



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**Experiencias de Calidad de Vida en Hombres  
y Mujeres con Incontinencia Urinaria**

**D<sup>a</sup>. Almudena Ortuño Esparza**

**2016**



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**

**TESIS DOCTORAL**

Experiencias de calidad de vida en hombres y mujeres con  
incontinencia urinaria

**DIRECTORA**

Dra. Florentina Pina Roche

**DOCTORANDA**

Almudena Ortuño Esparza



*“No basta saber, se debe también aplicar.*

*No es suficiente querer, se debe también hacer.”*

Johann Wolfgang Goethe.



# A GRADECIMIENTOS

Gracias a todos los pacientes que han participado en el estudio, sin ellos esto hubiera sido imposible.

A mi directora, Dña. Florentina Pina Roche, que ha guiado mis pasos desde que entré en la UMU.

Gracias por su motivación, dedicación y paciencia.

Gracias por su orientación y apoyo, por su entrega e interés.

Gracias por guiarme en este proceso, que no ha sido fácil, pero con ella he logrado alcanzar con éxito mi proyecto de tesis. Le hago llegar mi admiración como personal docente y como persona.

A Reme, por su ayuda inestimable. Sin su colaboración este proceso hubiera sido muy complicado. Gracias por el esfuerzo, las enseñanzas y la simpatía.

Al Dr. Miguel Ángel Cánovas Tomás, por sus valiosas aportaciones.

A mis padres, que han sido mi apoyo constante e incondicional. Que me han forjado como la persona que soy en la actualidad. Me formaron con reglas y libertades, y me motivaron para alcanzar mis metas. El logro hoy alcanzado es también suyo, resultado de sus esfuerzos, sacrificios y estímulos.

A mis amigas, que me han ayudado cuando en ocasiones me he encontrado perdida, por esa amistad sincera. Gracias especialmente a Fátima, Sonia y a Alfonso.

A mi Baloo, por su compañía y afecto en las horas de trabajo.



# C ONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	VII
<b>ABSTRACT</b> .....	IX
<b>1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN</b> .....	1
1.1 INTRODUCCIÓN.....	3
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	4
1.2.1 IMPORTANCIA DEL PROBLEMA .....	4
1.2.2 PREVALENCIA.....	5
<b>2. MARCO TEÓRICO</b> .....	9
2.1. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA DE INCONTINENCIA URINARIA.....	11
2.2 RECUERDO ANATÓMICO Y FISIOLÓGICO .....	15
2.2.1 VEJIGA .....	15
2.2.2 URETRA.....	16
2.2.3 SUELO PÉLVICO .....	16
2.2.4 FISIOLÓGÍA DE LA CONTINENCIA .....	17
2.3 FACTORES DE RIESGO .....	19
2.4 PROCESO DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA .....	23
2.5 TRATAMIENTO MÉDICO Y PLAN DE CUIDADOS.....	28
2.6 CONCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA .....	45
2.7 GÉNERO Y SALUD .....	47
2.7.1 SEXO Y GÉNERO .....	47
2.7.2 ROLES TRADICIONALES Y ESTEREOTIPOS .....	49
2.7.3 SEXO, GÉNERO Y SALUD.....	54
2.7.4 PERCEPCIÓN DEL PROCESO DE ENFERMEDAD SEGÚN EL GÉNERO .....	57
2.7.5 ESTEREOTIPOS EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS .....	58
2.8 MARCO LEGAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD .....	60
2.9 MODELO DE OREM .....	65

<b>3. OBJETIVOS</b> .....	73
3.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	75
3.1.1 OBJETIVO GENERAL:.....	75
3.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	75
3.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.....	75
3.2.1 OBJETIVO GENERAL:.....	75
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	75
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	77
4.1 PRIMERA FASE: ESTUDIO CUANTITATIVO .....	80
4.1.1 TIPO DE ESTUDIO .....	80
4.1.2 MUESTRA .....	81
4.1.3 INSTRUMENTOS .....	82
4.1.4 RECOGIDA DE DATOS .....	83
4.2 SEGUNDA FASE: ESTUDIO CUALITATIVO.....	84
4.2.1 ANÁLISIS DE LOS DATOS .....	84
4.2.2 TIPO DE ESTUDIO .....	84
4.2.3 CONTEXTO Y ÁMBITO DEL ESTUDIO.....	86
4.2.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA .....	86
4.2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS .....	87
4.2.6 ANÁLISIS DEL CONTENIDO DEL DISCURSO.....	90
4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	91
4.4 VALIDEZ Y RIGOR DE LA INVESTIGACIÓN.....	92
4.4.1 ESTUDIO CUANTITATIVO .....	92
4.4.2 ESTUDIO CUALITATIVO .....	93
<b>5. RESULTADOS</b> .....	95
5.1 RESULTADOS DEL ESTUDIO CUANTITATIVO .....	97
5.2 RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO .....	105
5.2.1 UNIDADES DE SIGNIFICADO .....	105
5.2.2 GRUPOS DE SIGNIFICADO .....	106
5.2.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES.....	108
5.2.4 CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LAS MUJERES.....	111
5.2.4.1 Normalización de la incontinencia urinaria .....	111
5.2.4.2 Comunicación del problema como forma de apoyo social .....	113
5.2.4.3 Limitaciones sociales .....	115
5.2.4.4 Limitaciones emocionales .....	118

5.2.4.5 Limitaciones físicas .....	120
5.2.4.6 Estrategias de afrontamiento .....	123
5.2.5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS HOMBRES .....	129
5.2.6 CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DE LOS HOMBRES .....	133
5.2.6.1 Normalización de la incontinencia urinaria .....	133
5.2.6.2 Comunicación del problema como forma de apoyo social .....	133
5.2.6.3 Limitaciones sociales .....	135
5.2.6.4 Limitaciones emocionales .....	138
5.2.6.5 Limitaciones físicas .....	140
5.2.6.6 Medidas de afrontamiento .....	143
5.2.7 RELACIONES INTERGRUPO E INTRAGRUPPO .....	148
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>153</b>
6.1 PARÁMETROS RELACIONADOS CON LA INCONTINENCIA URINARIA Y CON LA AFECTACIÓN EN LA CALIDAD DE VIDA.....	155
6.2 NORMALIZACIÓN Y NATURALIZACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA .....	158
6.3 COMUNICACIÓN DE SU SITUACIÓN .....	160
6.4 LIMITACIONES GENERADAS POR LA INCONTINENCIA URINARIA .....	161
6.4.1 LIMITACIONES SOCIALES .....	161
6.4.2 LIMITACIONES EMOCIONALES .....	163
6.4.3 LIMITACIONES FÍSICAS .....	165
6.5 ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO EMPLEADAS PARA AFRONTAR LA INCONTINENCIA URINARIA .....	167
6.5.1 AUTOCUIDADOS PREVENTIVOS .....	167
6.5.2 AUTOCUIDADOS PALIATIVOS .....	168
6.6 VALORACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA DESDE EL MODELO DE OREM.....	170
<b>7. CONSIDERACIONES FINALES.....</b>	<b>173</b>
7.1 CONCLUSIONES .....	175
7.2 LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	177
7.3 CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	178
7.4 FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	179
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>211</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Prevalencia de incontinencia urinaria en España.....	7
Tabla 2: Factores de riesgo .....	20
Tabla 3: Anamnesis para la detección de la IU.....	24
Tabla 4: Clasificación de Mouristen.....	25
Tabla 5: Clasificación de Obrink .....	27
Tabla 6: Correspondencias entre la clínica médica y los diagnósticos NANDA. Tratamientos de elección y planes de cuidados .....	44
Tabla 7: Características estereotipadas atribuidas al sexo femenino y masculino en la cultura occidental.....	50
Tabla 8: Roles, exigencias sociales y relaciones que deben mantener hombres y mujeres según el modelo tradicional de género .....	51
Tabla 9: Modelo contemporáneo de género.....	53
Tabla 10: Criterios de selección de la muestra .....	87
Tabla 11: Descriptivo variables demográficas y clínicas según el sexo .....	98
Tabla 12: Puntuación en las escalas ICIQ-SF y I-QOL según el sexo .....	99
Tabla 13: Puntuación en las escalas ICIQ-SF y I-QOL según tipo IU .....	99
Tabla 14: Puntuación en ítems dimensión LA según tipo IU .....	101
Tabla 15: Puntuación en ítems dimensión EP según tipo IU.....	102
Tabla 16: Puntuación en ítems dimensión VS según tipo IU .....	102
Tabla 17: Correlaciones entre la edad y las escalas .....	104
Tabla 18: Unidades de Significado .....	105
Tabla 19: categorías y subcategorías .....	106
Tabla 20: Perfil sociodemográfico e ICIQ-SF de las mujeres .....	110
Tabla 21: Perfil sociodemográfico e ICIQ-SF de los hombres.....	132

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipos de IU hombres .....	97
Gráfico 2: Tipos de IU mujeres .....	97
Gráfico 3: Repercusión en la calidad de vida global, física, emocional y social según los tipos de IU.....	100
Gráfico 4: Zona de residencia.....	108
Gráfico 5: Actividad laboral de las mujeres .....	108
Gráfico 6: Paridad de las entrevistadas.....	109
Gráfico 7: Tipología de la incontinencia urinaria.....	109
Gráfico 8: Medidas preventivas empleadas por las mujeres.....	125
Gráfico 9: Medidas paliativas empleadas por las mujeres.....	129
Gráfico 10: Lugar de residencia de los entrevistados .....	129
Gráfico 11: Situación laboral de los hombres entrevistados.....	130
Gráfico 12: Cirugía prostática.....	130
Gráfico 13: Tipo de la incontinencia urinaria en los hombres.....	131
Gráfico 14: Medidas preventivas empleadas por los hombres .....	145
Gráfico 15: Medidas paliativas empleadas por los hombres .....	148

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Inervación y receptores implicados en la micción .....	18
Figura 2: Algoritmo diagnóstico de la IU .....	28
Figura 3: Relación sexo-género e interacción del sujeto en el sistema biopsicosocial .....	49
Figura 4: Teorías constituyentes de la teoría del déficit de autocuidado.....	68
Figura 5: Persona con incapacidad para satisfacer sus requisitos de autocuidados universales y de desviación de la salud.....	72
Figura 6: Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera .....	72
Figura 7: Esquema del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS) .....	80

Figura 8: Esquema correspondiente al estudio cuantitativo .....	81
Figura 9: Interrelación en las limitaciones.....	149
Figura10: Normalización y falta de apoyo médico.....	151
Figura 11: Mapa conceptual de las principales relaciones categóricas.....	152
Figura 12: Aplicación del modelo de Orem en la valoración de enfermería de personas con IU .....	171

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

<b>IU</b>	Incontinencia urinaria
<b>IUE</b>	Incontinencia urinaria de esfuerzo
<b>IUU</b>	Incontinencia urinaria de urgencia
<b>IUM</b>	Incontinencia urinaria mixta
<b>DRAE</b>	Diccionario Real Academia Española
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>NANDA</b>	North American Nursing Diagnosis Association
<b>ANMM</b>	Academia Nacional de Medicina

# R ESUMEN

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, la cual causa un importante impacto social, psicológico, laboral, sexual, y económico.

**Objetivos:** Estudiar si el problema de la incontinencia urinaria afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen, y si presenta relación con el tipo de IU, sexo o edad. Así como, explorar las vivencias relacionadas con la calidad de vida y las medidas de afrontamiento, en mujeres y hombres con incontinencia urinaria, desde una perspectiva de género.

**Metodología:** El diseño de la investigación fue mixto de tipo explicativo secuencial. La primera fase del estudio ha sido cuantitativa transversal, descriptiva y correlacional. La muestra se ha compuesto de un total de 101 mujeres y 50 hombres, seleccionando a todas las personas que acudían a la unidad de Urodinamia del Hospital Universitario Morales Messeguer. En la recogida de datos se empleó el cuestionario ICIQ-SF, para conocer la severidad y el tipo de incontinencia, y el I-QOL, para investigar la afectación en la calidad de vida. En el análisis descriptivo se obtuvo número de casos, porcentajes, valores mínimos y máximos, medias, desviaciones típicas, medianas y cuartiles, posteriormente, se realizaron las pruebas de U Mann-Whitney o Kruskal-Wallis y el test de Kolmogorov-Smirnov, considerando una  $p < 0,05$ . La segunda etapa del estudio ha sido cualitativa de tipo fenomenológico. Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta que presentaran afectación en la calidad de vida a consecuencia de las pérdidas de orina y que accedieran a participar en el estudio, habiendo obtenido previamente el dictamen favorable del comité ético de investigación clínica del Hospital Universitario José María Morales Messeguer, finalmente, la muestra se compuso de 17 mujeres y 16 hombres. Los datos fueron recogidos mediante entrevista semiestructurada. Por último, se procedió al análisis de contenido del discurso.

**Resultados:** En la primera etapa, se halló la distribución de incontinencia por tipos, encontrando que la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) era la más prevalente, afectando al 56 % de los hombres y 52,5% de las mujeres, seguida de la incontinencia urinaria mixta (IUM) en el 40% de los hombres y 35% de las mujeres, posicionándose en último lugar la

incontinencia urinaria de urgencia (IUU), en el 4% de la muestra masculina y el 13% de la femenina. La incontinencia ha afectado moderadamente la calidad de vida de las personas, sin encontrarse una relación significativa con el sexo. Sin embargo, sí aparece una conexión entre los tipos y la alteración del bienestar, siendo la IUU y la IUM las que mayor afectación producen, generalmente por medio de limitaciones en las actividades. En la segunda fase del estudio, se evidenció que las mujeres presentaban una normalización de este problema, asociándolo con los partos y la edad. Tendiendo a compartir su estado con mujeres en la misma situación. Por el contrario, los hombres son más contrarios a hablar de este tema. En ambos sexos, se han producido limitaciones sociales, sometiendo a aislamiento en el hogar y restringiendo las relaciones con personas de su entorno, limitaciones emocionales, generando malestar psicológico al desencadenar sentimientos de tristeza, vergüenza, miedo frustración, ira, sentimientos de vejez y pérdida de la identidad sexual, y por último, limitaciones físicas a la hora de realizar tareas cotidianas, en el desempeño de su trabajo remunerado, en el descanso nocturno, así como para viajar y realizar ejercicio. Asimismo, se ha evidenciado que realizan tareas de autocuidado para prevenir las pérdidas o evitar el impacto que causan en su calidad de vida, si bien algunas de ellas han resultado ser perjudiciales para su salud. Además, las mujeres han mostrado un mayor número y desarrollo en las medidas de autocuidado. Finalmente, hay que destacar que algunas mujeres han percibido desinterés entre los profesionales sanitarios, normalizando la situación y sin ofrecerles soluciones adecuadas para tratar el problema.

**Conclusiones:** Se pone de manifiesto que el sexo femenino ha aprendido a convivir con la incontinencia urinaria, entendiéndola como algo natural de su condición de mujer. Además, algunas medidas encaminadas a gestionar este problema son inadecuadas o insuficientes, manteniéndose alterada su calidad de vida. Este hecho, indica que la enfermería debe de actuar, rompiendo los mitos existentes en torno a este problema, sirviendo de apoyo y guía para las personas en esta situación, y promoviendo la prevención en grupos de riesgo. Asimismo, en los profesionales sanitarios, se debe impulsar el conocimiento sobre el alcance que este problema origina en la calidad de vida de las personas, de manera que tengan en cuenta al individuo como un ser biopsicosocial.



Urinary incontinence is the involuntary loss of urine, which can have an important impact on the patient's social, psychological, sexual, financial and work life.

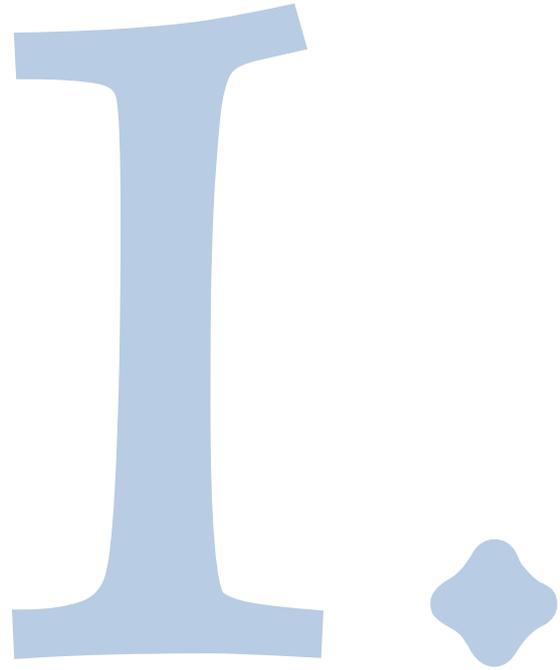
**Objectives:** The purpose of this research is to study if the problem of urinary incontinence affects the quality of life of people who suffer it, and if it is related to the type of UI, sex or age. Thus, the project involves exploring the experiences related to quality of life as well as measures to confront the urinary incontinence from a gender perspective.

**Methodology:** The research design was an explanatory sequential mixed model. The first phase of the study was cross-sectional quantitative, descriptive and correlational. The sample was composed of a total of 101 women and 50 men, having selected all the people who came to the Urodynamics Unit in the Hospital Universitario Morales Messeguer. For the data collection, an ICIQ-SF questionnaire was used to determine the severity and type of incontinence, as well as an I-QOL questionnaire to investigate the effect on quality of life. The analysis found the number of cases, percentages, minimum and maximum values, means, standard deviations, medians and quartiles. Moreover, the U Mann-Whitney or Kruskal-Wallis and the Kolmogorov-Smirnov test was performed, considering a  $p < 0.05$ . The second phase of the research is a qualitative and phenomenological model. For the selection of the sample, it was considered that patients' quality of life was affected as a result of losses of urine and that they agreed to participate in the research, obtaining the favourable opinion of the Comité Ético de Investigación Clínica (Clinical Research Ethics Committees) in the Hospital Universitario José María Morales Messeguer, composed by 17 women and 16 men. Data were collected by semistructured interviews. Finally, an analysis of the content of the speech was proceed.

**Results:** In the first phase, the distribution of incontinence by types is found, concluding that stress urinary incontinence (EUI) was the most prevalent, affecting 56% of men and 52.5% of women, followed by the mixed urinary incontinence (MUI) in 40% of men and 35% of women. The urge urinary incontinence (UUI) was the last one, affecting a 4% of the male sample and a 13% of female one. Incontinence has moderately affected the quality of life of people, not having found a significant connection to sex. However, a connection between the

types and alteration of welfare appears, being the UUI and MUI those that most affection produce, generally through activity limitations. In the second phase of the study, it was showed that women had a normalization of this problem, being associated with birth and age tending to share their problem with women in the same situation. However, men refuse to discuss this issue. In both sexes, there have been social constraints, subjecting themselves to isolation at home and limiting their relations to people of their environment, emotional limitations, causing psychological distress as a consequence of feelings of sadness, shame, fear, frustration, anger, feelings of old age and loss of sexual identity, and finally, physical limitations when performing daily tasks, at their work place, at night rest as well as to travel and practice sport. Moreover, it has been found that they do self-care tasks to prevent losses or avoid the impact they have on their quality of life, although some of them have proved to be harmful to their health. In addition, women have shown more development and self-care measures. Finally, it is noteworthy that some of them have perceived lack of interest among health professionals, normalizing the situation and without offering adequate solutions to address the problem.

**Conclusions:** It is shown that women have learned how to live with urinary incontinence, understanding it as something natural of their womanhood. In addition, some measures to manage this problem are inadequate or insufficient, keeping altered quality of life. This fact indicates that nursing should act, breaking the myths about this problem, being a support and guide for people in this situation, and promoting prevention among risk groups. Moreover, health professionals should promote knowledge about the reach that this problem originates in the quality of life of people, so that they take into account the individual as a biopsychosocial being.



# **I**NTRODUCCIÓN

## **Y JUSTIFICACIÓN**



## 1.1 INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria no se considera una patología grave, debido a que no causa una amenaza para la vida. Pero supone un gran problema de salud que origina un importante impacto social, psicológico, laboral, sexual, y económico (Bosch Fontcuberta, 2005).

