia de la prevención en estos casos (31).

### **Aspectos clínicos de la incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria es un problema de salud generado por la incapacidad para controlar la micción de orina. Su actual definición, como ya se ha indicado fue propuesta en el año 2002 por la International Continence Society (ICS)(5).

Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), referidas en “*La International Classification of Functioning, disability and Health (ICIH-2)*” (32) y en “*La International Classification of Diseases (CIE-10)*” (33), la ICS distinguen los siguientes tipos de IU (5):

- IU de esfuerzo (IUE). Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico (toser, reír, correr o incluso andar) que provoca un aumento de la presión abdominal.
- IU de urgencia (IUU). Es la pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo de orinar que se denomina “urgencia”.
- IU mixta (IUM). Es la combinación de síntomas de pérdida involuntaria de orina debida a un esfuerzo físico, es decir la IUE, con síntomas de la IUU.
- IU continua (IUC). Es la pérdida involuntaria y continua de orina.
- Enuresis nocturna (EN). Es la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.



En la actualidad se han descrito diferentes factores de riesgo relacionados con la IU en la mujer:

- La edad. La incidencia aumenta con ésta. Existen una serie de cambios relacionados con la edad que pueden contribuir al desarrollo de IU en la mujer (34): disminución del tejido elástico, atrofia celular, degeneración nerviosa, reducción del tono muscular de la musculatura lisa, hipoestrogenismo en la menopausia, deterioro cognitivo, inmovilidad, pérdida de la capacidad de concentración renal y comorbilidad (polifarmacia).
- El propio sexo. La IU es un problema más frecuente en la mujer que en el hombre (8).
- Factores asociados al embarazo y al parto. La tasa de incidencia acumulada de IU durante el embarazo es de un 39,1% y la asociación del parto vaginal con la IU es estadísticamente significativa tanto en las mujeres continentales durante el embarazo como en las incontinentes (35). Las mujeres con partos por cesárea (prevalencia 15,8%) tienen riesgo mayor de IU que las nulíparas (prevalencia 10,1%) (36).
- El peso. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE, de IUM y con la severidad de la IU (37).
- Los problemas ginecológicos como los prolapsos de los órganos pélvicos y la intervención quirúrgica de histerectomía (38)(39).
- Factores asociados a enfermedades generales: cardiopatías e hipertensión tratadas con diuréticos; enfermedades del sistema nervioso central como las demencias, la enfermedad de Parkinson, los accidentes vasculares cerebrales y la esclerosis múltiple, y las enfermedades osteomusculares que provocan una disminución de la movilidad (40).
- Factores de carácter laboral como los trabajos que supongan grandes esfuerzos físicos, la práctica de deportes que provoquen un aumento de la presión intraabdominal (como saltar, correr o el aeróbic), etc. (41) (42).

Como ya se ha indicado anteriormente, las personas con IU ven afectada su calidad de vida. En España para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las mujeres con IU, hay validados dos cuestionarios de autocumplimentación:

- El King's Health Questionnaire (KHQ) (43), considerado un instrumento válido para evaluar la calidad de vida en mujeres con distintos tipos de IU. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: percepción del estado de salud general (1 ítem);

impacto de la IU (1 ítem); limitaciones en las actividades diarias (2 ítems); limitaciones sociales (2 ítems); limitaciones físicas (2 ítems); relaciones personales (3 ítems); emociones (3 ítems); sueño/energía (2 ítems); impacto de la incontinencia (5 ítems), y gravedad de los síntomas urinarios (1 ítem). Cada ítem se mide por una escala de respuesta tipo Likert con 4 opciones que va del 0 (mejor CVRS) al 100 (peor CVRS).

- Y el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) (44) (Anexo 1), cuestionario breve que, además de detectar la IU, permite categorizar a las mujeres de acuerdo con la gravedad de los síntomas urinarios y el grado de preocupación que éstos les generan. Consta de 3 ítems (frecuencia, cantidad y afectación), más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forman parte de la puntuación del cuestionario y que tienen únicamente una finalidad descriptiva y orientativa sobre el tipo de IU. La puntuación total del cuestionario se calcula mediante la suma de los tres primeros ítems, y va del 0 a 21 puntos (a mayor puntuación mayor gravedad de la IU), pero cualquier puntuación superior a 0 de los dos primeros ítems ya se considera un diagnóstico de IU.

Los dos cuestionarios tienen un valor diagnóstico similar, aunque hay diferencias en la factibilidad de su uso en la práctica clínica atribuibles al tamaño de cada uno (21 ítems en el KHQ y 11 en el ICIQ-SF), al tiempo de cumplimentación y al porcentaje de casos que se pierden porque no dan respuesta a la totalidad del cuestionario. Desde el punto de vista de la paciente, en el ámbito de la práctica clínica se aconseja el uso preferencial del ICIQ-SF frente al KHQ a la hora de evaluar la IU (45).

## **1.2. GÉNERO Y SALUD**

La mujer presenta unos patrones distintos a los del hombre respecto a la morbilidad y a las causas de mortalidad. Estas diferencias son debidas no solo a factores biológicos, sino también a otros relacionados con el género que influyen en las conductas relacionadas con la salud (46)(47). Para entender dichas diferencias es importante definir sexo y género, y para ello se utilizarán las definiciones recopiladas por Krieger en el año 2001 en su trabajo "*Glosario de Epidemiología Social*" (48). El término *sexo* se utiliza para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre mujeres y hombres, y el término *género* hace referencia a la construcción social de mujeres y hombres. Estas construcciones sociales son las que marcan la diferencia

de roles, responsabilidades, condicionantes, oportunidades y necesidades de hombres y mujeres en un contexto y una cultura determinadas, y varían a lo largo del tiempo.

A través de un proceso de aprendizaje complejo y dinámico se aprende a ser hombre y mujer de acuerdo con el espacio físico, social y cultural en el que se desarrollan y conviven. Dicho proceso se llama *socialización de género* y se inicia en la infancia, aunque se refuerza y modifica a lo largo del ciclo vital. En la socialización de género intervienen figuras-modelos como la madre, el padre, la familia, el grupo social de pertenencia y los pares, así como la escuela, los medios de comunicación, la cultura, la política, la religión o los servicios de salud. El resultado de este aprendizaje es la *identidad de género* que configura la percepción del propio sexo como masculino, femenino o también ambiguo. Existen asimismo los *estereotipos de género* que son normas invisibles que rigen los comportamientos de hombres y mujeres y que corresponden a las creencias, expectativas y atributos sobre cómo deben ser y deben comportarse de acuerdo con cada contexto cultural y época. Son ideas preconcebidas y prejuicios compartidos en un grupo sobre el significado de lo femenino y lo masculino. No necesariamente se cumplen pero sirven de patrón de medida que influye tanto en el juicio y valoración social como en la propia imagen y autoestima, al limitar las potencialidades de las personas estimulando unos comportamientos y reprimiendo otros en función de su sexo (49)(50).

Estos estereotipos provocan relaciones de género injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales en las que miembros de un grupo dominante (normalmente los hombres) consiguen privilegios al subordinar a las mujeres. Estas prácticas se justifican mediante ideologías de superioridad o por las diferencias existentes. Esta discriminación afecta a la salud en distintos grados, siendo la violencia de género su máximo nivel de expresión (51).

Sexo y género son determinantes de la salud de las personas, pudiendo causar desigualdades de género si no se tiene en cuenta la vulnerabilidad, la naturaleza, la severidad y frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres (52). Las desigualdades de género surgen de las construcciones sociales, culturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en discriminaciones (53). A

continuación se exponen formas de comportamiento y roles de las mujeres en nuestro país a través de diferentes autores.

En la segunda mitad del siglo XX la incorporación de la mujer al trabajo remunerado supuso una de las grandes revoluciones sociales del mundo contemporáneo y un cambio en su rol social. La vida de las mujeres dejaba de tener como única finalidad el matrimonio y los hijos, y el trabajo pasaba a ser una nueva vía de realización personal. La incorporación de las mujeres al mercado laboral ha supuesto grandes transformaciones sociales (54).

Artazcoz concluye que en nuestro contexto, a pesar de que el trabajo remunerado produce un efecto positivo sobre la salud de las mujeres, el hecho que éstas deban combinar la vida laboral y familiar provoca un impacto negativo en ellas en relación a aquellos comportamientos relacionados con la salud que requieren tener tiempo para uno mismo, como las horas diarias de sueño y el ejercicio en el tiempo de ocio. El hombre continúa sin asumir la corresponsabilidad en el cuidado del hogar, agravando el problema de la conciliación de la vida laboral i familiar en las mujeres (46)(55). Las mujeres, con la acumulación de tareas, asumen una gran sobrecarga de trabajo que causa efectos negativos en su salud. Las que disponen de más recursos económicos pueden costearse la contratación de empleadas del hogar, aligerando con ello dicha sobrecarga, pero las de clases más desfavorecidas dedican más horas al trabajo en casa con una repercusión en su salud (56). Las exigencias familiares producen un impacto negativo en la salud de las mujeres trabajadoras, existiendo una relación directa entre las dos variables: a mayores exigencias familiares mayor impacto negativo en su salud (55). Con anterioridad, Sorensen y Verdrugge, ya concluían en el año 1987 que la ocupación de varios roles tenía efectos negativos sobre la salud de las mujeres, tanto por la sobrecarga que supone como por la dificultad de compaginarlos (57). Artazcoz subraya que en nuestra sociedad se producen claras desigualdades de género en el problema de la conciliación de la vida laboral y familiar. Aspirar a tener un trabajo remunerado satisfactorio y una vida familiar feliz es una aspiración muy difícil para las mujeres. La mujer a menudo ha de escoger entre el trabajo remunerado y la familia o, en algún momento de su vida, dar prioridad a una de las dos opciones (46).

El Informe SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) del año 2002 manifestaba que ante la falta de unas políticas de igualdad efectivas muchas mujeres españolas, sobre todo las de clases sociales más desfavorecidas,

abandonan el trabajo remunerado para dedicarse a la familia. Este hecho supone a la larga un perjuicio para su salud en comparación a las mujeres que tienen un trabajo remunerado debido al poco reconocimiento social del trabajo doméstico y a sus jornadas interminables con tareas físicas pesadas y poco gratificantes. El trabajo remunerado aporta en cambio a la mujer una red de relaciones sociales propia y reconocimiento, e incorpora tanta estructura a su vida diaria como independencia económica. Ello conlleva una mayor igualdad en las relaciones de poder con su pareja y aumenta su autoestima, aunque el trabajo en condiciones de precariedad no supone ningún beneficio para la salud de las mujeres (58).

El hombre va incrementando su participación en algunas tareas del hogar familiar, pero Tobío manifiesta que es la mujer la que asume la responsabilidad doméstica, dirigiendo y coordinando todas las funciones que se realizan en el hogar, aunque ésta desempeña además un trabajo remunerado (59). Del Valle expone que existe un aspecto ideológico y voluntario de hombres y mujeres que explicaría la persistencia del reparto doméstico desigual en la familia. Se trata de la percepción que tienen ambos de ciertas amenazas asociadas a la pérdida de sus posiciones tradicionales de género: el hombre puede percibir el trabajo doméstico como una amenaza a sus ventajas de poder y de prestigio asociadas a su papel de perceptor del sustento familiar, y la mujer, en su rol de cuidadora de la familia, ve amenazada su protagonismo como gestora del bienestar, al que quizás no quiera renunciar (60). Torns también remarca la percepción que mantienen interiorizada hombres y mujeres de sus roles tradicionales como obstáculo para el reparto equitativo de las tareas familiares. El hombre se percibe como el cabeza de familia con derecho a la plena disponibilidad laboral, mientras que la mujer se considera la responsable y guardiana de los quehaceres doméstico-familiares a pesar de desarrollar una doble jornada (61).

La desigual distribución de la carga total de trabajo entre el hombre y la mujer en nuestra sociedad pone de manifiesto, según Moreno, que las mujeres en conjunto trabajan más que los hombres. Se considera la carga total de trabajo al tiempo dedicado al trabajo remunerado más el tiempo dedicado al trabajo doméstico y familiar, siendo la mujer la que acumula responsabilidades tanto laborales como familiares, encontrándose en una situación de doble presencia o doble jornada. Por ello dispone de menos tiempo libre para sí misma y su autocuidado, con la consecuente afectación en su bienestar cotidiano (62). Mongote mantiene que esta sobrecarga crónica de trabajo produce en las mujeres mayores niveles de estrés psicofisiológico así como otros trastornos relacionados con el estrés (63).

En el proceso de socialización de género se asigna a la mujer el rol de cuidadora, con la tarea de nutrir, comprender, proteger y sostener a los otros, y además, la responsabiliza del bienestar de los demás. Esta entrega hacia los demás y el afán interiorizado de cuidar a los otros comporta un impacto sobre su calidad de vida y su propia salud psico-física, y provoca situaciones de ansiedad, depresión, estrés y somatizaciones (64)(65).

Alberdi remarca que las mujeres perciben la maternidad como un obstáculo a su desarrollo profesional y que presentan sentimientos de culpabilidad cuando deben compaginar su trabajo y el cuidado de los hijos, sobre todo si estos son pequeños (66). En estudios más recientes, González de Chávez afirma que la culpabilidad acompaña siempre a la maternidad. La mujer, al ser madre, no sólo debe interrumpir su vida profesional y perder su independencia, así como decidir si trabaja fuera de casa asumiendo la doble jornada (con el consecuente esfuerzo y cansancio que comporta y renunciando a menudo a toda mejora laboral), sino que además, si algo relacionado con la familia no funciona o va mal, ella se considera culpable. También vive con malestar el tiempo que dedica a sí misma porque considera que roba tiempo y dedicación a sus obligaciones principales (hijos, pareja, casa, cuidado de otros familiares, etc.). No puede demandar ayuda, ni mostrar insatisfacción y cansancio, sin vivir sentimientos de inadecuación y malestar. Supondría sentir y mostrar su “debilidad” y el hecho de que los hijos y la familia no constituyen la plenitud soñada (67).

En el informe “*Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida*” del Ministerio de Sanidad y Consumo se hace hincapié en que las mujeres entre 45 y 65 años de nuestra sociedad dedican buena parte de sus actividades no sólo a la atención de los integrantes de su núcleo familiar, sino también a la de los de fuera de dicho núcleo (nietos, ancianos y familiares enfermos). Asumen casi todo el peso de las tareas de los cuidados intergeneracionales tanto en línea ascendente como descendente. Asimismo son una pieza clave en la vida familiar de sus hijos adultos y posibilitan que las nuevas generaciones de mujeres se afiancen en la vida económica y social. Pero para ellas toda esta “carga” supone una “doble jornada” e incluso “triple jornada”, con el consiguiente deterioro de su salud y la postergación de su propio cuidado. Si a todo ello se añaden los efectos biológicos que acompañan en estas edades al climaterio, como la menopausia y los cambios corporales propios de esta etapa del ciclo vital que demandan una adaptación y una redefinición de la feminidad, estas mujeres son altamente vulnerables (68).

Freixas refiere que en esta etapa de la vida de la mujer los estereotipos de género respecto a la vejez, que idealizan la juventud como modelo de belleza y de salud, le causan invisibilidad. La sociedad considera primero a las mujeres por su belleza, juventud y su capacidad reproductiva, y luego las valoriza por su capacidad de cuidado a otras personas, por su entrega generosa y por su capacidad de sacrificio y de estar en todo. Pero a medida que se hacen mayores pierden reconocimiento social, circunstancia muy diferente de la que vive el hombre. En busca de la aprobación social, utilizan estrategias para ocultar su edad con camuflajes estéticos que se imponen a sí mismas y se niegan o resisten a definirse como mayores. Con esta actitud ellas mismas colaboran al mantenimiento de su propia exclusión. La sociedad asocia también la idea de envejecer con la de enfermedad, lo que puede llevar a las mujeres a sentir que hacerse mayores es sinónimo de enfermedad, decrepitud y fealdad (69).

Respecto a la vivencia de la jubilación, Pérez Pérez señala que las mujeres cuya actividad profesional ha tenido una alta significación viven este proceso como una pérdida de su rol social. La percepción que tienen de una situación sin actividad laboral, o con una actividad menos cualificada o identificada como de menor valor social, dificulta su adaptación a la nueva situación de jubiladas. De todos modos las mujeres valoran positivamente la posibilidad de disponer de más tiempo para el cuidado de su salud en esta nueva etapa (70).

Velasco manifiesta que en la actualidad los rastros de modelos tradicionales de género interiorizados en las mujeres entran a veces en conflicto con nuevos ideales que ya están también interiorizados, provocando malestar y enfermedad. Entre los factores psicosociales de género que predisponen a enfermar a las mujeres se encuentran (Tabla 1): las sobrecargas al tratar de representar roles antiguos y nuevos que provocan la aceptación de múltiples tareas así como la frustración por no llegar a lo que idealmente tienen interiorizado; la caída de los ideales sobre la identidad femenina al afrontar experiencias que contradicen la omnipotencia y perfección esperada en las funciones de mujer-madre-esposa; los abusos de las que son objeto procedentes de la posición subordinada en las relaciones de género, y las pérdidas que las dejan expuestas a un vacío que no alcanza a simbolizarse o recubrirse con otras vías de realización como podría ser el trabajo, el saber o la creatividad, unas vías no disponibles por la sujeción a modelos tradicionales (71).

**Tabla 1: Factores psicosociales de género de las mujeres que predisponen a la enfermedad**

<p><b>Sobrecargas de género:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Matrimonio, falta de comunicación íntima con la pareja, trabajo de ama de casa</li><li>• Roles múltiples y doble jornada laboral</li><li>• Cuidado de otros, hijos pequeños, cuidado de inválidos o enfermos</li><li>• Hijos adolescentes</li><li>• "Superwoman", "abuela esclava"...</li><li>• Falta de soporte y ayuda socio-familiar</li></ul> <p><b>Caída de ideales (de feminidad):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ruptura de pareja</li><li>• Hijos con enfermedad o marginados</li><li>• Dificultades con el ideal maternal (infertilidad)</li><li>• Carencia de proyecto propio y de otras realizaciones</li><li>• Cambios de ciclos vitales (menopausia...)</li></ul> <p><b>Abusos como objeto (relaciones de poder de género):</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Experiencias infantiles traumáticas</li><li>• Abusos infantiles</li><li>• Violencia, malos tratos</li><li>• Dependencia económica y afectiva</li></ul> <p><b>Pérdidas más dolorosas por dependencia afectiva:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Muertes significativas (hijos/as, pareja, padres...)</li><li>• Pérdidas de trabajo, de condiciones de vida...</li><li>• Pérdidas del amor</li><li>• Migraciones, desarraigo, aislamiento</li></ul>
---

Fuente: Velasco S. (71).

La cultura actual está marcada por el enorme potencial transmisor de estereotipos de género que tienen los medios de comunicación, entre los que destaca la publicidad. Los anuncios publicitarios contribuyen a reforzar el imaginario social que interviene en la construcción del sujeto masculino y femenino, ofreciendo modelos de identificación y de auto-perfección. La publicidad ofrece una visión de la salud de las mujeres como bien de consumo, construye y populariza un concepto de salud que es interiorizado por las mujeres y reforzado mediante su asociación con otros valores deseables como el éxito y el reconocimiento social. Lanza al mercado toda una serie de productos con la supuesta intención de dar respuesta al presumible malestar de las mujeres, y el mensaje de que éstos les proporcionan bienestar y salud y las hará sentirse sanas, completas y en forma (72).

Soliva se refiere al tipo de modelo de mujer que transmite la publicidad y los mensajes estereotipados que divulga. Señala que los anuncios publicitarios difunden un modelo corporal femenino único que no representa al cuerpo femenino real sino a un cuerpo adaptado a las necesidades del mercado, de la moda, etc. Asimismo ensalzan la belleza y la juventud como ideales, fomentando un modelo de mujer que vive



esclavizada por su aspecto físico y que puede generarle sufrimientos, inseguridades, frustraciones y obsesiones. La publicidad explota los estereotipos en torno al erotismo, la sexualidad y los roles sexuales tradicionalmente marcados, obviando la carga sexista de sus imágenes y mensajes y perpetuando situaciones de desigualdad de género. También reproduce un modelo de mujer adulta que responde al prototipo de la “superwoman”, un modelo ideal de mujer, autónoma, segura de sí misma y profesional de éxito que es capaz de hacerse cargo ella sola de todas las actividades domésticas y laborales, y que además se mantiene guapa y seductora. La publicidad contribuye igualmente a difundir una imagen empobrecida y distorsionada de las mujeres de mediana edad y de las mujeres mayores. Las representa caracterizadas como mujeres con disfunciones e incompletas, fruto del proceso de deterioro físico, y con el mensaje de que el mayor enemigo de la mujer es la edad. Presenta también los principales acontecimientos biológicos de las mujeres como problemas que afectan a su salud, convirtiendo procesos naturales como la menstruación o la menopausia en sucesos patológicos (73).

La salud de las mujeres también se puede ver afectada por la medicina. El sistema sanitario, con sus protocolos de actuación, provoca formas de “microviolencia” hacia las mujeres que favorecen los estereotipos de género (74). Son situaciones percibidas pero no siempre verbalizadas por la mujer. Entre ellas se encuentra la falta de escucha activa por parte del personal, efectuar diagnósticos sin ningún tipo de exploración, culpabilizarlas por sus síntomas o atribuirlos a situaciones emocionales, considerar que se quejan en exceso, etc. (75).

En el Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS publicado en el año 2007 se remarca que los estereotipos de género, tanto de las propias mujeres y su familia como del personal sanitario, provocan un aumento de la vulnerabilidad en la mujer. Dichos estereotipos pueden funcionar como barreras u obstáculos al acceso de los servicios sanitarios. Entre estas barreras se citan: la falta de conciencia en la existencia de un problema de salud por considerarlo como un aspecto normal o natural de las características biológicas o de las actividades diarias de las mujeres; la negación por parte de las mujeres a reconocer un problema, optando por guardar silencio por miedo a las reacciones adversas de la familia, de la comunidad y/o de los profesionales de la atención de la salud, y la actitud de estos profesionales (sentenciosa, con maltrato verbal, falta de privacidad y confidencialidad e incluso con negación de atención). Todo ello provoca inequidades de género en la salud de las mujeres que precisan de medidas de empoderamiento y de incorporar la

perspectiva de género en todas las actividades de planificación y ejecución de programas de salud (76).

### **1.3. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD**

La promoción de la salud hace posible que las personas aumenten el control que tienen sobre su salud y sobre los factores que la determinan para así poder mejorarla (77). Ayuda a la adquisición y desarrollo de las aptitudes y las habilidades personales necesarias para acometer cambios de comportamiento relacionados con la salud, fomentando así estilos de vida saludables y mejorando la calidad de vida de las personas (78). Contribuye además a reducir las desigualdades en salud, influyendo en los factores que la determinan al capacitar a las personas en el proceso de toma de decisiones. Les proporciona conocimientos fundamentales y les ayuda en la adquisición de habilidades necesarias para influir en un cambio positivo para su salud (79).

Para poder entender el significado de promoción de la salud tal como se entiende en la actualidad, es importante evidenciar el recorrido histórico y determinar sus antecedentes remontándonos a los orígenes de la Salud Pública. Ésta nace a partir de la evolución de la Higiene Pública surgida a finales del siglo XVIII, convirtiéndose a finales del XIX en Medicina Social. Fue un tiempo en que debido a los cambios económicos, demográficos y de costumbres derivados de la Revolución Industrial, la sociedad tomó conciencia de las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida (80).

En esa época (siglos XVIII y XIX) destacan figuras tan importantes como: Edwin Chadwick (1800-1890), reformista inglés considerado un visionario de las ciudades saludables por su enorme contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las urbes; Louis René Villarmé (1782-1863), autor francés de varios informes que mostraban la relación entre pobreza y enfermedad; Rudolf Virchow (1821-1902), patólogo alemán que planteó la necesidad de que los individuos debían asumir la responsabilidad de cuidar de su salud como complemento del compromiso estatal, resaltando la importancia del componente social en la salud de la población, y William H. Duncan (1805-1863), primer jefe local de salud de Liverpool y considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa, que lideró un

movimiento de mejora de estándares de vida centrado en los cambios ambientales (81).

Ya en el siglo XX destaca la figura de Henry Sigerist (1891-1957), el primer autor en utilizar el término Promoción de la Salud, y que lo hizo refiriéndose tanto a las acciones basadas en la educación sanitaria como a las realizadas por el Estado para mejorar las condiciones de vida de la población. También sobresale Thomas McKeown (1912-1988), quien constató que la mejora de la salud de la población inglesa que vivió la Revolución Industrial tenía más relación con los determinantes sociales y ambientales que con los avances médicos de la época (80)(81).

Ya en el año 1974, el Ministro de Salud y Bienestar Nacional de Canadá, Marc Lalonde, presentó el informe "*A New Perspective on the Health of Canadians*". Este informe tuvo un gran impacto internacional al presentar un enfoque equilibrado en el análisis de los problemas críticos de salud y llegar a sus causas primordiales. Describía el concepto de *campo de salud* como una herramienta analítica donde la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida se consideraban significativos tanto para la salud como para el sistema de atención de la misma. Dichos componentes, más la organización de los servicios de salud, se denominaron determinantes de la salud. El informe Lalonde dio como resultado un planteamiento más amplio de la salud pública y un enfoque más enérgico a la promoción de la salud (82).

En el año 1978 la OMS y la UNICEF convocaron la Conferencia Internacional de Alma-Ata. En su declaración final se remarcó la importancia de la Atención Primaria de Salud como estrategia para alcanzar una mejora de la salud de la población y la adopción del compromiso global de los gobiernos. Con el lema "*Salud para todos en el año 2000*" se reconoció, además, la importancia de la promoción de la salud como una práctica fundamental de la atención primaria (83)(84).

En el año 1984, en Copenhague, la Oficina Regional para Europa de la OMS creó un grupo de trabajo para debatir sobre el concepto y los principios de promoción de la salud (85). Se definió el concepto de promoción de la salud como "*el proceso de capacitar a los individuos y a las comunidades para que aumenten el control sobre los*

*determinantes de la salud y la mejoren*”, y se determinaron cinco principios en los que ésta se debe basar:

- La promoción de la salud implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria.
- Se centra en la acción sobre las causas o los determinantes de la salud para garantizar un ambiente saludable en aquellas esferas que están más allá del control de los individuos.
- Combina métodos diversos pero complementarios incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
- Los profesionales sanitarios relacionados con la Atención Primaria desempeñan un papel importante en la Promoción de la Salud.

En el año 1986 se celebra en Ottawa (Canadá) la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. En ella se aprobó la “*Carta de Ottawa*”, que constituye el marco de referencia de la promoción de la Salud, sienta sus bases doctrinarias y abre el camino para pasar de la retórica a la acción (86). La “*Carta de Ottawa*” estableció los requisitos previos para la salud, estipuló tres acciones claves (promover, dotar e intervenir) y señaló cinco ámbitos de acción para la promoción de la salud (79)(87):

1. Crear una política pública saludable.
2. Crear entornos de apoyo.
3. Reforzar la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales.
5. Reorientar los servicios sanitarios.

Desde entonces, las sucesivas Conferencias Mundiales de Promoción de la Salud organizadas por la OMS, así como las declaraciones y resoluciones emitidas por esta organización y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), marcaran las directrices sobre el desarrollo de la Promoción de la Salud en el mundo (86)(87)(88):

- La II Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud tuvo lugar en Adelaida (Australia) en el año 1988 y se centró en las políticas públicas saludables.
- En el año 1989 se organizó el Grupo de Trabajo de la OMS para tratar el tema de la Promoción de la Salud en los países en desarrollo.
- La III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud se celebró en Sundsvall (Suecia) en el año 1991 y en ella se trataron los ambientes favorables para la salud.
- En el año 1992 tuvo lugar la Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá (Colombia) con la participación de todos los países de América Latina con el lema Promoción de la Salud y Equidad.
- Al año siguiente, 1993, se realizó la Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe en Trinidad y Tobago. En ella se reafirmaron de nuevo los principios y compromisos con la Promoción de la salud en esa zona.
- En el año 1997 se celebró la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Yakarta (Indonesia). En el documento resultante de dicha conferencia, la *“Declaración de Yakarta sobre el liderazgo de la Promoción de la Salud en el siglo XXI”*, se ratificaron los principios de la Carta de Ottawa. Se expusieron cinco nuevos retos (89):

1. Promover la responsabilidad social para la salud.
2. Aumentar las inversiones para el desarrollo de la salud.
3. Consolidar y ampliar las asociaciones para la salud.
4. Aumentar la capacidad de las comunidades y la capacidad del individuo.
5. Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud.

Se presentó también un glosario de términos con la finalidad de unificar y clarificar sus definiciones y servir como herramienta para los profesionales. En el que se definió también el concepto promoción para la salud, como *“el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla,*

*abarcando tanto acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, como otras que sirvan para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual” (90).*

- En México (año 2000) se celebró la V Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud con el lema *Hacia una mayor equidad*. La “*Declaración Ministerial de México*”, documento resultante de dicho encuentro, solicitó el establecimiento de planes de acción en el ámbito nacional sobre la promoción de la salud.
- En el año 2002 tuvo lugar en Santiago de Chile el Foro de Promoción de la Salud en las Américas *Empoderando y Formando Alianzas para la Salud*. En dicha reunión los países de América Latina participantes se comprometieron a fortalecer las políticas públicas saludables y a planificar, vigilar y evaluar la promoción de la salud en las Américas.
- En el año 2005 se celebró en Bangkok (Tailandia) la VI Conferencia Global sobre Promoción de la Salud con el resultado de un nuevo documento la “*Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un mundo globalizado*”. En ella se daba una nueva orientación a la promoción de la salud: las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional (77).
- La VII Conferencia Global sobre Promoción de la Salud tuvo lugar en Nairobi (Kenia) en el año 2009 con el lema *Promoción de la Salud y Desarrollo, cerrando la brecha de la implementación*. De dicho encuentro salió el “*Llamamiento de Nairobi*” que, dentro de los sistemas y políticas de salud, propone reforzar las actividades de promoción de la salud como estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar de las personas y reducir las inequidades en salud. El documento enfatiza además la idea de empoderamiento comunitario con la alfabetización en salud como elemento dinamizador y de generación de liderazgos en la comunidad (91).
- La VIII Conferencia Global sobre Promoción de la Salud tuvo lugar en Helsinki (Finlandia) en el año 2013. El documento resultante, la “*Declaración de Helsinki sobre la Salud en Todas las Políticas*”, hace un llamamiento a los gobiernos para que incorporen la salud y la equidad en salud en sus agendas, creando estructuras, recursos y capacidad institucional de apoyo a esta estrategia (92).

Los resultados de todas estas Conferencias denotan la gran contribución de la promoción de la salud a la salud pública, con una expansión de sus acciones y una base de valores, destacando la importancia de la igualdad, la concesión de poder, la participación y las asociaciones, sin olvidar su papel crítico hacia los gobiernos (93).

Cabe destacar que desde la Cumbre de las Naciones Unidas del año 2011 sobre enfermedades no transmisibles, la promoción de la salud está poniendo más atención en la prevención de estas patologías al enfatizar en el desarrollo de las capacidades individuales y en los estilos de vida. Se esperan estrategias más holísticas que tengan en cuenta los determinantes sociales, los modos de ser de cada persona, sus creencias, sus valores y sus experiencias. Estrategias que aporten estructuras de apoyo para que los individuos puedan tomar decisiones sobre su estilo de vida, así como aumentar sus oportunidades de llevar una vida más saludable (93)(94).