La OMS la reconoce como un problema con alto impacto psico-físico y social. Estimando que en el año 2003 el número de pacientes con incontinencia urinaria en España era de más de 3 millones doscientas mil personas.

Se considera que tan sólo el 25% de los incontinentes consultan al médico (Rebollo Álvarez y Espuña Pons, 2003) y que únicamente el 6% de los individuos con incontinencia moderada a grave recibe algún tipo de asesoramiento y asistencia médica (Martínez Saura et al, 2001). De manera que, conviven en silencio y resignados, pensando que su problema es inevitable y que no tiene solución. Por todo ello, la incontinencia urinaria es considerada una epidemia silenciosa (Bosch Fontcuberta, 2005).

La calidad de vida se ve profundamente alterada. Siendo esta alteración mayor que la provocada por algunas enfermedades crónicas, como la diabetes o la hipertensión arterial (Robles, 2006). Debido a que supone una persistente preocupación, en la que los individuos desarrollan hábitos de comportamiento, con la finalidad de paliar este inconveniente, como: limitar el consumo de líquidos para evitar orinar, una búsqueda constante de un aseo cercano, utilización de absorbentes, y, condicionando su vestuario para que los demás no noten la humedad o la compresa, pudiendo llegar a un abandono del entorno social. Por otra parte, se ocasionan limitaciones en las actividades de la vida diaria, a la hora de realizar las tareas cotidianas. Este problema también se rodea de una profunda afectación emocional, por la pérdida de autoestima que padecen, llegando a sentir incluso vergüenza, tristeza y apatía. En las mujeres, esta complicación suele acontecer unida a la menopausia, debilitándose aún más la autoestima, con la sensación de la pérdida de juventud (Brocklehurst, 1993).

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

### 1.2.1 Importancia del problema

Como se ha mencionado anteriormente, es un problema de gran envergadura, que ocasiona alteraciones en la calidad de vida de las mujeres y hombres que lo padecen, el aspecto social es el más afectado, aislando a las personas, que intentan por todo medio evitar la proximidad física, debido al miedo de que alguien descubra en ellos el olor de la orina (Higa et al. 2008).

Si hablamos de las repercusiones económicas, cabe destacar que esta molestia supone un consumo diario de absorbentes, un posible tratamiento farmacológico y, en algunos casos, quirúrgico, con el capital que todo esto conlleva. El coste que ocasiona esta patología no es fácilmente cuantificable, pero se calcula que el gasto de nuestro Sistema Nacional de Salud en absorbentes viene a ser el 3,2% del total de la prestación farmacéutica (unos 210 millones de euros en 2001) (Juarranz Sanz et al., 2002). Zunzunegui Pastor et al, 2003 calculan que una persona puede gastar por año 1000 euros tan sólo este material. A esto se le debería de sumar el gasto en medicamentos, en consultas médicas, etc. (Martínez-Sagarra Oceja y Rodríguez-Toves, 2010).

Por este motivo, si se consigue prevenir la incontinencia urinaria y solucionar la ya existente, supondrá un gran ahorro para la sanidad pública, y para las personas que tienen que comprarse los absorbentes, los cuales consumen continuamente.

Por otra parte, encontramos que frecuentemente los profesionales sanitarios no estamos preparados para dar una respuesta adecuada a este problema, investigar sobre su existencia, ni a realizar un diagnóstico precoz de incontinencia urinaria. Según Cervera Deval et al. (2004), “los profesionales no preguntan sobre este problema a sus pacientes” y tampoco suelen realizar educación para la salud que prevenga el problema o mejore la calidad de vida de los pacientes que ya tienen incontinencia. Asimismo, Quintanilla Sanz (2008) evidencia que los profesionales no están capacitados para abordar esta cuestión, señala que en ocasiones podemos sentirnos incómodos al descubrir casos de incontinencia urinaria porque también lo tratamos como un tema tabú, sobre todo si hallamos el problema en una persona joven, e incluso si el paciente es el que manifiesta su situación. Por otro lado, en muchas ocasiones no estamos informados de dónde hay que derivar al

paciente. Asimismo, Gavira Iglesias et al. (2001) apuntan que cuando se reconoce el trastorno, se realiza un diagnóstico y un tratamiento subóptimos. Incluso, se ha comprobado que el 70% de los profesionales sanitarios, cuando descubren la existencia de incontinencia no toman ninguna actitud diagnóstica ni terapéutica (Maña González y Mesas Sáez, 2002).

Otra evidencia que pone de manifiesto el desconocimiento de los profesiones, es que las propias enfermeras que padecen este problema no realizan un manejo adecuado durante su jornada de trabajo (Higa y Baena de Moraes Lopes, 2007). Ésto nos hace reflexionar en que si no son capaces de lidiar con la situación y buscar una solución para sí mismas, difícilmente podrán ayudar y guiar a las personas que acudan a consultarles a ellas.

Es importante profundizar en esta realidad puesto que la enfermería juega un papel primordial en el diagnóstico precoz de la incontinencia urinaria, evitando la evolución hacia casos más severos, así como en el seguimiento de un tratamiento conservador, para reforzar el suelo pélvico, que en la mayoría de los casos soluciona el problema o lo mejora considerablemente. Por tanto, es de suma importancia que la enfermería conozca los factores de riesgo y la fisiología del aparato urinario.

Además, sería idóneo integrar en el medio sanitario una guía de atención de enfermería específica, debido a la poca importancia que se le otorga y la gran repercusión que tiene la inoperancia ante dicho problema (Álvaro Sánchez et al, 2007). Para mejorar esta situación también se puede decir que es conveniente que se realicen campañas de información a la sociedad (Bosch Fontcuberta, 2005). Donde se incluya cómo podemos ayudarles, por medio de mensajes como que la incontinencia urinaria puede tratarse, que no es un problema de la edad y que pueden acudir a su enfermero/médico para consultar (Cervera Deval et al, 2004).

### **1.2.2 Prevalencia**

La incontinencia urinaria presenta una alta prevalencia en la población general. Se calcula una tasa a nivel mundial de más de 50 millones de personas, y de 2.300.000 a 600.000 en España. Puede acontecer en todas las edades y en ambos sexos, sin embargo, es una situación en la que sin lugar a duda, las mujeres sufren un mayor índice de

afectación, encontrándose en una proporción mayor de 1:20 (Cervera Deval et al, 2004). Si bien es cierto, su prevalencia aumenta con la edad, llegando a igualarse en la edad geriátrica (Delgado Aguilar et al., 2007).

Al mismo tiempo se hace necesario destacar que la IU es un problema “oculto”, por lo que hallar una cifra exacta de prevalencia es una ardua tarea (García-Giralda Ruíz et al., 2007; Ginés Vega et al., 2013). Esta invisibilidad se debe a un infradiagnóstico, generado por las escasas consultas que realizan los incontinentes a los profesionales sanitarios, ya sea por vergüenza, por miedo al rechazo social o porque piensan que su situación es normal, es decir, propia de la edad y creen que no tiene solución (Higa et al., 2008 y Ferri Morales et al., 2003). Por otro lado, a todo esto se le suma que los profesionales tampoco interrogamos a los pacientes sobre esta problemática, o minimizamos su importancia, sin prestarles mucha atención cuando se deciden a consultar (García-Giralda Ruíz et al., 2007). De este modo, propiciamos que se mantenga el tabú social que se ha creado sobre la incontinencia urinaria.

Tratando de averiguar la prevalencia en España de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva, en el año 2009, la Asociación española de urología lleva a cabo el estudio EPICC (Prevalencia, Carga y Coste de la Vejiga Hiperactiva e Incontinencia Urinaria en España). Para dicho trabajo epidemiológico, los investigadores seleccionan una muestra que se compone de mujeres, de edad comprendida entre los 25 a 64 años, y hombres, cuya edad oscila entre 50 a 64 años. Los resultados obtenidos en esta investigación, determinan una prevalencia media de incontinencia del 7,25% en las mujeres y del 4,58% en los hombres. En cuanto a la distribución por edades, en las mujeres menores de 45 años la prevalencia es de 4,99%, entre los 45 y los 54 años se encuentra en el 7,92% y para las más mayores, de entre 55 a 64 años, se alcanza el valor más alto, del 11,73%. Para el otro sexo, la división por edad se realiza en dos grupos, los menores de 55 años, en el que se obtiene el 3,27%, y entre 55 a 64 años, donde se revela un porcentaje del 5,55%. En ambos casos se presenta un aumento gradual con la edad. Sin embargo, resulta imposible realizar una comparación por grupos etarios, debido a la desigualdad en las edades de la muestra (Martínez Agulló et al., 2009).

Un año más tarde, con el mismo propósito, Salinas Casado et al. (2010) efectúan una revisión biográfica de la literatura sobre prevalencia de incontinencia urinaria, publicada durante los últimos diez años y en ámbito nacional. En dicho estudio, se

encuentran con una heterogeneidad en las cifras de prevalencia, generada por la desigualdad de las variables en los trabajos hallados, en consecuencia, aparecen divergencias en cuanto a los criterios de selección de la muestra, al concepto de incontinencia que emplean, a los cuestionarios utilizados y a la metodología. Finalmente, concretan una prevalencia global del 23,6% en las mujeres y del 9,6% en los hombres. En las mujeres de mediana edad varía entre el 22,6 y el 28,4%, mientras que para ellos se encuentra entre el 9,5% y el 12,7%. En ambos sexos, la prevalencia aumenta con la edad, encontrándose las tasas más altas, tanto en las mujeres como en los hombres mayores de 85 años, siendo del 49,3% y 27,4% respectivamente (tabla1).

**Tabla 1: Prevalencia de incontinencia urinaria en España.**

Edad	Mujeres	Hombres
18-34	12,9%	4,8%
35-44	17,8%	7%
45-54	22,6%	9,5%
55-64	28,4%	12,7%
65-74	35,2%	16,9%
75-84	41,9%	21,7%
>85	49,3%	27,4%

**Fuente: Salinas Casado et al., 2010.**

En la Región de Murcia, Cortés-Gálvez et al., en el año 2014, trataron de estimar la frecuencia de incontinencia que se encontraba oculta entre la población, ya que como se ha visto, es un problema difícilmente cuantificable. En el estudio se hallaron cifras muy altas, estimando que el 15,51% de los hombres estaban afectados, frente al, 60% descubierto en las mujeres.





# **M**ARCO TEÓRICO



## 2.1. Definición y tipología de incontinencia urinaria

La International Continence Society define la incontinencia urinaria como “cualquier pérdida involuntaria de orina que supone un problema social o higiénico”. (Abrams et al, 2002)

Empleamos esta definición debido a que, a principios de los años 70, se creó un comité específico para consensuar la terminología referente a los conceptos del tracto urinario inferior, que habían surgido con los nuevos conocimientos neurofisiológicos y fisiopatológicos, con el fin de alcanzar un lenguaje común entre la comunidad científica, facilitando la comprensión y la comunicación. Dicha definición ha sido modificada y adaptada con el paso del tiempo, evolucionando para adecuarse al cambio de los conocimientos científicos. Este término se encuentra aceptado internacionalmente, no obstante, ha causado problemas en la traducción al español, por tanto en el año 2003, la Sociedad española de urología emprendió un proceso de traducción y homologación para la estandarización del término. Sin embargo, hasta la fecha, la propuesta realizada por el subcomité de la International Continence Society continúa siendo la mejor opción (Martínez Agulló et al., 2005).

Siguiendo los criterios anteriormente expuestos, se ha optado por detallar los tipos de incontinencia urinaria según esta misma entidad, tratando, al mismo tiempo, de ser congruentes con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y con las definiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), recogidas en International Classification of Functioning, disability and Health.

Una vez determinado esto, la incontinencia urinaria se puede diferenciar atendiendo a su sintomatología en diferentes grupos fundamentales, los cuales son: (Abrams et al, 2002; Ruíz Ramos et al, 2005 y España, 2003)

- *Incontinencia urinaria de estrés*: es la percepción del escape de orina con el esfuerzo físico (como por ejemplo, tos, estornudo, etc.) que provoca un aumento de la presión abdominal.
- *Incontinencia urinaria de urgencia*: es la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida de un fuerte deseo de orinar que se denomina urgencia.

- *Incontinencia urinaria mixta*: es la percepción de pérdida involuntaria de orina asociada tanto a la urgencia como al esfuerzo.
- *Incontinencia urinaria continua*: es la pérdida permanente de orina.
- *Enuresis nocturna*: es la pérdida involuntaria de orina que ocurre durante el sueño.
- *Incontinencia urinaria por rebosamiento*: aparece asociada a una obstrucción anatómica o neurógena o a una vejiga con incapacidad para contraerse. Por tanto, se encuentra muy distendida y cuando la presión intravesical es superior a la uretral se producen pérdidas en forma de goteo.
- *Otros tipos de incontinencia urinaria*: aparecen pérdidas en determinadas situaciones que no pueden clasificarse en las categorías anteriores. Aquí se encontraría, por ejemplo, la incontinencia urinaria coital, que puede suceder durante las relaciones sexuales o con el orgasmo (Leonard y Gomella, 2013; Abrams et al, 2006; Martínez Saura et al., 2001; Puente Sánchez y Valles Ugarte, 2001).

Por otra parte, se considera especialmente apropiado, hacer mención a la clasificación que se le otorga en los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en su última edición de 2015.

Dentro del patrón I, correspondiente al de eliminación, encontramos las siguientes definiciones:

- *Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017)*: pérdida súbita de orina al realizar actividades que aumenten la presión intraabdominal.

- Características definatorias:

- Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de contracción del detrusor.
- Observación de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina en ausencia de sobredistensión vesical.

- Pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina con el ejercicio, al reír, estornudar, toser, etc.

- Factores relacionados:

- Cambios degenerativos en los músculos pélvicos.

- Debilidad de los músculos pélvicos.

- Aumento de la presión intraabdominal.

- Deficiencia intrínseca del esfínter uretral.

- *Incontinencia urinaria de urgencia (00019)*: el estado en que una persona experimenta una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una sensación intensa o urgencia de orinar.

- Características definitorias:

- Urgencia urinaria.

- Pérdida involuntaria de orina con espasmos vesicales.

- Incapacidad para llegar al inodoro a tiempo.

- Pérdida involuntaria de orina con contracciones vesicales.

- Factores relacionados:

- Disminución de la capacidad vesical.

- Irritación de los receptores de la tensión vesical, que provocan espasmo.

- Consumo de alcohol.

- Consumo de cafeína.

- Hiperactividad del detrusor.

- Aumento de la ingestión de líquidos.
- Impactación fecal.
- Infección vesical.
- Régimen terapéutico.
- Uretritis atrófica.
- Vaginitis atrófica.

- *Incontinencia urinaria refleja (00018)*: pérdida involuntaria de orina a intervalos previsibles cuando se alcanza un volumen vesical determinado.
- *Incontinencia urinaria por rebosamiento (00176)*: hace referencia a la pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga.
- *Incontinencia urinaria funcional (00020)*: incapacidad de una persona, normalmente continente, para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina.
- *Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia (00022)*: vulnerable a sufrir una emisión involuntaria de orina poco después de sentir una sensación intensa de urgencia miccional, que puede comprometer la salud.

El hecho de que exista un diagnóstico enfermero de riesgo nos hace ver que es posible actuar antes de que aparezca esta situación. Tratando de valorar a las personas que presenten vulnerabilidad.

Hasta el año 2009-2010 se encontraba también incluido el diagnóstico de *incontinencia urinaria total*; sin embargo, en dicho año fue retirado, quedando propuesto para una posible readmisión en el futuro (NANDA, 2010).

Como podemos apreciar las definiciones de incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia, mixta, por rebosamiento y funcional de la ICS tienen una equivalencia en la taxonomía NANDA, sin embargo la definición de incontinencia urinaria refleja no se encuentra descrita por la ICS, pudiéndose englobar en la de rebosamiento. (Álvaro Sánchez et al, 2007) Asimismo, podemos evidenciar que en la literatura médica la

incontinencia urinaria aparece como un síntoma, mientras que en la enfermera se presenta como un diagnóstico, constituyendo una alteración del patrón de eliminación, que además, conlleva asociados problemas higiénicos y sociales (Morilla Herrera et al., 2007).

Hay que señalar que numerosas mujeres padecen al inicio incontinencia urinaria de esfuerzo, pero conforme avanza la edad este tipo decrece, pues desarrollan también signos de incontinencia de urgencia, por tanto pasan a padecer incontinencia urinaria mixta, siendo la más común en las mujeres mayores. Por otra parte, los hombres mayores de 75 años presentan de forma más común el tipo de incontinencia urinaria de urgencia, mientras que la incontinencia urinaria de esfuerzo se encuentra asociada a la cirugía prostática (Robles, 2006; Leonard y Gomella, 2013).

## **2.2 Recuerdo anatómico y fisiológico**

La micción es una función mediante la que se consigue vaciar la orina de la vejiga cuando llega a su capacidad, cuando los factores sociales y el lugar son los apropiados para realizarla (Conejero, 2003).

Para una correcta micción y continencia, es precisa la coordinación de los componentes anatómicos del tracto urinario inferior. Esta función requiere de la integridad de dichos órganos y la perfecta intercorrelación neurofisiológica (Brenes Bermúdez, 2013; Vila Coll y Gallardo Guerra, 2005).

Las estructuras anatómicas comprometidas en la continencia son tres, la vejiga, la uretra y el suelo pélvico. A continuación, procederemos a definir cada una de ellas, para posteriormente comprender mejor su funcionamiento:

### **2.2.1 Vejiga**

La vejiga de la orina es un órgano hueco, donde se almacena la orina que llega por los uréteres. Su tamaño y forma varían según se encuentre llena o vacía. Cuando se encuentra vacía presenta forma cónica, pero conforme se va llenando va conformando una forma ovoidea. Su capacidad fisiológica se encuentra entre 350 a 300 ml., en las mujeres es menor debido a que el útero se apoya sobre la vejiga. La estructura parietal de

este órgano es fundamentalmente muscular, presenta varias capas de músculo liso entrecruzadas en distintas direcciones, el cual recibe el nombre de músculo detrusor. Su contracción comprime la vejiga facilitando la expulsión de la orina hacia la uretra. Esta musculatura, se condensa alrededor del meato uretral, conformando el esfínter interno, cuya función reside en mantener el orificio cerrado durante el almacenamiento de la orina. En el suelo de la vejiga se encuentra el trígono, de forma triangular, cuya función es facilitar el vaciado vesical actuando como un embudo (Doménech Ratto et al., 2005; Álvaro Sánchez et al., 2007 y Brenes Bermúdez, 2013).

### **2.2.2 Uretra**

La uretra es un conducto estrecho, por cual pasa la orina para su excreción. Cumple con dos funciones, la conducción de la orina al exterior del cuerpo y el control del vaciado.

Existen diferencias anatómicas y funcionales entre ambos sexos. En la mujer la uretra sale de la vejiga y atraviesa el diafragma pélvico para desembocar en el exterior. Mide de 3 a 4 cm. de longitud. Durante el trayecto, desciende por delante de la vagina, rodeada por el músculo esfínter externo. Por otra parte, la uretra en el hombre mide entre 15 y 20 cm de largo. A lo largo de su recorrido se relaciona con diferentes órganos. En la primera sección, se halla rodeada por el esfínter interno, adentrándose inmediatamente en la próstata, para atravesarla. En este tramo, se abre un conducto (utrículo prostático) donde desembocan las excreciones que se producen en las glándulas de la próstata. El último tramo del conducto, desciende rodeado por el músculo esfínter externo, que lo protege, y cuya contracción mantiene cerrada la luz de la uretra (Doménech Ratto et al., 2005).