#### **1.4. MODELOS Y TEORÍAS SOBRE EL COMPORTAMIENTO RELACIONADO CON LA SALUD**

Dentro de los modelos y teorías de promoción de la salud están los modelos y teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud. Éstos nos ayudan a entender el proceder de las personas en referencia a su salud y nos facilitan la comprensión de los procesos de cambio hacia conductas más saludables. Asimismo proporcionan una estructura conceptual para el análisis de variables claves que permiten comprender el comportamiento individual (por qué una persona actúa de una forma u otra respecto a su salud). Una vez descrito un comportamiento relacionado con la salud, los modelos y teorías son también útiles a los profesionales sanitarios para planificar intervenciones promotoras de salud realistas y evaluar su efectividad (95)(96).

Se describen a continuación algunos de los modelos y teorías de promoción de la salud más utilizadas para explicar los cambios de comportamiento de las personas.

## Modelo de Creencias de Salud

Fue uno de los primeros modelos que adaptó la teoría de las ciencias del comportamiento a los problemas de salud. Lo desarrollaron Hochbaum y Rosentok en los años 1950 y 1960 para explicar la naturaleza de las acciones de los individuos en la prevención de las enfermedades (97). El modelo apunta que las creencias de las personas influyen en su toma de decisiones de aceptar y cooperar en las medidas preventivas y en los planes terapéuticos propuestos por los profesionales de la salud. Afirma que el comportamiento relacionado con la salud viene determinado por el hecho que la persona:

- Se considera susceptible de sufrir un problema de salud y piensa que ese problema es grave.
- Está convencida de que las actividades de tratamiento o prevención le reportaran beneficio y que éstos superan las barreras para la acción.
- Reconoce la necesidad de actuar.

De esta forma su conducta saludable dependerá de las siguientes variables: susceptibilidad percibida, severidad percibida, beneficios esperados, barreras percibidas, estímulos para la acción y autocontrol (eficacia personal). Para que se produzca el cambio hacia conductas de salud la persona tiene que sentirse amenazada por su patrón de conducta previa o actual (amenaza percibida = susceptibilidad + severidad), debe creer que el cambio de conducta necesario tendrá un resultado deseable, y lo hará a un coste aceptable con un alto grado de confianza en sí mismo para así superar las barreras que dificultan la acción (98). La Tabla 2 resume los conceptos claves de este modelo y sus definiciones (99).

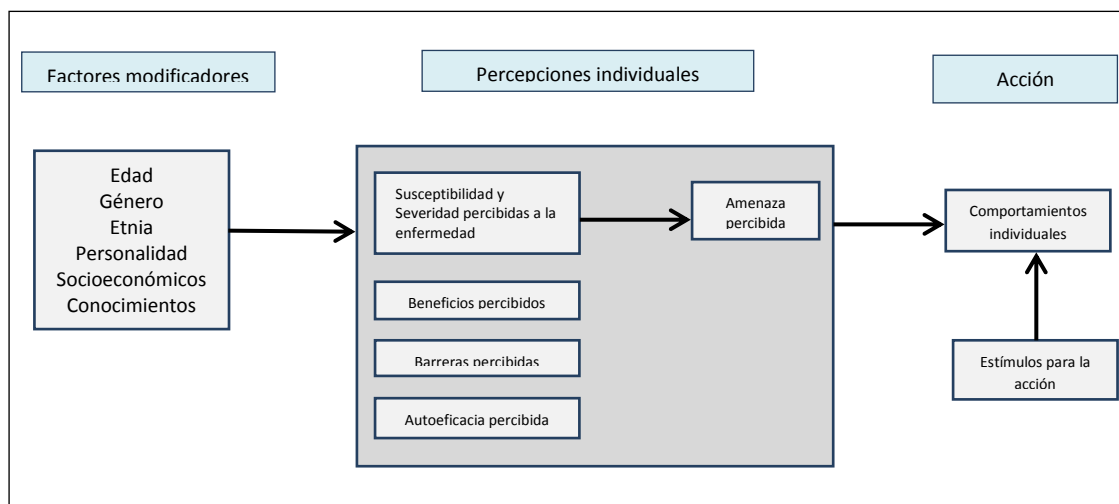
**Tabla 2: Conceptos claves y definiciones del Modelo de Creencias en Salud**

Concepto	Definición
<b>Susceptibilidad percibida</b>	La creencia personal acerca de la probabilidad de que nos suceda algo.
<b>Severidad percibida</b>	Creencia personal acerca de la gravedad de una condición o sus secuelas.
<b>Beneficios esperados percibidos</b>	Creencia individual acerca de la eficacia de la acción propuesta para reducir el riesgo o la gravedad de la condición.
<b>Barreras percibidas</b>	Creencia individual acerca de los costes tangibles y psicológicos de la acción propuesta.
<b>Estímulos para la acción</b>	Estrategias para activar la disposición individual al comportamiento deseado.
<b>Autoeficacia</b>	Confianza en uno mismo respecto a la capacidad de realizar la acción propuesta.

Fuente: Rueda J, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazogoitia J, Zulueta G. (99).



Este modelo también tiene en cuenta otras variables que pueden tener un efecto indirecto en los comportamientos saludables de los individuos: la edad, el género, la etnia, la personalidad, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios (100). La Figura 1 expone la relación entre los distintos constructos (97).



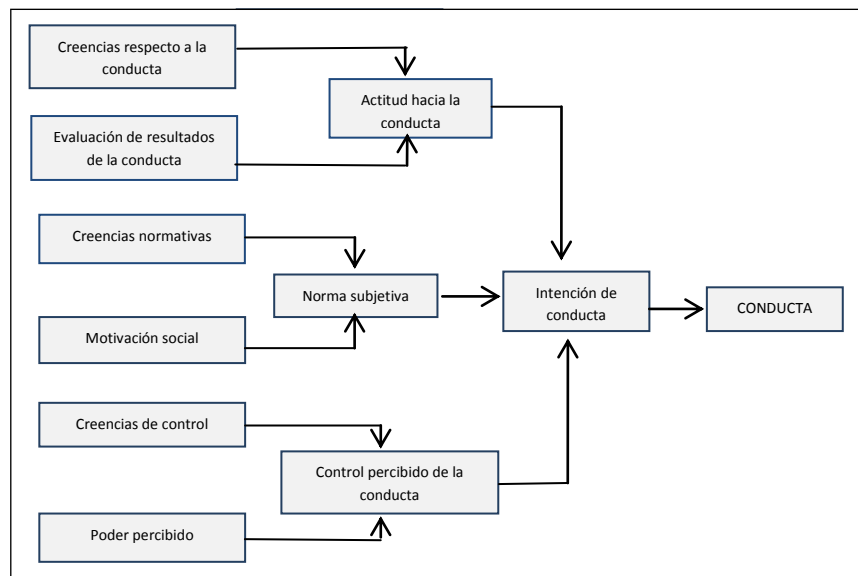
**Figura 1: Relación entre los constructos del Modelo de Creencias de Salud.**

Fuente: Glanz K, Rimer B, Viswanath K. (97).

## La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planificada

La Teoría de la Conducta Planificada es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen. En estas teorías los factores motivacionales individuales son los que determinan la probabilidad mayor o menor de que se realice una determinada conducta. Se asume que los individuos se comportan de manera racional y hacen uso de la información que tienen para realizar una conducta, y que el determinante que mejor explica o predice una conducta es la “intención de conducta”. Para que una persona realice una conducta determinada tiene que creer que el resultado de la misma será una experiencia positiva, que será valorado positivamente por otras personas y que además no será difícil hacerlo. Pero además la “intención de conducta” está influenciada por las normas sociales y por las creencias sobre la aprobación o desaprobación de esa conducta por parte de las personas importantes para el individuo. El “control percibido” viene determinado por las “creencias de control”, y éstas están relacionadas con la presencia o ausencia de facilitadores o barreras para la conducta y con el “poder percibido”, que es el peso o impacto de cada factor que facilita u obstaculiza la conducta (97)(99)(101). La Figura 2 muestra la

relación entre los constructos de la Teoría de la Acción Razonada y los de la Teoría de la Conducta Planificada (97).



**Figura 2: Relación entre los constructos de la Teoría de la acción razonada y la Teoría de la conducta planificada.** Fuente: Glanz K, Rimer B, Viswanath K. (97).

### Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio

Diseñado por Prochaska y DiClemente, este modelo integra procesos y principios de otras teorías. Se basa en que el cambio de conducta es un proceso dinámico en el que las personas están a distintos niveles de motivación o disponibilidad para realizar el cambio hacia comportamientos más saludables. Se compone de dos dimensiones: las etapas y los procesos de cambio. Las etapas de cambio se refieren a lo temporal, motivacional y a la constancia del cambio. Los procesos de cambio son las actividades que tienen lugar entre las etapas. Con los estadios o etapas se explica en qué momento se produce el cambio y con los procesos cómo cambian (97).

Se distinguen cinco etapas de cambio y se sugiere una sexta, "Terminación", en la que la persona asume un total control y no recae en la conducta insaludable (101). Las cinco etapas son:

1. Precontemplación. La persona no tiene ningún interés en modificar la conducta.
2. Contemplación. Se considera cambiar de conducta a medio o largo plazo.

3. Preparación. Se tiene tomada la decisión de modificar la conducta y se está mentalizado para ello, pero sin confianza suficiente para iniciar el proceso.
4. Acción. Se realizan modificaciones en su estilo de vida y conducta.
5. Mantenimiento. Se mantiene la nueva conducta a lo largo del tiempo.

Cada persona se moverá por las diferentes etapas en ambas direcciones hasta cambiar su conducta pudiendo retroceder a etapas anteriores produciéndose recaídas. Es esencial identificar la etapa de cambio en la que se encuentra el individuo para adaptar las intervenciones, pues las estrategias de manejo son diferentes para cada uno. Para ello son de gran ayuda los procesos de cambio que, como ya se ha indicado, son las actividades que las personas utilizan para progresar entre las distintas etapas. Estos procesos proporcionan una guía importante para elaborar programas de promoción de la salud. Pueden ser cognitivos y conductuales, y se identifican diez (102):

1. Elevación de la conciencia. Tiene que ver con los esfuerzos individuales en la búsqueda de información y su correspondiente entendimiento en relación con una determinada conducta no saludable.
2. Reevaluación del ambiente. Es una evaluación por parte del sujeto del problema y cómo este incide sobre el ambiente social y físico.
3. Alivio dramático. Contempla los aspectos afectivos del cambio. Frecuentemente incluye experiencias emocionales relacionadas al problema de conducta.
4. Autoevaluación. Combina evaluaciones cognitivas y afectivas de la autoimagen con y sin la conducta no saludable.
5. Liberación social. Conciencia, disponibilidad y aceptación por el sujeto de alternativas sociales.
6. Contra-condicionamiento. Es el aprendizaje de conductas saludables que pueden sustituir la conducta problemática.
7. Relación de ayuda. Es la utilización de apoyo de otros (profesional de la salud, familia, amigos, etc.) en el intento de cambio.
8. Administración de los refuerzos. Proporciona orientaciones para realizar acciones en una dirección determinada para cambiar la estructura que le da sostén al problema.

9. Autoliberación. La creencia de que es posible el cambio y existe el compromiso del individuo para cambiar la conducta
10. Control de estímulos. Consiste en sustituir los estímulos que favorecen la conducta no deseada por otros más saludables.

Este modelo incluye dos constructos más, el balance de decisión y la autoeficacia. El balance de decisión se define como la importancia relativa que una persona da a las ventajas, los beneficios, y desventajas, los costes del cambio de conducta, y puede variar entre las etapas de cambio. Cuando las ventajas o beneficios superen las desventajas o costes el individuo utilizará los procesos conductuales del cambio. La autoeficacia es la confianza que tiene una persona en sus habilidades para conseguir el cambio. La tentación refleja lo contrario de la autoeficacia, y través de las etapas de cambio la autoeficacia aumentará mientras los niveles de tentación disminuirán (102).

### **Modelo de Adopción de Precauciones**

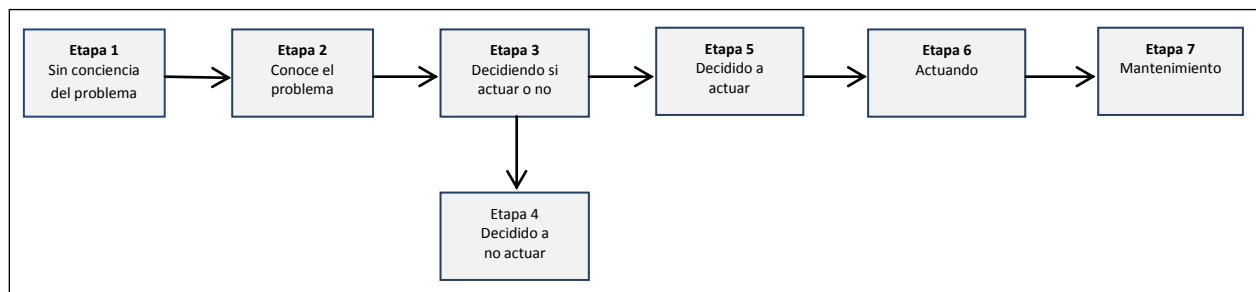
Modelo desarrollado por Weinstein que afirma que para la adopción de una nueva conducta más saludable, o el abandono de una conducta de riesgo, se requiere de una acción deliberada por parte del individuo. Es una teoría de etapas parecida al modelo transteórico pero con características metodológicas específicas. Éstas características son (97):

- La adopción de la precaución no es un proceso continuo sino discontinuo que involucra a factores de diversa índole y transcurre por diversas etapas.
- Las etapas constituyen una sucesión obligada por la que debe transcurrir la persona en el camino hacia la adopción de la precaución. El movimiento entre ellas puede ser de sentido progresivo o regresivo.
- La progresión de una etapa a la siguiente implica la superación de unas barreras específicas: la falta de información y motivación, la pobre percepción de susceptibilidad y vulnerabilidad propia, la alta percepción de costes y la falta de intención.

Este modelo define siete etapas (103):

- Etapa 1. La persona no reconoce que tiene un riesgo y por ello se encuentra desprevenida y sin información acerca de él. Las acciones en esta etapa se deben centrar en informar.
- Etapa 2. La persona reconoce un riesgo aunque no realiza ninguna acción pues no se percibe vulnerable ni se interesa por cambiar. Es importante que reconozca la susceptibilidad individual ante el riesgo y la severidad del problema.
- Etapa 3. La persona ve como posible la realización de un comportamiento pero no se decide a actuar. Intenta hacer un balance decisional para evaluar los pros y los contras del cambio de conducta.
- Etapa 4. La persona decide qué hacer. En este momento existe mayor vulnerabilidad de retroceder, ya que si la persona tiene baja percepción de vulnerabilidad frente al riesgo abandona el proceso de cambio como efecto del sesgo optimista-no realista que lo lleva a pensarse invulnerable. Si la persona decide no actuar se quedará en esta etapa o puede tener una recaída.
- Etapa 5. La persona decide actuar y realiza un plan de acción en el que evalúa cuándo y cómo emitirá la conducta. Si se hace manifiesta la intención hay mayor probabilidad de que ocurra el comportamiento saludable.
- Etapa 6. Se pasa de la intención a la acción y comienza el cambio real. Aquí el trabajo debe centrarse en el autocontrol y manejo de las recaídas.
- Etapa 7. Se mantiene la conducta saludable por un tiempo y se controlan las situaciones que pueden generar recaídas.

El cambio de conducta se produce cuando se transita por las etapas de forma consecutiva. Pueden presentarse retrocesos entre ellas cuando no se ha logrado superar alguna barrera y este movimiento regresivo es considerado una recaída (104). En la Figura 3 se muestran las diferentes etapas de este modelo (97).



**Figura 3: Etapas del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones.**

Fuente: Glanz K, Rimer B, Viswanath K (97).

### **Modelo integrador del comportamiento**

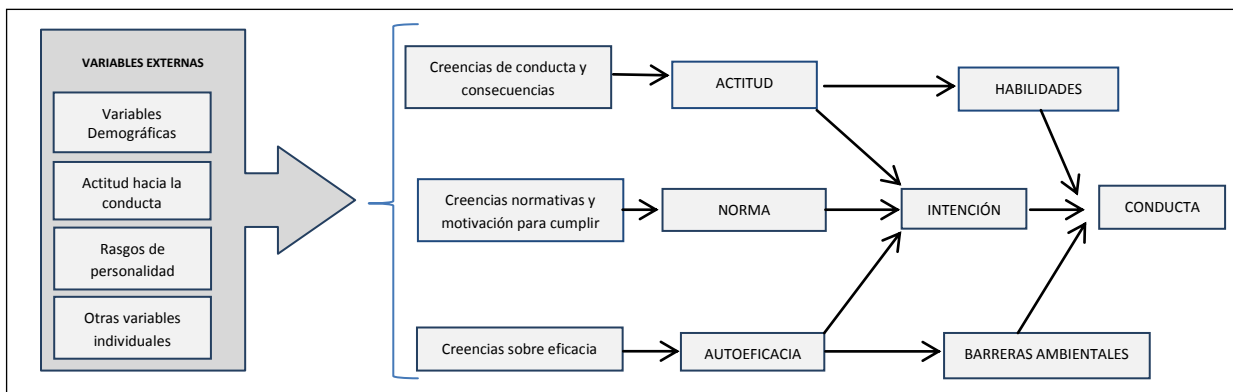
Este modelo, creado por Fishbein, proporciona una integración de varias de las teorías de la conducta expuestas anteriormente. En él se pone de manifiesto la importancia de los factores personales, los interpersonales y los del entorno. Cualquier conducta dada es más probable que ocurra si existe una fuerte intención de realizarla, si se tienen las habilidades y las destrezas necesarias para llevarla a cabo y si no hay limitaciones ambientales que impidan su ejecución. La intención de conducta viene determinada a su vez por tres factores(105):

- La actitud hacia la ejecución de la conducta. Son los sentimientos de la persona que favorecen o no la realización de esa conducta.
- La norma social percibida. Son las percepciones de lo que otros piensan que uno debe hacer, así como las percepciones de lo que otros están haciendo.
- La autoeficacia. Es la creencia de que uno puede realizar esa conducta.

La importancia de dichos factores como determinantes de la intención dependerá de la conducta en cuestión y la población considerada. El modelo también establece que la actitud hacia la conducta, la norma social percibida y la autoeficacia percibida vienen a su vez determinadas por las creencias subyacentes acerca de las consecuencias de ejecutar la conducta, las prescripciones normativas de los referentes importantes para

la persona y las barreras y facilitadores percibidos sobre su ejecución. También reconoce la influencia de una serie de factores personales, como las características socio-demográficas, de personalidad o variables culturales, que influyen en la conducta de manera indirecta a través de su influencia en la estructura de creencias (106).

La Figura 4 muestra la relación entre los diferentes constructos de este modelo (106).



**Figura 4: Relación entre los constructos del Modelo Integrador del Comportamiento.**

Fuente: Grandes G, Sanchez A, Cortada J, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. (106).

## Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva

Esta teoría fue ideada por Albert Bandura y afirma que la conducta humana es un proceso dinámico y continuo de reciproca influencia entre tres grupos de factores que interaccionan entre sí (107):

- Factores personales y cognitivos. Son los conocimientos, las expectativas y las actitudes.
- Factores conductuales. Son las habilidades, la práctica y la autoeficacia.
- Factores ambientales. Son las normas sociales, la accesibilidad en la comunidad y la influencia en otros (la habilidad para cambiar el propio ambiente).

La autoeficacia es el eje central de esta teoría ya que predeciría la iniciación de comportamientos relacionados con la salud, incluso en condiciones adversas, la continuación de la conducta buscada, incluso en condiciones de fracaso, y el mantenimiento de comportamientos complejos relacionados con la salud, incluso en

condiciones de estrés. La percepción de la autoeficacia se puede modificar a través de los siguientes mecanismos: consecución de cambios graduales de comportamiento, experiencia sustitutiva, persuasión y minimización de la respuesta emocional (97)(99). La Tabla 3 muestra los conceptos claves de esta teoría y sus definiciones (99).

**Tabla 3: Conceptos claves y definiciones de la Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva**

<b>Concepto</b>	<b>Definición</b>
<b>Medio ambiente</b>	Factores físicamente externos a la persona.
<b>Situación</b>	Percepción personal del medio.
<b>Capacidad conductual</b>	Conocimiento y habilidad para realizar una conducta concreta.
<b>Expectativas de resultado</b>	Resultados esperados de una conducta.
<b>Expectativas de valor</b>	El valor que cada persona pone en el resultado de una conducta, incentivos.
<b>Autocontrol</b>	Regulación o control personal de la conducta dirigida a un objetivo.
<b>Aprendizaje por observación</b>	Conducta adquirida por observación de la conducta de otras personas y sus resultados.
<b>Refuerzos</b>	Respuestas a una conducta que refuerzan o disminuyen la probabilidad de ocurrir esa conducta.
<b>Autoeficacia</b>	La confianza de la persona en realizar esa conducta y en superar las barreras para esa conducta.
<b>Respuestas emocionales</b>	Estrategias o tácticas usadas por una persona para afrontar estímulos emocionales.
<b>Determinismo recíproco</b>	La interacción dinámica entre la persona, la conducta y el medio que hace que la conducta se realice.

Fuente: Rueda J, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazogoitia J, Zulueta G. (99).



Para finalizar este apartado 1.4 de Modelos y Teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud, la Tabla 4 expone, a modo de resumen, los modelos y teorías que se han presentado (106).

**Tabla 4: Resumen de los Modelos y Teorías sobre el comportamiento relacionado con la salud**

<b>Modelo/ Teoría</b>	<b>Enfoque</b>	<b>Variables</b>
<b>Modelo de Creencias de Salud</b>	Percepción de la persona sobre la amenaza del problema de salud y la efectividad de la conducta recomendada para prevenir o manejar dicho problema.	Susceptibilidad percibida Severidad percibida Beneficios percibidos Barreras percibidas Autoeficacia percibida Estímulos para la acción
<b>Teoría de la Acción Razonada y la Conducta Planificada</b>	Las personas son seres racionales y su intención de conducta determina la ejecución de un determinado comportamiento a través de la influencia de las creencias, actitudes, las normas subjetivas y el control percibido sobre la conducta.	Intención de conducta, influenciada por: Norma subjetiva: creencias sobre la opinión de los individuos importantes en el entorno respecto a la conducta y el cambio Actitud hacia la conducta: modelada por las creencias asociadas a la conducta y sus consecuencias Control percibido sobre la conducta: facilidad o dificultad para realizar el cambio y capacidad percibida de lograrlo.
<b>Modelo Transteórico de las Etapas de Cambio</b>	Modelo dinámico de cambio en el que los individuos progresan a lo largo de diversas etapas. La disposición o intención de cambiar una conducta varía entre los individuos y en el individuo a través del tiempo. La recaída es un suceso común y parte del proceso de cambio.	Etapas de cambio: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento. Procesos de Cambio: cognitivos y Conductuales. Balance de decisión. Autoeficacia.
<b>Proceso de Adopción de Precauciones</b>	La adopción de una nueva conducta requiere un proceso a través de 7 etapas o pasos- Éstos van desde el desconocimiento del problema hasta el cambio final de conducta, pasando por la decisión de realizar o no la acción.	Etapas: 1. No es consciente del riesgo 2. Es consciente del riesgo pero no se considera susceptible al mismo o implicado por el problema 3. El individuo está en el proceso de toma de decisión que puede ser: 4. No actuar 5. Preparado para actuar 6. Acción 7. Mantenimiento Se pasa por todos los estadios sin saltar ninguno y se puede retornar de los cinco últimos, pero no a los estadios 1 y 2, una vez pasados.
<b>Modelo Integrador del Comportamiento</b>	El cambio de conducta viene dado por la intención y las habilidades de las personas para llevar a cabo el cambio y sin barreras ambientales que impidan su realización.	Variables externas: características socio-demográficas, rasgos de personalidad y variables culturales. Intención de conducta: actitud, Norma subjetiva y la autoeficacia. Habilidades personales. Barreras ambientales.
<b>Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva</b>	El comportamiento viene determinado por la interacción dinámica de los factores personales, las influencias ambientales y la propia conducta.  El individuo aprende no sólo de su propia experiencia sino de la conducta de los demás.	- Determinismo recíproco - Aprendizaje observacional - Expectativas de resultado - Autoeficacia - Capacitación - Reforzamiento

Fuente: Grandes G, Sanchez A, Cortada J, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. (106).

## 1.5. EL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DE NOLA J. PENDER

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) creado por Nola J. Pender en 1982 integra las perspectivas de enfermería y de las ciencias conductuales a los factores que influyen en las conductas de salud. Éstas son las razones por las que se escoge este modelo como referencia en esta investigación.

Pender se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuesta a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud explorando los complejos procesos biopsicosociales de la motivación (4)(108). El MPS se ha desarrollado para explicar los procesos mentales que subyacen a los comportamientos de salud, y pone su énfasis en el hecho que la percepción humana y los factores contextuales desempeñan simultáneamente un papel fundamental en las decisiones relacionadas con esta (109). Este modelo de enfermería proporciona pues un marco apropiado para la exploración de los comportamientos de salud de las mujeres que presentan IU en relación a su problema con la orina, y permite conocer entre otros factores el significado que les otorgan, sus estrategias de manejo, sus comportamientos de búsqueda de ayuda, sus expectativas, etc.

El MPS integra la Teoría del Aprendizaje Social o Teoría Social Cognitiva de Albert Bandura (1977) que, como se ha indicado, remarca la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, y el Modelo de Valoración de Expectativas de la Motivación Humana definido por Feather (1982). El Modelo de Feather afirma que la conducta es racional y económica, es decir, una persona realizará una acción determinada y persistirá en ella en función de si el resultado de ésta es positivo o negativo. El componente motivacional (la intencionalidad o el compromiso personal con la acción) es la clave para conseguir un cambio de comportamiento (110).

En el MPS, a diferencia del Modelo de Creencias de Salud, la fuente de motivación para el cambio de conducta no es el miedo ni la amenaza sino el deseo de aumentar el bienestar. Es un modelo que abarca las conductas saludables, que ofrece la posibilidad de llevar a cabo una adecuada promoción de la salud antes de que se presenten complicaciones que pongan en riesgo a la población y que se puede aplicar a lo largo de toda la vida (111)(112).

El MPS es un modelo predictivo y explicativo que describe las conductas de salud como acciones motivadas por el deseo de proteger o promover la salud. Se puede aplicar a cualquier conducta de salud en el que la amenaza no es una fuente de motivación para el cambio de comportamiento (108). Muestra la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando éstas intentan alcanzar un determinado estado de salud. Resalta el nexo entre las características y experiencias personales, y sus conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretende alcanzar. Expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los individuos, en sus actitudes y en las motivaciones hacia las acciones que promueven la salud (4).

Los conceptos metaparadigmáticos “cuidado” (cuidado enfermero), “persona”, “salud” y “entorno” que configuran y construyen todo modelo de enfermería, en Pender no se definen explícitamente sino que quedan diluidos a lo largo de él (Tabla 5) (109)(113).

**Tabla 5: Conceptos Metaparadigmáticos del MPS de Pender**

CONCEPTO	DEFINICIÓN
<b>Cuidado</b>	Favorece el desarrollo de conductas de salud. Está estrechamente relacionado con las intervenciones y estrategias que la enfermera realiza para ayudar a las personas a realizar conductas positivas de salud. Una de las principales funciones de la enfermera es fomentar el autocuidado de las personas.
<b>Persona</b>	Ser que se expresa de forma única y personal, que es capaz de tomar decisiones, de resolver problemas y con potencial para cambiar las conductas la salud. Es el centro de interés del modelo.
<b>Salud</b>	Es un estado altamente positivo. Se ve en los aspectos individuales, la familia y la comunidad, con énfasis en la mejora del bienestar, la capacidad de desarrollo y no como ausencia de enfermedad. Debe ser estudiada a lo largo del proceso de desarrollo humano, teniendo en cuenta la edad, la raza y la cultura desde una perspectiva holística.
<b>Entorno</b>	Debe entenderse como resultado de las relaciones entre las personas y su acceso a los recursos de salud, sociales y económicos. Esta relación debe proporcionar un entorno sano.

Fuente: Adaptación propia de Pender N, Murdaugh C, Parsons M. (109) y Victor Fonseca J, Venícios de Oliveira Lopes M, Barbosa Ximenes L. (113)

Para planificar las intervenciones enfermeras Pender se basa en el Modelo de Autocuidado de Dorothea Orem. La idea fundamental de este modelo es el concepto de autocuidado como requerimiento que todas las personas sienten y satisfacen para

vivir de forma sana y para desarrollarse como seres humanos (111). El autocuidado es una acción adquirida que la persona la aprende dentro del contexto sociocultural al que pertenece. Es una acción que se lleva a cabo de forma voluntaria con el objetivo de mantener la vida, la salud y el bienestar personal o el de las personas bajo su responsabilidad. La aptitud de la persona para comprometerse en el autocuidado dependerá de sus capacidades activas, su edad, su etapa de desarrollo, su estado de salud, su experiencia, sus recursos intelectuales, sus intereses y sus motivaciones (114)(115). El autocuidado es un requisito universal para el mantenimiento y la mejora de la salud, y es la base de la promoción de la salud y las estrategias de prevención (4)(116).

De acuerdo con la versión del año 2002, el MPS es un modelo constituido por tres grandes constructos (109): las características y experiencias previas individuales, las cogniciones y afectos específicos de la conducta y el resultado conductual.

### **Las características y experiencias previas individuales en el MPS**

Cada persona tiene sus propias características y experiencias personales que afectan a sus acciones posteriores. Este constructo del modelo incluye dos conceptos: los factores personales y la conducta previa relacionada (109)(111).

- Los *factores personales* predicen una conducta determinada y son moldeados por la naturaleza del comportamiento objetivo. Influyen directamente en las cogniciones y emociones específicas del comportamiento así como en la conducta promotora de salud. Los factores personales se clasifican en biológicos, psicológicos y socioculturales, y deben limitarse a aquellos que son relevantes para explicar o predecir un comportamiento determinado del individuo.
  - Los factores personales biológicos incluyen variables como la edad, el sexo, el índice de masa corporal, el estado de pubertad, el estado de menopausia, la capacidad aeróbica, la fuerza, la agilidad o el equilibrio.
  - Los factores personales psicológicos son la autoestima, la automotivación, la competencia personal, el estado de salud percibido y la definición de salud.

- Los factores personales socioculturales son la etnia, la aculturación y el nivel educativo y socioeconómico.
- La *Conducta previa relacionada* es la frecuencia con la que se realiza una misma conducta o conductas similares en el pasado, y es el mejor predictor del comportamiento. Tiene un efecto directo e indirecto con la probabilidad de realizar conductas promotoras de salud. El efecto directo se relaciona con la adquisición de hábitos, es decir, la realización de una conducta de forma automática. El efecto indirecto dependerá de los beneficios previstos, de las barreras para una determinada conducta que se almacenan en la memoria como obstáculos que deben ser superados para conseguir el comportamiento deseado, de la autoeficacia y de las emociones que acompañan a la conducta.

### **Las cogniciones y afectos específicos de la conducta en el MPS**

Es un constructo de mucha importancia motivacional porque constituye el núcleo crítico para la intervención y está sujeto a modificación a través de las acciones de enfermería. Con su medición se puede evaluar si el cambio de conducta es el resultado de la intervención enfermera.

Este constructo contienen los siguientes conceptos (109)(111):

- Los *Beneficios percibidos de la acción*, que son representaciones mentales de las consecuencias y resultados positivos que se producirán al seguir una determinada conducta. Motivan directa e indirectamente hacia el cambio de conducta. Esta motivación se consigue al determinar el grado de compromiso del individuo con un plan de acción para la realización de conductas saludables.
- Las *Barreras percibidas a la acción*, que son bloqueos mentales anticipados, imaginados o reales, obstáculos previstos y costes personales para emprender una conducta determinada. Las barreras consisten en las percepciones acerca de la falta de disponibilidad, la incomodidad, el gasto, la dificultad o el tiempo que se necesita para realizar una acción concreta. Suelen suscitar motivos de evitación con respecto a un comportamiento determinado y afectan al fomento de la salud y disminuyen el compromiso con un plan de acción. Cuando la disposición de un

individuo a actuar es baja y las barreras son altas es poco probable que se produzca el cambio de conducta.

- La *Autoeficacia percibida*, que es el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar una conducta promotora de salud. Se refiere a los juicios que uno puede hacer con cualquier habilidad que uno posee, no a la capacidad que uno tiene. Esta variable influye además sobre las barreras de acción percibidas, de manera que la mayor eficacia lleva a percepciones menores de las barreras para la realización de esa conducta, y por tanto aumenta el compromiso con un plan de acción.
- El *Afecto relacionado con la actividad*, que son los sentimientos, emociones y reacciones subjetivas (positivas y negativas, favorables o desfavorables), que ocurren antes, durante y después de una conducta basada en las propiedades de los estímulos de la conducta en sí. El estado emocional de una persona influye en si va a repetir o no un comportamiento nuevo, o mantener una conducta determinada a largo plazo. Las conductas asociadas al afecto positivo tienden a ser repetidas mientras que las asociadas al efecto negativo tienen la probabilidad de ser evitadas. El afecto relacionado con la actividad influye en la autoeficacia percibida: cuanto más positivo es el sentimiento subjetivo mayor es el sentimiento de eficacia. Poco a poco, el aumento de sentimientos de eficacia puede generar un mayor afecto positivo y un mayor compromiso con un plan de acción.
- Las *Influencias interpersonales*, que son los conocimientos concernientes a las conductas, creencias o actitudes de otros, que pueden o no corresponderse con la realidad. Incluyen normas, que son las expectativas de las personas más importantes de su entorno; apoyo social, que puede ser instrumental y emocional, y modelación, que es el aprendizaje indirecto a través de la observación de otros involucrados en un comportamiento determinado. Las influencias interpersonales predisponen a los individuos a involucrarse en conductas promotoras de salud. Las fuentes principales son la familia, las parejas, los grupos de iguales y los proveedores de atención a la salud.
- Las *Influencias situacionales*, que son las percepciones y cogniciones personales de cualquier situación o contexto que pueden facilitar o impedir una determinada conducta promotora de salud. Incluyen las percepciones de las opciones disponibles, las características de la demanda y los rasgos estéticos del entorno en que se propone que se desarrollen ciertas conductas saludables. Las

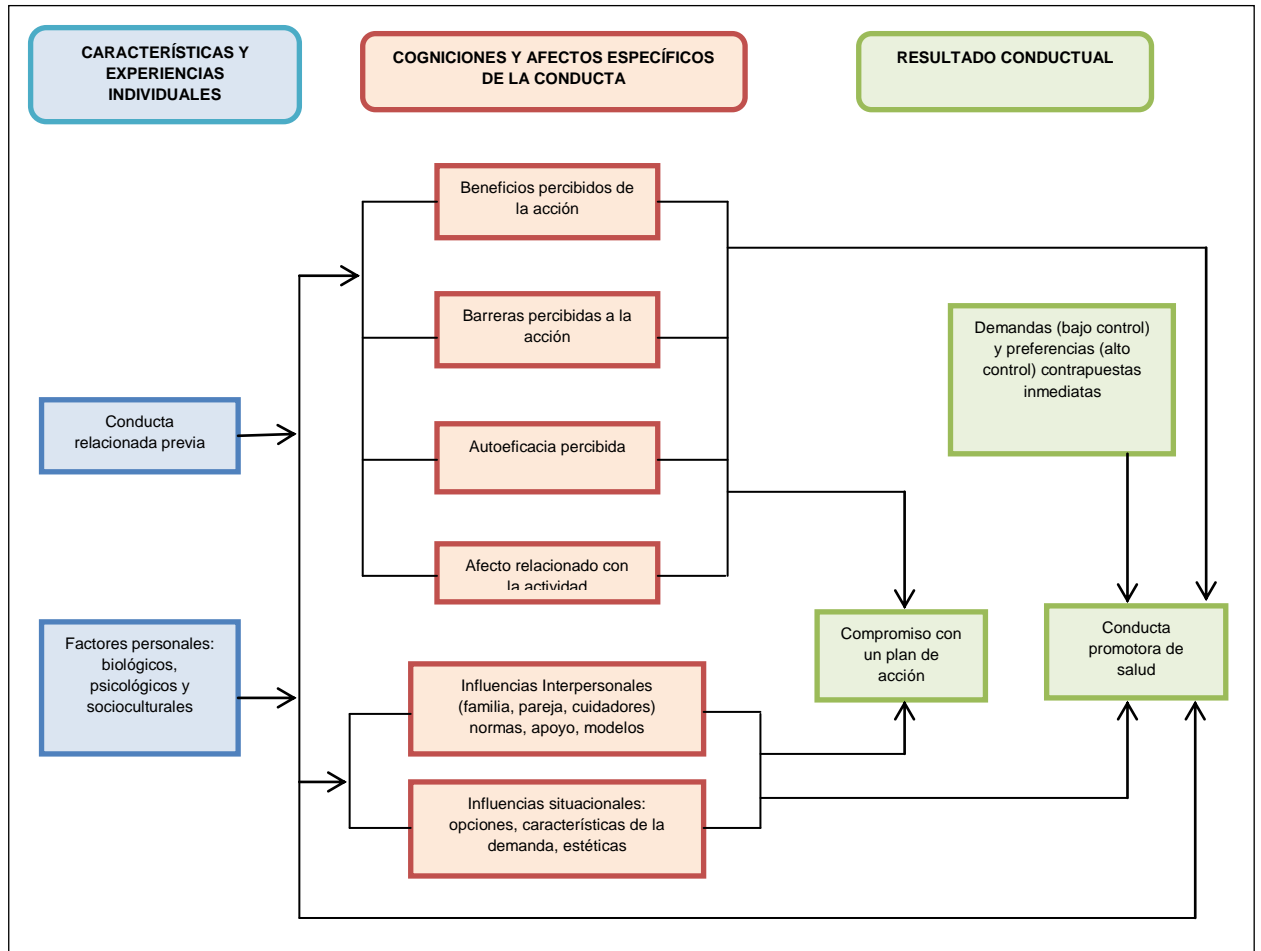
influencias situacionales pueden tener influencias directas o indirectas en la conducta de salud. Las personas se sienten más motivadas a llevar a cabo comportamientos saludables en situaciones o entornos en los que se sienten seguros y tranquilos.

## **El Resultado conductual en el MPS**

Este constructo incluye los siguientes conceptos (109)(111):

- El *Compromiso con un plan de acción*. Éste es un evento conductual e implica los dos siguientes procesos cognoscitivos subyacentes: a) la intención de llevar a cabo una acción específica en un determinado momento y lugar, con determinadas personas o solos, con independencia de las preferencias que compiten y b) la identificación de estrategias planificadas para motivar, realizar y reforzar un comportamiento, como por ejemplo firmar un mutuo acuerdo en el que una de las partes se compromete a realizar un tipo de conducta determinada, con el entendimiento de que la otra parte va a proporcionar algún tipo de recompensa o refuerzo tangible si el compromiso se mantiene.
- Las *Demandas y preferencias contrapuestas inmediatas*. Las demandas contrapuestas son aquellas conductas alternativas mediante las cuales los individuos tienen un bajo control porque existen contingentes del entorno, como el trabajo o las responsabilidades del cuidado de la familia. Las preferencias contrapuestas son conductas alternativas mediante las cuales los individuos poseen un control relativamente alto, como la elección de un helado o una manzana para “picar” algo. El grado en que un individuo resiste a las preferencias contrapuestas dependerá de su capacidad de auto-regulación, por tanto la inhibición de las mismas requerirá la adquisición de capacidades de control por parte del individuo, ejercitando su auto-regulación.
- La *Conducta promotora de la salud*. Este concepto es el punto final o el resultado de la acción y está dirigida al logro de resultados de salud positivos para el individuo. Las conductas promotoras de salud, cuando están integradas a un estilo de vida saludable, dan como resultado una mejor salud, una mejor capacidad funcional y una mejor calidad de vida, en definitiva, una experiencia de salud positiva para la persona.

La Figura 5 muestra el diagrama de los constructos del MPS y sus respectivos conceptos (113).



**Figura 5: Diagrama del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) revisado de Nola J. Pender**  
 Fuente: Víctor Fonseca J, Venícios de Oliveira Lopes M, Barbosa Ximenes L. (113).



## **Afirmaciones teóricas derivadas del modelo de MPS**

Del MPS de Nola J. Pender se desprenden catorce afirmaciones teóricas (111):

1. La conducta previa y las características heredadas y adquiridas influyen en las creencias, el afecto y la promulgación de las conductas de promoción de la salud.
2. Las personas se comprometen a adoptar conductas a partir de las cuales anticipan los beneficios derivados valorados de forma personal.
3. Las barreras percibidas pueden obligar a adquirir el compromiso con la acción, la mediación de la conducta y la conducta real.
4. La competencia percibida de la eficacia de uno mismo para ejecutar una cierta conducta aumenta la probabilidad de un compromiso de acción y la actuación real de la conducta.
5. La autoeficacia percibida tiene como resultado menos barreras percibidas para una conducta de salud específica.
6. El afecto positivo hacia una conducta lleva a una autoeficacia percibida que puede, poco a poco, llevar a un aumento del afecto positivo.
7. Cuando las emociones positivas o el afecto se asocian con una conducta aumenta la probabilidad de compromiso y acción.
8. Es más probable que las personas se comprometan a adoptar conductas de promoción de la salud cuando los individuos importantes para él/ella modelan su conducta, esperan que se produzca la conducta y ofrecen ayuda y apoyo para permitirla.
9. Las familias, las parejas y los cuidadores de la salud son fuentes importantes de influencias interpersonales que pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso para adoptar una conducta promotora de salud.
10. Las influencias situacionales en el entorno externo pueden hacer aumentar o disminuir el compromiso o la participación en la conducta promotora de salud.
11. Cuanto mayor es el compromiso de un plan específico de acción más probable es que se mantengan las conductas promotoras de salud a lo largo del tiempo.

12. El compromiso de un plan de acción es menos probable que acabe en una conducta deseada cuando las preferencias contrapuestas en las que las personas tienen menos control requieren una atención inmediata.
13. Es menos probable que el compromiso de un plan de acción llegue a ser la conducta deseada cuando unas acciones son más atractivas que otras y, por tanto, son preferidas en la meta de la conducta.
14. Las personas pueden modificar los conocimientos, el afecto y los entornos interpersonales y físicos para crear incentivos para las acciones de salud.

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender como ya se ha detallado, permite evaluar intervenciones de enfermería promotoras de salud y comprender y explicar determinadas conductas o comportamientos de salud que adoptan los individuos. Es precisamente uno de estos últimos aspectos, el comprender determinadas conductas o comportamientos de salud, lo que pretende esta tesis doctoral, y hacerlo en concreto en relación a la IU en la mujer puesto que esta patología presenta una alta prevalencia de invisibilidad: las mujeres no manifiestan este problema y por ello se la denomina muchas veces la enfermedad oculta (3).

## **OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**



## **2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene como finalidad obtener conocimiento documentado sobre la incontinencia urinaria en la mujer a partir de las propias mujeres que la padecen. Pretende dar a conocer los procesos mentales de mujeres con incontinencia urinaria que, fruto de la interrelación entre sus experiencias, conocimientos, creencias, significados, estereotipos sociales, etc., subyacen en su comportamiento de salud relacionado con sus pérdidas de orina.

### Objetivo General

- Describir, en mujeres con incontinencia urinaria, sus conductas o comportamientos de salud en relación con la pérdida de orina.

### Objetivos específicos

Tomando como referencia el MPS de Nola J. Pender, y en concreto los dos primeros constructos que lo constituyen, el objetivo de investigación planteado se abordará a través de los dos siguientes objetivos específicos:

1. Conocer en mujeres con IU sus experiencias individuales y las características de su conducta en relación con la pérdida de orina.
2. Identificar en mujeres con IU las cogniciones y percepciones específicas de la conducta respecto a la pérdida de orina.



## **METODOLOGÍA**





### 3. METODOLOGÍA

Según Nava Bedolla la orientación epistemológica da a conocer la forma o el modo de realizar una investigación científica. Toda orientación epistemológica está compuesta por cinco niveles relativos al problema de conocimiento: los presupuestos filosóficos a partir de los cuales se conoce la realidad, los fundamentos teóricos con los que se problematizan los objetos de estudio, los procedimientos metodológicos para generar el nuevo conocimiento, las estrategias técnicas para conocer la realidad y los instrumentos con los que se recoge la información necesaria para dicha investigación (117).

Esta investigación se abordará desde el paradigma cualitativo a partir de la perspectiva filosófica de la fenomenología descriptiva. Dados los objetivos planteados, se ha optado por este paradigma porque encaja en una tradición fundamentada en la creencia de que los seres humanos continuamente interpretan y otorgan significados a su entorno y, por tanto, la investigación de su conducta y de los procesos sociales debe tener en cuenta el significado de dichos acontecimientos (118).

El interés de la metodología cualitativa por el estudio de los significados y de las intenciones de las acciones humanas se realiza desde la perspectiva de los mismos agentes sociales. Es una metodología que permite examinar las situaciones tal como son construidas y vividas por los participantes, basándose en el contacto directo y la interacción cara a cara con ellos, y que se sustenta en unos principios éticos negociados (119).

En la investigación cualitativa el conocimiento es subjetivo, individual e irrepetible, estableciéndose una relación estrecha con el objeto investigado con la finalidad de poder penetrar con mayor profundidad en su esencia (120). Es una metodología que indaga en las actitudes, los valores, las opiniones, las percepciones, las creencias y las preferencias de los sujetos. Extiende su interés y su acción al mundo de la subjetividad y de la afectividad de los individuos, así como la forma en que ellos mismos describen y experimentan los acontecimientos y las maneras que tienen de aprender la realidad (121).

La fenomenología surge del pensamiento filosófico de Edmund Husserl en la primera década del siglo XX y sus máximos representantes se encuentran en la Universidad

de Duquesne en Pittsburgh, Pensilvania. Se distinguen dos escuelas de pensamiento, la fenomenología eidética, transcendental o descriptiva de Husserl, y la interpretativa o hermenéutica de Heidegger y Gadamer. Para los transcendentales-descriptivos el estudio de la fenomenología se centra en la epistemología, es decir, en el ¿Cómo conocemos? Para los hermenéuticos-interpretativos el centro de la fenomenología está en la ontología, en el Ser, en el ¿Cómo es el ser? (122). Es precisamente el primer enfoque, el de la fenomenología transcendental o descriptiva, el que se seguirá en este estudio.

Su foco de investigación son las experiencias de la persona en relación a un fenómeno. Asume que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre ese fenómeno en particular (123). Su objetivo es describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes la han vivido. Su preocupación es la descripción del fenómeno y no su explicación (124). Busca hacer un relato exacto de lo que se experimenta para reconocer la vivencia de estar en el mundo de una manera particular. No busca comprobar la veracidad sino que la asume. Tampoco pretende explicar ni juzgar, solamente referir la experiencia que se vive. La experiencia vivida sólo puede ser clasificada con el significado que tiene para quien la vive directamente. Su producto final es una descripción exhaustiva del fenómeno estudiado, es decir, la experiencia de una persona y sus percepciones relacionadas (125).

En la fenomenología es importante que el investigador, al aproximarse a la experiencia vivida por otros, se aleje de todo prejuicio, creencia o valor preconcebido. Es la llamada reducción fenomenológica que busca el fenómeno completo en las descripciones de las propias personas que lo viven. Para ello el investigador debe ponerse en el lugar del otro y así encontrarse con el fenómeno a estudiar describiendo lo que percibe y lo que escucha (126). Con los estudios fenomenológicos se contribuye al pensamiento enfermero, pues al entender el significado de la experiencia de las personas, realizando una descripción de las mismas, se aporta nuevo conocimiento que ayudará a los profesionales de la salud a evaluar las necesidades de cuidados y de intervenciones de promoción de la salud (127).

## Trabajo de campo

Se definen en este apartado el ámbito del estudio, la población a investigar, las características de las participantes o informantes y los criterios de selección de las mismas. Se describen asimismo las estrategias o técnicas a seguir para la obtención de los datos.

El ámbito de esta investigación es la provincia de Barcelona. El estudio se ha llevado a cabo entre mujeres residentes en distintas poblaciones de esta provincia, si bien por concentración de población, la mayoría pertenecía a las ciudades de Barcelona y de L'Hospitalet de Llobregat.

La población objeto de estudio son mujeres autóctonas con incontinencia urinaria de cualquier tipo (de esfuerzo, de urgencia o mixta). La elección de mujeres autóctonas con IU como población de este estudio se justifica por el hecho de que los estudios cualitativos realizados en otros países apuntan que la cultura es un aspecto que puede influir en los significados que las mujeres dan a su IU. El muestreo ha sido intencional o de conveniencia y el acceso a las informantes se llevó a cabo mediante la técnica "bola de nieve": las primeras informantes son las que ayudan a identificar nuevos participantes, con características similares a las suyas, que sean de interés para la investigación (128)(129).

En la fase inicial de búsqueda de mujeres informantes se recurrió a las redes sociales informales (facebook, twitter y correo electrónico). Como señalan Orellana y Sánchez, actualmente las investigaciones cualitativas deben valerse de las tecnologías de la información al ofrecer éstas muchas posibilidades de comunicación e interacción con las personas (130). A través de estas redes sociales se contactó con mujeres a las que, tras una breve explicación sobre la investigación que se pretendía realizar, se les solicitaba que indicaran el nombre, edad, nivel educativo, teléfono de contacto y dirección de correo electrónico, y que respondieran a continuación el cuestionario "International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)" en su versión corta, el ICIQ Short Form (ICIQ-SF). Éste (Anexo 1) permitió identificar aquellas que presentaban incontinencia urinaria. Finalmente se les pedía también que compartiera o reenviaran nuestra solicitud a mujeres que conocieran.

Respondieron el cuestionario ICIQ Short Form (ICIQ-SF) 134 mujeres de edades comprendidas entre los 29 y los 80 años. 76 presentaban IU y se procedió a contactar

con ellas para configurar la muestra. No todas aceptaron participar, y entre las que lo hicieron se les solicitó que difundieran el estudio entre mujeres conocidas con IU para incorporar más informantes. Para que la muestra fuera lo más heterogénea posible en relación a la edad y nivel educativo se contactó con aquellas que permitieran cubrir todos los rangos de edad y formación, y se solicitó su participación. Finalmente 34 mujeres de entre 38 y 77 años firmaron el consentimiento informado (Anexo 2) para participar en esta investigación y se inició a partir de aquí la fase de recogida de datos.

La edad y el nivel de formación/estudios se tuvieron en cuenta porque los estudios cualitativos realizados en otros países apuntan que estos son aspectos que pueden influir en los constructos mentales y los significados que las mujeres dan a su IU. Para determinar el nivel educativo se siguió la “Classificació Catalana d’Educació (CCED-2000)” elaborada por el Institut d’Estadística de Catalunya, Idescat (Anexo 3) y que es el resultado de la adaptación de la “Clasificación Nacional de Educación 2000 (CNED-2000)” y de la “Clasificación Internacional Normalizada de Educación 1997 (CINE-1997)” (131).

De las técnicas de recogida de datos más relevantes de la investigación cualitativa, en esta investigación se ha optado principalmente por la entrevista en profundidad semiestructurada. Ésta se utiliza fundamentalmente para la producción de discursos (129). Comprende un desarrollo de interacción, creador y captador de significados, en el que influyen decisivamente las características personales tanto biológicas, como culturales, sociales y conductuales del entrevistador lo mismo que las del entrevistado (132), en el caso del presente estudio, de la entrevistadora y de las entrevistadas. Es un relato solicitado por el entrevistador en el marco de los objetivos de la investigación que parte de un guion o protocolo de entrevista de referencia. Es una situación de interacción social en la que el protocolo o guion de la entrevista, un listado de las áreas temáticas o cuestiones a tratar, actúa de soporte o de instrumento recordatorio de las mismas y, como tal, concede al entrevistador la flexibilidad de adaptación necesaria en el desarrollo de cada entrevista (133).

La Tabla 6 muestra el guion o protocolo de entrevista utilizado.

**Tabla 6: Guion de entrevista**

<ul style="list-style-type: none"><li>- Saludo y presentación</li><li>- Solicitud participación</li><li>- Edad</li><li>- Actividad laboral actual</li><li>- Historia reproductiva</li><li>- Tiempo con las pérdidas de orina</li><li>- Opiniones sobre las causas de las pérdidas de orina</li><li>- Significado personal de las pérdidas de orina</li><li>- Experiencias frente las pérdidas de orina</li><li>- Estrategias de manejo de las pérdidas de orina</li><li>- Afrontamiento de las pérdidas de orina</li><li>- Compartir los problemas de las pérdidas de orina (familia, amistades, profesionales de la salud)</li><li>- Comportamiento de búsqueda de ayuda</li><li>- Conocimientos de resolución de la IU</li><li>- Expectativas frente a los tratamientos</li></ul>
---

Fuente: elaboración propia

Para completar la recogida de datos también se optó por hacer uso de la técnica del grupo de discusión o grupo focal. Éste permite recoger las vivencias y experiencias de un grupo determinado de personas con características similares. Los informantes participan aportando su punto de vista frente a los otros miembros que configuran el grupo, estableciendo relaciones simétricas y sinergias que favorecen la reproducción social del discurso. Es una conversación entre iguales en la que cada interlocutor forma parte del proceso (134)(135). La interacción que se consigue entre los participantes en los grupos de discusión aporta una riqueza que muchas veces no es posible en las entrevistas individuales. El grupo focal facilita la espontaneidad de las respuestas de las personas participantes, permitiendo profundizar en sus aportaciones y conocer el comportamiento humano en cuanto a sus opiniones y preferencias (136).

Finalmente se llevaron a cabo un total de veinticuatro entrevistas en profundidad, y se efectuó un grupo de discusión con otras diez. Participaron pues en el estudio un total de treinta y cuatro mujeres con IU, con un intervalo de edades de entre 38 y 77 años, y con ellas se dio por finalizado el trabajo de recogida de datos al alcanzarse la saturación informativa. La Tabla 7 presenta el perfil de las mujeres informantes que participaron. Se explicita en ella su código de identificación en relación a las entrevistas, la edad, el nivel educativo y su población de residencia.

**Tabla 7: Perfil de las mujeres informantes del estudio**

<b>Código entrevista</b>	<b>Edad</b>	<b>Nivel educativo</b>	<b>Población de residencia</b>
E1	45	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Valldoreix (Vallès Occidental)
E2	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Sàrria-Sant Gervasi. (Barcelonès)
E3	44	(L) Estudios universitarios de tercer ciclo	Barcelona, distrito Sàrria-Sant Gervasi (Barcelonès)
E4	64	(B) Educación primaria	Barcelona, distrito Gràcia (Barcelonès)
E5	75	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Sàrria-Sant Gervasi (Barcelonès)
E6	40	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Horta- Guinardó (Barcelonès)
E7	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Sant Andreu (Barcelonès)
E8	51	(B) Educación primaria	Cervelló (Baix Llobregat)
E9	38	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Horta- Guinardó (Barcelonès)
E10	45	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Cervelló (Baix Llobregat)
E11	48	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Sant Cugat del Valles (Vallès Occidental)
E12	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	La Floresta (Vallès Occidental)
E13	75	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Sàrria-Sant Gervasi (Barcelonès)
E14	55	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Cervelló (Baix Llobregat)
E15	46	(D) Primera etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Nou Barris (Barcelonès)
E16	65	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Gràcia (Barcelonès)
E17	44	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Horta- Guinardó (Barcelonès)
E18	52	(F) Segunda etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Les Corts (Barcelonès)
E19	46	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	Barcelona, distrito Sàrria-Sant Gervasi (Barcelonès)
E20	50	(D) Primera etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Ciutat Vella (Barcelonès)
E21	62	(B) Educación primaria	Barcelona, distrito Nou Barris (Barcelonès)
E22	45	(F) Segunda etapa de educación secundaria	El Masnou (Maresme)
E23	62	(B) Educación primaria	Cervelló (Baix Llobregat)
E24	46	(D) Primera etapa de educación secundaria	Barcelona, distrito Ciutat Vella (Barcelonès)
E25	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E26	72	(B) Educación primaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E27	66	(D) Primera etapa de educación secundaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E28	67	(D) Primera etapa de educación secundaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E29	68	(D) Primera etapa de educación secundaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E30	61	(D) Primera etapa de educación secundaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E31	77	(B) Educación primaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E32	68	(D) Primera etapa de educación secundaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E33	72	(B) Educación primaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)
E34	72	(B) Educación primaria	L'Hospitalet de Llobregat (Barcelonès)

Fuente: elaboración propia

En todas las entrevistas se tuvieron en cuenta las condiciones de privacidad y confidencialidad, y se priorizó, siempre que las informantes así lo deseaban, realizarlas en su domicilio particular. Según Valles ésta es una propuesta doblemente justificada pues por un lado se evita el desplazamiento al entrevistado (la molestia es mucho menor), y por otro se puede observar su ambiente cotidiano, elemento de gran importancia en estos estudios (137).

Las entrevistas, de aproximadamente 60 minutos de duración cada una, fueron grabadas en audio con una grabadora digital. Durante las mismas se tuvo especial cuidado en establecer una relación de confianza y empatía con las informantes, proporcionándoles la seguridad requerida para lograr la máxima de calidad de los discursos. Una vez realizada las entrevistas se procedió a su transcripción (Anexo 4). Para otorgar a los datos toda su validez subjetiva, en las transcripciones no se introdujo ninguna corrección. Así pues se respetaron tanto las construcciones gramaticales como los términos utilizados por las informantes (138).

Para el grupo de discusión o grupo focal se utilizó el mismo guion o protocolo que en las entrevistas individuales. El grupo pudo constituirse gracias a la difusión que realizó la Associació de Dones del Centre de L'Hospitalet del Llobregat de esta investigación entre sus asociadas. Estuvo formado por nueve mujeres jubiladas y una en activo que tenían en común vivir en la misma población (L'Hospitalet del Llobregat). La sesión con el grupo se realizó en una sala cedida por la Associació de Dones del Centre del Hospitalet del Llobregat, espacio que aceptaron gratamente las participantes por conocerlo y estar situado en su ciudad de residencia, evitándoles así desplazamientos innecesarios. Además de la investigadora, que actuaba de moderadora formal, se contó con la presencia de una observadora que recogió los aspectos más relevantes y aportó retroalimentación sobre el desarrollo de la sesión al final de la misma (138). La duración de la sesión fue de dos horas.

Hubo una gran dificultad para que las mujeres informantes aceptaran participar en este tipo de dinámica. Fundamentalmente manifestaban no disponer de tiempo, y sólo accedían a colaborar en las entrevistas individuales y en su domicilio particular. Realizar un único grupo focal, y que en este no se alcanzara una suficiente heterogeneidad de perfiles entre las mujeres que participaron en él, reconocemos que es una limitación metodológica del estudio.

## **Análisis de datos**

El análisis cualitativo es un proceso sistemático, riguroso y creativo que consiste en clasificar, reducir, comparar y dar significado a los datos obtenidos. Dichos datos se clasifican en categorías con el fin de poder realizar comparaciones y establecer posibles diferencias (139). Según Palacios Ceña, el proceso de análisis de los datos desde la perspectiva fenomenológica descriptiva se caracteriza por el desarrollo de temas y subtemas que serán las categorías y las subcategorías (126). Primero se realiza la identificación de unidades de significado de los textos transcritos, que se codifican. En la codificación pueden surgir numerosísimos códigos, pero lo importante es que sean lo más descriptivos posible y que con ellos se evite interpretar de manera precoz los significados. A continuación se agrupan estas unidades o códigos por significados comunes, formando grupos de significado: las categorías. En estos momentos el listado previo de unidades de significado disminuye considerablemente y desde estos grupos se identifican las evidencias que muestran cuál es el significado de experimentar o vivir determinados fenómenos, en nuestro caso, la incontinencia urinaria.

Como soporte para realizar dicho análisis se ha utilizado el software ATLAS.ti 7.1.7®, conscientes que éste solo facilita la codificación y el proceso de búsqueda de relaciones entre las categorías, ya que las inferencias, interpretaciones y posteriores reflexiones forman parte de la creatividad del investigador (139)(140).

La codificación es el nexo de unión entre los datos y las ideas. Las categorías pueden referirse a comportamientos, opiniones, actividades, etc. Pueden ser predefinidas por el investigador, o surgir en el proceso inductivo. Las fuentes habituales para establecer las categorías a priori son el marco teórico de la investigación, los objetivos, los planteamientos o hipótesis que la guían y los mismos instrumentos de investigación utilizados (141)(142). En esta investigación las categorías se han establecido a partir de los objetivos específicos planteados, los cuales responden a los dos primeros constructos del Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender. Éstos son los constructos que describen los comportamientos de salud previos a los cambios de conductas tras la intervención enfermera, a diferencia del tercero que sirve para evaluar las intervenciones de enfermería encaminadas al cambio de conducta de las personas, y puesto que en esta investigación no pretende evaluar ninguna intervención, no se ha utilizado. Las subcategorías se establecieron a partir de los conceptos que contemplan dichos constructos.



Tras categorizar los datos del texto de las transcripciones, se establecieron finalmente dos categorías y siete subcategorías (Tabla 8).

**Tabla 8: Sistema de categorización de los datos**

<p><b>Categorías:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Características y experiencias individuales</li> <li>- Cogniciones y percepciones específicos de la conducta</li> </ul> <p><b>Subcategorías:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Factores personales</li> <li>- Conducta previa relacionada</li> <li>- Beneficios percibidos</li> <li>- Barreras percibidas</li> <li>- Autoeficacia percibida</li> <li>- Influencias interpersonales</li> <li>- Influencias situacionales</li> </ul>
--

Fuente: elaboración propia a partir del MPS de Nola J. Pender

En la subcategoría “Factores personales”, que según Nola Pender predicen una conducta determinada y deben limitarse a aquellos que son relevantes para explicar un comportamiento, se incluyeron las unidades de significado relativas al grado de gravedad de la IU, la edad, la paridad, el estado de menopausia, el nivel de formación/educativo y la ocupación laboral de las informantes. El término paridad hace referencia a la historia obstétrica de una mujer y se expresa mediante cuatro dígitos que corresponden a las siglas TPAV: la T se refiere al número de fetos nacidos a término, la P al número de fetos nacidos prematuros, la A al número de abortos y la V se refiere al número de hijos vivos en la actualidad (143). El nivel de formación/educativo y la ocupación laboral permitió determinar la clase social de las participantes a partir de la *Clasificación de la clase social* (Tabla 9) propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (144).

**Tabla 9: Clasificación de la clase social propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología**

<p><b>Clase I.</b> Directivos de la Administración Pública y de las empresas de diez asalariados o más. Profesiones asociadas a titulaciones de segundo o tercer ciclo universitario.</p> <p><b>Clase II.</b> Directivos de empresas con menos de diez asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario. Técnicos y profesionales de soporte. Artistas y deportistas.</p> <p><b>Clase III a.</b> Personal de tipo administrativo y profesionales de soporte a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad.</p> <p><b>Clase III b.</b> Trabajadores por cuenta propia.</p> <p><b>Clase III c.</b> Supervisores de trabajadores manuales.</p> <p><b>Clase IV a</b> Trabajadores manuales cualificados.</p> <p><b>Clase IV b</b> Trabajadores manuales semicualificados.</p> <p><b>Clase V</b> Trabajadores no cualificados</p>
---

Fuente: Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (144).

El análisis de las unidades de significado de esta subcategoría “Factores personales”, permitirá reflexionar sobre si la experiencia de vivir con IU en las mujeres participantes puede variar en función de ellos.