### **2.2.3 Suelo pélvico**

Conocemos como suelo pélvico al grupo de músculos estriados, dependientes del control voluntario, y a los ligamentos que interactúan con los músculos. Todo ello forma una estructura de soporte, para los órganos abdominopelvicos, durante la bipedestación y en los cambios de presión abdominal, manteniendo la posición anatómica de los órganos en la pelvis y permitiendo el adecuado funcionamiento para la continencia urinaria. El músculo más importante que lo compone es el elevador del ano, que junto con el músculo

coccígeo, forman el diafragma pélvico que se encuentra ocupando la mayor parte del suelo pélvico. Se han encontrado diferencias según el sexo en este músculo, así, vemos que las mujeres presentan un músculo más laxo y con mayor cantidad de tejido conectivo. Por otro lado, en cuanto a los ligamentos, son tres los que destacan en esta estructura, siendo los ligamentos pubouretrales, los ligamentos uretropélvicos y los úterosacros. La elasticidad de los ligamentos confiere un comportamiento dinámico, que es fundamental para los mecanismos de micción y de continencia (Álvaro Sánchez et al., 2007; Katya Carrillo y Antonella Sanguineti, 2013; Riccetto, et al., 2005; Palma et al., 2002).

#### **2.2.4 Fisiología de la continencia**

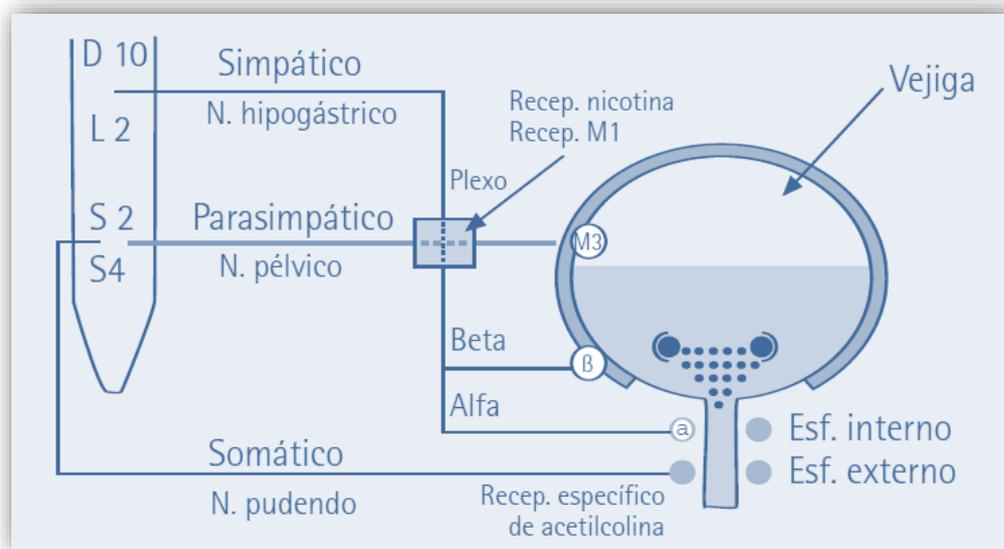
Las estructuras anatómicas, que acabamos de ver, se encuentran enervadas por el sistema nervioso simpático, el parasimpático y el somático, los cuales actúan de forma sinérgica, modulados por los centros encefálicos y medulares. La actuación de estos sistemas se lleva a cabo mediante el estímulo o la inhibición de neuroreceptores.

Las fibras simpáticas de los nervios espinales entre D-10 y L-2 aseguran la continencia, debido a que mantienen el cuello vesical cerrado durante la fase de llenado de la vejiga. Una vez que se alcanza el umbral de llenado, para producirse la micción, se lleva a cabo la estimulación de las fibras parasimpáticas de los nervios espinales sacros, de S-2 a S-4, produciendo la contracción del músculo detrusor, a la vez que se relaja el esfínter interno. Estos procesos constituyen un arco reflejo. Por otro lado, el esfínter externo, controlado por el sistema nervioso central, constituido por las ramas provenientes de la porción sacra de la médula espinal, más concretamente por las neuronas motoras del nervio pudendo, es por ello que, al intervenir el sistema nervioso central se hace posible controlar la micción de forma voluntaria, y por tanto, que podamos orinar en el lugar adecuado. (Blider et al., 2010; Álvaro Sánchez et al., 2007; Conejero, 2003; Quintana et al., 2008; Brenes Bermúdez, 2013)

Para que se produzca la transmisión sináptica, es decir, la comunicación del sistema nervioso, es necesaria la intervención de neurotransmisores, que son los encargados de mediar el impulso nervioso mediante la inhibición o la excitación de la célula post sináptica.

La contracción vesical es llevada a cabo mediante la estimulación de los neuroreceptores colinérgicos muscarínicos, fundamentalmente de tipo 2 y en menor medida de tipo 3, que se encuentran situados por todo el detrusor, salvo en el trígono. Estos neuroreceptores son estimulados por el nervio pélvico, perteneciente al sistema nervioso parasimpático. Por el contrario, la relajación vesical, se produce a causa de la inhibición de los receptores colinérgicos y del estímulo de los adrenérgicos, de tipo beta en el cuerpo vesical y alfa en la base y el esfínter interno. Estos receptores se estimulan mediante el nervio hipogástrico, que corresponde al sistema nervioso simpático. En último lugar, el esfínter uretral externo, enervado por el pudendo, se estimula mediante los receptores colinérgicos nicotínicos. En la figura 1, se ilustra la relación entre el sistema nervioso y los neurotransmisores encargados de la micción (Conejero, 2003; Blasco Hernández et al., 2005; Trujillo Gallego, 2011).

**Figura 1: Inervación y receptores implicados en la micción.**



**Fuente: Blasco Hernández et al., 2005.**

Para llevar a cabo la micción en cualquiera de sus dos fases, la de llenado o de vaciado, es necesario que los reflejos medulares se coordinen entre sí, impidiendo su actuación de forma independiente. Si esto ocurriera, se produciría la contracción del detrusor estando los esfínteres cerrados, o se relajarían durante la fase de llenado, produciendo la incontinencia. Para que exista esta coordinación, es preciso que toda la información generada en los centros medulares llegue al núcleo regulador, llamado

núcleo pontino, que se encuentra situado en la protuberancia, y es el encargado de regular a todos los núcleos, enviando la información de llenado vesical a la corteza cerebral. Los centros medulares que se encargan de la micción son: el núcleo simpático en la metámera D10-L2, el núcleo parasimpático en la metámera S2-S4 y el somático en la S3-S4 (Morilla Herrera, 2007; Blasco Hernández et al., 2005).

A continuación, conociendo ya los componentes implicados en la continencia y la micción, vamos a analizar cómo se desarrollan los mecanismos de la continencia. Ésta se trata básicamente a un juego de presiones, originadas por dos fuerzas contrapuestas y a la vez coordinadas, tales fuerzas son: la presión intravesical, que se produce dentro de la vejiga por el acumulo gradual de orina; y la presión intrauretral, que tiene lugar dentro de la uretra. Durante la fase de llenado, la presión intrauretral es mayor que la intravesical, mientras que en la en la fase de vaciado, a causa de la relajación de los esfínteres y la contracción del detrusor, las presiones se invierten, ocasionando una presión intravesical más elevada que la intrauretral (Quintillana Sans, 2008; Brenes Bermúdez, 2013).

Asimismo, hay que destacar que la micción se encuentra regulada por control voluntario, mediante el esfínter externo, que puede modificar estos reflejos permaneciendo cerrado intencionadamente. De modo que la micción tenga lugar cuando el momento es el adecuado (Le Vay, 2004).

Fisiológicamente, la incontinencia se produce por un defecto durante la fase de llenado, a causa de un aumento de las contracciones del detrusor o por incompetencia esfinteriana. También, puede presentarse a causa de una deficiente contracción del detrusor o por una obstrucción en el tracto urinario inferior (Conejero, 2003).

## **2.3 Factores de riesgo**

La incontinencia urinaria se ve condicionada por múltiples factores que aumentan el riesgo de padecerla. De acuerdo con esto, podemos realizar una distinción entre factores de riesgo exclusivamente del sexo femenino o del masculino y factores comunes para ambos sexos (Tabla 2).

**Tabla 2: Factores de riesgo.**

AMBOS SEXOS	MUJERES	HOMBRES
Bipedestación	Sexo	Prostatectomía
Envejecimiento	Genética	Hiperplasia de próstata benigna
Estreñimiento	Histerectomía	-
Consumo de cafeína	Parto	-
Tabaquismo	Hipoestrogenismo	-
Enfermedades respiratorias crónicas	Embarazo	-
Obesidad	Raza blanca	-
Infecciones del tracto uroginecológico	Ejercicio físico	-
Deterioro cognitivo	-	-

**Fuente: Elaboración propia**

Entorno a los factores que se presentan para ambos sexos se identifican los siguientes:

- **Bipedestación:** al estar en pie, la musculatura perineal está ejerciendo durante todo el día una tensión en contra de la fuerza de gravedad, que a lo largo de los años deteriora el músculo (Quintanilla Sanz, 2008).
- **Envejecimiento:** con el paso de los años todos los músculos, si no se ejercitan, se van atrofiando, y los músculos pélvicos no son una excepción. Además, el envejecimiento origina cambios en el aparato urinario, como, disminución de la capacidad vesical, incremento de la orina residual y contracciones vesicales involuntarias. En las mujeres, también aparece una disminución de la presión uretral, relacionada con la disminución de los estrógenos, a causa de los cambios hormonales (Thüroff et al., 2011; Sánchez- Herrera et al., 2013).
- **Estreñimiento:** es un proceso que aumenta la presión intraabdominal (Robles, 2006).
- **Tabaquismo:** este hábito provoca tos crónica, que puede debilitar y dañar el mecanismo esfincitario (Robles, 2006; Pena Outeiriño et al, 2007).

- **Enfermedades crónicas respiratorias** (Quintillana Sans, 2008).
- **Obesidad:** es un factor que sobrecarga el suelo pélvico. Un índice corporal alto se correlaciona con una mayor prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y mixta, así como con la severidad de las mismas. Por otro lado las personas obesas realizan la maniobra de Valsava en mayor medida, esta maniobra aumenta la presión intravesical (Higa et al., 2008 y Robles, 2006).
- **La cistitis y otras infecciones del tracto uroginecológico** (Quintillana Sans, 2008).
- **Deterioro cognitivo** (Leonar y Gomella, 2010).
- **Consumo de cafeína:** Tiene una acción diurética, aumentando el volumen de orina. Su ingestión en altas concentraciones puede causar una inestabilidad del músculo detrusor, y en consecuencia la pérdida involuntaria de orina (Higa et al., 2008).

Entre los factores de riesgo exclusivos para las mujeres encontramos:

- **El sexo**, o propiamente dicho, ser mujer: se debe a las diferencias anatómicas y la longitud uretral. Aunque este factor depende de la edad ya que las mujeres menores de 60 años tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres, pero en mayores de 60 tan sólo dos veces más (Robles, 2006).
- **Hipoestrogenismo:** los cambios hormonales de la menopausia pueden producir pérdida de flexibilidad por la disminución de estrógenos que afecta a los músculos abdominales. Por tanto, en esta etapa es muy habitual la presencia de los efectos de la debilidad del suelo pélvico, siendo la más habitual durante la menopausia la incontinencia de esfuerzo (Álvaro Sánchez et al, 2007; Pena Outeiriño et al, 2007).
- **Raza:** las mujeres blancas tienen una prevalencia de incontinencia urinaria de esfuerzo tres veces mayor que las mujeres negras, estas diferencias se atribuyen al tejido conjuntivo o en los músculos (Robles, 2006).
- **Ejercicio físico:** dependiendo del tipo de ejercicio que se realice, éste puede ser beneficioso para aumentar la musculatura pélvica, o también puede ser perjudicial. El deporte aumenta la presión intraabdominal, sobrecargando el periné. Si esto no se contrarresta con ejercicios para reforzar el suelo pélvico, acaba por debilitarse (Álvaro Sánchez et al, 2007; Napal Ros, 2004).
- **Embarazo:** puede causar cambios mecánicos u hormonales que sean causas de incontinencia urinaria, entre 31-42% de las embarazadas tienen incontinencia de

esfuerzo y en un 51% persiste algún grado de incontinencia postparto. Cuando la mujer está embarazada sufre un aumento de la presión intraabdominal a medida que el bebé aumenta de tamaño y peso, como consecuencia el suelo pélvico ha de hacer un esfuerzo mucho mayor (Robles, 2006; Álvaro Sánchez et al, 2007).

- **Parto:** constituye la principal causa de debilitamiento. El parto vaginal es el factor contribuyente más importante por las lesiones musculares y neurológicas asociadas a la distensión de los músculos del suelo pélvico que supone el paso de bebé por el canal de parto. También tiene influencia el peso del bebé, los recién nacidos de 4 o más kilos se asocian a cualquier tipo de incontinencia. Así mismo, interviene la anestesia epidural que provoca largos expulsivos y la posición de litotomía, que imposibilita que actúe la fuerza de gravedad durante el parto, aumentando del mismo modo el tiempo de expulsión del niño, a lo que se le suma la opresión de la vejiga que produce el feto durante el transcurso del parto (Robles, 2006; Álvaro Sánchez et al, 2007; (Morilla Herrera, 2007).
- **Histerectomía** (McPherson et al., 2005).
- **Genética:** son más propensas a desarrollar incontinencia urinaria si su madre o hermanas la padecen (Hannestad et al., 2004).

Anatómicamente los hombres están más protegidos ante la posibilidad de desarrollar incontinencia urinaria; sin embargo, no se encuentran exentos (Delgado Aguilar et al., 2011). Entre los factores de riesgo que son particulares del sexo masculino hallamos:

- **Cirugía de próstata:** es una complicación frecuente de la prostatectomía radical (Leonar y Gomella, 2010; Celada Álvarez, 2009; Schröder et al., 2010; Wahle, 2000). El mecanismo esfinteriano proximal se elimina durante la operación, mientras que el esfínter distal presenta un mal funcionamiento, que puede deberse a una lesión directa de este o de las estructuras de sostén (suelo pélvico), a una lesión de su inervación o a una lesión preexistente. La disfunción se origina a causa de la incapacidad del esfínter para resistir incrementos de presión abdominal. (Rodríguez Escobar y Arañó Bertrán, 2009).
- **Hiperplasia de próstata benigna:** causando sintomatología de urgencia e incontinencia (Vinaccia et al., 2006; Sánchez- Herrera et al., 2013).

Como podemos observar, algunos de los factores de riesgo son inevitables, no obstante, en otros se puede intervenir para conseguir la prevención de la incontinencia

urinaria. Por ello, se hace preciso conocerlos, de manera que sea posible actuar antes de que aparezca el problema, o en el caso de encontrarse ya establecido, evitar complicaciones y mejorar la situación.

## **2.4 Proceso diagnóstico de la incontinencia urinaria**

No existe una explicación única de porqué muchas personas conviven en silencio con esta enfermedad. Algunas, no lo llegan a considerar un problema, otras tienen terror a una posible solución quirúrgica, muchas sienten vergüenza, bastantes no creen que sea posible curarla, y otras lo sufren con resignación, por estar en una sociedad que tradicionalmente ha considerado este tema como un tabú (Congregado Ruiz et al, 1999; Ginés Vega et al., 2013).

Todo ello genera que este problema permanezca oculto, por consiguiente, el no acudir a consultar hace que se dificulte enormemente el diagnóstico, imposibilitando asimismo su tratamiento.

Sin embargo, ante un paciente que consulta, o frente a la sospecha de un posible caso, es necesario realizar el procedimiento diagnóstico para la detección de incontinencia urinaria. El cual debe iniciarse con una anamnesis rigurosa y exhaustiva, que ayudará a realizar una presunción diagnóstica bastante acertada. Recopilando información sobre los factores relacionados con la incontinencia urinaria, como son los antecedentes ginecológicos y obstétricos en las mujeres, los antecedentes quirúrgicos, urológicos, sexuales, neurológicos y psiquiátricos. También se ha de interrogar sobre el índice de masa corporal, la edad, la ingesta de líquidos, las patologías asociadas, que nos permitan detectar si existe una enfermedad relacionada que predisponga para la aparición de la incontinencia; y por tratamientos farmacológicos que pueden influir en la eliminación (tabla 3). Esto nos permite averiguar si hay factores desencadenantes o hábitos predisponentes para que aparezca el problema (Robles, 2006; Brenes Bermúdez et al., 2013; España Pons, 2003; Ginés Vega et al., 2013; Vila Coll y Gallardo Guerrero, 2005; Vicente Prados et al., 2002; OPS, 2002; Martínez Saura et al., 2011).

**Tabla 3: Anamnesis para la detección de la IU.**

<b>Antecedentes ginecológicos</b>	Dismenorrea Menopausia Cirugía previa Tratamiento hormonal, etc.
<b>Antecedentes obstétricos</b>	Número de embarazos Partos vaginales, número y características Sufrimiento fetal Cesáreas, etc.
<b>Antecedentes urológicos</b>	Cólico Renal Retención urinaria Hematuria Infección, etc.
<b>Antecedentes sexuales</b>	ETS Dispareunia Disfunciones sexuales, etc.
<b>Antecedentes neurológicos</b>	Lesiones neurológicas Enf. Degenerativas Traumatismos Cirugía, etc.
<b>Antecedentes psiquiátricos</b>	Trastornos mentales y tratamiento farmacológico recibido (antidepresivos tricíclicos)
<b>Antecedentes quirúrgicos</b>	Cirugía abdominal Cirugía pelviana Cirugía correctora de incontinencia Cirugía y manipulaciones urológicas
<b>Patología asociada</b>	Enf. Pulmonar obstructiva crónica Asma bronquial Diabetes Trastornos endocrinos (Diabetes insípida)
<b>Tratamientos farmacológicos</b>	Diuréticos Anticolinérgicos Antidepresivos tricíclicos Bloqueadores alfa Antipsicóticos Hipnóticos-sedantes Narcóticos
<b>IMC</b>	Peso y altura
<b>Edad</b>	-
<b>Ingesta de líquidos</b>	Alcohol Cafeína Teína

Fuente: Adaptado de Vicente Prados et al., 2002.

Otro dato importante, que conviene recoger en la historia clínica, es el número de compresas utilizadas al día por la paciente, que servirá como dato de valoración indirecta

para evaluar la severidad de la incontinencia. Asimismo, se debe realizar el test de la compresa o pad test, que nos permitirá cuantificar las pérdidas de orina. Esta prueba se realiza evaluando el peso compresa utilizada durante 24h, restándole posteriormente su peso en seco. El peso determina el grado de la incontinencia urinaria, establecido según la clasificación de Mouristen (tabla 4) (Vicente Prados et al., 2002; Rioja Toro et al., 2005; Mouristen et al., 1989; Milla España, 2007).

**Tabla 4: Clasificación de Mouristen.**

<b>Continencia</b>	Hasta 5g.
<b>Incontinencia leve</b>	Hasta 40g.
<b>Incontinencia moderada</b>	Hasta 80g.
<b>Incontinencia severa</b>	Hasta 200g.
<b>Incontinencia muy severa</b>	A partir de 200g.

**Fuente: Elaboración propia.**

Las características miccionales pueden evaluarse mediante un diario miccional, en el que se anota, durante 3 a 7 días, el intervalo y número de micciones que se producen al día, el volumen vaciado, la ingesta de líquidos, los episodios de incontinencia y su causa, es decir, esfuerzo o urgencia (Robles, 2006). Esta información sirve para confirmar los síntomas referidos por el/la paciente (una frecuencia normal para una ingesta de 1,5 litros/día no supera 8 micciones diarias) y para identificar la poliuria por una ingesta excesiva de líquidos (España Pons, 2003).

La evaluación, mediante la entrevista, de la gravedad y de las características de la incontinencia orientará posteriormente el examen físico.

Por otro lado, cabe la posibilidad de realizar pequeñas encuestas para detectar la presencia de incontinencia y su tipo, así como, en el caso de padecerla calcular también la afectación en la calidad de vida o la severidad (Ginés Vega, 2013; Vicente Prados et al., 2002; Rioja del Toro et al., 2005).

Existen algunos test validados con valores predictivos a tener en cuenta. Las enfermeras que pretendan intervenir seguramente se preguntarán si deben o no realizar el screening, a quienes y de qué forma. Lo más adecuado sería realizarlos a todas las personas con factores de riesgo, para detectarlo precozmente, porque, como ya hemos mencionado, muy pocas personas consultan sobre la incontinencia urinaria, al ser

considerado un tema tabú, repleto de vergüenzas y falsas creencias de que es un problema común y sin solución (España Pons, 2003; Ginés Vega, 2013)..

Asimismo, se recomienda hacer encuestas autoadministradas para valorar la calidad de vida, que son métodos de medida exactos y reproducibles, estos tests suponen un valor añadido en la evaluación de los pacientes con incontinencia urinaria. La enfermería, puede jugar un papel importante en su implantación y desarrollo tanto en la evaluación inicial como en el seguimiento y en los resultados de los tratamiento (Guillén del Castillo et al, 2008). La medición del estado de salud o de la percepción de la calidad de vida es una novedosa tecnología comunicativa, que toma en cuenta el punto de vista del paciente en el proceso terapéutico (Boletín epidemiológico de Murcia, 2004).

Realizada ya la anamnesis, según los factores hallados, debemos derivar al médico para que haga un examen más completo, sobre todo en casos más severos, cuando el tratamiento conservador no sea suficiente, para que prescriba una terapia farmacológica coadyuvante, o para que valore la necesidad de tratamiento quirúrgico (Morilla Herrera, 2007; Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria, 2003).

Continuando con el diagnóstico, será necesario realizar una valoración más objetiva, que incluya una exploración física, con el fin de descubrir alteraciones anatómicas. La exploración debe contener un examen general, valoración antropométrica, exploración abdominal focalizada a nivel del hipogastrio, valoración neurológica de la sensibilidad perianal y de los reflejos lumbosacros y una prueba de esfuerzo, que demuestra las pérdidas de orina haciendo toser al paciente y observando si aparece un escape, la prueba ha de realizarse en decúbito, y si no aparece una pérdida, debe repetirse en bipedestación. Para cuantificar el grado de severidad, disponemos de la clasificación de Obrink, que valora la intensidad del esfuerzo con el que se produce la pérdida, dividiéndola en tres grados (tabla 5). Además, en las mujeres se ha de incluir una exploración ginecológica, que examine la presencia de cistoceles, rectoceles, descensos de paredes vaginales, prolapsos uterinos, etc. (Ginés Vega et al., 2013; Robles, 2006; Rioja del Toro et al., 2005; Brenes Bermúdez et al., 2013).

**Tabla 5: Clasificación de Obrink.**

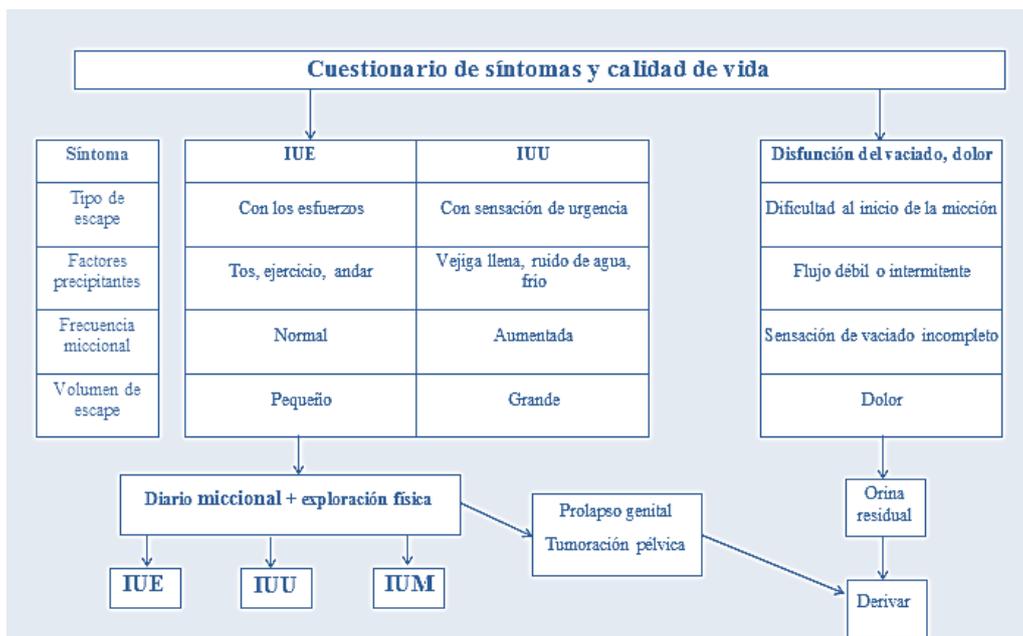
<b>Grado I</b>	Incontinencia a esfuerzos severos
<b>Grado II</b>	Incontinencia a esfuerzos moderados
<b>Grado III</b>	Incontinencia a esfuerzos mínimos

**Fuente: Rioja del Toro et al., 2005.**

Puede que sea preciso realizar otras pruebas complementarias para ayudar al diagnóstico. Estas pruebas pueden incluir: un urocultivo, que descarte la infección de orina o hematuria; un análisis de sangre, para rechazar diferentes causas de poliuria y la infección urinaria, que incluya glucemia, función renal e iones; una resonancia magnética, para estudiar el estado anatómico y funcional del suelo pélvico, así como desechar la posibilidad de tumores y de patología prostática; un estudio ecográfico vía transperineal o transrectal, cuyo objetivo es valorar la presencia de un descenso del cuello vesical y de la uretra proximal, característico en la incontinencia urinaria de esfuerzo debida a hipermotilidad uretral, así como, también sirve para valorar la presencia de un cistocele; evaluación del residuo postmiccional, realizado mediante un sondaje uretral tras la micción, con la finalidad de evaluar el estado funcional vesicouretral; y un estudio urodinámico realizado mediante uroflujometría y/o cistomanometría. La uroflujometría es una técnica no invasiva, que mide el volumen de orina emitido desde la vejiga por unidad de tiempo, para realizar la prueba la vejiga debe contener un volumen mínimo de 150 mililitros. Los resultados se expresan en mililitros por segundo. Su finalidad es mostrar la cinética de la acción contráctil del detrusor frente a la resistencia que genera la uretra. Por otro lado, la cistomanometría permite evaluar la presión vesical durante la fase de llenado de manera objetiva, valorando la acomodación vesical cuando cambia el volumen al llenarse la vejiga, el control del músculo detrusor, la sensación o deseo de micción, la función del cierre uretral y la capacidad de llenado (Robles, 2006; Rebollo Álvarez y España Pons, 2003; Vicente Prados et al., 2002; Ureta Sánchez y Dehesa Dávila, 2003; Plata Salazar y Torres Castellanos, 2014; Jiménez Cidre et al., 2006).

A continuación, a modo de síntesis, se presenta en la figura 2, el algoritmo para el correcto diagnóstico de la incontinencia urinaria, que nos señala el camino que debemos seguir para la detección de esta problemática.

Figura 2: Algoritmo diagnóstico de la IU.



Fuente: Adaptado de España Pons, 2003.

## 2.5 Tratamiento médico y plan de cuidados

Como ya se ha señalado anteriormente, la incontinencia urinaria es un problema muy prevalente, pero son pocas las personas que buscan solución, lo que demuestra que se precisan campañas de sensibilización. La educación sanitaria es de vital importancia para que conozcan su problema y puedan pedir la ayuda adecuada, ya que así se diagnosticarán los casos un estadio inicial, más leve, y por tanto presentarán una mejor respuesta a tratamientos conservadores. Es nuestra responsabilidad promover campañas de información entre la población, con el propósito de comunicarles la necesidad de reconocer su problema y concienciarles de que éste tiene solución. Aún más, la detección de formas leves e incluso la prevención puede tener resultados asombrosos, ahorrando dinero e intervenciones quirúrgicas (Congregado Ruiz et al, 1999; Cervera Deval et al., 2004).

Por tanto, la prevención es piedra angular de este problema, que evitaría en el futuro el desarrollo de la incontinencia urinaria, con su consecuente gasto económico y alteración de la calidad de vida. Por ello, hay que incidir introduciendo el problema y educando para la salud en los siguientes estratos de población:

- Adolescentes y mujeres en edad adulta: con charlas informativas en escuelas, asociaciones rurales, etc.
- Mujeres deportistas: exponiendo los ejercicios que producen un aumento de la presión intraabdominal y los que refuerzan el suelo pélvico.
- Embarazo y postparto
- Preintervención y postintervención quirúrgica: como en el caso de las histerectomías, cirugías de vejiga, colón, postactectomías, etc.
- Climaterio y menopausia.
- Hombres de mediana edad.
- Hombres con problemas prostáticos.

En todos los casos, se deben eliminar factores cotidianos que pueden provocar la debilidad del suelo pélvico como: retener la orina durante mucho tiempo, vestir con prendas muy ajustadas que compriman la zona, ganar mucho peso rápidamente, realizar ejercicios de fortalecimiento, seguir una dieta equilibrada rica en fibras que evite el estreñimiento y en las mujeres durante el puerperio hacer ejercicios de recuperación del suelo pélvico (Quintanilla Sanz, 2008; Álvaro Sánchez et al, 2007).

Sin embargo, cuando la prevención del problema no es posible, la única solución posible es el tratamiento, que evitará el empeoramiento y mejorará o curará por completo la incontinencia.

La Organización Mundial de Salud (OMS) considera el tratamiento conservador como de primera elección en los casos de incontinencia leve y moderada. Este tratamiento agrupa diversos procedimientos. Por otro lado, su aplicación también puede ser previa y/o simultánea a otras medidas (Carneiro et al., 2010).

Dentro de este tipo de tratamiento conservador encontramos:

- **Modificación del entorno:**

Tiene como objetivo modificar las barreras físicas domésticas para facilitar el acceso al cuarto de baño. Estas medidas son importantes en los casos de incontinencia

urinaria de urgencia o mixta. Y son de especial importancia en las personas con una movilidad reducida, como los ancianos (Robles, 2006).

- **Medidas higiénico dietéticas:**

En las personas con sobrepeso, es necesario disminuirlo para evitar la sobrecarga del suelo pelviano. También, se debe abandonar el hábito tabáquico, controlar la ingesta de líquidos, siendo más abundante durante la mañana y reduciéndolo paulatinamente conforme avanza el día. Es conveniente reducir o eliminar de la dieta los irritantes de la vejiga, como la cafeína, la teína y el alcohol, que pueden provocar episodios de incontinencia de urgencia y disminuir el estreñimiento (Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria, 2003; Puente Sánchez y Valles Ugarte, 2001; Ruiz Cabello, 2000).

- **Medidas paliativas:**

El uso de absorbentes para controlar las consecuencias que provoca la incontinencia. Esta medida minimiza las repercusiones del problema, como las posibles manchas en la ropa causadas por los escapes, y proporcionan seguridad. Hay indicios de mayor efectividad en los absorbentes que contienen polímeros súper absorbentes (Robles, 2006; Morilla Herrera, 2007). Sin embargo el ONI no recomienda el uso de absorbentes menstruales para la incontinencia urinaria, puesto que las pérdidas de orina, en comparación con las de la menstruación, se producen con un volumen mayor y de manera más rápida. (Igual Camacho y Valverde Gil, 2003).

Los hombres también pueden disponer de unos dispositivos de colección externa. Estos colectores son autoadhesivos y van unidos a una bolsa de recogida de orina. Al emplearlos es preciso usar el tamaño adecuado, quedando un espacio entre el extremos distal del pene y el tubo de drenaje del colector, con el fin de evitar la presión en el glande. Tras colocarlo, se ha de comprobar el estado del pene a los 30 minutos y hay que cambiarlo cada 24 horas (Puente Sánchez y Valles Ugarte, 2001; Domínguez Rodríguez, 2009; Gómez Lanza et al., 2009).

Por otro lado, estas medidas presentan unas desventajas, ya que aumentan notablemente el riesgo de contraer infecciones urinarias y favorecen la aparición de alteraciones en integridad de la piel (Saucedo Figueredo, 2008).

- **Técnicas de modificación conductual:**

Está especialmente indicada en la incontinencia de urgencia, pero también da buenos resultados en la incontinencia de esfuerzo. (Igual Camacho et Valverde Gil, 2003).

Se corresponden con las acciones destinadas a restablecer un patrón normal de vaciamiento vesical. Se basan en la ejecución de micciones programadas, que van aumentando progresivamente el intervalo de tiempo entre micciones. La finalidad de ésta técnica es anticiparse al escape de orina. El diario miccional permite objetivar los resultados logrados. Esta medida es de mayor utilidad en la incontinencia de urgencia, disminuye la frecuencia de los escapes y la severidad. Aunque además esta técnica puede usarse en adultos y ancianos con incontinencia de esfuerzo, incontinencia mixta e incontinencia funcional (Robles, 2006; Sánchez Chapado et al., 2000).

- **Rehabilitación muscular del suelo pélvico:**

Dentro de esta categoría se encuentran diferentes opciones de tratamiento, sin ser ninguna excluyente de la otra:

- Ejercicios de kegel

Se consideran el primer método de elección para la incontinencia leve o moderada. Es el método más empleado en la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero se ha demostrado que también es eficaz en la incontinencia de urgencia y en la mixta (Martín Sánchez et al. 2008; Morilla Herrera et al., 2007).

El procedimiento consiste en realizar contracciones voluntarias de los músculos del suelo pélvico. No deben de contraerse los abdominales, glúteos y muslos, ya que puede añadir presión a los músculos que controlan la vejiga. Algunas personas suelen contraer el tórax y aguantar la respiración mientras los realizan y pueden notar dolor de espalda, estos síntomas manifiestan que se están realizando los ejercicios de manera incorrecta. Hay que tratar de contraer únicamente el suelo pélvico (Martínez Saura et al, 2001).

Para realizarlos se tiene que vaciar la vejiga, a continuación hay que contraer los músculos del suelo pélvico mientras se cuenta hasta tres y se relaja, luego se contrae y re

relaja lo más rápido posible. Los ejercicios se pueden realizar en tres posiciones: acostado, sentado y de pie. Y se han de hacer durante 10 minutos y tres veces al día. También se puede realizar una sola contracción, cuando se prevea que va a haber una pérdida, como al estornudar. La mejoría de debe empezar a notar en unas 4 a 6 semanas, otras personas, sin embargo pueden llegar a necesitar hasta 3 meses para notar la mejoría. Álvaro Sánchez, 2007 afirma que cuanto más se realizan los ejercicios mejor eficacia se consigue.

En las mujeres, para comprobar que se están efectuando correctamente se pueden introducir uno o dos dedos dentro de la vagina y contraer, si es correcto se debe notar que se estrecha la vagina (Martínez Saura et al, 2001).

- Conos vaginales

Es una técnica para uso exclusivo en mujeres. Este procedimiento requiere unos conos de diferentes pesos que se colocan dentro de la vagina. Fueron concebidos para eliminar la dificultad que presentaban algunas mujeres con los ejercicios de kegel y la falta de un medio para evaluar los progresos. Como ventaja, esta técnica necesita menos dedicación que los ejercicios y es más efectiva en un plazo menor de tiempo. Se suele notar la mejoría en 2 o 3 semanas y el tratamiento completo suele durar de 2 a 3 meses. Además, asegura que la contracción de los músculos pélvicos se está realizando correctamente. Consiste en introducir los conos en la vagina, que se pueden usar tanto de pie como caminando, lo que permite continuar con las actividades de la vida diaria. El cono introducido, tiende a caer por su propio peso generando un suave reflejo de contracción para retenerlo. Los conos de van aumentando de peso gradualmente. Cuando se comienzan a usar o se cambia a un cono superior hay que hacer una contracción voluntaria, pero en unos días se convierte en un reflejo (Álvaro Sánchez et al, 2007).

Se debe evacuar la orina antes de usar el cono, y retirarlo, si durante su uso se sienten ganas de orinar. No es necesario esterilizar los conos, es suficiente lavarlos con agua y jabón (Martínez Saura et al, 2001).

- Terapia de retroalimentación o Biofeedback

Se trata de un método de aprendizaje instrumental, que registra la actividad contráctil del suelo pélvico por medio de electrodos situados en la cavidad vaginal o anal.

La actividad recogida se transforma en una señal acústica y visual que cambia de intensidad según las propias variaciones del sistema biológico analizado y su finalidad consiste en que la paciente aprenda cómo fortalecer más eficazmente los músculos pélvicos (Milla España, 2007).

Para realizar la técnica, primero se lubrica el dispositivo donde va metido el electrodo y se introduce en la cavidad vaginal o anal, a continuación se pide al paciente que contraiga los músculos del suelo pélvico, y por último, se evalúa la actividad eléctrica que se genera, la cual corresponde a la intensidad de la contracción realizada (Lorenzo Gómez et al, 2008).

El biofeedback es muy beneficioso para las personas que tienen dificultades en aislar la contracción de la musculatura pélvica. Tratando de enseñar a modificar la respuesta biológica que media en el control vesical. Así mismo, proporciona un mecanismo por el que puede aprenderse a aumentar la fuerza de contracción de la musculatura pélvica (Rioja Toro et al, 2005; Morilla Herrera, 2007; Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria, 2003).

- Electroestimulación

Esta práctica goza de una gran aceptación en Europa y EEUU. Funciona al igual la anterior terapia, pero los electrodos también generan impulsos eléctricos. Al estimular eléctricamente los músculos pélvicos se produce una contracción pasiva, que induce al aumento del tono muscular sin tener que realizar el paciente esfuerzo alguno. Mediante esta técnica también se intenta mejorar el músculo parcialmente denervado (por ejemplo, en las mujeres, a causa de la ruptura de nervios en el parto, o en los hombres, tras la agresión que sufre el suelo pélvico con la operación de próstata) estimulando los axones que tienen sanos (Grupo de estudio del suelo pelviano en la mujer S.E.G.O, 2002).

Se trabaja con frecuencias de 35 a 50 Hz en la incontinencia de esfuerzo y de 10 Hz en la incontinencia de urgencia. Ajustándose ambas siempre a la intensidad máxima tolerable (Milla España, 2007).

Cabe reseñar que este tratamiento es indoloro, no causa efectos secundarios ni complicaciones y es muy fácil de realizar. Está especialmente indicada para personas que no son capaces de realizar una contracción activa. (Álvaro Sánchez et al., 2007).

Tras lograr restablecer el tono muscular del suelo pélvico y con la finalidad de que se mantenga, Álvaro Sánchez, 2006 recomienda realizar una evaluación periódica cada seis meses. Si se observa cierta pérdida de tono se debe realizar un poco de recuperación y proteger los músculos pélvicos adquiriendo el hábito de contraerlos cuando se vaya a realizar un esfuerzo que aumente la presión intraabdominal, también es conveniente realizar contracciones y relajaciones de los músculos en todas las posiciones posibles de vez en cuando y por último no olvidar que hay que evitar los hábitos cotidianos que perjudican la musculatura como retener mucho tiempo la orina, empujar con fuerza para vaciar la vejiga, etc.

Finalmente, se hace necesario señalar que las medidas de tratamiento conservador que acabamos de exponer han sido poco investigadas en hombres. Por tanto, tal y como afirman Schröder et al. (2010), al no disponer de datos suficientes, la mayoría de las recomendaciones de este tratamiento para los varones están basadas en hipótesis. Requiriéndose de una mayor investigación.

○ Métodos oclusivos externos:

Están diseñados para la incontinencia urinaria masculina. Consiste en la colocación de dispositivos mecánicos en el pene, con la finalidad de sustituir al esfínter debilitado. Funcionan comprimiendo la uretra penéana, y por tanto, deben retirarse durante la micción. Encontramos los siguientes tipos:

- Pinza de Cunningham: Son unas pinzas metálicas con un recubrimiento de goma en la parte que está en contacto con el pene. Este dispositivo presenta como principal inconveniente que es muy traumático, pudiendo causar necrosis en el pene.
- Dispositivo Oris: Es menos traumático que el anterior, puesto que está hecho con materiales semirrígidos, ajustándose con velcro al pene. Es un dispositivo muy sencillo de usar y ha de cambiarse a los 7 días.
- Pinza de Baumrucker: Consiste en una pinza fabricada con material plástico.
- Dispositivo de Penoring: Este elemento genera la presión mediante un globo que puede ser regulado por el paciente; sin embargo, ha quedado ya obsoleto.