Teniendo en cuenta el proceso de influencia social que suponen los anuncios publicitarios y su enorme potencial transmisor de estereotipos de género, difundiendo modelos colectivos de valores y comportamientos, tal como explicitaba López-Dóriga en el año 2012 (72), consideramos éstos como un contexto de influencia en las mujeres participantes. Es por ello que en la subcategoría “Influencias situacionales” se ha considerado la publicidad como un contexto de influencia sobre las acciones o conductas que puedan emprender las mujeres del estudio para resolver su IU, y se analizaron los datos de los discursos que hacían referencia a ellos.

### **Aspectos éticos**

En esta investigación se han respetado los fundamentos de la Declaración de Helsinki (145) así como la legislación vigente en nuestro país sobre la confidencialidad de datos personales y las normas éticas sobre estudios clínicos, garantizando el estricto cumplimiento de la Ley orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999, p. 43088-43099) (146).

A todas las mujeres que han participado en este estudio se les ha informado debidamente, solicitado su consentimiento informado por escrito (Anexo 2) y su autorización para grabar en audio sus intervenciones, se les asignó ya desde el primer momento un código, el cual se ha utilizado tanto para las transcripciones como para el análisis y la redacción de los resultados.

También se ha tenido en cuenta la razón riesgo–beneficio favorable, ya que para esta investigación ha sido necesaria la participación de mujeres como sujetos de la investigación. Se ha evitado en todo momento el daño potencial de la vulnerabilidad emocional de las participantes. Para evitar el daño potencial de la imagen falsa y el conflicto de intereses se les ha ofrecido la posibilidad de revisar todo aquello que se publique en referencia a su persona, y se les ha garantizado que sus intereses están por encima de los de la investigación. Se les ha informado además de cuál es el papel

del investigador y qué pueden esperar de él para evitar la creación de falsas esperanzas sobre los resultados de la relación con el investigador (147).



## **RESULTADOS**



## 4. RESULTADOS

Tras el proceso de análisis del corpus textual de las transcripciones, en este capítulo se exponen los resultados de los mismos. Su presentación se ha estructurado en dos apartados que incluyen a su vez un total de siete subapartados. Esta organización (Tabla 10) se identifica con las dos categorías de análisis establecidas y sus correspondientes subcategorías, 2 en la primera y 5 en la segunda.

**Tabla 10 Estructura de la presentación de los resultados por categorías de análisis y sus subcategorías correspondientes**

<p><b>Apartado 1</b> Categoría 1: Características y experiencias individuales:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Subcategoría factores personales</li><li>• Subcategoría conducta previa relacionada</li></ul> <p><b>Apartado 2</b> Categoría 2: Cogniciones y percepciones específicas de la conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Subcategoría beneficios percibidos</li><li>• Subcategoría barreras percibidas</li><li>• Subcategoría autoeficacia percibida</li><li>• Subcategoría influencias interpersonales</li><li>• Subcategoría influencias situacionales</li></ul>
---

Fuente: elaboración propia a partir del MPS de Nola J. Pender

### 4.1. CATEGORÍA 1: CARACTERÍSTICAS Y EXPERIENCIAS INDIVIDUALES

Se presentan en este primer apartado los resultados de los datos de las subcategorías incluidas en esta primera categoría, la cual se corresponde con el primer constructo del MPS de Pender.

### Subcategoría factores personales

El primer dato a indicar en cuanto a los resultados de esta subcategoría es el grado de gravedad de la IU de las mujeres participantes en el estudio, que se valoraba a través de la puntuación obtenida en el cuestionario ICIQ-SF (a mayor puntuación mayor gravedad de la IU). Tal como muestra la Figura 6, las puntuaciones que obtuvieron fueron las siguientes: 27 de las 34 alcanzaron una puntuación de 1 a 7 puntos, por tanto presentaban un grado de gravedad de la IU bajo; 6 de ellas una puntuación de 8 a 14 puntos, que se corresponde con un grado de gravedad de la IU intermedio, y una sola mujer alcanzó una puntuación de 15 a 21 puntos, con lo que se le determinaba un grado de gravedad de IU alto.

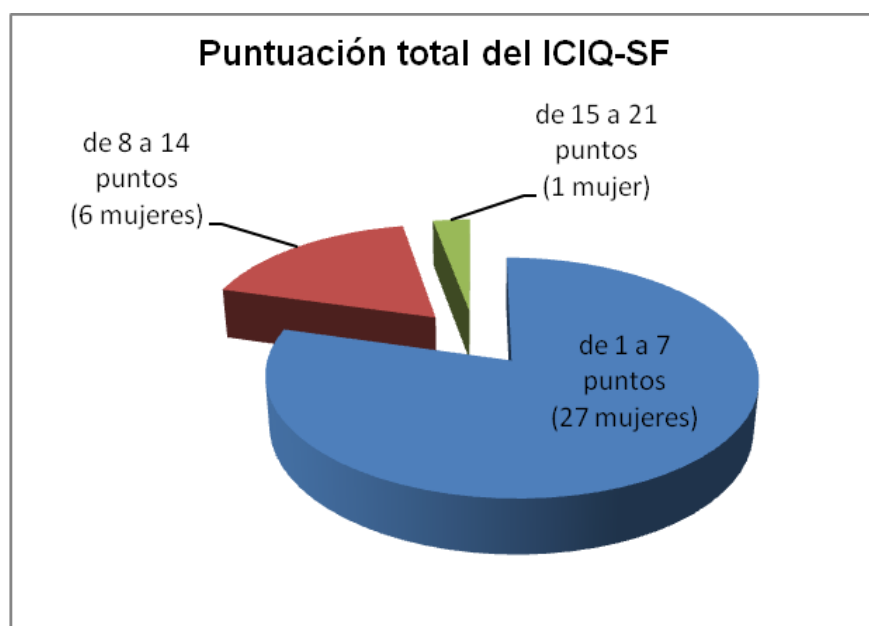


Figura 6: Puntuación total del ICIQ-SF en las mujeres participantes.



Los resultados del resto de factores personales (edad, nivel educativo, paridad, estado de menopausia y ocupación laboral) se muestran en la Tabla 11. Disponer de ellos permitirá comprobar si la experiencia de vivir con IU en las mujeres participantes guarda relación con alguno de ellos.

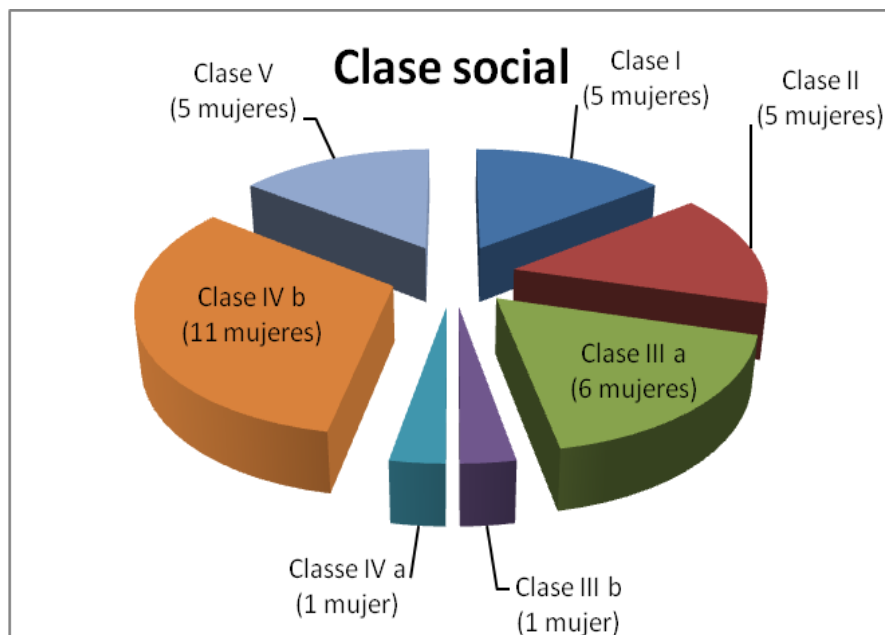
**Tabla 11: Factores personales de las mujeres informantes**

Código entrevista	Edad	Nivel educativo	Paridad	Estado de menopausia	Ocupación laboral
E1	45	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	7008 (Un parto gemelar)	NO	Ama de casa
E2	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	3005 (dos hijos de acogida)	NO	Psicóloga
E3	44	(L) Estudios universitarios de tercer ciclo	3003	NO	Profesora universitaria
E4	64	(B) Educación primaria	3003	SI	Dependiente (Jubilada)
E5	75	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	3003	SI	Profesora inglés (jubilada)
E6	40	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	3003	NO	Maestra
E7	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	2033 (Un hijo adoptado)	NO	Enfermera
E8	51	(B) Educación primaria	1001	SI	Dependiente
E9	38	(F) Segunda etapa de educación secundaria	2002	NO	Administrativa
E10	45	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	2002	NO	Maestra
E11	48	(F) Segunda etapa de educación secundaria	4004	NO	Ama de casa
E12	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	0013 (Tres hijos adoptados)	SI	Ama de casa
E13	75	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	2002	SI	Azafata (jubilada)
E14	55	(F) Segunda etapa de educación secundaria	2002	SI	Esteticista
E15	46	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	NO	Servicio de Limpieza
E16	65	(F) Segunda etapa de educación secundaria	4004	SI	Administrativa (jubilada)
E17	44	(H) Enseñanza de grado superior de formación profesional	2002	NO	Administrativa
E18	52	(H) Enseñanza de grado superior de formación profesional	0001 (Un hijo adoptado)	SI	Administrativa
E19	46	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	2012	NO	Administrativa
E20	50	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	NO	Servicio de Limpieza
E21	62	(B) Educación primaria	3003	SI	Servicio de Limpieza
E22	45	(H) Enseñanza de grado superior de formación profesional	2002	NO	Administrativa
E23	62	(B) Educación primaria	2012	SI	Servicio de Limpieza
E24	46	(D) Primera etapa de educación secundaria	3003	NO	Servicio de Limpieza
E25	47	(J) Estudios universitarios de primer y segundo ciclo	2022	NO	Farmacéutica
E26	72	(B) Educación primaria	2002	SI	Ama de casa
E27	66	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	SI	Dependiente (jubilada)
E28	67	(D) Primera etapa de educación secundaria	1001	SI	Cocinera (jubilada)
E29	68	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	SI	Restauración negocio familiar (jubilada)
E30	61	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	SI	Ama de casa (jubilada)
E31	77	(B) Educación primaria	4004	SI	Modista (jubilada)
E32	68	(D) Primera etapa de educación secundaria	2002	SI	Dependiente (jubilada)
E33	72	(B) Educación primaria	7006	SI	Modista (jubilada)
E34	72	(B) Educación primaria	1001	SI	Ama de casa (jubilada)

Fuente: elaboración propia

Con los datos del nivel educativo y la ocupación laboral de las mujeres participantes y basándonos en la *Clasificación de la clase social* propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (144), se determinó la clase social a la que pertenecen. Los resultados, como refleja la Figura 7, fueron los siguientes:

- 5 mujeres pertenecen a la clase I (con profesiones asociadas a titulaciones de segundo o tercer ciclo universitario).
- 5 mujeres a la clase II (con profesiones asociadas a una titulación de primer ciclo universitario).
- 6 mujeres a la clase III a (ejercen como personal de tipo administrativo).
- 1 mujer a la clase III b (trabajadores por cuenta propia).
- 1 mujer a la clase IV a (trabajadores manuales cualificados).
- 11 mujeres a la clase IV b (trabajadoras manuales semicualificadas).
- 5 mujeres a la clase V (trabajadoras no cualificadas).



**Figura 7: Clase social de las participantes según la Clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología**

La Tabla 12 muestra la distribución de las mujeres participantes en función de la clase social a la que pertenecen (junto al código de identificación de cada una aparece la edad). El dato permitirá analizar si existen diferencias entre ellas respecto a la experiencia de vivir con IU, en función de la clase social de pertenencia, es decir, si se pueden identificar desigualdades sociales en salud. Se entiende por *desigualdades sociales en salud* las diferencias sistemáticas en el estado de salud entre distintos grupos socioeconómicos. El término *desigualdad en la salud* hace referencia a las diferentes oportunidades y a los diversos recursos relacionados con la salud que tienen las personas de diferente clase social, género, etnia o territorio (148).

**Tabla 12 Distribución de las informantes por clase social**

Clase social	Código entrevista - Edad <sup>6</sup>	
<b>Clase I</b>	E1-45a E2-47a E3-44a	E12-47a E25-47a
<b>Clase II</b>	E5-75a E6-40a E7-47a	E10-45a E13-75a
<b>Clase III a</b>	E9-38a E16-65a E17-44a	E18-52a E19-46a E22-45a
<b>Clase III b</b>	E29-68a	
<b>Clase IV a</b>	E14-55a	
<b>Clase IV b</b>	E4-64a E8-51a E20-50a E21-62a E23-62a E24-46a	E27-66a E28-67a E31-77a E32-68a E33-72a
<b>Clase V</b>	E11-48a E15-46a E26-72a	E30-61a E34-72a

Fuente: elaboración propia

<sup>6</sup> En esta columna se indica el código de la entrevista asignado a cada participante y la edad de las mismas.

En cuanto al número de partos, sin especificar el tipo, destaca el resultado que 17 mujeres han tenido dos partos. Del resto de las participantes, 2 mujeres han tenido siete partos, 3 cuatro partos, 7 tres partos, 3 uno solo y 2 mujeres no han tenido ninguno.

Sobre su estado de menopausia, 19 se encuentran en esta fase y las 15 restantes aún están en la etapa fértil.

Las situaciones en las que la mayoría de las mujeres del estudio manifiestan tener pérdidas de orina son al toser, estornudar o reír, y al realizar esfuerzos físicos o practicar algún deporte o ejercicio.

*(E3-44a) Cuando estornudo o cuando toso. Quan agafo un constipat d'aquests gordos, llavors cada vegada que estornudo se me sale una gotita./(E6-40a) Al tossir i esternudar i al realitzar esforços físics i exercicis./(E7-47a) Quan faig exercici com jugar a bàsquet (...). És que només al començar a córrer ja em mullo./(E9-38a) Jo ballava en un esbart dansaire, i ara el novembre es va fer el festival on ens vam retrobar tots, i sí que em va passar(...) també rèiem i llavors em va passar./(E17-44a) Tengo pérdidas de orina cuando estornudo y muy poca cantidad (...). Hago aerobico, y en alguna clase que me han hecho correr mucho o hay algo de mucho impacto he tenido que ir al baño porque se me ha escapado un poquito./(E18-52a) Al realitzar esforços (...). És més quan et rius o quan estic refredada./(E19-46a) Se m'escapa sempre que hi ha impacte (...) Si corro i vull fer una mica d'esprint una miqueta més fort, també se'm escapa./(E22-45a) En algun moment que estic despistada i faig un esternut, en moments de refredats o en excessos violents de tos.*

Algunas también indican que les sucede antes de llegar al baño, al tener contacto con el agua o incluso sin un motivo evidente.

*(E4-64a) Suposo que és psicològic, perquè vens del carrer (----), no en tens [ganes d'orinar]. Arribes a casa, clar, des de la porta fins el lavabo tinc un tros, i llavors quan arribo al lavabo ja me l'estic fent./(E10-45a) És només quan estic a punt d'anar al lavabo, que no arribo./(E12-47a) És com que dic, vull anar al lavabo, però no hi vaig perquè tampoc tinc tantes ganes, i de repent m'estic canviant i (----) o més aviat, quan toco algo d'aigua. Si, més aviat és quan agafo el got d'aigua o bec una miqueta i llavors, bum!/(E16-65a) Sense motiu aparent se'm escapa una goteta. No em passa sempre, i al matí si la bufeta està massa plena se m'escapa una miqueta abans d'arribar al lavabo./(E21-62a) Cuando llego de la calle (----) como haya alguien en el lavabo, como no salga me meo. Entonces se me escapa porque ya no puedo más./(E27-66a) Yo cuando estoy fuera de casa bastante rato, cuando llego no tengo ganas de hacer pipí, pero cuando entro en el portal de casa, en el ascensor (----) cuando llego a mi casa tiro el bolso y voy directamente al lavabo./(E30-61a) Jo vaig moltes vegades al dia però en canvi tinc aquell moment i aquell dia, que a vegades vinc del carrer i tinc de córrer, si no (----) ja està.*

Por lo que relatan se pone de manifiesto que, de acuerdo con la tipología de IU que distingue la International Continence Society, entre ellas hay una muestra representativa de la sintomatología de los tres tipos de IU, pero la mayoría presentan la del tipo de esfuerzo.

Los resultados más destacados en cuanto a los factores personales de las mujeres participantes en la investigación son los siguientes:

- De acuerdo con el cuestionario ICIQ-SF, el grado de gravedad de la IU de 27 de ellas es bajo.
- Hay entre las participantes una representación de todas las clases sociales excepto la III c, según la *Clasificación de la clase social* de la Sociedad Española de Epidemiología (144).
- 32 de ellas ha tenido partos: 3 un parto, 17 dos partos, 7 tres partos, 3 cuatro partos y 2 siete partos.
- 19 de las informantes se encuentran en estado de menopausia.
- 28 presentan sintomatología de una IU de esfuerzo y 6 de una IU de urgencia o mixta.

### **Subcategoría conducta previa relacionada**

Se exponen en este apartado los resultados de las experiencias y las características de la conducta de las mujeres del estudio en relación a su IU.

Mayoritariamente, con independencia del tipo de IU, aseguran no tener incontinencia porque sus pérdidas de orina no son continuas, ni frecuentes, ni abundantes. Este hecho también apareció en la fase de la investigación en la que se buscaban participantes pues, al contactar telefónicamente con las que la puntuación del cuestionario ICIQ-SF daba como resultado la presencia de IU, lamentaban no poder participar en él pues ellas no tenían pérdidas de orina.

*(E21-62a) Normalmente aguanto bastante, y cuando pierdo es a lo mejor una gota (----), a lo mejor*

*dentro de un año sí que se me escapa, pero ahora de momento no./(E23-62a) Es que yo no pierdo, yo lo que me pasa es que no puedo aguantar./(E31-77a) No tinc pèrdues d'orina, però en un atac de tos perdo gotes. En un atac de tos, en un refredat molt gros (...) Clar, una cosa és com jo, que si aquest hivern no m'he constipat no m'ha passat, i l'altra cosa són les altres senyores que sense fer res (----) perden (----) Ara només tinc pèrdues si tinc un refredat d'aquests tan forts. O quan tinc un atac d'aquests d'al·lèrgia que no controles els esternuts. Llavors se'm pot escapar el pipí. Però a part d'això, no, ni de nit ni de dia.*

Manifiestan la mayoría que no consideran un problema sus pérdidas de orina (no les preocupa, no les afecta), sobre todo porque no les sucede con frecuencia y son pérdidas de poca cantidad.

*(E3-44a) És un tema que no em preocupa gens (----), jo no ho veig com un problema perquè no m'ha anat a més i em passa molt poques vegades./(E5-75a) Yo pierdo muy poquito y no me causa problemas (----), pero muy poca cosa (----), pero nada más./(E6-40a) Molta quantitat no, una mica si, però cap quantitat com per dir ostres com ho faig./(E13-75a) Los problemas de orina no me afectan nada./(E14-55a) Sempre ha sigut que ho puc controlar, el que passa és que a vegades se'm escapa una mica./(E17-44a) Como tampoco es una cosa diaria. Si fuera una incontinencia te diría, bueno, pero no lo es./(E18-52a) A veure, quan dic s'escapa, s'escapen unes gotes. Vull dir que puc controlar el d'allò (----), no m'ha arribat afectar a la meua vida normal./(E24-46a) Hombre, si estas resfriada sabes que te pasará más días, vale, pero si no, igual, a ver, yo es que no hago mucho deporte. Me puede pasar como dos veces a la semana, como mucho./(E28-67a) Això és normal unes gotetes./(E1-45a) Y que todo fuese este problema. No sé cómo decirte. Que todo sea esto/(E11-48a) És un petit problema, no és una malaltia que et mati ni molt menos./(E12-47a) Jo és que no tinc gran problema d'això. Aquesta és la veritat.*

Refieren que es algo normal con lo que tienen que vivir por ser propio de la mujer y que aparece con la edad.

*(E5-75a) Son las 50 "peplas" de las señoras./(E8-51a) Jo ja ni m'ho plantejo com un problema (----) crec que és una cosa normal, que és una cosa que li passa a moltes dones./(E6-40a) És algo que ens passa a totes. Que és algo que ens passarà a totes (----). De la regla passarem a això./(E7-47a) Forma part de l'envelliment de la dona (----). Es algo que ens passarà a totes en l'edat (----). Igual que ara tenim la regla, després tindrem pèrdues d'orina./(E14-55a) Suposo que deu entrar com a dins d'una normalitat. Les dones ja pensem que és normal a partir de certa edat./(E20-50a) Hombre, yo pienso que es normal. Esta pérdida es normal que la tengamos./(E24-46a) Hay que llevarlo como se pueda. Es que no hay más (----). Yo pienso que si te pasa es una cosa natural. La mujer tenemos la naturaleza así, o nos manchamos de sangre o nos manchamos de pis. No porque queramos, sino porque en ese momento pasa lo que pasa./(E27-66a) Et penses que és una cosa normal./(E34-72a) Una dice, ya tengo una edad, y creo que debe ser normal.*

Llegan a expresar que lo asumen, que se resignan a ello.

*(E4-64a) Dius, mira se m'escapa el pipi, mira què hi vols fer-hi./(E10-45a) Bueno em passa i ja està, és el que hi ha./(E11-48a) No fas res i t'aguantes./(E19-46a) Ho tinc molt assumit i ho he normalitzat./(E24-46a) Estoy resignada porque es lo que nos ha tocado. No hay más.*

Cuando explicitan las posibles causas de su IU destacan las relacionadas con la reproducción (el embarazo, el parto, las características de éste, el número de hijos, etc.) y con la edad.

*(E1-45a) Es que es un problema natural por haber sido madres, por la edad. Pienso que el haber tenido 8 hijos es normal que me suceda./(E3-44a) Té relació al fet d'haver parit normal, que si hagués tingut cesària no ho tindria./(E19-46a) Per a mi les pèrdues d'orina és el preu que he hagut de pagar per haver voler experimentar un part normal./(E24-46a) Como me paso embarazada pensé que era por el embarazo. Luego yo creía que ya cuando ya no estuviera embarazada ya estaría bien, pero que va, siguió (----). Es un problema más de las mujeres por el tema de a la hora de dar a luz y tal./(E25-47a) Por el embarazo./(E28-67a) Depende de los embarazos que has tenido./(E13-75a) Puede pasar que el control se acaba con cierta edad./(E7-47a) Lo he relacionado con una cosa que te viene con la vejez./(E14-55a) Amb l'edat, l'envelliment (----). Ara em passa més, o sigui, suposo que amb el temps és va agreujant./(E19-46a) Com més gran et fas la musculatura es va relaxant per molt que tu la vagis arribant a treballar i per això jo penso que amb l'edat m'anirà a més./(E21-62a) Por ser más mayor, por la edad (----). Yo creo que sí que es por la edad./(E23-62a) Yo pienso que es como todo, la edad./(E24-46a) Lo relaciono también con la edad. Cuando se va haciendo mayor y la vejiga ya no tiene la misma, yo que sé, la misma juventud./(E29-68a) Per l'edat que tens. Et penses que és per l'edat./(E30-61a) Pensem que aquest tipus de problema és per l'edat, pel desgast.*

Los partos son para ellas la gran causa de sus pérdidas de orina y, por lo tanto, es algo natural en una mujer que los ha tenido.

*(E3-44a) Pels parts. Ho associo totalment al tenir fills. Penso que les dones que no tenen fills no els hi passa. Ho tinc completament interioritzat que és per això. És com si "es culpa mia" va en el pack de tenir niños, ser madre (...). No és una cosa que em sorprengui (----) el que em passa. Ho veig totalment normal(...). Es algo natural que forma parte de la vida misma./(E5-75a) Que estaba floja de allí por los partos./(E11-48a) Pel tema biològic i el tema dels parts perquè hi ha "flacided" queda la musculatura caiguda. /(E20-50a) Por tener hijos. Con los partos./(E34-72a) Por los partos. Según como han sido.*

También lo atribuyen a otras causas como la menopausia, el sobrepeso, el tamaño de la matriz, la debilidad de la musculatura, problemas con la vejiga o por haber realizado grandes esfuerzos físicos en la juventud.

*(E4-64a) En la menopausa em vaig engreixar 10 Kg i ja no els he baixat. Jo suposo que això també té que haver-hi influït./(E22-45a) Ho he associat a la menopausa./(E8-51a) Jo que només he tingut un fill i em passa. Jo penso que és cosa més de constitució, de tenir la musculatura més tobeta, o gent que faci molt exercici que va molt al gimnàs./(E10-45a) Per la matriu. A mi el ginecòleg em va dir que quan la matriu és grossa apreta a la bufeta./(E13-75a) Ha sido porqué he hecho mucho, pienso eh, muchos esfuerzos en mi vida (...)/(E16-65a) Són deguts a que la musculatura no funciona, clar (...), doncs si aquests muscles no els treballen, no funcionen./(E33-72a) Por la vejiga, que se quede también floja, por lo que sea (----), la vejiga floja o débil o no sé qué (...)/(E34-72a) Mi familia era del campo y yo cargaba muchos pesos y ahora me ha salido esto de mayor. Yo creo que será por eso. Trabajos con esfuerzos físicos importantes.*

Cuando comparan la menstruación con las pérdidas de orina, reconocen entonces que lo normal es lo primero y que en cambio las fugas de orina comportan que los demás piensen que son mujeres con poca higiene, que les falta control personal, que es una debilidad de la mujer o un defecto, algo grotesco y ridículo.

*(E28-67a) Perquè lo de la regla és normal i lo altre no és tan normal (----). Que és una marrana que no es renta i fa olor a pipí (----). És marrana. No lo de la regla no és una marrana, és un accident./ (E30-61a) A una que té la regla sí que li diré que s'ha tacat, però a l'altra (----) no li diré que s'ha pixat./ (E6-40a) És com si fos un tema que el veiem. No sé si la paraula és brut./ (E27-66a) La regla se ve como algo normal y la orina se ve como un defecto, bueno no un defecto (...), es un problema./ (E15-46a) Pero no es lo mismo con la regla que dices jope me he manchado, porque es algo como más natural, más de la vida, que decir, "oh me he meado". No es lo mismo, no es normal, no está dentro de la rutina de tu vida./ (E19-46a) Tacar-se per la regla està com més normalitzat. Exacte no tens tant sentit del ridícul. Amb la regla, dius: "vaja putada m'he tacat", però no és sentit del ridícul. El pipí és un sentit més ridícul. Si perquè és(----), és(----) és com aquell no control, perquè fer pipí és un acte de control i en canvi la regla no és un acte de control. La regla et ve i tu no l'estàs preveient com el pipí. El pipí tu pots estar aguantant-lo i quan tu vols vas i anar a fer el pipí. No controlo, i això és la debilitat que et dona, no?, algo que és tant natural.*

Admiten que las consecuencias de sus pérdida de orina en sí, como sentirse mojada, les afecta, las hacen sentir mal, pasar vergüenza y las condiciona a realizar según qué actividades por miedo.

*(E4-64a) Això que em passa no és gens agradable (----). Jo que sé, molt malament, molta vergonya, molta vergonya (----)./ (E6-40a) Això m'ha fet sentir més malament en mi mateixa./ (E9-38a) A vegades sí que m'afecta perquè penso que la gent ho pot notar/ (E19-46a) Fa ràbia./ (E20-50a) Estas pérdidas de orina son un poco incordiantes./ (E21-62a) Me da mucha rabia./ (E23-62a) Para mí sí que es una molestia y una inseguridad./ (E27-66a) Quan em passava alguna vegada passava molta vergonya. Em posava a plorar./ (E30-61a) Quan estava refredada no podia sortir al carrer perquè em posés el que em posés, donava igual. Estornudava i choff, molt malament. Lo pasas muy mal, mucha vergüenza. És un fastidi./ (E15-46a) Me preocupa por la incomodidad de ir todo el día mojada (...). Ahora me empieza a dar miedo hacer según qué gestos./ (E28-67a) Et fa posar molt nerviosa (----) molt malament. A vegades no volia ni sortir de casa (...) Lo pasas muy mal, de verdad, una vergüenza.*

El olor que puede causar las pérdidas de orina también las incomoda y molesta mucho por su asociación con la falta de higiene y con la vejez, una etapa de la vida aunada a estereotipos negativos y a menudo despectivos.

*(E7-47a) El problema és l'olor. Per a mi és el més desagradable que hi ha. Una àvia que fa olor a pipí, és molt desagradable (----). A mi això és el que m'incomoda./ (E13-75a) Me molesta el olor (----). Las pérdidas urinarias me hacen sentir más viejita (...). Me recuerda una mujer pobre que siempre olía a meados (...) Entonces cuando te tocaba en misa sentarte al lado de una de esas, sufrías./ (E15-46a) El olor molesta, aunque seas muy aseada. Yo misma, cuando me pasa, me voy a lavar pero yo cómo mujer me noto ese olor a pipí que no tiene nada que ver con el flujo o con la regla,*



*nada que ver./(E16-65a) I és molt desagradable quan passes per davant d'una persona(----), jo perquè ho veig quan vaig a la residència(----). És que la gent gran han d'anar nets, perquè sinó, ningú no en vol saber res./(E18-52a) En el tema de les olors jo sóc molt punyatera- (...) Jo sempre ho havia associat potsar a gent més gran, a les iaies que a vegades dius ostres, pobretes. El tema de l'orina jo crec que fa de iaio o de iaia en aquest cas.*

También la cuestión de pérdida de control sobre el cuerpo, no ser capaces de regular los esfínteres, y la asociación que hacen ellas mismas con la vejez.

*(E22-45a) Que se t'escapi el pipí per a mi era una cosa, com, com (----), ostres es que no controles ni els esfínters. Saps el que et vull dir? Una pèrdua de control (----). Pèrdua d'autocontrol./(E30-61a) Reconèixer que he perdut el control./(E18-52a) Jo ho identifico amb l'envelliment, amb un procés d'envellir, en sentir-me vella./(E19-46a) Aquest problema l'identifiquem amb les persones grans. (...) Perquè ens pensem que ja som velles i ja ni som capaces d'aguantar-nos el pipí. És que és un signe de que ens fem velles./(E23-62a) La orina es un signo de que nos hacemos viejas.*

Al referirse a las estrategias de manejo de sus pérdidas de orina, pocas manifiestan no utilizar ninguna por ser estas muy pequeñas.

*(E10-45a) No utilitzo ni compresa ni salvaeslip perquè és molt poquet. Són unes gotetes./(E11-48a) No penso amb res, no em poso ni compresa ni salvaeslip. És que em passa molt poc. No surto de casa pensant, uy!/(E22-45a) Però perquè vegis el que em preocupa, m'ha passat al despatx alguna vegada i ni tan sols m'he canviat, és allò que dius, uy!, una goteta o dos i res més (...), però és que no he pres ni mesures, ni allò que vas amb salvaeslip.*

A pesar de la reticencia, la mayoría de las que presentan fugas poco abundantes indican que en situaciones concretas, y para evitar mojarse, usan protectores/absorbentes tipo salvaeslip y compresas de diferente tamaño, según las pérdidas previsibles.