- Dispositivo Tri-med: Es similar al Oris, pero está fabricado con un material más rígido. También ha de desecharse, usándose durante un periodo máximo de 15 días (Gómez Lanza et al., 2009).

- **Tratamiento farmacológico:**

Es la principal elección en la incontinencia urinaria de urgencia. El tratamiento tiene como objetivo inhibir las contracciones involuntarias del detrusor. Como ya se ha visto, la contracción, tanto voluntaria como involuntaria, tiene lugar cuando se estimulan los receptores muscarínicos mediados por la Acetilcolina, este neurotransmisor es liberado por las terminaciones nerviosas parasimpáticas. Existen cinco receptores colinérgicos, de M1 a M5, pero en la vejiga sólo se hallan M2 y M3.

Los fármacos más empleados y los más amparados por la investigación son los antimuscarínicos, que actúan sobre los receptores anteriormente mencionados. Sobre la vejiga actúan disminuyendo la presión intravesical, la frecuencia de las contracciones y aumentando la capacidad de la vejiga (Martínez Saura et al., 2001).

Este tratamiento elimina la incontinencia entre un 20 - 30% de los casos y consigue una mejoría en el 50% - 60%. Por otro lado, actúa sobre todos los receptores muscarínicos, de M1 a M5, por lo que no presenta selectividad sobre los receptores muscarínicos vesicales. Esta es la causa por la que aparecen los numerosos efectos secundarios, que se presentan en otras partes del cuerpo. Los efectos secundarios más frecuentes incluyen: sequedad de boca y mucosas en general (como boca y ojos secos), visión borrosa, estreñimiento, reflujo esofágico, mareo, palpitaciones e intolerancia al calor (Puente Sánchez y Valles Ugarte, 2001). De la alta incidencia de efectos adversos deriva la elevada tasa de abandono del tratamiento, por este motivo se están desarrollando fármacos más selectivos como la Darifenacina y Solifenacina: el primero es un antagonista selectivo del receptor muscarínico M3 y el segundo es un antimuscarínico de acción prolongada con cierta selectividad para los receptores M3.

Entre los fármacos antimuscarínicos se encuentran:

- Oxibutinina: ha sido la más usada hasta la actualidad. Su actividad es principalmente anticolinérgica pero además posee actividad relajante del músculo liso y es anestésica local.
- Tolterodina: es un nuevo antagonista competitivo del receptor muscarínico. Es menos potente en los receptores muscarínicos de la glándula parótida, pero igual de eficaz en los receptores vesicales, por ello, tiene una excelente tolerancia.
- Trospio: es un inhibidor de la contracción del detrusor más potente que la oxibutinina o tolterodina. Causa mínimos efectos adversos siendo el más frecuente la sequedad de boca aunque de carácter leve.
- Propantelina: tiene una absorción variable y baja en el tracto gastrointestinal. Ha de tomarse en ayunas.
- Antidepresivos tricíclicos: estos fármacos tienen la capacidad de facilitar el llenado vesical por inhibición de las contracciones vesicales. El más empleado es la imipramina, que puede ser usado junto con otros antimuscarínicos, puesto que disminuye la inestabilidad por efecto directo y por efecto no anticolinérgico. Estos fármacos tienen la capacidad de facilitar el llenado vesical por inhibición de las contracciones vesicales (Sánchez Chapado et al., 2000; Martínez Saura et al., 2001).

La oxibutinina, el cloruro de trospio y la tolterodina son fármacos disponibles en nuestro medio y que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la incontinencia de urgencia en ensayos clínicos con placebo (Espuña Pons, 2003).

En la incontinencia urinaria de esfuerzo el tratamiento farmacológico no es de elección, pero en algunos casos como rechazo, contraindicaciones, fracaso de la cirugía y en diagnósticos dudosos, puede ser una alternativa.

Para la función del tracto urinario inferior entran en juego tres sistemas: el sistema simpático, parasimpático y somático. Estos sistemas están asociados de sinapsis serotoninérgicas y noradrenérgicas.

El tratamiento más utilizado son los estrógenos que facilitan la estimulación adrenérgica con la consecuente contracción del músculo liso uretral.

Los agonistas serotoninérgicos inhiben la actividad parasimpática y aumenta la actividad simpática y somática del tracto urinario inferior. Esto promueve el almacenamiento de orina relajando la vejiga y aumenta la resistencia a la salida. Actualmente se están realizando estudios con duloxetine. Este compuesto es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina en la sinapsis neuronal, incrementando su concentración y favoreciendo la estimulación post sináptica. Este fármaco presenta como efecto adverso más frecuente náuseas, las cuales son de intensidad leve a moderada, transitorias y no progresivas. Sin embargo, no presenta los efectos anticolinérgicos o cardiovasculares que aparecen con los tricíclicos (Vela Navarrete, 2004; Robles, 2007; García et al, 2004).

- **Cirugía:**

Por lo general está indicada en pacientes con incontinencia urinaria de esfuerzo, para aquellos pacientes en los que ha fracasado el tratamiento conservador o cuando el grado de la incontinencia es de moderada a severa.

Se han realizado más de 150 técnicas quirúrgicas, pero, posiblemente, si hay tantas se debe a que no han sido tan efectivas como se esperaba. Hasta el momento se basaban en reconstruir a estructura muscular con los propios tejidos dañados.

Actualmente las técnicas más realizadas son los cabestrillos, con mallas suburetrales libres de tensión, los inyectables uretrales, la colosuspensión de Bruch y el esfínter urinario artificial.

- Esfínter urinario artificial, es la cirugía más desarrollada en IU post prostatectomía, que consiste en la colocación de un esfínter urinario artificial. En mujeres se emplea muy poco pero es altamente eficaz en los casos seleccionados (Martínez-Gallardo-Prieto et al., 2007). A los dos meses tras su colocación se activa el esfínter y se enseña al paciente a manejarlo. Está indicado en pacientes con un grado de incontinencia severo. Se pueden presentar una serie de complicaciones como infección, erosión y atrofia uretral. (Rodríguez Escobar y Arañó Bertran, 2009).
- La colosuspensión de Burch estabiliza la uretra estirando los tejidos de la proximidad del cuello vesical y la uretra proximal hacia la cavidad

pélvica detrás de la sínfisis púbica. Se realiza con abordajes vaginales y abdominales por medio de laparoscopia (Echeandía Valencia et al., 2007).

- Inyectables uretrales, son el procedimiento menos invasivo. La técnica se realiza bajo anestesia local, introduciendo la sustancia, con ayuda del endoscopio por vía transuretral o transvaginal e inyectándola en el tejido periuretral y alrededor del cuello vesical (Robles, 2007; Rodríguez Faba et al., 2005).
- Técnica de Marshall, es una variante de la de Burch, consistente en fijar los puntos al periostio, para levantar y fijar la uretra en retropubis (Echeandía Valencia et al., 2007).
- La malla suburetral libre de tensión o TVT, por sus siglas en inglés (Tension free Vaginal Tape), consiste en insertar vía vaginal una cinta de polipropileno y colocarla alrededor de la uretra distal, dejándola sin tensión bajo la uretra para que cuando aumente la presión abdominal y desplace la uretra hacia abajo choque contra la malla. La operación puede realizarse con anestesia local y dura unos 30 minutos. La complicación intraoperatoria más común que aparece es la perforación vesical (Echeandía Valencia et al., 2007).

La técnica de Burch se ha considerado hasta el momento la mejor opción, pero actualmente está siendo sustituida por las técnicas de malla suburetral sin tensión (TVT). Si comparamos los casos de curación a largo plazo en ambos procedimientos, los resultados son muy similares, encontrándose unas tasas de restablecimiento de entre un 70 a un 80 %. Sin embargo las mallas suburetrales destacan por las siguientes ventajas:

- Reducción muy importante del tiempo quirúrgico.
- Disminución del riesgo quirúrgico.
- Mayor comodidad para la paciente.
- Disminución de la estancia hospitalaria.
- Menor gasto sanitario (Echeandía Valencia et al., 2007; Quicios Dorado et al., 2005).

Sin embargo, en referencia a la cirugía, Martínez-Sagarra Oceja y Rodríguez-Toves (2010) señalan que el 33% de las intervenciones quirúrgicas por disfunciones del

suelo pélvico son reintervenciones debidas a malos resultados en procedimientos quirúrgicos previos.

Por otra parte, la enfermería puede facilitar la resolución del problema con una elevada efectividad, desde un abordaje integral y un plan personalizado.

De hecho, en atención primaria, se ha comprobado que con un protocolo de fisioterapia para reforzar el suelo pélvico, realizado por enfermeras/os, se han experimentado mejorías en el 65% de los incontinentes en una población rural de Granada, e incluso, se ha logrado alcanzar una mejoría del 93% en una población urbana de Barcelona (Maña González y Mesas Sáez, 2002).

Por ello, sería conveniente aumentar la responsabilidad de la enfermería en estos casos (O'Brien, 1991), así los médicos notarían una disminución en la presión asistencial, que llevaría al aumento de la eficiencia en el sistema sanitario. Con la consecuente disminución del coste, al ser un procedimiento barato que reduce los gastos de tratamientos farmacológicos y quirúrgicos (Maña González y Mesas Sáez, 2002).

De igual manera, hay que destacar que la profesión de enfermería cuenta con una serie de intervenciones (NIC) para lograr la consecución de objetivos o resultados (NOC), los cuales están enfocados para actuar en base a los diagnósticos enfermeros de la taxonomía NANDA (2010), conformando de este modo planes de cuidados.

En este caso nos centraremos en desarrollar los objetivos e intervenciones relativos a los diagnósticos de los tipos más frecuentes de incontinencia urinaria. Sin embargo, hay que señalar que los planes de cuidados deben ser adaptados a los requerimientos y necesidades de cada persona, individualizándolos.

En primer lugar se expone el diagnóstico de **incontinencia urinaria de esfuerzo**. El empleo de esta etiqueta está indicado cuando se pueda incidir en los hábitos y conductas de la persona para minimizar o eliminar la incontinencia. (Luis Rodrigo, 2008). A continuación, se presentan los resultados indicados en este diagnóstico, junto con las intervenciones que se deben realizar para alcanzarlos.

- Continencia urinaria. Este resultado se refiere al control de la eliminación de orina de la vejiga.

Para este objetivo se deben realizar principalmente cuidados de la incontinencia urinaria y ejercicios del suelo pélvico. Asimismo, se sugiere la biorretroalimentación, el entrenamiento del hábito urinario el manejo de la eliminación urinaria, el manejo de la medicación, manejo del pesario (en mujeres con prolapsos) y el manejo del peso. Opcionalmente se puede ayudar con los autocuidados en el aseo, con los cuidados en el postparto, manejo ambiental y monitorización respiratoria.

- Eliminación urinaria. Hace referencia a lograr la recogida y descarga de la orina.

Se debe intervenir principalmente en el manejo de la eliminación urinaria. Secundariamente se sugiere administrar medicación, realizar los cuidados de la incontinencia urinaria, ejercicios de suelo pélvico, enseñar individualmente, enseñar los medicamentos prescritos y entrenar el del hábito urinario. Como intervención opcional estaría la ayuda con los autocuidados en el aseo.

- Integridad tisular de piel y membranas mucosas. Definido como alcance la indemnidad estructural y la función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.

Como intervenciones principales se deben realizar cuidados de la incontinencia urinaria y perineales. Secundariamente se sugiere ayudar con el autocuidado durante el aseo. Por último como intervenciones opcionales se presenta el baño (Johnson et al., 2007-2012; Contreras Fernández et al., 2000).

Por otro lado, encontramos el diagnóstico enfermero de **incontinencia urinaria de urgencia**. Se sugiere emplear este diagnóstico cuando las conductas de la persona provoquen, agraven o favorezcan la persistencia de la incontinencia (Luis Rodrigo, 2008). Para este diagnóstico se proponen los siguientes resultados e intervenciones:

- Continencia urinaria.

Para lograr este resultado se proponen dos intervenciones principales, cuidados de la incontinencia urinaria y entrenamiento del hábito urinario. En segundo lugar se sugiere realizar biorretroalimentación, manejo ambiental, manejo de la eliminación urinaria, manejo de la medicación,

manejo de líquidos y monitorización de líquidos. En último lugar encontramos otras intervenciones a realizar de manera opcional, entre las que se encuentra la administración de medicación, ayuda con el autocuidado en el aseo, ejercicios de suelo pélvico, enseñar los medicamentos prescritos, así como, los procedimientos y el tratamiento, y prescribir en caso necesario sondaje intermitente

- Eliminación urinaria.

En este resultado se propone principalmente el entrenamiento del hábito urinario y el manejo de la eliminación. Asimismo se sugieren realizar cuidados de la incontinencia, administrar la medicación y ayudar con el autocuidado en el aseo. Opcionalmente se puede realizar ejercicio del suelo pélvico y manejo de líquidos.

- Integridad tisular de piel y membranas mucosas.

En este caso se realizarían las mismas intervenciones que se han expuesto para el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo.

- Autocuidado: uso del inodoro. Este resultado tiene como fin la capacidad para utilizar el inodoro.

En este caso se plantea principalmente ayuda con los autocuidados durante el aseo. Por otro lado se sugieren cuidados de la incontinencia urinaria, cuidados perineales, evacuación inmediata, manejo ambiental para la seguridad, manejo y monitorización de los líquidos (Johnson et al., 2007-2012).

El diagnóstico de **incontinencia urinaria funcional** se reserva para cuando se puedan modificar los hábitos de la persona o los factores externos que provocan los episodios de emisión involuntaria de orina o que favorecen su persistencia (Luis Rodrigo, 2008). En este caso encontramos los siguientes resultados e intervenciones:

- Eliminación urinaria.

De manera primordial se debe intervenir con el manejo ambiental y en los autocuidados del aseo. Como intervenciones sugeridas se puede actuar ayudando con cuidados de la incontinencia urinaria y cuidados perineales, entrenando el hábito urinario y con evacuación inmediata. Por otro lado, opcionalmente se puede realizar manejo de líquidos.

- Continencia urinaria.  
Principalmente se debe entrenar el hábito urinario y realizar una evacuación inmediata. Están sugeridos los cuidados de la incontinencia, la ayuda con los autocuidados en el aseo, el manejo ambiental y el manejo de la eliminación urinaria. Se proponen como intervenciones opcionales el fomento del ejercicio, potenciar la conciencia en sí mismo y vestir.
- Integridad tisular de piel y membranas mucosas.  
Principalmente se debe intervenir mediante cuidados de la incontinencia urinaria y cuidados perineales. Es conveniente ayudar con los autocuidados en el aseo y el baño. Opcionalmente se puede intervenir mediante cuidados en la enuresis.
- Autocuidados: uso del inodoro.  
Como intervenciones principales encontramos la ayuda con los autocuidados del aseo y el manejo ambiental. Mientras que se sugieren cuidados de la incontinencia urinaria, perineales, evacuación inmediata, manejo ambiental de la seguridad, ejercicios de suelo pélvico y manejo de los líquidos ingeridos (Johnson et al., 2007-2012; Contreras Fernández et al., 2000).

El diagnóstico de **incontinencia urinaria refleja** alude a una situación en que la persona sufre pérdida involuntaria de orina asociada a una sobredistensión de la vejiga, en se pueden establecer los siguientes objetivos y con las intervenciones para alcanzarlos:

- Continencia urinaria.  
Principalmente se propone como intervención el sondaje vesical intermitente. Así como se sugiere realizar los cuidados del catéter, cuidados de la incontinencia y de retención urinaria, junto con la enseñanza del procedimiento y del tratamiento. También se debe manejar y monitorizar los líquidos.
- Integridad tisular de piel y membranas mucosas.  
En primer lugar se deben realizar cuidados de la incontinencia urinaria, y secundariamente, se recomienda realizar los de cuidados perineales y

ayudar con los autocuidados del baño y de la higiene (Johnson et al., 2007-2012).

En el diagnóstico de **incontinencia urinaria por rebosamiento**:

- Continencia urinaria.

Para conseguir este objetivo se deberá proceder mediante cuidados de la retención urinaria y sondaje vesical intermitente. Opcionalmente se sugiere realizar cuidados de la incontinencia urinaria, manejo de la eliminación urinaria, de los líquidos, de la medicación y del pesario.

- Respuesta a la medicación

Se deberá proceder principalmente mediante la enseñanza de los medicamentos prescritos. Por otro lado, también se sugiere vigilar y administrar y controlar la medicación (Johnson et al., 2007- 2012).

Por último, se presentan para el diagnóstico de **riesgo de incontinencia urinaria de urgencia**:

- Continencia urinaria.

Para ello se deberá entrenar la vejiga urinaria y el hábito urinario. También se sugiere administrar medicación, ayudar con los autocuidados del aseo, biorretroalimentación, ejercicios de suelo pélvico, manejo de la eliminación urinaria, manejo de la medicación y de los líquidos, monitorización de líquidos, análisis de la situación sanitaria, evacuación inmediata, fomentar el ejercicio, manejo ambiental, manejo del peso, manejo del pesario y modificación de la conducta.

- Eliminación urinaria.

Se intervendrá manejando la eliminación urinaria. Además de sugiere administrar medicación, ayudar con los autocuidados del aseo, manejar los líquidos, monitorizar los líquidos, sondaje vesical, realizar ejercicios de suelo pélvico y entrenamiento de la vejiga y del hábito urinario.

A continuación, en la tabla 6, se establece la relación entre los planes de cuidados de enfermería con los tratamientos médicos de elección para los tipos de IU más prevalentes. Se hace preciso indicar que ambos pueden ser realizados conjuntamente, con el fin de proporcionar el mayor grado posible de mejoría.

**Tabla 6: Correspondencias entre la clínica médica y los diagnósticos NANDA. Tratamientos de elección y planes de cuidados.**

NANDA	PLANES DE CUIDADOS	CLÍNICA MÉDICA	TRATAMIENTOS DE ELECCIÓN
<b>IU de Esfuerzo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejercicios de Kegel</li> <li>- Conos vaginales</li> <li>- Estimulación eléctrica</li> <li>- Educación</li> <li>- Apoyo</li> </ul>	<b>IU de Estrés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agonistas <math>\alpha</math>-adrenérgicos</li> <li>- Estrógenos vaginales y transdérmicos</li> <li>- Cirugía</li> </ul>
<b>IU de Urgencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absorbentes</li> <li>- Doble vaciamiento</li> <li>- Vaciamiento programado</li> <li>- Educación</li> <li>- Apoyo</li> </ul>	<b>IU de Urgencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tricíclicos</li> <li>- Relajantes fibra lisa</li> <li>- Anticolinérgicos</li> </ul>
<b>IU Refleja</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sondaje intermitente</li> <li>- Absorbentes</li> <li>- Educación</li> <li>- Apoyo</li> </ul>	<b>IU por Rebosamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agonistas <math>\alpha</math>-adrenérgicos</li> </ul>
<b>IU Funcional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absorbentes</li> <li>- Doble vaciamiento</li> <li>- Vaciamiento programado</li> <li>- Educación</li> <li>- Apoyo</li> </ul>	<b>IU Funcional</b>	-

Fuente: Modificación de Álvaro Sánchez, 2007.

Por otro lado, junto a los diagnósticos que acabamos de exponer, se pueden originar otros, como consecuencia de complicaciones ocasionadas por la incontinencia urinaria, entre los que podemos encontrar:

- Riesgo de infección
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- Deterioro de la integridad cutánea
- Ansiedad
- Trastorno de la imagen corporal
- Riesgo de soledad
- Afrontamiento inefectivo
- Baja autoestima situacional
- Alteración de los patrones de sexualidad (NANDA, 2015; Delgado Aguilar et al., 2007; Maña González y Mesas Sáez, 2002).