*(E1-45a) Si veo que estoy muy resfriada y toso mucho y estornudo mucho, entonces sí que me pongo un salvaeslip o una compresita de estas finas. Esto sí que lo hago, sí. Ahora, si me decidiese a hacer deporte y viera que he correr o así, me tendría que poner una compresa. Si lo haría./(E2-47a) Bueno, desde hace un tiempo (----), desde que empecé a notar alguna pérdida. Antes no me ponía ni salvaeslip ni nada. Ahora, pero (----) salvaeslip. Y luego hay épocas en que me pongo una compresa un poquito más gordita, y ya está./(E4-64a) No m'agrada utilitzar compreses i si veig que se'm escapa doncs mira em canvio les calces, i quan me'n recordo em poso salvaeslips. Amb un salvaeslip és suficient o una compresa d'aquesta que ja són per això, però són més primetes. Però si se m'escapa, allò que em constipi, doncs m'ho he de posar, i sobretot quan vomito, doncs jo sóc molt vomitona, Bueno (----), llavors si m'he de posar alguna cosa./(E7-47a) Quan he de fer algun esforç físic em poso una compresa, perquè sinó em mullo (...). Quan treballa de nit sempre em poso un salvaeslip perquè de tota la nit, m'entens, però no perquè em pixi sinó per qüestions higièniques, que em sento més còmoda./(E9-38a) Ara fa poc he estat refredada i m'he hagut de posar compresa perquè perdia més (----). En porto al bolso per canviar-me. Normalment no utilitzo salvaeslip però si quan sé que m'ha de venir la regla, i la compresa me la poso quan estic refredada i tinc tos. En porto al bolso i si veig que em fa falta me la poso. /(E15-46a) No llevo compresa sólo salvaeslip, pero está el plano y hay otras medidas que son un pelín más gordos. Utilizo los más gordos pero depende. Yo*

*misma ya lo controlo. (E18-52a) Porto una compreseta, porto un salvaeslip habitualment. No porto les típiques compreses d'orina de moment, però no lo descarto, [ríe]. (E24-46a) Uso salvaeslip siempre. Compresa no suelo ponerme a no ser que salga por la noche, que vas a bailar. Claro te da la sensación de que si estas bailando y eso, como que vas más protegida. (E19-46a) És força esporàdic i de fet al final acabes coneixent molt el teu cos i saps perfectament el que has de fer i el que no has de fer, tot i que de vegades tens sorpreses, no? Perquè de repent esternudes (----). Jo abans no portava mai salvaeslip i ara sempre en porto (----). Porto un salvaeslip mini, un que és molt petitó, perquè em dona seguretat. Res, és ínfim. (...). Mai compraré una Tena Lady® per això. Em posaré un salvaeslip i si tinc molt no sé que faré (----). Porto sempre un salvaeslip al bolso per si de cas.*

Otras con pocas pérdidas las manejan a base de cambiarse de ropa interior, no usan protectores/ absorbentes.

*(E8-51a) No utilitzo compreses ni salvaeslip perquè no m'agrada. Em molesta molt, no les suporto. Prefereixo canviar-me la roba interior les vegades que faci falta. (...) A la feina en tenia unes de recanvi. (E12-47a) No m'ha passat mai en una circumstància fora de casa (----) Aquí té fàcil solució. Comestic a casa, em canvio i ja està (----) Si mullo les calcetes, me les trec i em rento una mica i em poso unes altres. (E15-46a) Y es incómodo que al toser y estornudar, al realizar esfuerzos físicos, en una risa(----). Me llevo una braguita limpia para cambiarme. Si sé que voy hacer ejercicio, siempre llevo una braguita limpia en el bolso. (E21-62a) En el trabajo siempre tengo unas bragas, porque puede, que sé yo, con tanto jaleo que tengas (----). Esto, y entonces entras al lavabo te lavas te vuelves a cambiar y ya está. (E5-75a) El otro día que andaba muy rápida me cayó un par de gotitas a la braguita y me la quite y me puse una limpia, pero no suelo llevar nada, ni el salvaeslip. (E14-55a) I quan arribo a casa em canvio. Em rento i em canvio.*

Las mujeres de más edad que presentan pérdidas de orina superiores utilizan protectores específicos para la incontinencia. En su caso las preocupaciones se centran en el miedo a que se note que los llevan y en algún caso a las irritaciones que causan los materiales de algunos protectores.

*(E13-75a) Yo antes usaba siempre salvaeslip (...), pero luego tuve que empezar a subir el tamaño y ahora ya son de tres nubes que pone. Y si voy de viaje o he de estar mucho rato sentada, porque me da pánico mojar los sofás, por qué no me doy ni cuenta y aparte de eso tengo que mandar montón de ropa a la tintorería (----). Las compresas de 4 nubes, me da miedo que me vean andar con las piernas abiertas porque son muy gruesas y gorditas. Lo malo es cuando me las quito que he estado 3 o 4 horas sentada o que he salido a la calle y vuelvo, y cuando me cambio son muy pesadas. (E23-62a) Un salvaeslip no me hace nada. Llevo una compresa de las de incontinencia, la más pequeña que hay. Por seguridad la llevo, por si no me da tiempo de llegar al lavabo. Por lo menos no me mojo (----). Yo no puedo usar de todas las compresas. Porque yo soy como alérgica (...) Si tú no tienes ninguna alergia se pueden poner compresas de esas que son más modernas y no hacen olor.*

Algunas refieren utilizar también otros recursos justo en el momento que perciben que pueden tener fugas de orina, como cruzar las piernas, evitar estornudar o apretar la musculatura.

*(E1-45a) Pues mira (----) [ríe] intento, si veo que voy a estornudar, pues, cruzo las piernas. Yo ya voy*

cómo cogiendo pequeños truquillos (----), ¿sabes lo que quiero decir? (...). O miro de tirar para arriba./(E2-47a) Generalmente, en el momento que te pasa, intentar aguantar y que no salga más. Pero a veces es como si no puedes hacer nada, no se aguanta, como si fuera un grifo./(E3-44a) Si igual intento aguantar a baix per intentar que no surti, però me sale igual. O intentar no esternudar./(E8-51a) Si és que vas a tossir (----), doncs no tosson. Et tanques de cames i te'n vas al lavabo. Si estic costipada i vaig a tossir em tanco de cames i apreto, vaig al lavabo, i després ja tossirem bé./(E9-38a) Quan estossego intento fer força i aguantar però (----), a vegades ni es pot. Quan en ve aquell atac de tos, que a més la tinc molt forta, fas força però (----) res./(E24-46a) Cuando estás sentada en el lavabo, retener el pis./(E34-74a) Yo cruzo las piernas cuando estoy llegando de la calle (...) Si estoy por el barrio 2 o 3 horas no me pasa, pero si estoy más horas (---),uy que ganas (----), tengo que cruzar las piernas.

Otras apuntan que por haber oído hablar de ello o habérselo indicado, han hecho o hacen uso de los conos vaginales y las bolas chinas. La mayoría de ellas, sin embargo, dejan de utilizarlas por las incomodidades que conllevan.

(E16-65a) Tinc els conus i tinc les boles xines. Les boles xines com que anaven dues, doncs una la vaig donar a la meua filla. Quan en vaig sentir a parla vaig anar a buscar-les al sexshop (...) I allà hi havia un tipus de boles, eren de silicona i vaig estar preguntant (...) A vegades intento, a veure si aguanto el conus, i no l'aguanto. Hasta per curiositat de dir a veure si aguanto aquest conus, i no l'aguanto./(E17-44a) También me hablaron de las bolas chinas. Las probé porque tengo unas en casa que me regalaron pero fue muy incómodo./(E24-46a) También me han dicho de usar las bolas chinas, pero cualquiera va con las bolas chinas por allí./(E4-64a) Jo li vaig preguntar en el meu ginecòleg, que ara tampoc li diria perquè ara en fa vergonya de dir-li, com anaven, i em va dir que bueno que d'això (----). Em vaig comprar les boles que allà estan (----), no. La grossa no m'he l'he arribat a posar mai i la petita em cau. No les trobo practiques./(E15-46a) También me mandaron a comprarme unas bolas chinas, la doctora. Y también las he utilizado. Me lo dijo años después de que se lo consultará. Entonces me dijo que era una forma (----), sí. Pero bueno, en casa sí que las he utilizado como un juego con la pareja y luego yo misma sí, para subir la matriz. Yo me sentía mucho mejor, me mojaba menos. Hace de esto 5 o 6 años y siempre las he utilizado cuando yo he notado que va a más.

Muchas de las mujeres conocían los ejercicios del suelo pélvico como estrategia de manejo de la IU, pero solo algunas los realizan en la actualidad, aunque normalmente sin continuidad y sin saber si los hacen de forma correcta.

(E1-45a) Bueno, los conozco. Ya no me acuerdo. Lo básico que era aquello de apretar, si, y luego la respiración por aquí [se señala el abdomen]./(E3-44a) Havia de fer uns exercicis després de tenir els fills. Uns exercicis de "cerrar abajo", però no he fet res de res./(E8-51a) Vaig fer-los i de tant en tant quan hi penso, els faig./(E24-46a) Pero claro es ponerte e ir haciendo, y claro, no tienes tiempo. Yo no los he hecho nunca./(E25-47a) A mi em passa (----), que jo conec els exercicis però no els faig. No m'han recordo mai./(E15-46a) Hace 10 años, pero he recurrido a (----). Me han llevado en Valle Hebrón. Me han hecho como unas gimnasias vaginales (----). He mejorado. Los voy haciendo porque es como, qué te diría yo, es como que se duerme. Estoy que tengo durante el día menos, o depende también de la tos, del ahogo, de lo que haga. Entonces cuando ya me noto otra vez, que estoy más seguida mojada, pues claro, vuelvo otra vez a hacerlos./(E16-65a) Ara mateix he anat al metge i, mentres m'esperava, vaig fent els exercicis i ho faig perquè he de tornar a veure la fisioterapeuta./(E31-77a) També he de dir que havia fet molt de ioga. Ja llavors, 30 anys enrere quan

*vaig començar a fer, em van ensenyar a fer uns exercicis, i bé, no és que els faci cada dia, ni sovint, però si que bueno, que quan vaig al metro, quan m'avorreixo vaig mirant la gent i penso, ara és una bon moment per fer-ho../(E17-44a) Dedicar media hora al día a hacer los ejercicios, pero bien hechos, con la apnea, la respiración bien cogida, porque si lo haces corriendo, mal, cuando te guían, te van corrigiendo pero cuando lo haces sola (----). Yo controlo mucho la respiración, lo tengo dominado pero si tengo o no la colocación correcta, allí ya tengo mis dudas, algo hará, pero no sé hasta qué punto es efectivo como cuando te están encima.*

Explican que no verbalizan sus pérdidas de orina porque no les preocupa, las han normalizado o las tienen muy asumidas, aunque manifiestan que no tendrían o no tienen dificultades en hablar de ello.

*(E3-44a) Perquè com ho tenim totalment assumit que va en conjunt amb els embarazos y los partos. Jo, en el meu cas, no ho parlo (----). Si em pregunten, desde luego ho parlo. No és un tema de vergonya, en el meu cas no ho és en absolut (----). Si no ho parlo és, primer perquè no hi penso mai, perquè és un tema que no em preocupa gens../(E7-47a) És algo que ens passarà a totes en l'edat i per això no se'n parla. Perquè ho tenim assumit (----), està com normalitzat. Jo crec que és això, no perquè doni pal parlar-ho../(E27-66a) Porque pensamos que es una cosa normal en esta vida.*

Pero al mismo tiempo indican no hablarlo ni compartirlo, principalmente por vergüenza o pudor.

*(E1-45a) Quizás es vergüenza. Puede ser cierta vergüenza. Quizá sí, y tanto. Pero a mí no me da vergüenza de decirlo (----). Es una cosa muy fisiológica. Es un tema que cuesta más de compartirlo../(E9-38a) Podria ser per vergonya, però si tingués confiança a mi no em fa res parlar-ho. Si tingues vergonya ja no hagués vingut aquí, però no és un tema que em surti així d'entrada./ (E12-47a) Però realment si jo hagués tingut per exemple, això de l'orina, seria incapaç de dir res. Jo ho veig claríssim. Si a mi m'hagués passat això, que no em passa, però si m'hagués passat que se'm escapa i tal, i necessito no sé què, no em veig capaç d'anar a la noia d'allà al restaurant i demanar-li compreses (....). Sí sí, ho veig claríssim, jo crec que és vergonya../(E16-65a) Home jo penso que potser és vergonya../(E24-46a) Es por vergüenza, (....). La gente lo esconde esto, lo esconden por vergüenza (----). Yo en mi caso no tengo vergüenza. Me molesta, pero no me importa decirlo porque es una cosa que pasa y pasa y ya está (----). Pero que no son cosas que se hablen mucho../(E33-72a) El pudor ese de la persona que hace que no te atreves a decirlo../(E23-62a) A mí no me da vergüenza explicar estas cosas. Es que hay personas que les da vergüenza de explicarlo../(E27-66a) No nos gusta publicar nuestras debilidades*

Otros motivos por no verbalizarlo es por creer que es algo que sólo les afecta a ellas y por el hecho de estar relacionado con el envejecimiento. Hablarlo sería reconocer que se hacen mayores, que envejecen.

*(E27-66a) Lo vivimos como algo que no afecta a tantas personas, sino como algo que solo me afecta a mí, y por si acaso no digo nada. Nos da vergüenza../(E19-46a) Jo penso que segurament no ho he parlat perquè penso que em passa a mi i a la resta no els hi passa (----). Tens la sensació de que només et passa a tu, que només és un problema teu / (E31-77a) Perquè no ho té tothom. Parlem de la regla perquè sabem que ho han tingut totes, i parlem dels embarassos (----), però de l'orina (----). Jo no sé si ella ho té o no../(E13-75a) Porque no se admite el problema y se piensa que es de viejas./*

*(E30-61a) Penso de que no ho diem perquè és un signe d'envelliment i no volem acceptar que ens fem velles, i no ho diem perquè ens fa vergonya. No volem acceptar que ens fem grans./(E19-46a) Ho neguem per vergonya, per identificar-ho en ser vella o ser gran./(E21-62a) Porque ya eres mayor, por eso yo creo que no se dice.*

Algunas mujeres utilizan el humor y la ironía como recurso para poderlo expresar.

*(E30-61a) A vegades ho diem com una gracieta: "hay que me rio y me meo" (...). Fem broma, diem: "hay que me meo". Com a broma sí que ho diem, com una gracieta (...). Tenim el problema però (----) "me rio yo (----) antes que te ries tú de mí"./(E10-45a) A vegades ho comentes. Vas i rius i dius: "ay que em pixo!!"/(E24-46a) A las amigas y tal, y les digo: "no me puedo poner nerviosa porque me meo patas abajo". Así como una gracia./(E15-46a) Yo me rio y digo, "ya estamos otra vez!" (...) Lo pinto de otra manera porque lo tengo que hacer así. Es mi forma de expresarme porque me sale así: "jope, ya me he meado!" (...) Lo expreso así. Es mi gesto y digo: "oh, leche ya me he meado!" Lo pinto un poco más divertido. Si porque paso vergüenza, claro, no voy a explicarle a cualquiera lo que me pasa por mucha confianza que tenga. No le diré que me he meado, no, por eso hago broma.*

Algunas de las de más edad manifiestan que hablan de sus pérdidas de orina, sin ningún problema, abiertamente.

*(E13-75a) Yo creo que cuando eres mayor una de las sabidurías que tienes es admitir lo que te llega./(E23-62a) No tengo que ocultar una cosa que es biológica y es normal que si te pasa, te pasa. No por eso vas dejar de ser persona. Si te meas, te meas.*

Finalmente la mayoría de las mujeres expresan que no han comentado ni consultado al médico sus pérdidas por no considerarlo un problema (es algo normal), por vergüenza o por creer que no hay solución.

*(E18-52a) El tema de l'orina no li donem cap importància i no ho consultem al metge (...). Si fos una cosa que s'anés anant repetint més sovint, potser si que hagués anat al metge./(E12-47a) Crec que li he dit que no tinc problemes amb l'orina. És que no li he donat importància./(E3-44a) Jo segurament, si fos algo més greu i estigués tot el dia perdent orina, doncs faria algo. Primer intentar portar una compresa i segon (----), bueno portar una compresa tot l'any és incomodo (...). Llavors diria, igual vaig al metge per si és pot fer algo.(...) Com tampoc em suposa cap problema, no li he dit./(E4-64a) A mi em fa vergonya i a ell potser també li fa vergonya [metge]./(E5-75a) Pero que soy poco dada a ir con "peplas" (----), no tengo ninguna fe en los médicos./(E8-51a) A mi no em fa vergonya comentar-ho [metge] (----). Com és una cosa molt esporàdica que no et passa normalment. Només et passa algun dia, i el dia que et passa dius: "ostres!!" (----), però no és una cosa que sigui cada dia ni cada setmana (----). Home, quan ja m'incomodes en la meva vida normal de cada dia. Si tingués pèrdues cada dia, que constantment tingués que anar a canviar-me./(E9-38a) Si em passés (que perdés molt), si que aniria al metge./(E11-48a) Com a mi em passa tan poques vegades i és una cosa normal. Ho comentaré quan sigui algo exagerat./(E25-47a) Hi ha moltes persones que no saben que hi ha tractament aquest i diuen: ara he d'anar al metge, i que em donaran, va (----), res. Compren les compreses aquestes i ja està./(E26-72a) Hay mucha gente que dice que esto es normal y que no pasa nada./(E34-72a) Hasta cierto punto es normal (----). Si lo tuviera más de dos veces al año como es mi caso, entonces sí que iría./ (E31-77a) Com només em passa quan em refredo molt, de uvas a peras (----), pues no hi vaig./(E2-47a) Voy cada año al ginecólogo. A lo mejor este año le preguntaré, a ver si hay alguna cosa.*

Los resultados más destacados que se desprenden de los datos que hacen referencia a como es la conducta previa relacionada de las mujeres del estudio son los siguientes:

- Niegan padecer IU a pesar de admitir sus pérdidas de orina. No dimensionan la IU como una enfermedad. No perciben la gravedad de su problema de salud al ser estas pérdidas mayoritariamente esporádicas y poco abundantes.
- Infravaloran la sintomatología de la IU porque las pérdidas de orina que padecen no les afectan ni incomodan en exceso en su cotidianidad. Asumen dichas pérdidas y se resignan a vivir con ellas.
- A pesar de relativizar sus pérdidas de orina les otorgan un significado peyorativo por su vinculación con el proceso de envejecer. y por tener interiorizados todos los estereotipos negativos de género propios de esta etapa.
- Llega incluso a hacer que se sientan vulnerables. Les comportan problemas de inseguridad y a veces condiciona aspectos de su vida.
- A las que ya usan absorbentes específicos, por tener un mayor grado de gravedad, la situación afecta incluso su autoestima por el miedo a que la sociedad evidencie su problema.
- En la línea de restar importancia a sus pérdidas de orina, la mayoría llevan a cabo estrategias de manejo para paliar sólo sus consecuencias, usan protectores/absorbentes pero evitan o reducen al máximo los específicos para la IU.
- Conocen los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico como estrategia de solución o de mejora de la IU, pero actualmente no los realizan o no persisten en su ejecución. Esta falta de continuidad le resta eficacia como estrategia.
- La vergüenza es una de las principales causas de no verbalizar y ocultar sus problemas con la orina. Está estrechamente relacionada con la vinculación de la IU con los estereotipos peyorativos de la vejez.
- El humor y la risa es en algunos casos una estrategia para afrontar y verbalizar las situaciones embarazosas relacionadas con sus pérdidas de orina.

- No se plantean buscar ayuda profesional para tratar su IU. Las razones están íntimamente relacionadas con la normalización y minimización de las pérdidas de orina por ocasionarles pocas molestias, aceptarlas como propias de la mujer y resignándose a ellas y también con no verbalizarlo por vergüenza.
- Su conducta guarda relación con el grado de gravedad de su IU, pero no se detecta relación con la clase social de pertenencia, ni con el número de partos, estado de menopausia o tipo de IU que presentan.

#### **4.2. CATEGORÍA 2. COGNICIONES Y PERCEPCIONES ESPECÍFICAS DE LA CONDUCTA**

En este apartado se exponen los resultados de los datos relativos a las cinco subcategorías incluidas en la segunda categoría de análisis “Cogniciones y percepciones específicas de la conducta”, que se corresponde con el segundo constructo del MPS.

##### **Subcategoría beneficios percibidos**

Se presentan aquí los resultados sobre las consecuencias que las mujeres del estudio perciben como positivas cuando se sigue una determinada acción para resolver su IU. Estos beneficios motivan a realizarla, aunque esta motivación va muy ligada al grado de compromiso con ella.

En primer lugar, muchas de ellas reconocen que realizar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico aporta soluciones a sus pérdidas de orina mejorando su problema de las fugas de orina. Los conocen porque en algún momento de su vida los han efectuado, aunque confiesan mayoritariamente que actualmente no los hacen o les falta constancia a la hora de realizarlos.

*(E1-45a) Veo que voy a tener que hacer rehabilitación. Veo que sí que quiero hacerla, porqué sino llegaré, con los años, al final me convertiré en una incontinente./(E6-40a) Quan em veig tant malament penso, hauria de fer els exercicis (---). Llavors és quan en sóc conscient i penso, els exercicis, que no els faig. I llavors intento fer els exercicis o intento tenir més constància (...). Aquesta musculatura, noto quan està més treballada o la preparo més o no./(E18-52a) A vegades penso, ostres, potser sí que tindria que fer esport a tots els nivells, no?, externo y interno./(E19-46a) Arran d'allí vaig millorar molt. La veritat és que em va anar molt bé perquè vaig millorar moltíssim [en el postparto hizo rehabilitación del suelo pélvico y luego lo abandono]. Igual m'aniria bé tornar a fer els*

*exercicis./(E8-51a) Ho sabia. Realment saps que si fas aquests exercicis millores./(E14-55a) Si es treballa la musculatura es millora moltíssim el tema de la incontinència./(E17-44a) Ahora con los ejercicios he notado mejoría. Incluso con el estornudo me acuerdo de contraer./(E28-67a) Si fas els exercicis cada dia et va enfortint.*

Las que valoran positivamente el hecho de practicar los ejercicios del suelo pélvico también destacan que es mejor realizarlos con el apoyo de un profesional para ejecutarlos de forma correcta, y que acudir a un fisioterapeuta o a un centro de rehabilitación las obliga a hacerlos y a comprometerse.

*(E4-64a) Vaig anar [fa temps] a una fisioterapeuta, molt maca i que valia molt i em va anar bé. A la que agafes un compromís pues clar, hi col·labores perquè tens aquell compromís./(E6-40a) Em va agradar molt quan vaig anar a aquell centre i em vaig sentir agust, (...) Em vaig trobar millor. Com després la continuïtat, vaig anar més a sessions individuals amb la fisioterapeuta [en l'actualitat no hi va]./(E16-65a) És important. Jo vaig fent els exercicis perquè sé que he de tornar a la fisioterapeuta un cop cada mes./(E17-44a) Cuando te guían te van corrigiendo, pero cuando lo haces sola (...). Algo hará, pero no sé hasta qué punto es efectivo como cuando te están encima [hizo rehabilitación en el postparto]./(E19-46a) Vaig anar 3 mesos [en el postpart] al centre de rehabilitació. Em van ensenyar uns exercicis i jo els feia cada dia, i em van ensenyar a posar-me les boles xines i també me les posava. Em deïa, t'hauré d'ensenyar a apretar el que s'ha d'apretar, i ella em va ensenyar apretar a dins i molt bé./(E34-72a) Si tuviéramos un profesional y que nos obligará 3 veces a la semana a hacerlos, pues esto sí, nos obligaríamos a hacerlos, eso sí.*

En relación a los beneficios percibidos por las mujeres del estudio en cuanto a acciones concretas para resolver su IU, en este caso efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, la motivación para realizarlas y el grado de compromiso hacia ellas, destacan los siguientes resultados:

- Asienten que los ejercicios del suelo pélvico son beneficiosos para su IU, mejoran su sintomatología.
- Entienden que los beneficios de estos ejercicios mejoran si hay un apoyo y supervisión de profesionales especializados. Éstos les aseguran el cumplimiento y la correcta ejecución de esta acción.
- La conciencia del valor de estos ejercicios en la mejora de sus pérdidas de orina les genera en principio motivación hacia esta acción, pero requieren del apoyo de un profesional de la salud para que persista.
- Su grado de compromiso hacia esta acción es sin embargo bajo, les falta constancia y continuidad, con lo que se compromete la motivación.



## Subcategoría barreras percibidas

Se presentan aquí los resultados de las barreras que aprecian tener estas mujeres respecto a lo que les impide emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina. Los motivos de evitación respecto a ella que, según Pender, afectan al fomento de la salud y disminuyen el compromiso con la acción.

Muchas manifiestan no tener necesidad de hacer nada en relación a sus pérdidas de orina porque no les causan dificultades, no les molesta, no les impide hacer una vida normal o las tienen muy asumidas.

*(E2-47a) Tampoc t'impedeix fer coses. És com la regla. Saps que la tens i intentes portar-ho lo millor possible i ja està. No cal que ens hi matem ./(E11-48a) És que no m'he trobat de sortir al carrer i dir ara vaig mullada, ara que faig? A la que em trobi amb això, i vas veient que és més sovint, doncs ja pensaré què fer./ (E17-44a) Como tampoco no es una cosa diaria que me esté dificultando la vida, pues nada./ (E22-45a) No li he explicat [metge] perquè és que no m'ha preocupat (...). En cap moment m'he agoviat ni m'ha suposat cap problema (----). No m'ha semblat un problema perquè no m'ha molestat.*

Algunas relatan que no van al médico a buscar soluciones y lo atribuyen a la falta de información/formación sobre las pérdidas de orina y sus causas.

*(E1-45a) Yo creo que es falta de educación y de formación sobre las pérdidas de orina (----). Falta de educación sanitaria fuerte. Si tuviéramos más información iríamos al médico. Hay mucho analfabetismo en temas de salud./ (E19-46a) Jo penso que la informació que tenim de totes aquestes coses és molt bàsica. (...) Hauríem d'explicar-nos que això té moltes més causes i que ens expliquessin que li pot passar a qualsevol dona de qualsevol edat, i així aniríem al metge.*

También declaran que cuando acuden al ginecólogo no le consultan su problema con la orina por vergüenza, por no considerarlo un problema, por pereza o por razones no explicitadas.

*(E4-64a) Vaig al ginecòleg un cop a l'any però no li he explicat. A mi em fa vergonya i a ell potser també li fa vergonya./ (E5-75a) Cuando he ido al ginecólogo, pues no le he dicho nada./ (E18-52a) No he pensat a dir-li al metge perquè no ho he considerat un problema realment. Ja et dic jo que no ho visc com un problema (...)./ (E33-72a) Por vergüenza [comentarlo al ginecólogo]./ (E29-68a) Per mandra i per vergonya també. Jo per mandra. Mandra d'anar al metge a explicar-li.*

Otras argumentan que la causa de no consultarlo es porque el facultativo no se lo pregunta.

*(E5-75a) Como no me lo ha preguntado (----)./ (E14-55a) El ginecòleg no pregunta res. Abans amb la comadrona hi havia com més confiança./ (E18-52a) A lo millor, si ell m'hagués dit que tens això?, però ni m'ha preguntat./ (E19-46a) Clar, si m'ho hagués preguntat. És una ginecòloga i li hagués explicat,*

*però no m'ho ha preguntat. (E21-62a) No se lo he explicado porque como no te preguntan. Sólo te preguntan la mamografía, te revisan y esto, te hacen la citología y te dicen si no la llamamos es que está todo bien. (E34-72a) A mí no me lo ha preguntado nadie [profesional]. (E22-45a) No m'ho ha preguntat el metge.*

Alguna, aunque refiere haberlo hablado con el médico, expresa no hacer nada por percibir que no le ayudará o porque no le gustan lo que les indica.

*(E29-68a) Depèn del que et diuen (----). En el fons no et dirà res (----), i penso: "per això he vingut?". (E28-67a) Saps que em va dir el metge (----). Jo he anat al metge i em va fer les proves corresponents i que em podia posar unes d'allò (----), xines.*

Las mujeres mayores verbalizan que han tomado la decisión de no ir a consultar a los médicos ni a otros problemas de salud sus problemas de orina, puesto que por su edad u otras circunstancias ginecológicas se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por éstos.

*(E26-72a) A certa edat sembla que ja no ens fan cas. No t'escolten. (E29-68a) A mi em va dir: "si tens parella vine, però si no tens parella, que estàs sola, no cal que et faci la citologia ni que et faci res". Doncs ja no hi vaig per res. (E31-77a) Jo tinc 77 anys, i a partir d'aquesta edat ja no et miren ni els pits ni a baix. Et sents abandonada. (E29-68a) Vaig anar a un ginecòleg a la revisió i em va dir: "vostè no cal que torni més perquè no té la matriu". No hi he anat mai més, Per a què?. (E27-66a) Jo, igual que ella, em van operar i em van donar la visita al cap d'un any per ginecologia, per la revisió. El metge llegeix l'informe de l'operació i em diu: "usted porque viene". Jo dic: "vinc perquè em van dir (----)" "No no, a ti ya te han operado y te lo han quitado todo, ya no has de venir si no tienes problemas". No hi he tornat més per a res. (E23-62a) Ahora una vez has pasado la menopausia ya no te hacen demasiado caso (----). Cuando fui al ginecólogo a hacerme la citología me dijo: "ahora te la haré cada 2 o 3 años, porque ahora ya no tiene mucha importancia con la edad que tienes".*

Todas las mujeres del estudio declaran que no se cuidan. No lo hacen porque priorizan el cuidado de la familia, del hogar y el trabajo. Señalan que no les queda tiempo para ellas.

*(E1-45a) Como cuidadoras de la familia, del marido, los hijos (----), y cuidadoras nuestras poco, poco, sí (...). El tiempo para los demás, pero para nosotras no. (E6-40a) Per davant passa la feina, els nens, les coses de casa (...). Amb les prioritats jo em vaig posant al final de la llista. (E7-47a) Som les últimes de tot. Les dones sempre som les últimes, sí, de tot. No ens cuidem perquè no tenim temps i a més en el món en que vivim (----). Per a mi els fills són prioritaris, per això els he tingut. (E8-51a) Cuidem a tothom menys a nosaltres mateixes. Penses, ara que no em necessita el fill he de cuidar a la mare. Però què hi farem (----). (E10-45a) Pel tema feina no puc fer tot el que voldria per cuidar-me més (----), Primer són els fills, el treball. (E18-52a) Les dones cuidem a tots menys a nosaltres mateixes. Jo em sento així moltes vegades (...). (E22-45a) Jo al menys soc la l'última de la llista i el que veig amb dones de la meva edat i que tenen fills. Som l'última prioritat. (E23-62a) Hemos de cuidar a todos y nosotras no nos cuidamos. (E24-46a) Nunca pienso en mí. Por delante está la familia, la casa, el trabajo (----). No tienes ningún momento para una misma.*

Incluso conociendo los ejercicios del suelo pélvico como medida para mejorar sus pérdidas de orina, revelan no realizarlos en casa por falta de tiempo y el exceso de cargas (priorizan otras actividades como el cuidado familiar o las responsabilidades laborales).

*(E1-45a) No me doy la prioridad para hacer los ejercicios. Siempre le doy la prioridad a todo lo demás. Todo lo demás pasa por delante. Ahora para mí, no soy una prioridad./(E6-40a) Fer els exercicis costa (...). El que passa és que no tinc temps per fer-los (----). Ho deixes perquè hi ha d'altres prioritats davant./(E7-47a) No he tingut problemes de diners. És més el temps per dedicar-me'l a mi i fer-los./(E8-51a) Clar hi has de pensar a fer-los (----), però no hi penses. No tinc temps./(E9-38a) Al estar treballant fora de casa, quan arribes vols estar amb els nens i no està fent els exercicis. Lo teu passa a un segon terme (...). La meva prioritat són els fills i "tira pa lante con la compresa"./(E20-50a) No los hacemos [los ejercicios] porque vamos muy atareadas./(E22-45a) Costa moltíssim pensar amb una mateixa i cuidar-se. No tinc temps per fer els exercicis./(E30-61a) Estás por otras cosas, la familia, (----) los nietos y no por los ejercicios. Estás cansada y lo vas dejando./(E24-46a) Claro es ponerte y estar e ir haciendo y claro, no tienes tiempo./(E26-72a) Y después (----), estás tan cansada (----).*

También indican que no los efectúan por pereza, falta de voluntad o falta de constancia.

*(E1-45a) Soy una persona muy perezosa para estas cosas. Es un tema de voluntad./(E15-46a) Algunas veces he empezado a hacerlos: uno, dos, tres (----), y anda a la porra. Se necesita constancia para hacerlos pero me falta constancia en hacerlos más./(E28-67a) Joestic molt enfeinada i falta força de voluntat/(E29-68a) No me'n recordo de fer-los./(E17-44a) Empiezas con más o menos voluntad y luego lo vas dejando./(E21-62a) Hubo una temporada que sí que los hacía, y luego ya me canse y ya lo dejé./(E32-68a) Jo no sóc gens constant en fer els exercicis.*

Las mujeres que en un momento accedieron a centros privados de rehabilitación del suelo pélvico apuntan que el coste económico fue el principal motivo de dejar de acudir. Son mujeres que pertenecen a las clases sociales I, II y III a.

*(E1-45a) La mutua no me lo cubrían [los ejercicios de rehabilitación]. Me costaba un dinero. (...). Me acuerdo de que no era barato. (...) Es una incongruencia total lo de las mutuas: por una lesión de traumatología sí que te entra la rehabilitación y por esto no./(E4-64a) El problema és dels diners, eh, perquè clar cada sessió val uns 50 euros. És privat. No tinc diners per anar a la fisio. Hi hauria d'anar-hi, però costa tot tants diners. (...) Jo sóc d'una mútua i m'entra la recuperació per l'operació del genoll, però no m'entra la fisio per la incontinència. /(E6-40a) Amb la fisio hi anava pagant, però arriba un moment que és allò típic que dius "bueno què?"./(E16-65a) Si no m'entrés per la mútua no crec que jo em pagués la fisioterapeuta./(E18-52a) Ara en aquest moment no ho pagaria./(E19-46a) Això no estava cobert per la mútua i, a més a més, cada sessió era bastant cara.*

Los puntos más significativos que se desprenden de los resultados que hacen referencia a las barreras que aprecian tener las mujeres de este estudio en relación a no emprender conductas encaminadas a la resolución de su IU son:

- La baja percepción de la IU es una de ellas, obstaculiza que inicien cualquier tipo de conducta de búsqueda de ayuda.
- También la falta de conocimientos en salud respecto la IU, actúa de freno frente a la toma de decisión de abordar el comportamiento de buscar ayuda médica.
- La timidez o vergüenza, la pereza y la falta de conciencia de la IU como enfermedad, impide plantearla a su médico cuando acude a su consulta. Es una barrera a la acción de buscar su ayuda.
- La propia actitud de algunos médicos de obviar la IU puesto que ni las interrogan sobre ello, obstaculiza la conducta de buscar su ayuda.
- No sólo la actitud de algunos médicos sino también su práctica, que en el caso de las mujeres mayores ha hecho que se sientan ignoradas, relegadas o abandonadas. Para ellas es una gran barrera para decidirse a iniciar la conducta de búsqueda de ayuda médica a su IU.
- La falta de confianza a las propuestas del médico a su IU es un inconveniente para no emprenden ninguna acción de resolución.
- La falta de tiempo y el cansancio por asumir la doble o triple jornada, les impide autocuidarse y, en el caso concreto de su IU, llevar acabo los ejercicios del suelo pélvico de los cuales perciben sus beneficios.
- La pereza, la falta de voluntad o la falta de constancia en la realización de los ejercicios del suelo pélvico, obstaculizan su ejecución.
- El coste económico de los centros de rehabilitación privados limita su acceso a estos servicios, considerados por ellas beneficiosos, pues les aportan seguimiento y supervisión y las hace perseverar en esta conducta de resolución de su IU.

## Subcategoría autoeficacia percibida

Este apartado muestra los resultados de la percepción de competencia que tienen las mujeres del estudio de sí mismas para ejecutar una conducta promotora de salud, es decir, de su capacidad de realizarla.

En relación a efectuar los ejercicios del suelo pélvico, la mayoría manifiestan que no los hacen porque les cuesta.

*(E1-45a) Pero a mí me cuesta tanto todo esto, los deje de hacer. Se me hacía un poco montaña el hacer los ejercicios de fisioterapia (----). Soy una persona muy perezosa para estas cosas. Es un tema de voluntad./(E15-46a) Algunas veces he empezado a hacerlos: uno, dos, tres (----), y anda a la porra. Se necesita constancia para hacerlos pero me falta constancia en hacerlos más./(E26-72a) Yo no me acuerdo de hacerlos (----), y después (----), estás cansada./(E28-67a) Jo estic molt enfeïnada i falta força de voluntat/(E29-68a) No me'n recordo de fer-los./(E30-61a) Estás cansada y lo vas dejando./(E6-40a) Quan hi ha tant d'espai de temps que no ho faig, noto que després em costa molt fer-los./(E17-44a) Empiezas con más o menos voluntad, y luego lo vas dejando./(E21-62a) Hubo una temporada que sí que los hacía, y luego ya me canse y ya lo dejé./(E25-47a) A mi em passa (----), jo conec els exercicis, però no els faig. No me'n recordo mai./(E9-38a) Què sí, ho podria fer [els exercicis], però (----) al final no els faig./(E32-68a) Jo no sóc gens constant en fer els exercicis.*

Solo algunas pocas declaran llevarlos a acabo y expresan que se esfuerzan en hacerlos asiduamente.

*(E4-64a) Vaig pensar: "això amb els anys anirà a més i no vull" (...). Vaig dir: "prou, he d'anar-hi" [fisioterapeuta]./(E16-65a) D'això me'n puc sortir. Jo faig els exercicis. Jo no em vull operar. De seguida els aprenc [els exercicis]./(E18-52a) Estic segura que en podria fer més encara [exercicis]./(E23-62a) Yo soy capaz de hacerlos (...). De vez en cuando digo: "mira que soy perezosa, pero los hago".*

En relación a buscar ayuda profesional para resolver sus pérdidas de orina, pocas indican que no se sienten capaces de explicarle o comentarle el tema al médico.

*(E4-64a) Vaig al ginecòleg un cop a l'any però no li he explicat. A mi em fa vergonya./(E33-72a) Por vergüenza [comentarlo al ginecólogo]./(E29-68a) Per mandra i per vergonya també. Jo per mandra. Mandra d'anar al metge a explicar-li./(E18-52a) A lo millor, si ell m'hagués dit: " que tens això?".*

Muchas otras reconocen sin embargo no tener inconvenientes en ir y comentarlo, aunque no lo hacen por considerar que no tienen este problema de salud (IU).

*(E18-52a) Si fos una cosa que s'anés anant repetint més sovint, potser si que hagués anat al metge./(E3-44a) Jo segurament, si fos algo més greu (...), vaig al metge per si és pot fer algo./(E8-51a) A mi no em fa vergonya comentar-ho [metge] (...). Quan ja m'incomodes en la meva vida normal de cada dia./(E9-38a) Si em passés (que perdés molt), si que aniria al metge./(E34-72a) Si lo tuviera más de dos veces al año (----) entonces sí que iría./(E31-77a) Com només em passa quan em*

*refredo molt, de uvas a peras (----), pues no hi vaig, però cap problema.*

Los resultados más significativos sobre la autoeficacia percibida por las mujeres participantes para ejecutar conductas promotoras de salud son:

- Perciben una autoeficacia baja en relación a la conducta de realizar los ejercicios del suelo pélvico, les cuesta realizarlos.
- Perciben en general una autoeficacia alta en cuanto a ejecutar la conducta búsqueda de ayuda médica para su IU, pero no lo realizan por no considerarlo un problema.

### **Subcategoría influencias interpersonales**

En este apartado se presentan los resultados sobre cómo influyen los demás en la predisposición de las mujeres del estudio para llevar a cabo acciones encaminadas en la resolución de su IU.

En sus relatos aparece que las madres, hermanas, hijas o suegra les trasladan normalidad a la situación de tener pérdidas de orina. La mayoría manifiestan que han seguido el mismo recurso que ellas, usar protectores/absorbentes.

*(E3-44a) La meva mare també li passa això (...). Me dijo: "si yo también cuando estornudo. Es normal"./(E20-50a) Yo lo hablé con ella [hermana] y me dijo que sí que era normal que nos pasara./ (E5-75a) Mi madre sí que tenía ese problema y se ponía pañales. Una hermana también me dijo que se ponía como una pequeña compresa por si tenía algún escape. Mi suegra (...): "todas llevamos pañitos"./(E7-47a) La meva mare sempre la sentia que deia: "porto el paño", això que portaven abans, doncs això per si se li escapava una mica. Ella ja ho tenia./ (E15-46a) Mi madre es de gasa, de antigua (...). Ella lleva su trapito porque lo tiene que llevar, como todas.*

Muchas indican que con las amigas, al compartir el tema de sus pérdidas de orina como algo propio de ellas por los partos y la edad, hablan sobre cómo abordarlas o tratarlas: usar protectores/absorbentes, hacer ejercicios del suelo pélvico, o utilizar conos o bolas chinas, aunque expresan que no siempre saben muy bien cómo se realizan estos ejercicios o cómo se usan estos dispositivos. También narra alguna una experiencia negativa frente a la cirugía.

*(E2-47a) Con amigas así cercanas sí que lo hablas, que a partir de una edad a todo el mundo le pasa (...). Una amiga me decía que teníamos que hacer ejercicios de (----), no sé cómo se llama esto (----), contener (----) perquè sino la musculatura cede (...).A veces me decía aquello de que cuando*

estés haciendo pipí pares a mitad y vas como contrayendo para controlar./(E8-51a) Amb les amigues diem que és una cosa normal./(E4-64a) Una amiga feia servir uns conos. Una altra anava a fer exercicis./(E5-75a) A esa amiga que le dices: “chica sabes que tengo unas pérdidas”, y te dice: “bueno no le des importancia, eso pasa”. Bueno sí, te pones un salvaeslip./(E14-55a) He vist [amiga] (...) que en l'últim fill tenia incontinència. No podia controlar-ho, i llavors li van fer una reeducació del sol pelvíc i també va treballar amb aquests conus. I sí, sí, ara està bé./(E18-52a) Jo tinc una amiga (...) havia tingut problemes d'aquest. I jo crec que li van receptar exercicis, val. Inclús en molta gent sé que li recomanen les boles xines, que tanto nos reimos, però suposo que fan treballar no sé si es diu el suelo pèlvico, o dile otra cosa./(E20-50a) Todas dicen que lo mismo, que después de tener los críos (...). Y me dicen: “o yo no con eso [salvaeslip] no puedo, me tengo que poner algo más grande”./(E23-62a). Se ve que la operaron y no le resultó bien. Ahora la volvieron a operar y le pusieron una malla para aguantárselo y ahora se ve que la malla le oprime demasiado y le cuesta un montón de hacer pipí./(E24-46a) Y me dijo: hay pues las bolas chinas. Te irán muy bien para lo que te pasa (...). Claro, cómo es una cosa que va adentro y hace presión./(E31-77a) Com s'escapa poc portem compresa, i anem tranquil·les. Si diuen: “aneu al metge” (----) “pa què? Ja portem compreses”, “no cal anar-hi”.

En general refieren que el ginecólogo o la comadrona les recomendaron que realitzaran exercicis del suelo pèlvico durante el embarazo o el periodo del postparto. Recuerdan que ellos les explicaron la manera de realitzarlos, sobre todo en casa, pero ahora no saben describir muy bien en qué consisten.

(E1-45a) Esto sí que me lo dijeron [ginecólogo en el postparto]: “mira de al hacer pipí, de cortar el (----), ir cortando un poquito el pipí”./(E3-44a) La meva ginecòloga m'havia dit de fer uns exercicis després de tenir els fills, uns exercicis de “cerrar abajo”./(E7-47a) La ginecòloga em va dir que al fer pipí, al principi t'aguantés una mica, i quasi al final et tornes a aguantar un altre mica i et tornes a deixar./(E8-51a) La llevadora em sembla que va ser ella qui me'ls havia ensenyat [els exercicis]./(E9-38a) M'ho havien explicat a les classes de preparat./(E10-45a) Durant l'embaràs, la llevadora em va ensenyar a fer uns exercicis de la zona pèlvica. Havies de respirar i apretar una mica i tornar a relaxar. El que jo me'n recordo./(E11-48a) Una de les comadrones (...) em va dir els exercicis que tenia que fer./(E15-46a) La ginecòloga me dijo que hiciera una gimnasia vaginal. Según su explicación se había de trabajar la musculación. Era cómo contar 10 apretando y desapretando y hacerlo sentada o tumbada en el sofá o en la cama. Me habló también de las operaciones. Que si no se solucionaba de esta forma que se podía mirar de solucionar con operación. Era algo de subir la vejiga, pero no me acuerdo bien./(E17-44a) Me derivó [ginecólogo en el postparto] a hacer una rehabilitación del suelo pèlvico hace años./(E19-46a) Arran d'això em va aconsellar [ginecólogo en el postparto] que fes una gimnàstica de recuperació de la zona pèlvica i la vaig fer (...). Allí m'ho van explicar./(E21-62a) Después del parto, cuando ya fui una vez la comadrona me dijo: “ahora tendrías que hacer esto, porque así el pis y esto, no se te escaparía. No tendrías esas pequeñas pérdidas que a veces hay. Si tú vas haciendo estos ejercicios te lo vas a evitar”./(E24-46a) Me lo explicó la ginecòloga [postparto]. Eran exercicis de retenir. Que lo mejor era que hiciera los ejercicios.

Pero también refieren algunas que el ginecólogo ha restado importancia a sus pérdidas de orina al considerarlas una consecuencia normal en la mujer a partir de determinada edad o ante según que circunstancia, el caso de una matriz grande, y no les han ofrecido ninguna solución.

*(E7-47a) Ella no li ha donat importància [ginecòloga], perquè ella sempre em diu: "però tu et pixes?" Sempre ma diu això, i jo li dic: "a l'esforç i quan corro" i no li dóna importància./(E8-51a) El ginecòleg no m'ha donat cap solució. Diu que això és normal a certa edat (----). Al ser un home suposo que ho veu diferent. Fos una dona (----)./(E10-45a) El ginecòleg em va dir que era normal, per la matriu grossa (....) Em va dir que quan la matriu és grossa és perquè apreta a la bufeta.*

Dos mujeres que tienen o han tenido contacto con fisioterapeutas comentan que les han enseñado a hacer los ejercicios del suelo pélvico y cuando realizarlos, Subrayan que acudir a ellas les ayuda a ser más constantes.

*(E6-40a) Amb la fisio fins i tot vam estipular el moment de fer els exercicis. Quan vaig a fer un pipí, que sigui just després, que sigui aquell moment que te'l dediques. Res, un minut, "mira fixat que és molt poc", em va dir això. Constància./(E16-65a) Anar a la fisioterapeuta t'obliga a fer-ho. Perquè em trobi al menys bé quan em toca anar-hi i no vagi enrere.*

De los resultados relativos a las influencias interpersonales que tienen estas mujeres respecto a su predisposición para llevar a cabo acciones resolutivas de su IU destacan:

- La familia, en concreto las mujeres de la familia, tienen o han tenido una influencia negativa en relación a predisponerlas a llevar a cabo conductas de resolución de su IU. Influyen en efectuar conductas paliativas al problema.
- Las amigas tienen un influjo más positivo para predisponerlas a efectuar conductas más resolutivas de su IU, los ejercicios del suelo pélvico, los conos o las bolas chinas, pero se detecta falta de conocimientos sobre las mismas.
- Los ginecólogos y matronas influyeron positivamente para que realizaran conductas de resolución de su IU, los ejercicios del suelo pélvico, pero esta influencia sólo tuvo lugar en la atención sanitaria que tuvieron durante el embarazo y el puerperio. Dicha influencia, no se ha producido en las etapas posteriores.
- Actualmente algunos ginecólogos ejercen una influencia negativa para que emprendan acciones de resolución de su IU. Hay una ausencia de orientación



profesional reflejo de unos estereotipos de género interiorizados que se asocian con la edad de estas mujeres y su historia reproductiva.

- Los profesionales de la fisioterapia generan una influencia muy positiva en la acción de realizar ejercicios del suelo pélvico. Sus intervenciones de educación, apoyo y supervisión tienen efecto sobre la constancia, la motivación y la eficacia.

### **Subcategoría influencias situacionales**

En este apartado se presentan los resultados relativos a qué situaciones o contextos influyen (facilitan o impiden) sobre las mujeres del estudio para llevar a cabo acciones encaminadas en la resolución de su IU.

En cuanto sus reacciones frente a determinados mensajes publicitarios sobre compresas para la IU, todas, al referirse a un anuncio en concreto, coinciden que transmite el mensaje de que las pérdidas de orina son normales en las mujeres de cierta edad. Para algunas la publicidad las ratifica en su conducta de usar protectores/absorbentes para solucionar sus problemas con la orina.

*(E1-45a) Da un mensaje de normalidad [el anuncio]./(E6-40a) Són anuncis que queden (...) "Posa't una compresa i ja està solucionat" et diu./ (E13-75a) [el anuncio] Nos dice: "ponte una compresa y no te vas a mojar"./(E23-62a) [el anuncio] Te decía: "que te pongas la compresa pa que no te mojes. Es verdad"./(E28-67a) [en referencia al anuncio] Jo pensava: "aquesta li passa el mateix que a mi. Fa com jo"./(E33-72a) [en referencia al anuncio] Ella no se escondía de lo que le pasaba. No le daba pudor ni vergüenza. Decía que perdía y que había compresas para quitar eso, o lo que fuese (----). "Ya no soy yo sola".*

Para otras, al no sentirse identificadas con la edad de la protagonista y suponer que ésta planteaba una situación de pérdidas de orina mayores que las que ellas tienen, rechazan la solución que propone el anuncio.

*(E9-38a) [el anuncio] deia que era algo normal que passava a les dones. (----). Entra dins de la normalitat. No em sentia identificada perquè ho veia per persones més grans que jo./ (E10-45a) [el anuncio] Que és un problema de la gent gran i en més quantitat que les meves. Deia: "No hi ha massa solució. Val més que et posis la compresa i ja està"./(E12-47a) [en referencia al anuncio] Jo en tinc 47, la Concha Velasco podia ser ma mare (...). Al ser una dona tan gran fa que molta gent pensi: "això no va amb mi"./(E17-44a) [el anuncio] Te decía: "ponte la compresa", que tampoco lo veo muy práctico ni cómodo. Para nada me identificava con el anuncio./ (E18-52a) [el anuncio] "No passa res i hi ha compreses" i bueno, donar una mica de normalitat a aquest tema i treure-li una mica de foc. Però ho veig com una situació molt llunyana a la meva./ (E19-46a) [el anuncio] Està bé que parlin*

*d'un problema, però no en una persona que està dient: "con la edad, no sé qué (----)". Donava el missatge de: "Estoy mayor pero yo puedo hacer mi vida habitual, ponte una compresa". Jo no em sento encara gran i no ens sentim identificades./(E21-62a) "Bueno tu como eres más mayor que yo, a lo mejor a ti se te escapa", le digo yo a la tele [en referencia al anuncio]./(E22-45a) El missatge de l'anunci de la Concha Velasco no anava amb mi. Jo no tenia aquella problemàtica. Ella era una persona gran i jo no.*

Los resultados más destacables que se desprende de los datos que hacen referencia a cómo determinados contextos pueden influir sobre las mujeres del estudio en llevar a cabo acciones encaminadas a la resolución de su IU, son:

- La publicidad sobre compresas para la IU influye de forma negativa sobre ellas porque interfiere en la toma de conciencia de su incontinencia como enfermedad y las predispone a no considerar necesario emprender acciones de resolución, normaliza el problema como algo propio de la edad.
- Esta misma publicidad también impide que algunas mujeres vayan más allá de las acciones paliativas a su IU, al plantear la solución de los protectores/absorbentes que ya usan no las predispone a emprender acciones resolutivas.
- Asimismo su influencia es aún más negativa entre las mujeres más jóvenes puesto que, al sugerirlo a través de protagonistas de más edad, las inclina a no abordar ningún tipo de acción.

## **DISCUSIÓN**



## 5. DISCUSIÓN

De acuerdo con la metodología cualitativa planteada, en este apartado se presenta la interpretación de los resultados obtenidos en la investigación, la cual es fruto de la discusión entre los mismos y los establecidos en estudios precedentes.

Entre las mujeres del estudio resalta el hecho de que a pesar de reconocer sus pérdidas de orina, como éstas no son continuas, ni frecuentes, ni abundantes, minimizan la situación y niegan padecer una IU. Esta baja percepción de la gravedad del problema de salud, por infravalorar su sintomatología al no afectarles en exceso, ya se había puesto de manifiesto en investigaciones anteriores. Tenemos por ejemplo la de Papanicolau y colaboradores que determinó una correlación estadísticamente significativa entre el aumento de la severidad de los síntomas de la IU y la molestia que ésta les causaba (149); la de Hägglund y Wadensten, junto a la de Hägglund y Ahlströmya, que señalaban que la gravedad percibida por las mujeres con IU tenía relación con la frecuencia y cantidad de orina que pierden (20)(21); la de Higa y Baena de Moraes Lopes que indicaban que las mujeres no valoran con frecuencia los síntomas cuando la incomodidad causada por la IU es poca (29), o la de Rios, Cardoso, Freitas y Maia de Almeida destacando en sus resultados que el 32% de las mujeres con IU desconocían el tiempo transcurrido desde que habían presentado por primera vez pérdidas de orina, y en la que concluían que ello podía ser considerado como signo de infravaloración de la IU como enfermedad. También está la de Bradway y Barg, así como la de Komorowski y Chen, que hacían referencia a la percepción de que las mujeres no comprenden ni dimensionan la IU como una enfermedad (27)(28), y ya más recientemente la de Visser junto a otros autores que remarcaban que el 73,4% de las mujeres con IU de su muestra consideraban que los síntomas no eran suficientemente graves, con lo que tampoco la percibían como una enfermedad (150).

Entre la razones por la cuales se da esta falta de conciencia de la IU como patología, la OMS indicaba en su informe publicado en el año 2007 que la falta de concienciación de las mujeres de determinados problemas de salud se debía a que los consideraban como algo normal o natural de sus características biológicas (76). Estudios posteriores confirman estas razones entre mujeres con IU: Andersson, Johansson, Nilsson y Sahlberg-Blom señalaron que las mujeres con pérdidas de orina aceptaban y se adaptaban a esta situación al haber aprendido a vivir con ella (22); Melville, Wagner, Fan y Katon manifestaban que las mujeres creían que la causa de su IU era por el

simple hecho de ser madres, pues lo relacionaban con los partos, y que era algo implícito al proceso de envejecimiento (19); Basu y Duckett indicaban que la IU en la mujer se incorpora culturalmente como un aspecto relacionado con la representación social de ésta y con el envejecimiento (23), y Peters, Horrocks, Stoddart y Somerset, así como también Visser, evidenciaron que un porcentaje importante de mujeres con IU, el 55% y 46,9% en sus respectivos estudios, consideraban sus pérdidas de orina como una parte normal del envejecimiento, como una secuela propia del mismo (151)(150). Vinculados a estos resultados, cuando los relatos de las mujeres de la presente investigación ponen de manifiesto que normalizan sus pérdidas de orina por ser algo inherente a la faceta reproductiva de mujer, y por el propio proceso de envejecer, y también reflejan su resignación a conllevarlas, se puede afirmar que esta resignación a la situación de su IU es también en ellas una conducta implícita de género y en el hecho de envejecer, y que ello conduce a la falta de conciencia de la situación como un problema de salud.

También aparece que a pesar de que expresan que viven con normalidad sus pérdidas de orina, el reconocimiento de las connotaciones socialmente despectivas que tienen éstas y la vinculación de la IU al proceso de envejecimiento hacen que afloren las primeras reacciones adversas. Manifiestan el miedo y el temor a que los demás las consideren mayores con todas las evocaciones que comporta la vejez. Bradway y Barg, así como Komorowski y Chen, ya habían evidenciado este significado peyorativo que otorgan las mujeres a la IU (27)(28). Freixas, por su parte, afirmaba que las mujeres se niegan o resisten a definirse como mayores puesto que los estereotipos negativos de género respecto a la vejez (asociada a debilidad, dependencia, enfermedad y pérdida de juventud y belleza) están interiorizados en ellas como producto de su proceso de socialización de género y ello les provocan temor, miedo y rechazo a esta etapa (69). Estos resultados ya conocidos nos permite postular, respecto los aparecidos en nuestra investigación, que las mujeres de la misma, a pesar de relativizar sus pérdidas de orina, les otorgan también un significado peyorativo por su vinculación al proceso de envejecer y por tener interiorizados todos los estereotipos de género propios del mismo, con lo cual tienden a no verbalizarlas..

Entre las causas por las que les cuesta explicitar estos problemas con la orina resalta sobre todo la vergüenza, y que ésta, coincidiendo con los datos anteriores, está estrechamente relacionada con la vinculación de la IU al envejecimiento, confirmándose que los estereotipos peyorativos respecto la vejez influyen mucho en ellas y hacen que la oculten. Esta última afirmación se corresponde también con los

resultados de Rebollo y Espuña que resaltaban la existencia de una elevada prevalencia oculta de IU debido a que la mujer no manifiesta su problema (3). Otros estudios ya destacaban la vergüenza como una de las principales causas de no manifestar los problemas con la orina, como el de Higa y Baena de Moraes Lopes que indicaban que a las mujeres con IU les avergüenza verbalizar su problema de incontinencia tanto a su entorno familiar y social como al profesional (29), o el de O'Donnell, Lose, Sykes, Voss i Hunskaar quienes encontraron que el 51% de las mujeres, por vergüenza, no mencionan su IU cuando van al médico (18).

Es sin embargo interesante observar entre los resultados la presencia del humor y la risa como recurso o estrategia que les facilita la verbalización de esta realidad y les permite afrontar las situaciones embarazosas relacionadas con sus pérdidas de orina. Mora Ripoll ya manifestaba que las mujeres, en general, utilizan ambas tácticas en los temas de salud como herramientas para poder afrontar el estrés (152).

En relación a la vulnerabilidad de la mujeres que padecen IU, Hägglund y Wadensten, así como también Hägglund y Ahlströmdel, señalaban que se sienten vulnerables e impotentes porque viven en un cuerpo sin control (20)(21); Franzén, Johansson, Andersson, Pettersson y Nilssonson encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la IU y los sentimientos de humillación ( $or = 1,29$ ; IC 95%: 1,12-1,50), concluyendo que las pérdidas de orina entre las mujeres las hace sentir vulnerables (153), y un estudio sobre la calidad de vida en mujeres con IU de Martínez, Salinas, Giménez, Donate, Pastor y Virseda, realizado mediante el King's Health Questionnaire y en el que el impacto de la IU alcanzó una puntuación media de 82,96, determinaba que tienen afectada su calidad de vida sobre todo en dos aspectos: la limitación de su actividad física frente a cualquier actividad y las implicaciones sobre su imagen corporal al tener que usar compresas y preocuparles la cuestión del olor (154). En las mujeres de esta investigación las pérdidas de orina que sufren también las hace vulnerables por los problemas de seguridad que comportan, llegando incluso a reconocer que condicionan determinados aspectos de su vida.

Por otro lado, Lopes y Higa, al igual que Miralles, al estudiar mujeres con IU habían puesto de manifiesto que lo perciben como un problema personal y social limitante que les genera sentimientos de baja autoestima (12)(13). Una revisión sistemática de Higa indicaba también en las conclusiones que el grado de ansiedad vivido por las mujeres con IU está relacionado con las respuestas de cada una de ellas frente a las pérdidas y con cómo las perciben, y que éstas reacciones pueden destruir la confianza y el

respeto (la autoestima) que tiene de sí mismas (24). A la luz de estos antecedentes, los resultados obtenidos nos permite afirmar que las pérdidas de orina afectan la autoestima de las mujeres cuando éstas son ya sustanciales, pues cuando es inevitable el uso de los absorbentes específicos para la IU aparece en ellas el miedo a que se les note, a que la sociedad pueda evidenciar el problema.

También se pone de manifiesto que las estrategias de manejo de las pérdidas de orina son en realidad de automanejo, y que éstas les permite conllevar mejor la situación. Como otorgan a la IU un significado peyorativo, estas estrategias de automanejo van mayoritariamente en la línea de restarle importancia al problema, pues incluso evitan o reducen al máximo el uso de protectores/absorbentes específicos para la incontinencia o utilizan recursos poco efectivos, y prácticamente siempre como medida paliativa. Ya disponemos de estudios previos con resultados que van en esta misma línea: el de Teloken, Caraver, Weber, Teloken, Moraes, Sogari y Graziottindel, por ejemplo, indicaba que en general el 70,5% de los individuos con problemas con la orina utilizaban regularmente estrategias de automanejo para hacer frente a la IU (155); el de Komorowski y Chen afirmaba que al otorgar las mujeres un significado peyorativo a la IU buscan alternativas personales para adaptarse a ese problema, y que muchas veces éstas eran poco adecuadas e ineficaces (28); el de Visser y colaboradores destacaba que un 57,3% de mujeres con IU manifestaron que ellas mismas habían encontrado la manera de hacer frente a sus síntomas de incontinencia (150), y el de Wójtowicz, Plaszewska, Stangel y Basta evidenciaba que el 89,4% de las mujeres con IU autogestionaban sus pérdidas de orina sin buscar ningún tipo de ayuda (156).

Respecto a la eficacia de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico como estrategia de tratamiento de la IU, una revisión Cochrane del año 2008 concluyó que el entrenamiento muscular del suelo pélvico ayuda a reducir cualquier tipo de IU (157), pero Medrano, Campoy y Soltero habían destacado que la fisioterapia perineal es muy eficaz siempre que exista motivación y constancia por parte de la mujer (158), y Puigpelat, Torres, Cobo y Ruiz Herrero también habían constado que las mujeres que realizaban reeducación perineal con ejercicios de Kegel de forma continuada reducían los escapes de orina, aunque el éxito está relacionado con el cumplimiento de estos ejercicios<sup>7</sup>(159). En la presente investigación algunas mujeres conocían como estrategias de tratamiento de la IU estos ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, pero, vinculado a la minimización del problema, pocas de ellas los realizaban de forma continuada, hecho que permite afirmar que en general llevan a cabo conductas para

---

<sup>7</sup> Eran mujeres que acudían a la Fundación Puigvert de Barcelona para realizar estos ejercicios de reeducación perineal



paliar las consecuencias de las pérdidas de orina pero no realizan o no persisten en las de solución, y que, por tanto, aunque los lleven a cabo, la falta de continuidad resta eficacia a esta estrategia concreta de tratamiento.

Sobre las consecuencias percibidas como positivas de estos ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico para la IU, Suárez, Rebollo, García Pérez y Medrano evidenciaron que el grado de bienestar psicológico de las mujeres con IU aumenta de forma significativa después de la aplicación de un tratamiento de fisioterapia perineal (160). En nuestro estudio, las mujeres que habían realizado ejercicios específicos del suelo pélvico también ponen de manifiesto que perciben sus beneficios, ya que son conscientes que efectuarlos mejora su sintomatología de las pérdidas de orina. Al existir percepción de los beneficios podemos afirmar que existe en ellas motivación para llevarlos a cabo, pero al reconocer, como reflejan los resultados, falta de constancia y continuidad en su ejecución, se constata que el grado de compromiso hacia esta conducta de salud es bajo.