## 2.6 Concepción de calidad de vida

La idea sobre la calidad de vida está presente desde la Grecia antigua, con los análisis de las condiciones sustantivas del bienestar que analizaba Aristóteles, (Vázquez, 2006 y Schwartzmann, 2003). Sin embargo, este concepto ha venido cobrando importancia en el campo de la salud desde hace relativamente poco. El auge por valorar este criterio comenzó en la década de los 90, manteniéndose hasta la actualidad (Schwartzmann, 2003). Además, en 2002, el Comité Científico Internacional recomendaba incluir, entre las pruebas diagnósticas, la valoración del estado de la calidad de vida (Abrams et al., 2002.), a causa de la repercusión que ésta tiene sobre los individuos.

Por otra parte, en los últimos años, debido a los avances en medicina, se ha producido un aumento de la esperanza de vida, sobreviviendo a enfermedades que antes eran mortales. Sin embargo, esta longevidad no está relacionada con el aumento en la calidad de vida, sino todo lo contrario, se ha producido en consecuencia un incremento de las enfermedades crónicas, generadas por el envejecimiento de la población (OMS, 2004). Lo cual ha derivado en la necesidad de elevar la salud a un nivel bio-psico-social, donde no sólo se trate de combatir la enfermedad, si no que se promueva el bienestar, valorado la percepción subjetiva que tienen las personas sobre su estado de salud (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002).

Por tanto, ya en 1948, la OMS realizaba la siguiente definición en cuanto al concepto de salud: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, siendo pionera en incluir al concepto las variables de bienestar mental y social. Entendiendo, que el estado de ánimo y las relaciones sociales causan una repercusión en la salud (Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa, 2002; Schwartzmann, 2003).

Más tarde, en 1966, dicha entidad se centra propiamente en el significado de calidad de vida, delimitándolo como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes”. Integrando la importancia de la influencia del entorno (Gómez Mengelberg, 2009).

De estas definiciones, hemos extraído los parámetros que evalúan el nivel de bienestar que poseen los hombres y mujeres con incontinencia urinaria. Estos indicadores, que muestran una disminución en la calidad de vida, son: la aparición de limitación social, emocional y/o física.

Como limitación social, se concibe la falta de apoyo social y las disfunciones que aparecen en relaciones personales. Las relaciones personales se encuentran influenciadas por la compañía que disfrutan, con las personas próximas de su entorno. Incluyéndose, el grado en el que las personas piensan que pueden compartir momentos de sus vidas con sus seres queridos y la sensación de amar y ser correspondidos. En el apoyo social se valora como se siente una persona con respecto al compromiso, la aprobación y la disponibilidad de asistencia por parte de su familia y sus amigos, o si podría contar con su apoyo, en el caso de presentar una crisis.

Se consideran limitaciones emocionales a las alteraciones del bienestar mental. Entendiendo este bienestar, como las sensaciones positivas que experimentan las personas, entre las que se encuentran la satisfacción, la felicidad o el disfrute de las cosas buenas de la vida. Englobamos también dentro de esta categoría a la autoestima, es decir, el sentimiento que presentan las personas hacia sí mismas. Así mismo, influye en ello la sensación que tienen sobre su valía y la evaluación de su capacidad para realizar determinadas tareas. Para algunas personas, la autoestima depende en gran medida de cómo funcionan en el trabajo o en el hogar. Cuando se origina una alteración en este

ámbito, se desarrollan sentimientos negativos como abatimiento, culpa, tristeza, desesperación, nerviosismo, ansiedad y falta de placer en la vida.

Las limitaciones físicas son entendidas fundamentalmente como las restricciones en la actividad diaria, es decir, las dificultades para ejecutar acciones o tareas cotidianas. En este ámbito, se exploran las capacidades de las personas para realizar el cuidado del hogar y de sí mismas. Además, se encuentran incluidos en esta esfera los problemas en el sueño y descanso, la incapacidad para realizar un trabajo, refiriéndonos tanto al trabajo remunerado como no al remunerado, y los impedimentos para la participación en actividades recreativas y de ocio. Es preciso añadir, respecto al mal descanso nocturno, que se encuentra en conexión directa con la falta de energía, la cual es necesaria para realizar las tareas de la vida cotidiana. Añadiéndose, a las dificultades que ya se encontraban anteriormente, la fatiga (OMS, General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine, 2000).

## **2.7 Género y Salud**

### **2.7.1 Sexo y Género**

En muchas ocasiones, los conceptos de género y sexo son considerados y empleados como sinónimos. Sin embargo, se refieren a realidades totalmente distintas y no presentan el mismo significado (Sánchez López, 2013; Borrel y Altracoz, 2008). Por esta razón, se hace necesario matizar y definir dichos términos, con la finalidad de producir un acercamiento a este léxico. Dada la relación que presentan estas variables con la epistemología y la intervención enfermera, acaba siendo de obligada importancia sostener un enfoque adecuado, teniendo en cuenta su sentido, y por otro lado, haciéndolo visible, para contribuir a la mejora de la salud.

El *sexo* hace referencia a las características biológicas de los seres humanos, tanto anatómicas como fisiológicas, entre las que se encuentran el sexo cromosómico, gonadal, genital, endocrino y el dimorfismo cerebral, que establecen las diferencias de las especies sexuadas, hembra y macho. Asimismo, se incluyen en este término los aspectos relativos a la procreación y a la sexualidad (Sánchez López, 2013; Castañeda Abascal, 2007; Krieger, 2003).

Por otra parte, el *género* engloba los componentes psicosociales, como los rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos, roles, valores, influencias y relaciones de poder que se construyen culturalmente, y que la sociedad otorga a uno u otro sexo. Se trata de un concepto desarrollado socialmente, que se engendra en los individuos a edades muy tempranas, por medio del aprendizaje, asimilado a través de la familia, los medios de comunicación, la escuela, etc. El género no es un concepto estático como el sexo, sino que se encuentra en continua dinámica, cambiando a través de las acciones que realizan las personas. Además, puede variar entre sociedades. Conjuntamente, este constructo se articula con otros conceptos, los cuales son: la identidad de género, los roles de género y las relaciones de género (Sánchez López, 2013; Basow, 1992; Borrel y Altracoz, 2008; Leal Rodríguez, 2001).

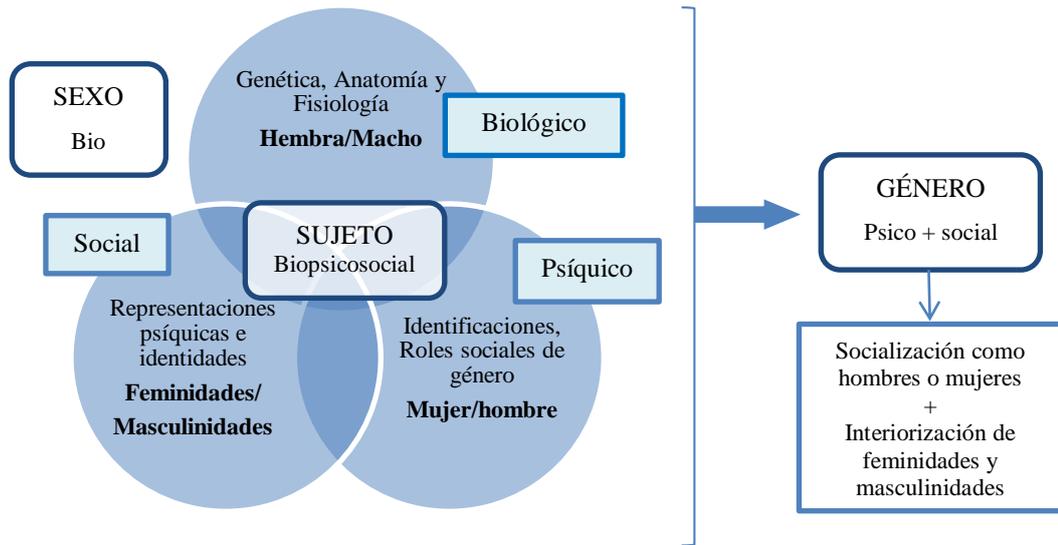
Cada persona se identifica con un género, el masculino o el femenino, esto es lo que conforma su *identidad de género*. Este autoemplazamiento influye en sus sentimientos y comportamientos, es decir, la persona "aprende a ser" un hombre o una mujer. Comportándose según lo estipulado culturalmente (Sánchez López, 2013; García-Leiva, 2005).

Los *roles de género* establecen la manera en la que las personas expresan la identidad de género que han interiorizado. Dicho de otro modo, son los papeles que deben desempeñar en la sociedad, representando unas funciones que se atribuyen y que son asumidas diferencialmente por mujeres y hombres.

Por otro lado, las *relaciones de género* definen como debe comportarse una persona con los demás acorde a su género (Sánchez López, 2013).

A modo de síntesis, podemos concluir diciendo que cuando nos referimos al sexo, aludimos a la esfera biológica. Mientras que cuando hablamos de género, mencionamos la esfera social y psíquica. Por tanto, el género se fundamenta en la socialización como hombre o mujer, es decir los roles, y en las posiciones femeninas o masculinas interiorizadas en la esfera psíquica, como ideales de feminidad y masculinidad (Velasco Arias, 2009).

Figura 3: Relación sexo-género e interacción del sujeto en el sistema biopsicosocial.



Fuente: Velasco, 2009.

### 2.7.2 Roles tradicionales y Estereotipos

Una vez que se ha asumido socialmente la existencia de diferencias según el género, es muy común encontrar en la sociedad estereotipos, sobre como son los hombres y las mujeres. El estereotipo es definido por el DRAE (Diccionario de la lengua española) como una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo. Por tanto, los estereotipos de género determinan como han de ser las personas según la imagen social que se tiene de la feminidad y la masculinidad. (Colás Bravo y Villaciervos Moreno, 2007). Según Sánchez López (2013), este concepto tiende a evocar ideas de prejuicio o discriminación, cuando se usa en sentido negativo, y usado en sentido positivo, es una simplificación de características muy esquemáticas. En resumen, son “atajos mentales”, que se establecen mediante un uso excesivo de generalizaciones e imágenes. Se trata, por tanto, de una construcción subjetiva, lo cual implica que no siempre las ideas estereotipadas van a coincidir con la realidad.

Los atributos que se conceden al sexo femenino y al masculino, según los estereotipos de la cultura occidental actual, se recogen en la tabla 7.

**Tabla 7: Características estereotipadas atribuidas al sexo femenino y masculino en la cultura occidental.**

	Estereotipo femenino	Estereotipo masculino
<b>Atributos o rasgos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasividad</li> <li>- Receptividad</li> <li>- Belleza</li> <li>- Elegancia</li> <li>- Sexy</li> <li>- Pensamiento concreto</li> <li>- Creativa y artística</li> <li>- Destrezas verbales</li> <li>- Sensibilidad</li> <li>- Emotividad</li> <li>- Debilidad</li> <li>- Capacidad de entrega</li> <li>- Abnegación</li> <li>- Dependencia</li> <li>- Intuición</li> <li>- Sumisión</li> <li>- Amabilidad</li> <li>- Ternura</li> <li>- Comprensión</li> <li>- Consciente de los sentimientos de los demás</li> <li>- Incapaz de interesarse por cuestiones universales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activo</li> <li>- Fuerte</li> <li>- Atlético</li> <li>- Vigoroso</li> <li>- Pensamiento abstracto</li> <li>- Destrezas matemático- científicas</li> <li>- Independiente</li> <li>- Autónomo</li> <li>- Capaz</li> <li>- Decidido</li> <li>- Competitivo</li> <li>- Persistente</li> <li>- Seguro</li> <li>- Fortaleza psíquica</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Velasco Arias, 2009; Colás Bravo y Villaciervos Moreno, 2007 y Sánchez López, 2013.

Estos atributos estereotipados, han traído consigo la implantación del modelo de género tradicional, en el que se establecen los roles que deben desempeñar los hombres y mujeres en la sociedad. El modelo también ha marcado unas exigencias o ideales que se espera de las personas, en función de cada sexo. Asimismo, ha determinado el comportamiento que deben tener con los sujetos del mismo y del otro sexo (Velasco Arias, 2009; Colás Bravo y Villaciervos Moreno, 2007). Estos mandatos impuestos socialmente se muestran en la tabla que se presenta a continuación (Tabla 8).

**Tabla 8: Roles, exigencias sociales y relaciones que deben mantener hombres y mujeres según el modelo tradicional de género.**

	Mujer	Hombre
Roles tradicionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ocupaciones domésticas</li> <li>- Fuente de soporte emocional</li> <li>- Preocupación por los niños/as</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proveedor y control económico</li> <li>- Cabeza de familia</li> <li>- Líder</li> <li>- Iniciativa sexual</li> <li>- Deportista</li> </ul>
Exigencias sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Silenciar la propia fortaleza e inteligencia</li> <li>- Silenciar la debilidad masculina</li> <li>- Devolver al hombre su imagen agrandada y potente</li> <li>- Ser cuidadora y maternal</li> <li>- Subordinar a las decisiones del hombre</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajar</li> <li>- Alcanzar una posición social</li> <li>- Mantener y proteger a la familia</li> <li>- Mantener el honor</li> <li>- Ocultar debilidades</li> <li>- Autovalorarse</li> </ul>
Relaciones con el otro sexo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Madre: relación sostenedora, de sacrificio y de entrega desexualizada.</li> <li>- Mujer sexualizada: seducción ocultando el deseo activo.</li> <li>- Niña: relación de subordinación y pasividad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relación con la madre como propiedad exclusiva</li> <li>- Con la mujer sexualizada como objeto y espejo que le devuelve su potencia sexual</li> <li>- Con la niña como superior, con necesidad de demostrarse a través del poder</li> </ul>

Fuente: Adaptado de Velasco Arias, 2009 y Sánchez López, 2013.

Los roles de género tradicionales posicionan a las mujeres y a los hombres conforme a una estructura patriarcal, asignando el espacio público y el trabajo productivo a los hombres, y el doméstico y reproductivo a las mujeres (Velasco Arias, 2009; Cagigas Arriazu, 2000).

Advertimos que el rol tradicional masculino está regido por los signos de potencia y actividad que se atribuyen al hombre, y su propósito ha de ser demostrar y conservar dicha potencia en la sociedad, produciéndose temor a mostrar algún rasgo que pudiera atribuirse como femenino. Por tanto, a consecuencia de las capacidades que le han sido asignadas, se convierte en el idóneo para realizar el rol productivo en el núcleo familiar, que trae consigo el deber de proporcionar el sustento familiar y el de proteger y defender a su mujer, o sea, de ser el cabeza de familia. Por otro lado, estos deberes les otorgan el privilegio de poseer, prohibir y someter a las mujeres, haciendo valer su situación de autoridad y poder (Bonino, 2007).

Por su parte, el rol tradicional femenino se sustenta en la capacidad reproductora que posee la mujer, confiriéndole el rol reproductor en el núcleo familiar. Este rol supone la principal vía de realización para las mujeres, englobando también con su capacidad maternal, el cuidado de los demás. Las facultades de entrega, abnegación, pasividad, sacrificio y la realización a través de la maternidad, las hace encargadas del cuidado de la familia, confinándolas por tanto al ámbito doméstico. Asimismo, deben evitar las manifestaciones de agresividad y rabia (Velasco Arias, 2009; Freixas Farré, 2001; Bosch Fiol y Ferrer Pérez, 2003; Chamizo Vega, 2004).

De acuerdo con lo expuesto, estos atributos interiorizados han conducido a unas posiciones asimétricas, donde se ha producido una jerarquización entre hombres y mujeres, adjudicando mayor valor a los rasgos masculinos. Lo que origina relaciones de inequidad entre ambos sexos, con una clara desventaja para las mujeres, que son discriminadas como consecuencia de su inferioridad en la jerarquía (Blázquez-Rodríguez, 2005; Mora, 2006; Novo, 2003).

Sin embargo, los últimos años, se ha producido un cambio en la sociedad, la cual gira en torno al consumismo. Esta variación ha conducido a trasladar los valores e ideales sociales, dirigidos ahora hacia la realización individual, por medio del éxito personal y social, que es medido con el consumo de bienes materiales y el confort, y donde el cuerpo trata de reflejar el éxito, el disfrute y la belleza (Barrera Echeverría, 2014).

Todo esto ha derribado el modelo de género tradicional, emergiendo así, entre las generaciones jóvenes actuales, un nuevo modelo contemporáneo, que trae consigo nuevos roles de género. Asimismo, las mujeres han demostrado su eficacia y valía con la incorporación al terreno laboral. Por lo que el orden patriarcal ha perdido fuerza, y comienza a integrarse uno igualitario e individualista, donde prima la libertad individual (Velasco Arias, 2009; Mora, 2006).

El modelo de género contemporáneo mantiene la diferencia por sexos en la imagen corporal. Conservando la fuerza y la potencia, como el ideal de belleza masculina, mientras que el ideal femenino es de mujer débil, enfermiza e infantil, como podemos apreciar en la tabla 9 (Velasco Arias, 2009).

**Tabla 9: Modelo contemporáneo de género.**

Ideales contemporáneos	
Feminidad	Masculinidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Delgadez extrema</li> <li>- Extravagancia</li> <li>- Ternura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortaleza</li> <li>- Potencia sexual</li> <li>- Acción</li> </ul>
Ambos sexos	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad</li> <li>- Autonomía</li> <li>- Seguridad</li> <li>- Brillantez</li> <li>- Seducción</li> <li>- Intelectualidad</li> <li>- Éxito</li> <li>- Ser divertido/a</li> <li>- Comprensión</li> <li>- Receptividad/actividad sexual</li> <li>- Capacidad paternal/maternal</li> </ul>	

**Fuente: Velasco Arias, 2009.**

Estos ideales conllevan a ambos sexos, a presentar una constante preocupación por la apariencia, y a una insatisfacción con su imagen corporal, por no alcanzar los cánones de belleza establecidos (Muñiz, 2014).

Por otro lado, aparecen problemas de competitividad y rivalidad entre las parejas, asociados a diferentes desarrollos y logros personales, este individualismo, origina la ruptura de la relación. Puesto que los actuales vínculos son menos permanentes, se sobrevienen múltiples parejas y periodos de soledad. Sin embargo, la autonomía se combina con el deseo de encontrar pareja, causando ansiedad y frustración por no encontrarla (Aguilar Montes de Oca et al., 2013).

Sin embargo, el modelo tradicional y el contemporáneo coexisten actualmente en la sociedad. El modelo tradicional se halla en los padres y madres de esta generación, que tuvieron una educación tradicional, y que aún pueden ir transmitiendo esos ideales en las siguientes generaciones. Por tanto, sigue sin ser posible afirmar que las relaciones de género hayan alcanzado la igualdad (Velasco Arias, 2009).

Al mismo tiempo, con la transición de roles se está produciendo un conflicto de ideales, causado por la acumulación de los antiguos, que se unen a los actuales, generando vulnerabilidad (Lagarde, 2003).

En las mujeres, se presenta una dicotomía entre el deseo de ser madre (antigua vía de satisfacción) y la realización profesional (nuevo deseo), que resultan ser incompatibles. Según Altracoz (2002), se producen sobrecargas de roles en las que compaginan el trabajo remunerado, con cuidado de los niños y del hogar, e incluso en algunos casos, se añade el cuidado de personas dependientes. Emerge así la noción de “superwoman”, como mujer que quiere tenerlo todo, siendo capaz de compaginarlo, y además, hacerlo bien. Sin embargo, esta acumulación de tareas acaba produciendo efectos negativos en la salud, como por ejemplo, dolencias físicas a largo plazo (Sumra y Schillaci, 2015; Valls Llobet, 2008; Lagarde, 2003).

Mientras a los hombres, se les comienza a exigir que realicen roles de cuidado, compartidos con la mujer, lo que en ocasiones puede producirles un conflicto con su concepción del rol tradicional, o causarles temor por creer que serán mal vistos por su entorno, y que por tanto, se les tachará de femeninos (OSM informe salud y género, 2006).

Debido a lo anteriormente expuesto, se mantiene una desigual distribución de tareas entre hombres y mujeres, suponiendo mayores cargas de trabajo para las mujeres (Altracoz et al., 2004).

### **2.7.3 Sexo, Género y Salud.**

En salud, se hace ineludible tener en cuenta los componentes del sexo y género, con el fin de evitar sesgos, para lograr llevar a cabo una atención eficaz.