Son perfectamente conocedoras de que estos ejercicios requieren constancia y perciben que sin ella los beneficios de la actividad disminuyen o desaparecen, pero la mayoría manifiesta que no se sienten con capacidad para mantener esta conducta. Aparece en general una autoeficacia baja en relación a la misma, ya que sólo algunas se consideran competentes para ello, y reconocen que contar con la ayuda y apoyo de un profesional especializado contribuye a reforzarla. Los resultados muestran que este amparo las hace perseverar y adquirir más compromiso en realizarlos, a la vez que les suma motivación. Ellas entienden que acudir a los centros de rehabilitación mejora además su ejecución. Hay estudios que ya han resaltado esta necesidad de educación, apoyo y supervisión por parte de los profesionales de la salud a las mujeres con IU que han de realizar rehabilitación del suelo pélvico. Medrano, Campoy y Soltero concluyeron que la fisioterapia perineal es muy eficaz siempre que exista motivación y constancia por parte de la mujer y se aprenda con un fisioterapeuta especializado que esté integrado en un equipo multidisciplinar (158). Nieto, Moriano, Serrano, Dávila y Pérez Llorente comprobaron que un plan de cuidados enfermeros propuesto a mujeres con IU, que consistía en sesiones educativas y de ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico semanales en el centro, la mejoró (161). Tejero, Marco, Boza, Selva, Piqueras, Guillén, Castillo y Muniesa evidenciaron que un programa de ejercicios supervisado, cualquiera que sea su intensidad, ofrecía mejoría clínica objetiva y mejor calidad de vida en las mujeres con IUE (162). Una revisión Cochrane del año 2008 resaltaba que es muy necesario realizar un apoyo constante a

las mujeres para asegurar el cumplimiento en la realización de los ejercicios (157). Otra del 2012 que el impacto de la rehabilitación de suelo pélvico es mayor en las mujeres que están supervisadas por un profesional de la salud (163). Finalmente, una revisión sistemática de García Carrasco y Aboitiz Cantalapiedra de este mismo año 2012 concluyó que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico es más eficaz cuando se realiza bajo la supervisión de un fisioterapeuta (164).

Todo ello nos lleva a afirmar que las mujeres de esta investigación perciben la necesidad de una dirección y soporte por parte de un profesional especializado para asegurar el cumplimiento y la correcta ejecución de una acción, en este caso los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, pues saben que son beneficiosos para la mejora de su IU. Este seguimiento y supervisión favorece la motivación, que ya se había detectado que existía al reconocer sus beneficios, pero dicho acompañamiento la refuerza, así como aumenta el grado de compromiso para realizarlos.

También plasman los resultados que la falta de tiempo y el cansancio, pues asumen muchas de ellas una doble o triple jornada, hacen que releguen su autocuidado, un requerimiento clave de las personas para vivir de forma sana como recoge el Modelo de Autocuidados de Orem (111). Hay documentación al respecto que corrobora esta postergación o moratoria de su cuidado por escasez de tiempo. Este es el caso del informe del Ministerio de Sanidad y Consumo del año 2008 sobre salud y género (68). También dos investigaciones de Artazcoz señalaban la repercusión negativa en la salud de los comportamientos saludables que requieren tener tiempo para uno mismo entre las mujeres que asumen tantas cargas (55)(46), resultados que enlazan con las razones por las cuales las mujeres del estudio no realizan los ejercicios del suelo pélvico para solucionar sus pérdidas de orina, a pesar de conocer los beneficios. La falta de tiempo y el cansancio son pues percibidas por ellas como una barrera para emprender esta conducta.

La pereza y la falta de voluntad o falta de constancia son también una barrera para realizarlos. Hay antecedentes que describen estos elementos y los anteriores como causas o factores que impiden o llevan al abandono de cualquier práctica o actividad física. Este es el caso de la encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles realizada por García Ferrando que señalaba la falta de tiempo y el cansancio como principales barreras para realizar ejercicio, aunque también resaltaba la pereza (165), y el estudio de Castañeda, Campos y Garrido sobre las dificultades y posibles causas de abandono de la práctica deportiva en personas mayores activas que indicaba que

entre los factores más relevantes para abandonar el ejercicio físico se incluía la falta de voluntad y la pereza (166).

En cuanto a la conducta de salud de buscar ayuda profesional para tratar su IU, los resultados evidenciaron que no se plantean buscarla. Ya hay investigaciones que corroboran esta misma conducta en otras mujeres con incontinencia urinaria. El de Peters, Horrocks, Stoddart y Somerset mostraba que el 85% de las mujeres con IU consultadas no habían buscado ayuda profesional. El realizado por Monz y otros autores, con 9.487 mujeres de 15 países europeos incluido España, revelaba que el 48% de las que sufrían pérdidas de orina habían tardado 2 años en consultar a un médico, el 28% no habían buscado ayuda hasta pasados de 3 a 5 años, el 13% habían buscado ayuda pasados los 6-10 años y un 11% habían tardado más de 11 años en hacerlo (167). En el ya mencionado de Franzén, Johansson, Andersson, Pettersson y Nilsson encontraron una asociación estadísticamente significativa entre la IU y la búsqueda de atención médica en las mujeres que la padecen (or =1,43; IC 95%: 1,21-1,68), concluyendo que las mujeres con IU son reticentes a buscar ayuda para sus pérdidas de orina (153). Silva y Lopes, indicaban que el 65,7% de las mujeres de su muestra no buscaban tratamiento para su IU (168). Y en el de Rios, Cardoso, Freitas y Maia de Almeida se evidenciaba que el 39% de las mujeres de su muestra no habían ido al médico a consultar sus pérdidas de orina hasta pasados más de 5 años del inicio de su IU, concluyendo que la mayoría de las mujeres con IU sólo buscan asistencia médica tras varios años después de que aparezcan las primeras pérdidas de orina (169).

Respecto a qué les impide emprender una conducta encaminada a la resolución de su IU, a las barreras que aprecian tener para iniciar esta conducta de buscar ayuda profesional u otras acciones para resolverla, los resultados muestran que el hecho de tener muy asumidas las pérdidas de orina, resignarse a ellas y normalizarlas de formar que relativizan su importancia, son un obstáculo. Disponemos de investigaciones que analizan las razones por las cuales las mujeres con IU no buscan ayuda profesional: la de Shaw, Tansey, Jackson, Hyde y Allan indicaba que una de las razones por las que existe una gran discrepancia entre la alta prevalencia de IU y el bajo porcentaje de conducta de búsqueda de ayuda es porque se la considera una parte normal del envejecimiento (170); la de Peters, Horrocks, Stoddart y Somerset cuantificaba que entre las razones por las que no consultaban al médico, el 55% no lo hacían por considerar las pérdidas de orina como una parte normal del envejecimiento, el 41% porque los síntomas no les molestaban y el 21% porque no lo veía como un problema

médico (151); la de O'Donnell, Lose, Sykes, Voss y Hunskaar afirmaba que las que presentan IUE no lo consultan porque los síntomas los consideran menos molestos y no les preocupan (18); la de Andersson, Johansson, Nilsson y Sahlberg-Blom resaltaba que las mujeres con IU no buscan ayuda por considerarlo una situación que han de aceptar con resignación y adaptarse a ella (22); la de Melville, Wagner, Fan y Katon sostenía que las creencias sobre las causas de las pérdidas de orina (vincularlas al hecho de haber parido y por el envejecimiento) influyen en la decisión de buscar ayuda (19), y también la de Silva y Lopes que señalaba que el 17,4% de las mujeres pensaba que las pérdidas de orina eran normales y que no lo consideraban un problema importante (168). Todas ellas avalan que podemos determinar que la baja percepción de su IU entre las mujeres de esta investigación es una barrera que les impide iniciar un comportamiento apropiado para fomentar su salud, como puede ser por ejemplo, el caso de la conducta de búsqueda de ayuda profesional para resolverla, y que, por tanto, esta barrera les resta compromiso frente a cualquier acción resolutoria.

De los resultados también se desprende que otro impedimento a la búsqueda de ayuda médica para su IU es no tener los conocimientos o la formación adecuada sobre ella. Shaw, Tansey, Jackson, Hyde y Allan ya indicaban que una de las razones de las mujeres con IU para no buscar ayuda profesional era la falta de conocimiento de los tratamientos disponibles (170). Falcón y Basagoiti proponen que la alfabetización en salud tiene consecuencias clínicas en el estado de salud de las personas, y que es necesaria para que éstas tomen un papel más activo y responsable en las decisiones relacionadas con su autocuidado (171). El Modelo o Teoría de Dorothea Orem que se refiere al autocuidado como una acción adquirida que la persona aprende (114)(115), refuerza la idea de la importancia de esta alfabetización en estas mujeres para promover su autocuidado. La encuesta europea sobre alfabetización en salud del proyecto HLS-EU (*European Health Literacy Survey*) del año 2012, evidenció que en España el 50,8% de la población presenta un índice de alfabetización en salud problemático (172). Podemos precisar, pues, que entre las mujeres del estudio la alfabetización en salud respecto la IU es baja y que ésta también actúa de barrera frente a la toma de decisión de buscar ayuda médica.

Bradway y Barg, así como de Komorowski y Chen, destacaban en sus investigaciones que la fragilidad y la timidez de algunas mujeres, asociadas al desconocimiento y al hecho de no poder comprender la IU como una enfermedad, eran causas de no consultar al médico (27)(28). Higa y Baena de Moraes Lopes incluían en sus

conclusiones que el motivo por el cual las mujeres con IU no buscan ayuda profesional era porqué les avergüenza plantearlo (29). Nuestra investigación también refleja que algunas mujeres, cuando acuden al médico, en su caso a la visita al ginecólogo, la timidez y no percibir su IU como un problema de salud, como una patología, también son motivos que les impiden consultarlo, pero, en general, muchas se sentirían capaces de llevar a cabo esta acción para plantear y resolver su IU. El problema reside, como ya se ha indicado, en que no ven la necesidad de abordarla por su baja percepción de la IU, la falta de conciencia de la misma como enfermedad y los pocos conocimientos sobre ella. Su percepción de competencia para ejecutar esta conducta promotora de salud, la autoeficacia en relación a ella, es pues alta a pesar de las barreras percibidas.

Pero los relatos también ponen de manifiesto que la falta de interés de los propios médicos por su posible IU, pues no las interrogan al respecto cuando las atienden por otros motivos, les da pie a justificar su no búsqueda de ayuda. Perciben en esta actitud de algunos médicos de descuidar o desatender los problemas de sus pérdidas de orina como una barrera para abordar esta conducta de resolución de su IU. Estudios precedentes avalan también este resultado: Grealisch y, así como también Horrochs Somerset, Stoddart y Peters indicaban que los médicos, en la anamnesis, ni preguntan sobre los síntomas urinarios ni se esfuerzan en reconocer lo que cada persona siente sobre su IU, ya que obvian este problema (25)(26); Shaw, Tansey, Jackson, Hyde y Allan demostraban que entre las razones por las que las mujeres con IU no consultan al médico sus problemas con la orina se encuentran la falta de disponibilidad del médico, una intervención médica adecuada y la falta de comunicación bidireccional entre los pacientes y los profesionales de la salud (170); Rebollo y Espuña también concluían que las causas de la prevalencia oculta de la IU estaban tanto en que la mujer no manifestaba su problema, como en que el médico no siempre reconoce o contempla las pérdidas de orina como una patología tratable (3); Teloken, Caraver, Weber, Teloken, Moraes, Sogari y Graziottin observaron que sólo el 27,5% de las mujeres que sufren síntomas de IU buscó tratamiento médico y que, de éstas, sólo el 13,7% fueron tratadas. Esto demostraba que las mujeres subestiman los síntomas, pero que también hay una falta de comprensión o negligencia por parte de los profesionales encargados de tratar estos problemas (155); Silva y Lopes señalaban que el 17,4% de las mujeres que habían consultado al médico su IU, éste les había indicado que no era necesario seguir ningún tratamiento (168), y Minasian, Yan, Lichtenfeld, Sun y Stewart evidenciaron que de 1.366 mujeres con IU sólo el 25%

buscaron ayuda, de éstas el 23 % recibieron algún tipo de atención, y sólo el 12% recibieron atención especializada (173).

Entre las mujeres de más edad esta barrera para decidirse a iniciar la conducta de búsqueda de ayuda médica a su IU es aún más ostensible, y la causa son determinadas experiencias respecto la actitud y/o la práctica con algunos médicos, pues se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por ellos. Ya existe bibliografía que sostienen este resultado, aunque en la presente investigación se ha revelado entre un colectivo muy específico de las mujeres que participaron en ella. Tanto los estudios de Grealisch como los de Horrochs, Somerset, Stoddart y Peters concluían también que las actitudes y las prácticas de algunos profesionales de la salud eran grandes obstáculos para que las mujeres buscaran ayuda para su IU (25) (26). El de Rodríguez Pacios sostenía asimismo que entre las situaciones que perciben las mujeres respecto a la insatisfacción en la atención sanitaria recibida se encuentra la falta de escucha activa (75). Por otro lado los resultados también revelan que algunas veces las mujeres no emprendían ninguna acción por falta de confianza en lo que les puede ofrecer el médico, hecho que se corresponde con los resultados de Ferri Morales, Melgar de Corral, Avedaño, Puchades y Torres que señalaban que las mujeres de su estudio referían falta de soluciones eficientes a su IU (30).

En relación al acceso y utilización de los servicios de atención de salud, que el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS del año 2008 (174) ratificaba que son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria, así como que son un bien común y no un producto comercial, avalando la cobertura universal, una revisión sistemática realizada por Hirmas, Poffald, Jasmén, Aguilera, Delgado y Vega observó que una de las principales barreras de entrada a estos servicios es el coste de las consultas y exámenes médicos (175). En nuestros resultados también aparece esta barrera del coste económico para acceder a los servicios de atención a la salud, en su caso concreto a los centros de rehabilitación del suelo pélvico.

En cuanto a las influencias interpersonales para llevar a cabo conductas para resolver la IU, el informe de las Naciones Unidas sobre igualdad y equidad de género del año 2006 resaltaba la de la familia en los estereotipos que lo conforman, a través del proceso de socialización de género (49). González Gabaldón ya había destacado anteriormente que los estereotipos de género tienen una fuerte tendencia a persistir en el tiempo a través de diferentes generaciones, y cómo los individuos tienden a percibir

en las actuaciones de los otros la confirmación de su manera de proceder (176). Estas influencias familiares en la conformación de estereotipos, y su influjo en la manera de proceder, se pone también de manifiesto entre las mujeres de nuestra investigación al recibir éstas un mensaje de normalidad de sus pérdidas (vincularlas a hecho de ser mujer y al paso de tiempo) y un legado de efectuar conductas paliativas y de automanejo del problema, como es el uso de protectores/absorbentes. Aparece que las mujeres de la familia, sobre todo las madres, tienen o han tenido una influencia negativa en relación a predisponerlas a llevar a cabo conductas de resolución de la IU.

Asimismo el citado informe de las Naciones Unidas sobre igualdad y equidad de género también resaltaba la gran influencia del grupo social de pertenencia y la de los pares en los estereotipos que conforman el género (49), y, como ya se ha indicado, Gonzalez Gabaldon refería la influencia de la actuación de las personas del entorno en la manera de proceder de los individuos (176). Entre las mujeres del estudio también aparece una influencia negativa de las amigas en cuanto a la normalización de la IU como sustantivo de la función reproductiva de la mujer y del paso del tiempo, pero comparten con ellas abordajes más encaminados a la resolución de sus pérdidas de orina, sobre todo la realización de ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico. Con ello podemos determinar un influjo más positivo de las amigas que el que llevan a cabo las mujeres de la familia. Esta influencia no es sin embargo del todo positiva puesto que hay una falta de conocimiento de base de las conductas de salud resolutiva que comparten.

En relación a la influencia de los profesionales sanitarios para predisponerlas a realizar conductas favorecedoras de resolución, los resultados revelan que ésta se produjo sólo en la atención sanitaria que se realizó durante el embarazo y el puerperio, y por parte de los ginecólogos y las matronas. Las investigaciones de Ávila de Tomás (177) y la de Blázquez-Manzano, Feu, Ruiz-Muñoz y Gutiérrez-Caballero (178), afirman que en la práctica sanitaria una buena comunicación interpersonal médico-paciente ayudará en la toma de decisiones y a la motivación del usuario. Dichos autores relacionan la motivación con una mayor participación en las decisiones, mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes y mayor adherencia a los tratamientos (177)(178). Al no tener lugar entre las mujeres de nuestro estudio y los profesionales de la salud esta comunicación interpersonal respecto a la IU, la influencia favorecedora que tuvo lugar en la etapa de la maternidad no se ha producido en las etapas posteriores.

Nuestros resultados también reflejan que estos profesionales, en concreto algunos ginecólogos, en los pocos casos que les plantearon su situación de pérdidas de orina no les ofrecieron ninguna solución: no les dieron importancia y las consideraron una consecuencia propia del género, vinculada a la edad y a los efectos de la reproducción. Con esta actitud, reflejo de los estereotipos de género que esgrimen algunos de estos profesionales, no han ejercido ninguna influencia positiva sobre ellas para que emprendan acciones de resolución de su IU. Shaw, Tansey, Jackson, Hyde y Allan ya evidenciaron la falta de disponibilidad de una intervención médica adecuada hacia las mujeres con IU y una falta de comunicación bidireccional entre los pacientes y los profesionales de la salud (170); Almendro y Ordovás que los estereotipos que maneja el profesional de la salud, derivados de sus creencias y experiencias, pueden condicionar la comunicación en la consulta, concretamente la cantidad y el tipo de información emitida (179), y una investigación reciente ha detectado que un 23% de los urólogos, un 45% de las obstetras y un 40,7% de los médicos generalistas subestiman los trastornos de la micción (180). Podemos determinar, pues, a partir de los resultados de nuestro estudio, que la falta de orientación profesional frente a la existencia de pérdidas de orina no las ha predispuesto a que lleven a cabo acciones de resolución de su IU. La influencia interpersonal de los profesionales sanitarios ha sido negativa.

Sólo en algún caso se evidencia la influencia positiva de la intervención de fisioterapeutas para que realicen y persistan en la conducta de efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico y así mejorar o resolver su IU. Esta influencia se ha basado en la educación, apoyo y supervisión por parte de estos profesionales, con un efecto positivo sobre su constancia y motivación. Este mismo influjo positivo de los profesionales de la fisioterapia o de otros profesionales de la salud, está altamente documentado en la bibliografía científica. Se pueden citar como ejemplos la revisión Cochrane de Hay-Smith y Dumoulin del año 2008 y la que efectuaron estos mismos autores junto a otros en el año 2012 (157) (163), así como la revisión sistemática de García Carrasco y Aboitiz Cantalapiedra de ese mismo año (164), en donde se concluía, entre otros aspectos, que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico mejoraba la IU y que en su ejecución es muy necesario que las mujeres cuenten con el apoyo y supervisión de un fisioterapeuta, hecho que permite un correcto aprendizaje y asegura su realización: se logra con ello que los ejercicios sean más eficaces. Puigpelat, Torres, Cobo y Ruiz Herrero demostraron con mujeres que realizaban ejercicios de reeducación perineal que las intervenciones enfermeras tenían un papel muy importante en el aumento de la constancia y la motivación de las



mujeres a efectuarlos (159).

En cuanto a las influencias situacionales, Bradway y Barg resaltaban que los anuncios de televisión sobre compresas para las pérdidas de orina normalizan el problema como algo debido al envejecimiento (27). Las mujeres de nuestro estudio también perciben esta normalidad en las pérdidas de orina de la mujer por la edad que transmite algún anuncio, y esta percepción puede influir negativamente en ellas en el sentido que, si les indican que es “algo normal”, minimizan el problema y, por tanto, no emprenden acciones de resolución. Soliva Bernardo también planteaba esta idea de que los mensajes de la publicidad interfieren en la toma de conciencia sobre las auténticas necesidades y problemas que tienen las mujeres (73).

En una revisión de la literatura científica sobre la IU realizada el pasado año por Puchades Simó, Muñoz Izquierdo, Puchades Benítez y Caracena Porcal se mantiene esta misma idea de transmisión de normalidad de las pérdidas de orina en las mujeres mayores por parte de la publicidad, y confirman además que los anuncios publicitarios sobre compresas protagonizados por famosas también emiten un mensaje de aceptación y resignación que fomenta la no demanda de asistencia (181). Esta influencia también aparece en nuestros resultados. Algunas mujeres, sintiéndose identificadas con la propuesta paliativa que se les ofrece los anuncios de que con protectores/absorbentes se solucionan la mayoría de las consecuencia desfavorables de las pérdidas de orina, no se plantean buscar ayuda para resolver su IU. En su caso la publicidad las predispone a continuar con su acción atenuante y a no plantearse una resolutive.

Soliva Bernardo planteaba en su análisis sobre la publicidad y las mujeres que los anuncios utilizan la imagen de las de 50 a 65 años para promocionar productos destinados a subsanar pérdidas que se consideran típicas de su edad como la IU (73). Los relatos de las mujeres del presente estudio resaltando que no se sentían identificadas con la edad de las mujeres protagonistas de estos anuncios, reflejan que su influencia es aún más negativa para ellas en cuanto a emprender acciones frente a su IU. Les provocan reticencias a iniciar, incluso, las de subsanar sus pérdidas. Las predisponen a no llevar a cabo acción ninguna, ni paliativa ni resolutive, puesto que se presenta el problema desde la perspectiva de la mujeres de más edad.

## Implicación para la práctica

Dentro del ámbito de la promoción de la salud, y en concreto la de las mujeres con IU, finalizamos este capítulo de la discusión de los resultados presentado implicaciones para la práctica que se derivan de la investigación:

- Incrementar, por su importancia y necesidad, la formación de los profesionales de la salud respecto la IU en la mujer desde la perspectiva o enfoque de género, y la de los futuros profesionales, enfatizando en las actitudes y habilidades para realizar una comunicación terapéutica adecuada y de calidad.
- Instaurar directrices en la Atención Primaria de Salud dirigidas a los médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y comadronas, para incluir en la anamnesis de la mujer la valoración de las pérdidas de orina.
- Derivar a las mujeres que presenten pérdidas de orina a Unidades del Suelo Pélvico para realizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos pertinentes desde un abordaje multidisciplinar (urólogos, ginecólogos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos/sexólogos).
- Potenciar el rol de la enfermera de Atención Primaria de Salud en la prevención y detección de la IU, en el proceso de alfabetización en salud de las mujeres que la padecen y en el control y seguimiento de los diferentes tratamientos.
- Promover el conocimiento del modelo de Promoción de la Salud de Nola J. Pender entre las enfermeras de Atención Primaria al facilitar éste la programación de intervenciones que pueden favorecer cambios en el comportamiento de salud de las personas.
- Crear, liderados por enfermeras, grupos terapéuticos de soporte y apoyo a mujeres con IU en el ámbito de en la Atención Primaria de Salud para empoderarlas y motivarlas a emprender conductas promotoras de salud.
- Diseñar programas de promoción de la salud para mujeres en la perimenopausia y menopausia que, desde un enfoque integral, contemplen la IU.
- Y potenciar la educación para la salud 2.0, así como las herramientas tecnológicas que puedan reforzar la alfabetización en salud tanto de las mujeres en general como de las que padecen IU.

## **CONCLUSIONES**



## 6. CONCLUSIONES

Dando respuesta al objetivo de esta tesis de descubrir las conductas o comportamientos de salud de mujeres con IU en relación a sus pérdidas de orina, en este capítulo se presentan las conclusiones de la misma. En base a la orientación epistemológica por la que se ha optado, estas conclusiones corresponden a las conductas y comportamientos de las mujeres que participaron en ella.

En relación a cuáles son sus experiencias individuales y las características de su conducta respecto a la IU se concluye que:

- Su conducta viene marcada por la interiorización de los estereotipos negativos de género vinculados al envejecimiento.
- No perciben su IU como una enfermedad, aunque admiten tener pérdidas de orina, y se resignan a vivir con ellas al vincularlo al proceso de envejecimiento.
- La vergüenza es una de las principales causas de no verbalizar y ocultar su problema de IU, y no plantean buscar ayuda profesional. Sólo el humor y la risa permiten afrontar y verbalizar las situaciones embarazosas.
- La principal estrategia de manejo que llevan a cabo para paliar las consecuencias de las pérdidas son de automanejo, y consisten en el uso de protectores/absorbentes, aunque evitan o reducen al máximo los específicos para la IU.
- A pesar de conocer los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico como estrategia de solución o de mejora de la IU, actualmente no los realizan o no persisten en su ejecución.
- No se plantean buscar ayuda profesional para tratar la IU. Las razones están íntimamente relacionadas con la normalización y la no verbalización por vergüenza.

Respecto a las cogniciones y percepciones específicas de su conducta en relación a la IU se concluye que:

- A pesar de conocer los beneficios de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico, reconocen su falta constancia y continuidad para realizarlos así como la necesidad de la ayuda y apoyo de un profesional de la salud.
- Las principales barreras frente al comportamiento de buscar ayuda profesional son su falta de conciencia de la enfermedad, la baja alfabetización en salud, la actitud de algunos médicos y la falta de confianza en sus propuestas.
- Las barreras frente a la conducta de efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico son principalmente la falta de tiempo y el cansancio, la falta de voluntad, la falta de constancia y el coste económico de los centros de rehabilitación privados.
- Perciben una autoeficacia baja respecto esta conducta de los ejercicios rehabilitadores, pero una autoeficacia alta en relación al comportamiento de búsqueda de ayuda profesional.
- La influencia que ejerce la familia en relación a incorporar acciones saludables para mejorar la IU es la más negativa. La del entorno de las amistades, así como la de los profesionales de la salud, tampoco es en general válida. Sólo los ginecólogos y matronas influyeron positivamente durante el embarazo y el puerperio, y los fisioterapeutas en la realización de los ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico.
- La publicidad ejerce una influencia negativa al normalizar la IU como algo propio de la edad y sólo las orienta hacia acciones paliativas.

## **BIBLIOGRAFÍA**





## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Women and Health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva World Heal Organ [Internet]. 2009 [consulta el 20 de noviembre de 2013]; Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf)
2. Consejo Internacional de enfermería (CIE). La investigación en enfermería: instrumento de acción [Internet]. Ginebra (Suiza); 2009 [consulta el 20 de noviembre de 2013]; Disponible en: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/18a\\_FS-Investigacion\\_enfermeria-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/18a_FS-Investigacion_enfermeria-Sp.pdf)
3. Rebollo P, Espuña M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. Actas Urol Esp [Internet]. 2003 [consulta el 20 de noviembre de 2013]; 56(7):755–74. Disponible en: <http://www.arch-espanoles-de-urologia.es/apartados/sumarios/popup.php?ano=2003&id=56-07-3>
4. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Univ ENEO-UNAM [Internet]. 2011 [consulta el 20 de noviembre de 2013]; 8(4):16–23. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
5. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. Neurourol Urodyn. 2002; 21:167–78.
6. Hunskaar S, Burgio K, Diokno A, Herzog A, Hjalmas K, Lapitan M. Epidemiology and Natural History of Urinary Incontinence (UI). En: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. 2<sup>a</sup> ed. United Kingdom: Plymbridge; 2002. p. 165-202.

7. Salinas J, Díaz A, Brenes F, Cancelo M, Cuenllas A, Verdejo C, et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. UROD A [Internet] 2010 [consulta el 20 de noviembre de 2013]; 23(1):52–66. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Prevalencia%20de%20la%20Incontinencia%20Urinaria%20en%20Espa%C3%B1a..pdf>
8. Espuña M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin. 2003; 120(12):464–72.
9. Martínez E, Ruiz J, Gómez L, Ramírez M, Delgado F, Rebollo P, et al. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. Actas Urol Esp. 2009; 33(2):159–66.
10. SEGO y AUSONIA. Estudio Evolution de SEGO-AUSONIA. Plan de educación en pequeñas pérdidas de orina. [Internet]. 2010 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; Disponible en: [http://www.observatoriosaludintima.es/estudio2/estudioevoluciondesego\\_ausonia.pdf](http://www.observatoriosaludintima.es/estudio2/estudioevoluciondesego_ausonia.pdf).
11. Espuña M, Brugulat P, Costa D, Medina A, Mompert A. Prevalencia de la incontinencia urinaria en Cataluña, España. Med Clin. 2009; 133(18):702–5.
12. Lopes M, Higa R. Restrições causadas pela incontinencia urinária à vida da mulher. Rev Esc Enferm USP. 2006; 40(1):34–41.
13. Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011; 46(1):5–6.
14. Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. Actas Urol Esp. 2006; 30(7):684–91.
15. Martínez B, Salinas A, Giménez J, Donate M, Pastor H, Virseda J. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp. 2008; 32(2):202–10.
16. Valencia P. Incontinencia urinaria y calidad de vida en mujeres en Atención Primaria. Estudio ganador de la II Edición del Premio Salud, Calidad de Vida e Innovaciones en Incontinencia Urinaria. Madrid: Instituto Indas 2009.

17. Arañó P, Rebollo P, González-Segura Alsina D. Afectación de la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con Incontinencia Urinaria Mixta. *Actas Urolo Esp.* 2009; 33(4):410–5.
18. O'Donnell M, Lose G, Sykes D, Voss S, Hunskaar S. Help-seeking behaviour and associated factors among women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the United Kingdom. *Eur Urol.* 2005; 47(3):385–92.
19. Melville JL, Wagner LE, Fan MY, Katon WJ NK. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Womens Heal [Internet]*. 2008 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; 17(7):1093–8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944440/>
20. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21(3):305–12.
21. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs.* 2007; 16(10):1946–54.
22. Andersson G, Johansson J, Nilsson K, Sahlberg-Blom E. Accepting and adjusting: older women's experiences of living with urinary incontinence. *Urol Nurs.* 2008; 28(2):115–21.
23. Basu M, Duckett J. Barriers to seeking treatment for women with persistent or recurrent symptoms in urogynaecology. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2009; 116(5):726–30.
24. Higa R, Baena de Moraes Lopes M, Ribeiro Turato E. Significados psicoculturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Latino-am Enferm [Internet]*. 2008 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; 16(4):1–8. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_20.pdf)
25. Grealish M. General practitioners and women with urinary incontinence. *British Journal of General Practice.* 1998; 48(427):975–8.
26. Horrochs S, Somerset M, Stoddart H, Peters T. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Fam Pr.* 2004; 21(6):689–96.

27. Bradway C, Barg F. Developing a cultural model for longterm female urinary incontinence. *Soc Sci Med.* 2006; 63(12):3150–61.
28. Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Heal Care Women Int.* 2006; 27(2):169–81.
29. Higa R, Baena de Moraes Lopes M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm.* 2007; 60(2):213–6.
30. Ferri A, Melgar de Corral G, Avendaño J, Puchades M, Torres A. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2003; 6(2):74–80.
31. Castillo A. La humanidad evita pastillas. Relato de la vivencia personal postparto del fenómeno incontinencia urinaria. *Arch Mem [Internet].* 2009 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; (6 fasc. 3). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/r30911.php>
32. Organización Mundial de la Salud. International classification of functioning, disability and Health ICIDH-2. *Organ Mund la Salud [Internet].* 2001 [consulta el 22 de noviembre de 2013]; Disponible en: <http://www.who.int/icidh>
33. Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases (ICD) CIE-10. *Organ Mund la Salud [Internet].* 2001 [consulta el 22 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en>
34. Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navarra [Internet].* 2006 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; 29(2):219–31. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n2/revision2.pdf>
35. Solans M, Sánchez E, Espuña M, en nombre del G de R en SP (GRESPE). Incontinencia urinaria y anal durante el embarazo y el postparto: Incidencia, gravedad y factores de riesgo. *Obs Gynecol [Internet].* 2010 [consulta el 23 de noviembre de 2013]; 115:618–28. Disponible en: <http://journals.lww.com/greenjournal/Documents/Mar2010SolansDomenechTranslation.pdf%0A>
36. Rortveit G, Daltveit A, Hannestad Y, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med.* 2003; 348:900–7.

37. Subak L, Johnson C, Whitcomb E, Boban D, Saxton J, Brown J. Does weight loss improve incontinence in moderately obese women? *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2002; 13:40–3.
38. Benassi L, Bocchialini E, Bertelli M, Kaihura C, Ricci L, Siliprandi V. Risk of genital prolapse and urinary incontinence due to pregnancy and delivery. A prospective study. *Minerva Ginecol.* 2002; 54:317–24.
39. Pregazzi R, Sartore A, Troiano L, Grimaldi E, Bortoli P, Siracusano S, et al. Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors. *Eur J Obs Gynecol Reprod Biol.* 2002; 103:179–82.
40. Hampel C, Artibani W, Espuña Pons M, Haab F, Jackson S, Romero J, et al. Understanding the burden of stress urinary incontinence in Europe: a qualitative review of the literature. *Eur Urol.* 2004; 46(1):15–27.
41. Greydanus D, Patel D. The female athlete. Before and beyond puberty. *Pediatr Clin North Am.* 2002; 49:553–80.
42. Cabrera M. La Incontinencia urinaria en la mujer deportista de élite. *Rev Iberoam Fisioter y Kinesiol.* 2006; 9(2):78–89.
43. Badia X, Castro D, Conejero J. Validez del cuestionario King's health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Med clínica.* 2000; 114(17):647–52.
44. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin.* 2004; 122(8):288-92.
45. Espuña M, Castro D, Carbonell C, Dilla T. Comparación entre el cuestionario ICIQ-UI Short Form y el King's Health Questionnaire como instrumentos de evaluación de la incontinencia urinaria en las mujeres. *Actas Urol Esp.* 2007; 31(5):502–10.
46. Artazcoz L. La salut des de la sensibilitat de gènere. *Quaderns de l'Institut/ 2* [Internet]. 2<sup>a</sup> edició. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones; 2007 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.observatori.apfcib.org/docs/3/salutsensibilitatgenerelCD.pdf>

47. Valls C. Mujeres invisibles. Barcelona: Random House Mondadori, S.A.; 2008.
48. Krieger N. A Glossary for Social Epidemiology. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2001 [consulta el 30 de enero de 2014]; 55:693–700. Disponible en: <http://jech.bmj.com/content/55/10/693.full.pdf+html>
49. Mora L (Coord). Igualdad y equidad de género: Aproximación teórico-conceptual. [Internet]. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y Caribe. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA); 2006 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.entremundos.org/databases/Herramientas de trabajo en genero UNFPA.pdf>
50. Género y Salud. Una introducción para tomadores de decisiones [Internet]. México: Centro Nacional de equidad de Género y Salud Reproductiva; 2008 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/genero/boletines/Una introduccion para tomadores de decisiones.pdf>
51. Borrell C, Artazcoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2008 [consulta el 30 de enero de 2014]; 82 (3):245–9. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17082301.pdf>
52. Borrell C, Artazcoz L, (coord). 5ª Monografía de la Sociedad Española de Epidemiología: Investigación en género y salud. [Internet]. Barcelona: Sociedad Española de Epidemiología; 2007 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/5aMonSEEGenSalud.pdf>
53. Martín M. La situación de la Salud y el Sistema Sanitario en España. N.1 Desigualdades de salud en España [Internet]. Madrid: Observatorio de Políticas de Salud de la Fundación 1º de Mayo; 2010 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ObSalud06 \(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ObSalud06 (1).pdf)
54. Capel R. Mujer y trabajo en el siglo XX. Cuadernos. Madrid: Arco/Libros S.L.; 1999.
55. Artazcoz L. Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball [tesis]. Universitat Pompeu Fabra; 2004.

56. Artazcoz L. Salud y Género. Doc Soc [Internet]. 2002 [consulta el 30 de enero de 2014]; 127:181–205. Disponible en: <http://www.caritas.es/imagesrepositorio/CapitulosPublicaciones/557/09- SALUD Y GÉNERO.pdf>
57. Sorensen G, Verdrugge L. Women, work, and health. Annu Rev Public Health. 1987; 8:235–51.
58. Artazcoz L, García M, Esnaola S, Borrell C, Sánchez J, Ramos J, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabarés JM, Villalbí JR, Aibar C, editors. Informe SESPAS 2002 Invertir para la salud Prioridades en salud pública [Internet]. Valencia: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria; 2002 [consulta el 30 de enero de 2014]. p. 73–90. Disponible en: <http://www.sespas.es/informe2002/cap05.pdf>
59. Tobío C. Madres que trabajan. Dilemas y estrategias. Madrid: Cátedra; 2005.
60. Del Valle A. Inercias de género y resistencia a la igualdad en la organización doméstica. Inguruak. 1998; 22:61–78.
61. Torns T. De la imposible conciliación a los permanentes malos arreglos. Cuad Relac Laborales. 2005; 23 (1):15–33.
62. Moreno S. Dones i usos del temps. Programa Ciutats i Pers Col·lecció CIP [Internet]. 2010 [consulta el 30 de enero de 2014]; 5:1–7. Disponible en: <http://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/CiP-AF5Moreno.pdf>
63. Mingote C. La medicina psicosomática desde una perspectiva de género. En: Mingote C, López-Dóriga B, (Coord). II Jornadas de Salud Mental y Género. 2000 Octubre 9-10; Madrid, España: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); [Internet]. 2008 [consulta el 30 de enero de 2014] p. 15–29. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/SeriesdeBartedo documentos/docs/IIJornadasSaludmental.pdf>
64. Freixas A. La vida de las mujeres mayores a la luz de la investigación gerontológico femenina. Anu Psicol [Internet]. 2008 [consulta el 30 de enero de 2014] ;39 (1):41–57. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/99264/159760>

65. Torns T. El trabajo y el cuidado: cuestiones teórico metodológicas desde la perspectiva de género. *Rev Metodol las Ciencias Soc* [Internet]. 2008 [consulta el 30 de enero de 2014]; 15:53–73. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2971/297124045003.pdf>
66. Alberdi I. *La nueva familia española*. Madrid: Taurus; 1999.
67. González de Chávez A. El ideal maternal y el sufrimiento psicósomático en las mujeres. En: Mingote C, López-Dóriga B, (Coord). *II Jornadas de Salud Mental y Género*. 2000 Octubre 9-10; Madrid, España: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad); [Internet]. 2008 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesdebertedocmentos/docs/IIJornadasSaludmental.pdf>
68. López L, Mazarrasa L, Miqueo C, Rohlf s I, Valls C, Yordi I. *Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida* [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456ZI93614&id=93614>
69. Freixas A. Nos envejecen las ideas, no el cuerpo. *Rev Mult Gerontol* [Internet]. 2001 [consulta el 30 de enero de 2014]; 11(4):164–8. Disponible en: <http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/annafreixa.pdf>
70. Pérez-Pérez I. *Dona i Jubilació* [Tesis]. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona; 2011.
71. Velasco S. Relación entre el imaginario social y la salud. En: López -Dóriga, B (compl) *La publicidad y la salud de las mujeres Análisis y recomendaciones* Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad); [Internet]. 2012 [consulta el 30 de enero de 2014]. p. 63–98. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Publicidadysaludmujeres.pdf>



72. López-Dóriga B, (compl). La publicidad y la salud de las mujeres. Análisis y recomendaciones [Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad); 2012 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud>
73. Soliva M. Un análisis de la publicidad referida a la salud de las mujeres. En: López -Dóriga, B (compl) La publicidad y la salud de las mujeres Análisis y recomendaciones. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad); [Internet] 2012 [consulta el 30 de enero de 2014].. p. 99–141. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/Seriesalud/docs/Publicidadysalud>
74. Valls C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Ediciones Cátedra; 2009.
75. Rodríguez A. Desigualdades de género: En la salud y en la enfermedad. Rev del Semin Interdiscip Estud las Mujeres Univ León. 2010; 5:1–18.
76. Sen G, Östlin P, George A. La inequidad de género en la salud: desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS. Red de Conocimiento en Mujer y Equidad de Género. [Internet]. 2007 [consulta el 30 de enero de 2014]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1503:la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&Itemid=962&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503:la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&Itemid=962&lang=en)
77. Organización Mundial de la Salud. La Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. 2005 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; Disponible en: [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf)
78. Giraldo A, Toro M, Macías A, Valencia C, Palacio S. La Promoción de la Salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Hacia la Promoción la Salud [Internet]. 2010[consulta el 20 de diciembre de 2013]; 15(1):128–43. Disponible en: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15\(1\)\\_9.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/REVISTAS15(1)_9.pdf)

79. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. I Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en Ottawa (Canadá). Organ Mund la Salud [Internet]. 1986 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>
80. Restrepo H. Antecedentes históricos de la Promoción de la Salud. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá, D.C. Colombia: Editorial Medica Panamericana; 2001. p. 15-23.
81. García C, Tobón O. Promoción de la salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? Hacia la Promoción la Salud. 2000; 1:1–17.
82. Ruttly C, Sullivan S. Esto es salud pública: una historia canadiense. Asociación. Ottawa, Ontario; 2010.
83. Apráez G. En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. Univ Odontol [Internet]. 2010 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 29 (63):29–35. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3986871.pdf>
84. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud [Internet]. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1\\_declaracion\\_deALMA\\_ATA.pdf](http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf)
85. World Health Organization. Health Promotion: A discussion document on the concept and principles. WHO. Copenhagen: Supplement to Europe News, 3; 1984.
86. Restrepo H. Conceptos y definiciones. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá, D.C. Colombia: Editorial Medica Panamericana; 2001. p. 24-33.
87. Organización Mundial de la Salud. Metas en la Promoción de la Salud: las declaraciones de las Conferencias Mundiales. Girona: Documenta Universitaria; 2012.

88. Organización Mundial de la Salud. Fites en la Promoció de la Salut. Comunicats de conferències en l'àmbit mundial. Documenta . Girona: Documenta Universitaria. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011.
89. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta obre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. IV Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Yakarta (Indonesia). Organ Mund la Salud [Internet]. 1997 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>
90. Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la salud. Organ Mund la Salud / Minist Sanid y Consum [Internet]. 1998 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/glosario/home.htm>.
91. World Health Organization. 7th Global Conference on Health Promotion [Internet]. Nairobi (Kenya); 2009 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/en/index.html>
92. World Health Organization. The 8th Global Conference on Health Promotion [Internet]. Helsinki; 2013 [consulta el 22 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/en/>
93. Sparks M. Health Promotion: shaping and informing public health. La Promoción de la Salud 25 años después. Documenta. Girona: Documenta Universitaria. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2012.
94. Organización de Naciones Unidas (ONU). Asamblea General. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2011 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas\\_prensa/ONU\\_Declaracion\\_Politica\\_-\\_Control\\_Enfermedades\\_no\\_Transmisibles.pdf](http://aesan.msssi.gob.es/AESAN/docs/docs/notas_prensa/ONU_Declaracion_Politica_-_Control_Enfermedades_no_Transmisibles.pdf)

95. Bartholomew L, Parcel G, Kok G, Gottlieb N, Fernández M. Planificació de Programes de Promoció de la Salut. Girona: Documenta Universitaria. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011.
96. McKenzie J, Neiger B, Thackeray R. Planificació, implementació i avaluació de Programes de Promoció de Salut. Girona: Documenta Universitaria. Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011.
97. Glanz K, Rimer B, Viswanath K. Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice. 4th editio. Bass J, editor. [Internet]. San Francisco; 2008 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www.sanjeshp.ir/phd\\_91/Pages/Refrences/health\\_education\\_and\\_promotion/\[Karen\\_Glanz,\\_Barbara\\_K.\\_Rimer,\\_K.\\_Viswanath\]\\_Heal\(BookFi.or.pdf](http://www.sanjeshp.ir/phd_91/Pages/Refrences/health_education_and_promotion/[Karen_Glanz,_Barbara_K._Rimer,_K._Viswanath]_Heal(BookFi.or.pdf)
98. Moreno E, Gil J. El modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. Int J Psychol Psychol Ther [Internet]. 2003 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 3 (1):91–109. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/560/56030105.pdf>
99. Rueda J, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazogoitia J, Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación comisionada. [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2008 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d\\_08\\_08\\_promoci\\_salud.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_08_promoci_salud.pdf)
100. Cabera G, Tascón J, Lucumí D. Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. Rev Fac Nac Salud Pública. 2001; 19 (1):91–101.
101. Ríos I. Comunicación en salud: conceptos y modelos teoricos. Perspect la Comun Univ la Front Temuco [Internet]. 2011 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 4(1):123–40. Disponible en: [http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/wp-content/uploads/2013/04/2011\\_1\\_09.pdf](http://www.perspectivasdelacomunicacion.cl/wp-content/uploads/2013/04/2011_1_09.pdf)

102. Álvarez C. Teoría Transteorética de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. MH Salud [Internet]. 2008 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 5(1):1–12. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2370/237017527003.pdf>
  
103. Flórez L. El proceso de adopción de precauciones en la promoción de la salud. Rev Argentina Clínica Psicológica [Internet]. 2002 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 11(1):23–33. Disponible en: [http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez\\_PAP\\_revista\\_argentina\\_promosalud.pdf](http://www.docentes.unal.edu.co/lefloreza/docs/florez_PAP_revista_argentina_promosalud.pdf)
  
104. Rodríguez I, Londoño C. El proceso de adopción de precauciones en la prevención secundaria del consumo de cigarrillo en estudiantes universitarios. Acta Colomb Psicol [Internet]. 2010 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 13(1):79–90. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/798/79815637007.pdf>
  
105. Fishbein M. The role of theory in HIV prevention. AIDS Care [Internet]. 2000 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 12(3):273–8. Disponible en: [https://wiki.umn.edu/pub/EWB/UgandaCommunityHealth/The\\_role\\_of\\_theory\\_in\\_HIV\\_prevention.pdf](https://wiki.umn.edu/pub/EWB/UgandaCommunityHealth/The_role_of_theory_in_HIV_prevention.pdf)
  
106. Grandes G, Sanchez A, Cortada J, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. [Internet]. Vitoria-Gasteiz; 2008 [consulta el 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: [http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d\\_08\\_07\\_estilos\\_vida.pdf](http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf)
  
107. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. Heal Educ Behav [Internet]. 2004 [consulta el 20 de diciembre de 2013]; 31(2):143–64. Disponible en: <http://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura2004HEB.pdf>
  
108. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. New Jersey (USA): Upper Saddle River; 2002.
  
109. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. Health Promotion in Nursing Practice. 6th editio. New Jersey (USA): Pearson; 2011.
  
110. Chóliz M. Psicología de la Motivación: el proceso motivacional [Internet]. Universidad de Valencia; 2004 [consulta el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://www.uv.es/=choliz/asignaturas/motivacion/Proceso motivacional.pdf](http://www.uv.es/=choliz/asignaturas/motivacion/Proceso%20motivacional.pdf)

111. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. Barcelona: Elsevier España S.L.; 2011.
112. Trejo F. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con sedentarismo. *Enf Neurol* [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 9(1):39–44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000200005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962007000200005&script=sci_arttext)
113. Victor J, Venícios de Oliveira M, Barbosa L. Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2005 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 18(3):235–40. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a02v18n3.pdf>
114. Orem D. Modelo de Orem: conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
115. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier Masson; 1996, Reimpresión 2007.
116. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey: Pearson; 2011.
117. Nava J. Elementos para definir la orientación epistemológica de la investigación que se realiza desde las ciencias de la educación. X Congreso Nacional de Investigación Educativa. [Internet]. Veracruz, México. 2009 [consulta el 15 de febrero de 2014]; Área 11: Investigación de la investigación educativa. 1-11 Disponible en: [http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area\\_tematica\\_11/ponencias/1544-F.pdf](http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_11/ponencias/1544-F.pdf)
118. Gerrish K, Lacey A. *Investigación en enfermería*. McGraw-Hil. Madrid; 2008.
119. Godall M. *Formació Universitària en Infermeria. Estudi sobre el professorat* [Tesis]. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2001. p.116.

120. Guardián-Fernández A. El paradigma Cualitativo en la Investigación Socio-Educativa. Colección Investigación y Desarrollo Educativo Regional (IDER). Coordinación Educativa y Cultural Centroamericana (CECC) y Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), editores. [Internet]. San José, Costa Rica; 2007 [consulta el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://ceccsica.org/programas-accion/educa/publicaciones\\_pdf/El\\_Paradigma\\_Cualitativo.pdf](http://ceccsica.org/programas-accion/educa/publicaciones_pdf/El_Paradigma_Cualitativo.pdf)
121. Monje C. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Facultad de Neiva (Colombia); 2011.
122. Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias* [Internet]. 2012 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 12(2):199–205. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/904/90424216010.pdf>
123. Laza C. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería Glob* [Internet]. 2012 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 11(4):295–305. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.11.4.145741/139021>
124. Marí R, Bo R, Climent C. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la entrevista. *UT Rev Ciències l'Educació* [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero de 2014]; ISSN 1135-1438:113-133. Disponible en: <http://pedagogia.fcep.urv.cat/revistaut/revistes/juny10/article07.pdf>
125. Vanegas B. La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Rev Colomb Enfermería* [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 6(6):128–42. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaInvestigacionCualitativa-4036726.pdf>
126. Palacios D, Corral I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21 (2):68-73.
127. Terra M, Silva L, Camponogara S, Santos E, Souza A, Erdmann A. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Context Enferm, Florianópolis* [Internet]. 2006 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 15(4):672–8. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a16.pdf>

128. Kornblit A. Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales: modelos y procedimientos. Biblos, editor. Buenos Aires; 2007.
129. Penalva C, Mateo M. Tècniques qualitatives d'investigació [Internet]. Universita. Alacant; 2006 [consulta el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77\\_Tecnicas\\_qualitatives.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecnicas_qualitatives.pdf)
130. Orellana D, Sánchez M. Entornos virtuales: nuevos espacios para la investigación cualitativa. Teoría la Educ y Cult en la Soc Inf. 2007; 8 (1):6-24.
131. Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Classificació Catalana d'Educació (CCED-2000). Adaptació de la CNED-2000 [Internet]. 2002 [consulta el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.idescat.cat/cataleg/?tc=c&idp=51>
132. Ruiz-Olabuénaga J. Metodología de la investigación cualitativa. 5ª edición. Universidad de Deusto, Bilbao; 2012.
133. Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. [Internet]. Institut U. Barcelona; 2014 [consulta el 5 de diciembre de 2014]. Disponible en: [http://www.idiapjgol.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=226&Itemid=140&lang=ca](http://www.idiapjgol.org/index.php?option=com_content&view=article&id=226&Itemid=140&lang=ca)
134. Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (I). Nure Investig [Internet]. 2008 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 35:1-4. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/formetod\\_35116200811150.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formetod_35116200811150.pdf)
135. Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión (II). Nure Investig [Internet]. 2008 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 36:1-4. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/formet\\_362952008114351.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formet_362952008114351.pdf)
136. Bernabeu M. Estudio sobre innovación educativa en universidades catalanas mediante el aprendizaje basado en problemas y en proyectos [Tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona; 2009.



137. Valles M. Entrevistas cualitativas. Colección "Cuadernos metodológicos" núm. 32. Centro de . Madrid; 2009.
138. Ros E. L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de medicina de família i comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
139. Vázquez M, Ferreira da Silva M, Mogollón A, Fernández de Sanmamed M, Delgado M, Vargas I. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Cursos GRAAL 5. Universita. Bellaterra (Barcelona). España; 2006.
140. Varguillas C. El uso de Atlas.ti y la creatividad del investigador en el análisis cualitativo de contenido UPEL. Instituto Pedagógico Rural El Mácaro. Rev Educ [Internet]. 2006 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 12:73–87. Disponible en: [http://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/Met\\_Inves\\_Avan/Materiales/Varguillas.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Varguillas.pdf)
141. González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: concepto y características (I). Nure Investig [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 44:1–5. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/concepto44.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/concepto44.pdf)
142. González T, Cano A. Introducción al análisis de datos en investigación cualitativa: Tipos de análisis y proceso de codificación (II). Nure Investig [Internet]. 2010 [consulta el 15 de febrero de 2014]; 45:1–10. Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS\\_ADMINISTRADOR/F\\_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf](http://www.nureinvestigacion.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/analisisdatoscodif45.pdf)
143. Seguranyes G. Enfermería maternal. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
144. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. SG Editores. Barcelona; 1995.
145. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki [Internet]. 2013 [consulta el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/>

146. LEY ORGÁNICA 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE: 14-XII-1999) [Internet]. [consulta el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
147. Barrio-Cantalejo I, Simón-Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin* [Internet]. 2006 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 126(11):418–23. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n11a13086126pdf001.pdf>
148. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen; 2007.
149. Papanicolaou S, Hunskaar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary incontinence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int*. 2005; 96(6):831–8.
150. Visser E, de Bock G, Kollen B, Meijerink M, Berger M, Dekker J. Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? *Scand J Prim Heal Care*. 2012; 30 (1):21–8.
151. Peters T, Horrocks S, Stoddart H, Somerset M. Factors associated with variations in older people's use of community-based continence services. *Health Soc Care Community*. 2004; 12:53–62.
152. Mora-Ripoll R, Ubal-López R. La risa: diferencias según género. *Rev clínica española* [Internet]. 2011 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 211 (7):360–6. Disponible en: [https://vpngateway.udg.edu/S0014256511001147/,DanaInfo=ac.els-cdn.com+1-s2.0-S0014256511001147-main.pdf?\\_tid=36af2472-e1cb-11e3-b448-00000aab0f6c&acdnt=1400775058\\_7208b5fd041f345d41cd6298779733b6](https://vpngateway.udg.edu/S0014256511001147/,DanaInfo=ac.els-cdn.com+1-s2.0-S0014256511001147-main.pdf?_tid=36af2472-e1cb-11e3-b448-00000aab0f6c&acdnt=1400775058_7208b5fd041f345d41cd6298779733b6)
153. Franzén K, Johansson J, Andersson G, Pettersson N, Nilsson K. Urinary incontinence in women is not exclusively a medical problem: A population-based study on urinary incontinence and general living conditions. 2009; 43(3):226–32.
154. Martínez B, Salinas A, Giménez J, Donate M, Pastor H, Virseda J. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008; 32(2):202–10.

155. Teloken C, Caraver F, Weber F, Teloken P, Moraes J, Sogari P, et al. Overactive Bladder: Prevalence and Implications in Brazil. *Eur Urol*. 2006; 49(6):1087–92.
156. Wójtowicz U, Płaszewska-Zywko L, Stangel-Wójcikiewicz K, Basta A. Barriers in entering treatment among women with urinary incontinence. *Ginekol Pol*. 2014; 85 (5):342–7.
157. Hay-Smith EJC DC. Entrenamiento muscular del suelo pelviano versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres (Revisión Cochrane traducida). *La Bibl Cochrane Plus*. 2008; 2(Oxford: Update Software Ltd.).
158. Medrano E, Campoy P, Soltero A. Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina en una unidad de uroginecología. *Cuest Fisioter*. 2003; 22:1–12.
159. Puigpelat T, Torres E, Ruiz A. Efectividad de la reeducación perineal en mujeres con incontinencia de esfuerzo. *Asoc Española Enfermería en Urol [Internet]*. 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 122:32–4. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EfectividadDeLaReeducacionPerinealEnMujeresConInco-4273823.pdf>
160. Suárez C. Influencia de la fisioterapia perineal en el bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria. *Cuest Fisioter*. 2009; 38(1):3–10.
161. Nieto E, Moriano P, Serrano L, Dávila V, Pérez M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia urinaria en mujeres. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(5):493–501.
162. Tejero M, Marco E, Boza R, Piqueras M, Guillén A, Castillo MT, et al. Incontinencia urinaria de esfuerzo y ejercicios del suelo pélvico. Estudio comparativo entre la eficacia de un entrenamiento individualizado vs instrucciones básicas. *Trauma Funs MAPFRE*. 2008; 19(3):171–7.

163. Hay-Smith J, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med* [Internet]. 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 48(4):689–705. Disponible en: <http://www.riabilitare.eu/pdf/HaySmith2012TecnicaRiabilitativenellincontinenzaurinariafemminile.pdf>
164. García D, Aboitiz J. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2012; 34(2):87–95.
165. García M. Postmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles 2005. Madrid: Centro de Investigaciones sociológicas; 2006.
166. Castañeda C, Campos M, Garrido M. Personas mayores activas: dificultades hacia la práctica deportiva y posibles causas de abandono. *Trances* [Internet]. 2011 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 4(3):511–26. Disponible en: [http://www.trances.es/papers/TCS\\_03\\_4\\_3.pdf](http://www.trances.es/papers/TCS_03_4_3.pdf)
167. Monz B, Chartier-Kastler E, Hampel C, Samsioe G, Hunskaar S, Espuña-Pons M, et al. Patient characteristics associated with Quality of Life in European women seeking treatment for urinary incontinence: results from PURE. *Eur Urol*. 2007; 51:1073–82.
168. Silva L, Lopes M. Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43 (1):72–8.
169. Rios A, Cardoso J, Freitas-Rodrigues M, Maia de Almeida S. The help-seeking by women with urinary incontinence in Brazil. *Int Urogynecol J*. 2011; 22:879-84.
170. Shaw C, Tansey R, Jackson C, Hyde C, Allan R. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. *Fam Pract*. 2001; 18 (1):48–52.
171. Falcón M, Basagoiti I. El paciente y la alfabetización en salud. *Alfabetización en salud de la información a la acción* [Internet]. Valencia: Itaca/TSB; 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]. p. 65–96. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion\\_en\\_salud.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf)

172. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto europeo de alfabetización en salud. Rev Comun y Salud [Internet]. 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 2(2):91–8. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/35-159-1-PB.pdf>
173. Minassian V, Yan X, Lichtenfeld M, Sun H, Stewart W. The iceberg of health care utilization in women with urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2012; 23(8):1087–93.
174. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. [Internet]. Ginebra; 2008 [consulta el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf)
175. Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2013 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 33(3):223–9. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
176. González B. Los estereotipos como factor de socialización en el género. Comunicar [Internet]. 1999 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 12:79-88. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LosEstereotiposComoFactorDeSocializacionEnElGenero-262537.pdf>
177. Ávila de Tomás J. Comunicación entre ciudadanos y profesionales de la salud. Alfabetización en salud de la información a la acción [Internet]. Valencia: Itaca/TSB; 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]. p. 101–112. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion\\_en\\_salud.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf)
178. Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero M. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. Rev Esp Comun Salud [Internet]. 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 3(1):51–65. Disponible en: [http://www.aecs.es/3\\_1\\_7.pdf](http://www.aecs.es/3_1_7.pdf)

179. Almendro C, Ordovás R. Comunicación oral en la consulta. Alfabetización en salud de la información a la acción [Internet]. Valencia: Itaca/TSB; 2012 [consulta el 20 de marzo de 2014]. p. 205–218. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion\_en\_salud.pdf
180. Gadzhieva Z, Kazilov I, Aliaev I, Aboian I, Kazilov B. Urination disorders. Do we know all about them? Urologiia. 2014; Feb (1):20–6.
181. Puchades A, Muñoz A, Puchades R, Caracena L. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. Asoc Española Enfermería en Urol [Internet]. 2013 [consulta el 20 de marzo de 2014]; 124:9–16. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-UnaRevisionSobreLaIncontinenciaUrinariaDeEsfuerzo-4677736.pdf

## **ANEXOS**





## **8. ANEXOS**

- ANEXO 1 Cuestionario ICIQ Short Form (ICICQ\_SF)
- ANEXO 2 Documento del Consentimiento Informado
- ANEXO 3 Classificació Catalana d'Educació (CCED-2000)
- ANEXO 4 Transcripciones de las entrevistas y del grupo de discusión



## ANEXO 1 Cuestionario ICIQ Short Form (ICIQ-SF)

Estimada amiga,

Estamos realizando un estudio sobre las experiencias de las mujeres que sufren incontinencia de orina. La primera fase de dicho estudio consiste en contestar un pequeño cuestionario llamado ICIQ-SF y por este motivo queremos pedir su colaboración.

El **ICIQ-SF** (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en su calidad de vida.

Le estaríamos muy agradecidos si contestase a las siguientes preguntas y reenviase este mensaje a otras mujeres que conozca.

Muchas gracias.

<b>1. Edad</b>	<b>2. Nombre</b>
<b>3. Teléfono</b>	<b>4. email</b>
<b>5. Nivel de estudios</b>	

**Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF**

**6. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)**

Nunca	0	puntos
Una vez a la semana	1	
2-3 veces/semana	2	
Una vez al día	3	
Varias veces al día	4	
Continuamente	5	

**7. Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.**

No se me escapa nada	0	puntos
Muy poca cantidad	2	
Una cantidad moderada	4	
Mucha cantidad	6	

**8. ¿En qué medida estos escapes de orina que tiene han afectado su vida diaria?**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Nada Mucho

**9. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pase a Ud.**

	Nunca
	Antes de llegar al servicio
	Al toser o estornudar
	Mientras duerme
	Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio
	Cuando termina de orinar y ya se ha vestido
	Sin motivo evidente
	De forma continua

Muchas gracias por contestar estas preguntas.



## ANEXO 2 Documento del Consentimiento Informado

### Documento Consentimiento informado

#### **Título de la investigación**

Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria

#### **Investigadora**

Montserrat Lamoglia Puig

#### **Universitat de Girona**

Programa de Doctorat en Biologia Molecular, Biomedicina i Salut.

Línia de investigació: Salut i Atenció Sanitària

Facultat d'Infermeria

#### **Finalidad de la investigación**

Esta investigación tiene la finalidad de obtener conocimiento documentado sobre la incontinencia urinaria femenina desde la perspectiva de las propias mujeres que la presentan.

#### **Duración de las entrevistas**

Las entrevistas tendrán una duración aproximada de 60 minutos. El contenido será grabado para su posterior transcripción y análisis.

#### **Confidencialidad**

Se garantiza el anonimato de la identidad de la entrevistada y la confidencialidad de los datos.

#### **Beneficios potenciales**

Su contribución ayudará a aportar un mayor conocimiento sobre la incontinencia urinaria en la mujer a los profesionales de la salud para que puedan diseñar programas de promoción de la salud específicos para las mujeres y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

#### **Inconvenientes**

La participación en la investigación, implica un tiempo para el desplazamiento y desarrollo hasta el centro donde se efectúen las entrevistas.

#### **Resultados**

Los resultados del análisis formaran parte de un informe final que se entregará a cada una de las mujeres participantes.

#### **Nombre de la participante:**

#### **Firma**

.....a..... de ..... de 20....



### ANEXO 3 Classificació Catalana d'Educació (CCED-2000)

Categorías:

- (A) Educación infantil
- (B) Educación primaria
- (C) Programas para la formación e inserción laboral que no requieran una titulación académica de primera etapa de secundaria
- (D) Primera etapa de educación secundaria
- (E) Programas para la formación e inserción laboral que requieran una titulación académica de primera etapa
- (F) Segunda etapa de educación secundaria
- (G) Programas para la formación e inserción laboral que requieran una titulación de estudios secundarios de segunda etapa
- (H) Enseñanza de grado superior de formación profesional específica y equivalentes, artes plásticas y diseño, y deportivas
- (I) Otros programas de 2 años y más que requieran el título de bachillerato
- (J) Enseñanza universitaria de primer y segundo ciclo
- (K) Programas que requieran una titulación universitaria
- (L) Enseñanza universitaria de tercer ciclo
- (M) Programas de formación que no requieran formación académica

Fuente: Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). Classificació Catalana d'Educació (CCED-2000). Adaptació de la CNED-2000 [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.idescat.cat/cataleg/?tc=c&idp=51>





**ANEXO 4** Transcripción de las entrevistas y del grupo de discusión.

Todas las transcripciones se encuentran en el CD adjunto.