Los determinantes biológicos de una persona, o su sexo, pueden influir en las posibilidades de desarrollar una enfermedad, afectando exclusivamente o de forma más masiva, a uno de los dos sexos (Castañeda Abascal, 2007). De la igual forma, padeciendo la misma enfermedad, hombres y mujeres, pueden presentar síntomas distintos o responder de manera diferente a los medicamentos (Sánchez-López, 2013). De acuerdo con lo expuesto, vemos que la incontinencia urinaria es un claro ejemplo, siendo

más prevalente en el sexo femenino (Triana Casado, 2013), a causa de las diferencias anatómicas que presentan con respecto al masculino.

Por otro lado, el género, implica la exposición a diferentes riesgos y accidentes, y a unas necesidades específicas, a causa de los patrones de socialización, los roles que desempeñan, sus obligaciones, expectativas, conductas, valores, etc., que producen un diferente impacto en la salud de hombres y mujeres. Así como encierra, un distinto acceso a los recursos y oportunidades para alcanzar una buena salud (Brabete y Sánchez-López, 2012; Rohlfis et al., 2000; Valls Llobet, 2008; Esteban, 2003; Guibert Reyes et al., 1999; Triana Casado, 2013; Regitz-Zagrosek, 2012).

Como normal general, la ciencia ha tomado el cuerpo del hombre como modelo a seguir, debido a su supremacía en la sociedad, relegando al de la mujer a un segundo plano. Por lo que estudios e investigaciones, se han realizado en el cuerpo del hombre, extrapolando posteriormente los hallazgos y descubrimientos a la mujer. Lo que ha originado que quede marginada en el avance y estudio de sus patologías propias. Por consiguiente, la incontinencia urinaria ha quedado oculta para el estudio, por tratarse de un problema poco prevalente en los hombres (Martínez Benlloch, 2003; Valls Llobet, 2008 - 2009).

Esta identificación del hombre como patrón de la normalidad se denomina androcentrismo, y ha traído consigo la invisibilidad de las mujeres. Las cuales, sólo han sido de interés conforme a las demandas de su rol, por tanto, las investigaciones se han centrado en comprender su capacidad reproductora, obviándose y generalizando todo lo demás con el cuerpo masculino. Este hecho ha impedido obtener una visión íntegra de las mujeres, y por tanto, ha imposibilitado ofrecer en muchos casos una ayuda adecuada a sus problemas y enfermedades específicas, sin llegar a comprender sus quejas, dolores y malestares (Esteban, 2003; Ortiz Gómez, 2002).

Podría decirse que esta invisibilidad no es más que otra forma de discriminación hacia la mujer, cimentada en los estereotipos de género, donde se las ha considerado como débiles e inferiores, por lo que sus síntomas son minimizados, o sus quejas son atribuidas a etiología psicológica o psicósomática, debido a su emotividad y sensibilidad. Por consiguiente, lo relacionado con las mujeres ha sido considerado como poco importante o relevante para ser estudiado. Consiguiendo imponer a las mujeres resignación y

sumisión, mientras viven con molestias y dolor (Valls Llobet, 2009; Mazarrasa Alvear, 2011).

Por otro lado, cuando aparecen patologías más frecuentes en el sexo femenino, se deduce que son “normales” en ellas, debido a su inferioridad, por lo que no es motivo de extrañeza, por tanto, tampoco se indaga para buscar la causa, ni es necesario tratarlas, menospreciando de este modo su incidencia. Esto condena a las mujeres, igual que en el caso anterior, a adaptarse a convivir con malestar. Partiendo de esta base, es razonable que la incontinencia urinaria se haya invisibilizado y ocultado, por considerarla como algo normal y propio de las mujeres, a causa de su musculatura débil. De este modo, se ha creado un tabú en torno a este problema, generando la idea de que es normal, que no tiene solución, y por tanto, que no hay que buscar ayuda. Al respecto, debemos de reconsiderar qué se entiende por normalidad en medicina, y, si debemos continuar pensando que lo frecuente es normal y natural (Sánchez López, 2013; Lafaurie Villamil, 2015).

Ambos factores podrían explicar que las mujeres manifiesten una salud percibida peor que los hombres. Apareciendo así, la paradoja mortalidad/morbilidad, es decir, ellas viven más años pero poseen una peor salud (Rieker y Bird, 2005; Urbanos Garrido, 2011; López et al., 2006).

En este sentido, se hace necesario encaminarnos a una ciencia que tenga en cuenta las diferencias y la perspectiva de género (Östlin et al., 2002; Regitz-Zagrosek, 2012). Introduciendo y promoviendo el estudio de la morbilidad femenina diferencial. La cual es definida según Valls Llobet (2009) como “el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia las mujeres, sea porque sólo en ellas se pueden presentar dichos problemas o porque sean mucho más frecuentes en el sexo femenino”.

Con ello, se lograría alcanzar **la equidad en salud** para hombres y mujeres. Entendiendo equidad como las mismas oportunidades para alcanzar el potencial en salud. Este concepto reconoce que los dos sexos tienen necesidades distintas, y que deben determinarse y abordarse, para corregir el desequilibrio que se produce entre ambos (López et al., 2006; OMS, 2002). Eliminando de este modo las desigualdades que se consideran innecesarias, evitables e injustas, como señala Gómez Gómez (2002).

#### 2.7.4 Percepción del proceso de enfermedad según el género

Las identidades y los roles de género juegan un papel fundamental en la forma en que las personas autoperceben sus problemas de salud, y, en las actitudes que adoptan para enfrentarse a dichas situaciones de malestar (Triana Casado, 2013; Vlassoff, 2007). Por tanto, según afirma la ANMM (Academia Nacional de Medicina, 2011) la forma de enfermar de las mujeres es distinta a la de los hombres, hallándose diferencias en la aceptación y en el comportamiento que presentan.

Al respecto, la ANMM (2011) indica que las mujeres presentan una mayor predisposición a hablar de sus malestares que los hombres. Además, suelen tener un mayor número de amistades, con las que pueden desahogarse y comentar sus problemas de salud, y que al mismo tiempo les brindan apoyo. Del mismo modo, cuando acuden al profesional sanitario, mencionan sus afecciones de manera más inespecífica, haciendo referencias a su situación emocional y social (Velasco Arias, 2009). Por su parte, los hombres tienen la concepción de que los servicios sanitarios son para ancianos, niños, mujeres y enfermos. Por esta razón, presentan dificultades para verbalizar sus problemas de salud, debido que denota debilidad, y por tanto, constituiría una feminización o una categorización de anciano. Llegando incluso a negar que están enfermos (de Keijzer, 2003). Al respecto, cuando acuden a consulta tratan de empujarse sus síntomas, restándoles importancia (ANMM, 2011).

Por otro lado, la misma entidad anteriormente citada, señala que las mujeres pasan por unas experiencias biológicas, como la menstruación, la concepción, la menopausia, etc., que las hace más conscientes de la manera en que pueden ser vulneradas. En contraposición, los hombres conservan una visión de fortaleza, creyendo que no pueden enfermar (Budesá et al., 2008). Como consecuencia de este razonamiento, las mujeres se someten a pruebas de cribado en mayor medida, tratando de prevenir la enfermedad (ANMM, 2011).

Asimismo, ellas solicitan más asistencia sanitaria y más tempranamente, por el temor que les causa caer enfermas y no poder continuar con el desempeño de su rol. Por el contrario, los hombres emplean menos los servicios de atención ambulatoria, pretendiendo no manifestar debilidad. Por tanto, acuden en busca de asistencia sanitaria cuando perciben síntomas de gravedad, requiriendo atención de los servicios de urgencia

y hospitalarios (Velasco Arias, 2009; Valls Llobet, 2008; Sánchez López, 2013; López et al., 2006).

Finalmente, todo esto conlleva a que se diagnostiquen un mayor número de trastornos psiquiátricos, como ansiedad y depresión, en las mujeres (ANMM, 2011; Vlassoff, 2007).

### **2.7.5 Estereotipos en los profesionales sanitarios**

Los profesionales sanitarios no están exentos a los estereotipos de género, como hombres y mujeres que son, se ven condicionados por ellos en su práctica clínica (Arcos et al., 2007). Generando unas expectativas sobre los pacientes que atienden, creyendo que cuando tratan a una mujer, lo más probable es que no tenga nada y que se “queje demasiado” por su condición femenina. Sin embargo, cuando atienden a un hombre le otorgan mayor credibilidad, asumiendo que cuando ellos acuden es porque verdaderamente tienen un problema de salud. Con ello, podemos advertir la importancia y las repercusiones que tienen estos tratos, generando un sesgo de género en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, que conduce a diagnósticos incorrectos o inexistentes en las mujeres, lo que posteriormente derivará a tratamientos incorrectos y/o paliativos para la sintomatología. Privándolas, de esta manera, de una atención de calidad (Valls Llobet, 2008; Delgado y López-Fernández, 2004; Briones Vozmediano et al., 2014; Ruiz-Cantero y Verdú-Delgado, 2004).

Con esta actitud, solamente podemos llegar a generar desconfianza en las mujeres, que evitarán acudir a consultar, preconciendo que sus problemas no van a ser bien atendidos, y mucho menos, llegarán a abrirse a nosotros para contar sus problemas psicológicos y sociales, los cuales pueden ser piezas claves a la hora de determinar una enfermedad y su tratamiento. De hecho, Delgado y López-Fernández (2004) señalan que los pacientes priorizan para una atención sanitaria de calidad, que se disponga de tiempo suficiente en la consulta para hablar y para ser escuchados. Asimismo, también se mencionan como elementos importantes conseguir una atención rápida en las emergencias, que el profesional les garantice la confidencialidad y que se les preste información sobre lo que desean saber de su enfermedad.

Por otra parte, el sistema sanitario es un claro escenario donde poder apreciar los estereotipos de género, pues aparece una división por sexos en las tareas, confiriendo a las mujeres la labor de cuidar y a los hombres la de curar. Esta división viene dada por las capacidades innatas que se atribuyen a cada sexo. Así como, se puede apreciar una jerarquización del poder. De ahí que el 80% del personal de enfermería esté formado por mujeres, al ser una profesión enfocada al cuidado. Mientras que en caso contrario, encontramos la cirugía, siendo la que requiere mayor capacidad técnica, donde vemos que las mujeres no llegan al 20% (Ministerio de Sanidad y consumo, 2009; Cano-Caballero Gálvez, 2004).

Sin embargo, actualmente se está produciendo un incremento de las mujeres en la profesión médica. Sobre todo, en las áreas de pediatría, medicina comunitaria y psiquiatría. (Delgado Sánchez et al., 2003; Arrizabalaga y Valls-Llobet, 2005) A raíz de esto, se ha advertido una aparición de diferencias entre los médicos y las médicas a la hora prestar atención en la consulta.

En cuanto a las diferencias, se ha observado que duración media de la consulta es mayor en las médicas. Durante ella tratan de averiguar más información sobre el estilo de vida y el entorno social de los pacientes, proporcionan un mayor volumen de información y muestran más empatía. Logrando que el paciente participe más en la toma de decisiones. Asimismo, piden más pruebas diagnósticas pero efectúan menos intervenciones y prescriben menos medicación que los médicos. Por el contrario, sus homólogos masculinos se basan estrictamente en diagnosticar la enfermedad y ponerle tratamiento (Schmittiel et al., 2000; Delgado Sánchez et al., 2003).

Asimismo, se ha visto que los usuarios prefieren una atención por médicos del mismo sexo en las consultas que están relacionadas a las zonas íntimas, como el aparato genito-urinario, el pecho, y el recto (Ministerio de Sanidad y consumo, 2009).

Para concluir, es relevante señalar que el grado de satisfacción de los pacientes es mayor entre los que han sido atendidos por médicas, sobre todo entre las mujeres que necesitan consultar problemas de carácter psicosocial (Ministerio de Sanidad y consumo, 2009; Delgado y López-Fernández, 2004).

## 2.8 Marco legal para la igualdad de género en salud

La igualdad es un derecho reconocido a nivel universal, establecido en el artículo 1 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, donde se recoge que:

*“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”* (ONU, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948).

Sin embargo, dicha igualdad no prevalece para las mujeres, por lo que el 18 de diciembre de 1979, se elaboró una convención de la Asamblea de las Naciones Unidas, para abordar específicamente el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres. Donde se pretendía eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer.

Haciendo valer en el artículo 1 de dicha convención que:

*“La expresión "discriminación contra la mujer" denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.”*

Por su parte, en el artículo 3, se acuerda que los Estados parte deberán comprometerse a tomar en todas las esferas, las medidas apropiadas, incluyendo de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer, con la finalidad de que disfrute de los derechos humanos y de las libertades fundamentales en igualdad de condiciones que el hombre (Asamblea de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 1979).

Dicha convención fue ratificada por España cuatro años más tarde, comprometiéndose por tanto a cumplir con la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (BOE núm. 69, 1984).

Más tarde, continuando con este propósito, se celebró en Pekín la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. En la que se alude, de forma directa, a la igualdad para el disfrute del nivel más alto de **salud** física y mental. Señalando que *“El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre”*. Además, subraya que *“el acceso de la mujer a los recursos básicos de salud, incluidos los servicios de atención primaria, y su utilización de esos recursos es diferente y desigual en lo relativo a la prevención y el tratamiento de afecciones”*. Teniendo conjuntamente, diferentes y desiguales oportunidades en lo relativo a la protección, la promoción y el mantenimiento de la salud. Otro punto a resaltar, es la mención que hace a los requerimientos particulares de las mujeres en edad avanzada, así como, durante las transformaciones que sufren a raíz de la menopausia.

En relación a las ideas expuestas, la conferencia establece los siguientes objetivos:

- Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.
- Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer.
- Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer.
- Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres.

Más aún, concluye con la aprobación de la Plataforma de Acción. Siendo un programa para la incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas, especialmente en los problemas que continuaban aconteciendo, entre ellos el acceso a la salud. Asumiéndose y recogiendo, de este modo, el Mainstreaming de género. Con el propósito de conseguir realmente un cambio en las situaciones desigualdad (Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995; Lombardo, 2003; Mora, 2006).

El término Mainstreaming o, traducido al español, transversalidad de género consiste en *“la (re)organización, mejora, desarrollo y evaluación de los procesos políticos para incorporar, por parte de los actores involucrados normalmente en dichos procesos, una perspectiva de igualdad de género en todos los niveles y fases de todas las políticas”* (Consejo de Europa, 1999).

Por otra parte, el 14 de septiembre de 2001, se celebraba en Madrid, el Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de Salud en Europa. Obteniendo como resultado La Declaración De Madrid. Donde se solicita a las políticas públicas de salud y a la OMS que integren y desarrollen el concepto de Mainstreaming de género en la salud (Seminario sobre Mainstreaming de Género, 2001).

En conformidad a los principios y derechos establecidos, el consejo de la Unión Europea, dispone la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro, por la directiva 2004/113/CE del 13 de diciembre de 2004.

Dicha directiva establece que *“La igualdad entre hombres y mujeres es un principio fundamental de la Unión Europea. La Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea prohíbe, en sus artículos 21 y 23, cualquier discriminación por razones de sexo, y consagra el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres en todos los ámbitos.”*

Incluyéndose, en el punto 12, la eliminación de la discriminación de manera directa, es decir, *“cuando una persona recibe, por razones de sexo, un trato menos favorable que otra en una situación comparable”*, y de forma indirecta, refiriéndose a *“la situación en que una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros sitúa a personas de un sexo determinado en desventaja particular con respecto a personas del otro sexo, salvo que dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente con una finalidad legítima y salvo que los medios para alcanzar dicha finalidad sean adecuados y necesarios”*. Determinando que *“las diferencias entre hombres y mujeres en la prestación de cuidados sanitarios que se derivan de las diferencias físicas entre hombres y mujeres no corresponden a situaciones comparables, por lo que no constituyen discriminación”*. Pero, se puede afirmar por tanto, que las diferencias en sanidad fundamentadas en los estereotipos de género sí integran una forma de discriminación (Directiva del Consejo de la Unión Europea 2004/113/CE, 2004).

Siguiendo estas directrices en materia de igualdad, en ámbito Nacional, se ha legislado para abolir la discriminación hacia la mujer.

Así, encontramos que en el artículo 14 de la Constitución española se promulga el derecho a la igualdad ante la ley, sin que pueda imperar discriminación por motivos de sexo.

Por su parte, en el artículo 9.2 se confiere el deber de hacer cumplir dicho derecho a los poderes públicos, mediante la promoción de la libertad y la igualdad, eliminando obstáculos que la impidan y facilitando la participación de los ciudadanos (BOE, 29 de diciembre de 1978).

Sin embargo, pesar de todo este marco, no se ha logrado establecer una igualdad plena. Por lo que se ha requerido de una acción normativa dirigida explícitamente a las condiciones de desigualdad que aún se manifiestan.

A tal fin, se ha decretado la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, que integra la directiva 2004/113/CE. En el artículo 27 de dicha ley, se recoge la existencia de diferentes necesidades entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud, así como, la necesidad de garantizar un acceso igualitario, evitando que se produzcan discriminaciones por razones de sexo o por los estereotipos asociados a ellas.

Para alcanzar estas metas, las políticas públicas estatales, autonómicas y locales deben actuar en distintos niveles.

En primer lugar, se intervendrá formando al personal del servicio sanitario en materia de igualdad.

Por otro lado desde la educación para la salud dirigida a la sociedad, se intervendrá desarrollando actividades para promocionar principalmente la salud de las mujeres, además de trabajar para eludir su discriminación.

En cuanto a la investigación, se deberán tener en cuenta las diferencias entre hombres y mujeres, centrándose en la protección de la salud, especialmente en la accesibilidad y el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, tanto en ensayos clínicos como asistenciales. Así como, se deberán adquirir datos segregados por sexo en las encuestas, estadísticas, registros u otros sistemas de información médica.

Por último, deberá equipararse la presencia de las mujeres a la de los hombres en los puestos directivos y de responsabilidad (Pérez, 2007).

Por consiguiente, debido al alcance que dicha postulación genera, actualmente en España la transversalidad de género se acoge a esta Ley Orgánica. Siendo desarrollada por el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades (IMIO), el cual es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Que tiene como funciones promover y fomentar la igualdad de ambos sexos. Ostentando promocionarla a todos los niveles de la administración pública, cuya finalidad es la de impulsar tendencias de cambio, así como, corregir los procedimientos y métodos de trabajo (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Mujer- Programa de Mainstreaming de Género).

Por otra parte, ha de ser tratada con imperante importancia la deontología en materia de enfermería, puesto que dichos valores éticos están recogidos de forma articulada en el Código Deontológico de la Enfermería Española, que proporciona una serie de deberes vinculantes, con la finalidad de guiar la praxis y la conducta del profesional, salvaguardando los principios éticos y legales según la legislación vigente.

Partiendo de los derechos establecidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos y la Constitución Española, en el artículo 4 de dicho Código, se recoge que la profesión de enfermería obliga a la enfermera/o a tratar con el mismo respeto a todas las personas, sin tener en cuenta su condición, entre otras, de sexo (Código Deontológico de la Enfermería española, 1989).

Por otro lado, también se incluye un artículo dirigido a la mejora de la práctica enfermera por medio de la investigación:

*“La Enfermera/o debe procurar investigar sistemáticamente, en el campo de su actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de Enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional”* (artículo 73) (Código Deontológico de la Enfermería española, 1989).

Hay que destacar que no se hace especial mención a la no discriminación de las mujeres, deteniéndose solamente en el igual trato de respeto para ambos sexos. Sin

embargo, un trato igualitario y de respeto para con las mujeres, conlleva a tomar medidas para que no sufran ningún tipo de discriminación.

Por tanto, acogiéndonos a dicho artículo, no está permitido cualquier acto que discrimine a las mujeres, incluyéndose así, la no atención integral, englobando con ello también a la investigación. La cual ha de centrarse en las mujeres, para abordar sus situaciones y problemas particulares, evitando la extrapolación de los resultados, como se señalaba anteriormente en el punto 3.7.3. Contribuyendo de esta manera a anular el androcentrismo, y trabajando para proporcionar, no un trato igualitario, si no equitativo, de modo que cada sexo vea satisfechas sus necesidades específicas. Así, mejorarán los cuidados de Enfermería y se eliminarán las prácticas incorrectas, logrando el completo bienestar para los hombres y las mujeres.

## 2.9 Modelo de Orem

En los últimos sesenta años se ha producido un desarrollo en la disciplina enfermera, promocionándose el conocimiento y la investigación. Se han impulsado modelos conceptuales y teorías que definen la disciplina, explicando la razón de su ser, los principios filosóficos y científicos, y sus valores. No obstante, en la actualidad se continúa evidenciando un vacío entre la teoría y la práctica, puesto que muchas enfermeras perpetúan su praxis fundamentadas en el modelo médico, dificultando así el desarrollo de un cuerpo de conocimiento enfermero (Moreno Fergusson, 2005; López-Parra et al., 2008).

La importancia de emplear un modelo teórico reside en la creación de una identidad de Enfermería, con un pensamiento y un lenguaje propio, concediendo el centro de atención al ser humano en toda su complejidad. Constituye un medio de organizar el conocimiento, las habilidades y la motivación de las enfermeras para brindar cuidados a los pacientes (Stephen, 1993), proyectando su tarea más allá de la técnica. Con su aplicación, se evitan las actuaciones basadas en preconcepciones, intuiciones, rutinas y rituales. Es por tanto, la unión entre la práctica y el conocimiento generado (López Díaz, 2003).

Al respecto, dada la magnitud que esto comporta, se pretende incorporar un modelo de enfermería a este estudio, de modo que nos proporcione un marco que guíe la

investigación de una forma racional, cuya finalidad pretende estructurar lo que se conoce de la incontinencia urinaria, proporcionando bases organizadas, para para el desarrollo y validación del conocimiento, con el objeto de mejorar la práctica de los cuidados enfermeros (Orem, 1993; Olivella-Fernández et al., 2013).

En el presente trabajo creemos pertinente valernos del modelo de Dorothea E. Orem, sobre el déficit de autocuidado. En su modelo recoge que las situaciones de la vida son dinámicas y, que de ellas, las personas adquieren un conocimiento experimental, probando diferentes métodos para superar las dificultades. También añade que los hombres y mujeres, cuando se enfrentan a situaciones concretas, que nos les gustan o con las que no se han encontrado antes, pueden decidir rechazarlas o participar. Además, en algunas situaciones se encuentran fuera de las experiencias diarias habituales, pudiendo requerir conocimientos y habilidades especializados, como son los de enfermería. De acuerdo con lo expuesto, advertimos, que todo esto tiene lugar en las personas cuando les acontece la incontinencia urinaria, por lo que se puede intervenir en ellas para mejorar su autocuidado. Por lo tanto, podemos decir que se adecúa para enmarcar nuestro estudio (Navarro Peña y Castro Salas, 2010; Stephen, 1993; Orem, 1993).

Por otra parte, se hace necesario mencionar que este modelo establece cuando debe de actuar la enfermería, así mismo, asienta los términos de acción para una actuación integral (Orem, 1993). Por tanto, queda explícita la suma utilidad que nos ofrece, puesto que no solo queda justificada nuestra intervención, sino que además, nos hace ver en qué momento es necesaria nuestra ayuda y en el caso de serla, cuál es la forma de proceder para garantizarla.

En último lugar, cabe destacar que esta teoría es una de las más estudiadas y validadas en la práctica de enfermería, por la amplia visión de asistencia en la salud que presenta el profesional en los diferentes contextos, ya que ha logrado estructurar las labores de enfermería en relación a las necesidades de cuidado (Prado Solar et al., 2014).

Antes de desarrollar su modelo, es necesario conocer cómo la autora define los conceptos del metaparadigma enfermero, en torno a los cuales va a girar el modelo:

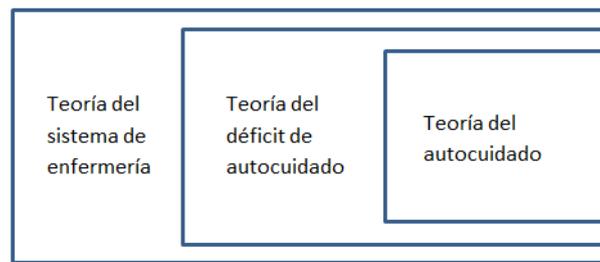
- **Persona:** Concibe a las personas como un todo integral dinámico, con funciones biológicas, simbólicas y sociales. Son seres racionales, pensantes y capaces de

dirigir sus esfuerzos para hacer actividades que son beneficiosas para sí mismos y su entorno, con capacidad para simbolizar lo que experimentan, y usar creaciones simbólicas para pensar, comunicarse y guiar sus esfuerzos para hacer cosas beneficiosas para sí mismos y para otros.

- **Entorno:** Representa el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona para emprender los autocuidado o sobre su capacidad de ejercerlos.
- **Salud:** Es entendida como un estado y se relaciona con la percepción de bienestar que tiene una persona. Implica que los seres humanos están estructural y funcionalmente intactos o en buen estado. Tiene una utilidad para describir el estado de globalidad o de integridad de los seres humanos.
- **Cuidados enfermeros:** Se realizan para una persona o personas en uno o más lugares y durante cierto periodo de tiempo. Requiere de un agente, cuya responsabilidad es velar por otra persona o personas, que debe mantener las condiciones ambientales para que conduzcan al desarrollo personal del otro durante los cuidados. Exige una situación interpersonal, respetando, aceptando y entendiendo a la persona que es cuidada como un sujeto que vive y experimenta, y que puede aceptar o no la presencia del agente de cuidados. Por último, es necesario que los agentes tengan conocimientos teóricos y prácticos para proporcionar los cuidados (Orem, 1993; Navarro Peña y Castro Salas, 2010; Vega Angarita y González Escobar, 2007; Hernández-Conesa et al., 2003; Hernández et al., 2015).

Orem (1993) en su teoría general, denominada, teoría de enfermería del déficit de autocuidado, expone las relaciones entre las capacidades de acción de los individuos y sus demandas de cuidado, las cuales sirven para establecer la perspectiva de las enfermeras. Esta teoría está integrada por tres: teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y teoría del sistema de enfermería. La articulación de estas, se muestra a continuación en la figura 4, donde podemos apreciar que se van englobando una dentro de otra, constituyendo una relación secuencial.

Figura 4: Teorías constituyentes de la teoría del déficit de autocuidado.



Fuente: Extraída de Orem (1993).

Vamos a proceder primero definiendo la *Teoría del autocuidado*, pues supone el punto de partida, y de su comprensión depende el entendimiento de las otras dos.

El eje central de esta teoría es el concepto de **autocuidado**, el cual es definido como la práctica de actividades aprendidas que los individuos inician y realizan de forma voluntaria e intencionada en su propio beneficio, para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Dichas actividades pueden ir dirigidas hacia sí mismas o hacia el entorno, con el fin de cubrir los requisitos universales (que tienen lugar en todos los individuos), los requisitos específicamente reguladores de los procesos del desarrollo humano y todos los que aparecen vinculados a los estados de salud. El concepto considera la capacidad que tienen las personas maduras, para realizar acciones necesarias para vivir y desarrollarse de la forma que sea normal para ellas. A esta capacidad se la denomina **agencia de autocuidado**, Orem usa el término “agencia” para designar a la persona que realiza la acción, por tanto, cuando un individuo efectúa su propio cuidado, se le llama **agente de autocuidado** (Orem, 1993; Compean-Ortiz et al., 2013; Fawcett, 2000).

Esta teórica contempla a los individuos en su totalidad, incluyendo las necesidades físicas, psicológicas y espirituales. Asimismo, desarrolla unas presunciones sobre la naturaleza de los seres humanos:

- Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas para el autocuidado, siendo responsables de controlar sus necesidades de salud, buscando ayuda de otras fuentes, como de familiares o profesionales de salud.

- La determinación del momento en el que se requiere ayuda de otros y acciones específicas, varían de acuerdo con el grupo social y cultural.
- La acción de autocuidado es intencionada y calculada, está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo. Se basa en la premisa de que los individuos saben cuándo necesitan ayuda. Sin embargo, pueden decidir no iniciar la conducta de autocuidado por razones de ansiedad, temor u otras prioridades.
- Los seres humanos investigarán y desarrollarán formas de satisfacer sus demandas de autocuidado conocidas. Cuando que tienen que enfrentarse a la necesidad de autocuidado, experimentan y prueban distintos métodos. En el momento que identifican las formas de satisfacerlos, se desarrollan hábitos de autocuidado (Orem, 1993; Stephen, 1993).

Por otra parte, es relevante destacar la citación que se ha realizado anteriormente, sobre un concepto fundamental en el modelo de Orem. Se trata de los **requisitos de autocuidado**, los cuales son contemplados como los tipos de autocuidado intencionado que requieren las personas para su correcto funcionamiento y desarrollo. Además, constituyen un recurso para la valoración del paciente (Orem, 1993; Stephen, 1993; López Díaz, 2003; Hernández et al., 2015).

Se han identificado requisitos de tres tipos, universales, del desarrollo y de desviación de la salud:

Los *requisitos universales* son básicos para alcanzar el autocuidado, son comunes a todos los seres humanos, con independencia del estado de salud, la edad, el entorno ambiental o el nivel de desarrollo. En este tipo de requisitos se incluyen los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Se encuentran entre estos requisitos el aporte adecuado de agua, el desarrollo dentro de los grupos sociales, el deseo de ser normal, los procesos de eliminación y del control efectivo de los excrementos, la interacción social, etc.

Inicialmente *los requisitos del desarrollo* formaban parte de los universales, pero a la postre se separaron para dar lugar a una categoría independiente, otorgándoles de este modo una mayor relevancia. Estos requisitos se producen en circunstancias especiales, consecuencia de la maduración, de un acontecimiento o de una nueva condición que

requiere unas demandas específicas de autocuidados. Entre ellos se encuentran las diferentes etapas del ciclo vital, desde la vida intrauterina hasta la edad adulta. En las distintas fases será necesario proveer cuidados para reducir los efectos que se pueden encontrar a causa de cambios físicos súbitos, de las condiciones de vida, la incapacidad, etc.

Por último, se exponen los *requisitos de autocuidado de desviación de la enfermedad*. Estos requisitos imperan en las personas enfermas o lesionadas. Tienen su origen cuando se producen cambios en el funcionamiento físico, en la estructura, en la conducta o en los hábitos de la vida diaria. Las limitaciones físicas, pueden así mismo conducir a problemas emocionales y mentales. Por tanto, la desviación de la salud puede provocar sentimientos de no ser capaz de funcionar normalmente y demanda conductas para restaurar la normalidad, buscando ayuda en los profesionales sanitarios (Orem, 1993; Stephen, 1993; Hernández-Conesa et al., 2003; López Díaz, 2003).

Retomando la idea principal, encontramos en segundo lugar la *teoría del déficit de autocuidado*. En esencia, esta teoría describe la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las nuevas demandas que se presentan para su autocuidado. Cuando sobreviene una situación en la que los individuos no son capaces de satisfacer sus requisitos de autocuidado se produce un “déficit”, debido a que las demandas son superiores a las capacidades que poseen para cubrirlas (Stephen, 1993; Rojas Teja y Zubizarreta Estévez, 2007).

Llegados a este punto se produce una demanda de *autocuidado terapéutico*. Es entonces cuando ha de entrar en acción la **agencia de enfermería**, que con su labor, controlará la situación y contribuirá a recobrar el equilibrio. Orem (1993), clasifica los posibles métodos, que puede emplear una enfermera para proporcionar ayuda, en cinco categorías: actuando por otra persona o haciendo algo por ella, guiando y dirigiendo, proporcionando apoyo físico o psicológico durante su esfuerzo, facilitando un entorno adecuado para el desarrollo de las capacidades personales y enseñando. Los métodos de cada categoría no son excluyentes, sino que se suelen emplear en combinación.

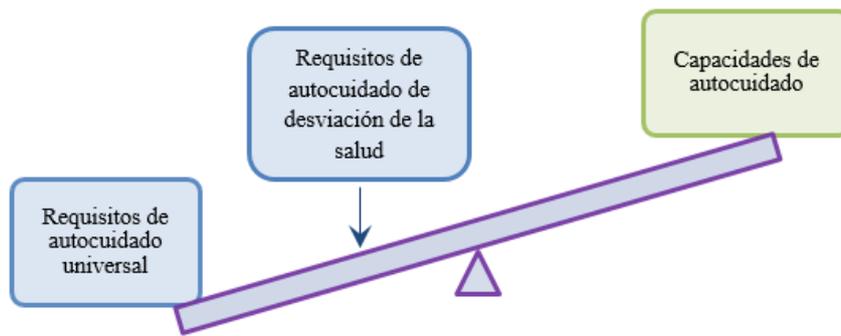
En este momento, nos hallamos adentrándonos en la tercera teoría, la *teoría del sistema de enfermería*. Esta teoría indica la manera en que la enfermería, con sus

capacidades especializadas, contribuirá para restablecer el autocuidado del individuo (Stephen, 1993).

La autora establece que hay tres tipos de sistemas, para actuar y planificar acciones, según las necesidades que tenga el individuo:

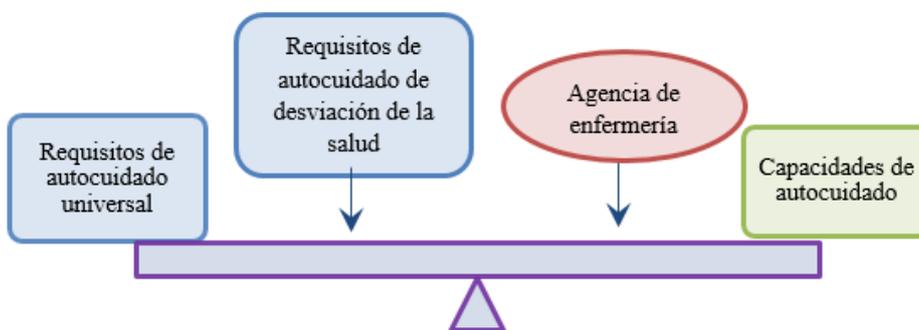
- *Sistema totalmente compensatorio*: cuando el paciente es incapaz de ocuparse de sus propios requisitos de autocuidado, por lo que es totalmente dependiente la enfermera, que ha de suplirlo hasta que sea capaz de reanudar su propio autocuidado (Orem, 1993; Rojas Teja y Zubizarreta Estévez, 2007).
- *Sistema parcialmente compensatorio*: en este sistema el paciente está más implicado en su propio cuidado, siendo capaz de tomar decisiones y de actuar, por lo que se combinan las acciones del paciente con las de la enfermera (Stephen, 1993).
- *Sistema de apoyo/educación*: es el apropiado cuando el paciente es capaz de realizar las medidas necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero necesita la ayuda de enfermería, aunque esta ayuda a veces sólo sea para animarlo y reconfortarlo. En este sistema la enfermera se centrará en ayudar al paciente a tomar las decisiones más adecuadas, a comunicar conocimientos y habilidades y a ejercer de consultora cuando sea necesario (Orem, 1993).

Figura 5: Persona con incapacidad para satisfacer sus requisitos de autocuidados universales y de desviación de la salud.



Fuente: Stephen, 1993.

Figura 6: Individuo capaz de satisfacer los requisitos de autocuidado universal y de desviación de la salud con ayuda de la enfermera.



Fuente: Stephen, 1993.

# 3.

## **O**BJETIVOS



## **3.1 Objetivos de la investigación cuantitativa**

### **3.1.1 Objetivo general:**

Estudiar si el problema de la incontinencia urinaria afecta a la calidad de vida de las personas que la padecen.

### **3.1.2 Objetivos específicos:**

- Examinar el tipo de incontinencia urinaria más frecuente entre los hombres y las mujeres.
- Determinar si el sexo, la edad y el tipo de incontinencia influyen en la afectación de la calidad de vida.
- Relacionar si el sexo y las diferentes esferas psicosociales afectan a la calidad de vida.
- Evaluar si el sexo y la edad tienen relación con la severidad de la incontinencia urinaria.

## **3.2 Objetivos de la investigación cualitativa**

### **3.2.1 Objetivo general:**

Explorar las vivencias relacionadas con la calidad de vida, en mujeres y hombres con incontinencia urinaria.

### **3.2.2 Objetivos específicos:**

- Indagar los aspectos sociales, emocionales y físicos relacionados con la calidad de vida, con perspectiva de género.
- Conocer las medidas de afrontamiento según el sexo.



# 4.

## **M**ETODOLOGÍA



La metodología que guía este estudio es de diseño mixto. En él se combina la metodología cuantitativa y la cualitativa, con la finalidad de abordar el problema de investigación de una forma más exhaustiva y global. De esta manera, la variedad de perspectivas produce la posibilidad de generalización, a la vez que nos arroja claridad para comprender la profundidad y complejidad del fenómeno (Stacciarini y Cook, 2015; Serrant, 2015).

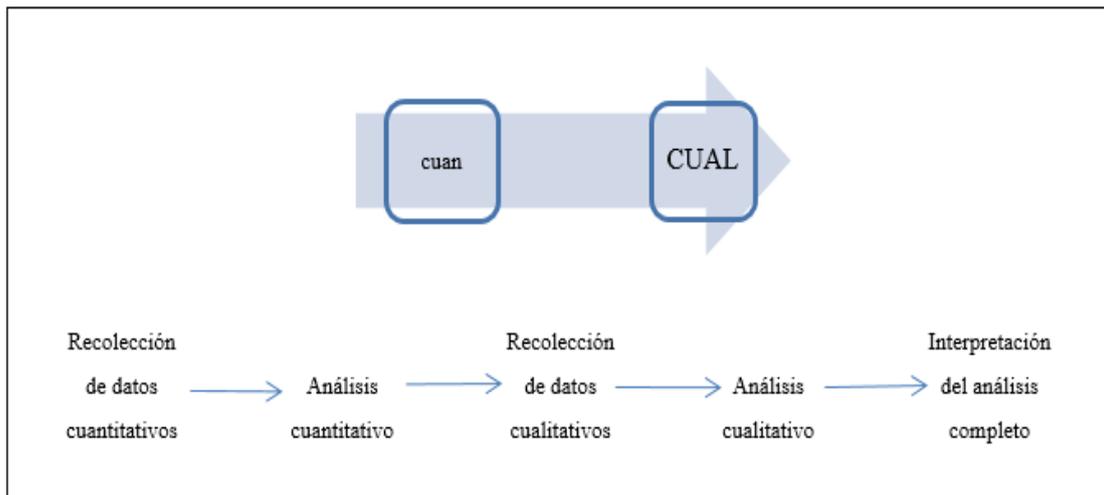
La integración de ambos métodos de investigación refuerza el estudio. Debido a que en la vida real no existe la completa objetividad, ni la completa subjetividad, sino que aparecen complejidades. Acorde a esto, la metodología mixta demuestra mayor consistencia con nuestra estructura mental y con el comportamiento habitual del ser humano (Hamui-Sutton, 2013; Pereira, 2011; Cook, 1986; Salazar y Paravic, 2009).

La combinación de los métodos expuestos anteriormente tiene como objetivo la complementación, lo que nos va a proporcionar una mayor perspectiva, apoyando los resultados de un método sobre el otro. De esta manera la investigación cualitativa se convierte en un recurso excelente para ampliar y complementar los resultados de la investigación cuantitativa (Zaider y Olivia, 2005; Muñoz Poblete, 2013; García González, 2010).

El diseño del estudio mixto ha sido explicativo secuencial (DEXPLIS). Por tanto, la recolección y el análisis de los datos se han realizado en dos etapas.

La primera etapa corresponde al estudio cuantitativo, realizándose posteriormente la segunda etapa, que se encuentra cimentada sobre los resultados hallados en la primera fase, es decir, las preguntas derivadas del estudio cuantitativo son investigadas cualitativamente para aclarar y complementar los hallazgos originales (figura 7) (Pereira, 2011; Hernández Sampieri et al., 2010).

Figura 7: Esquema del diseño explicativo secuencial (DEXPLIS).



Fuente: Hernández Sampieri et al, 2010.

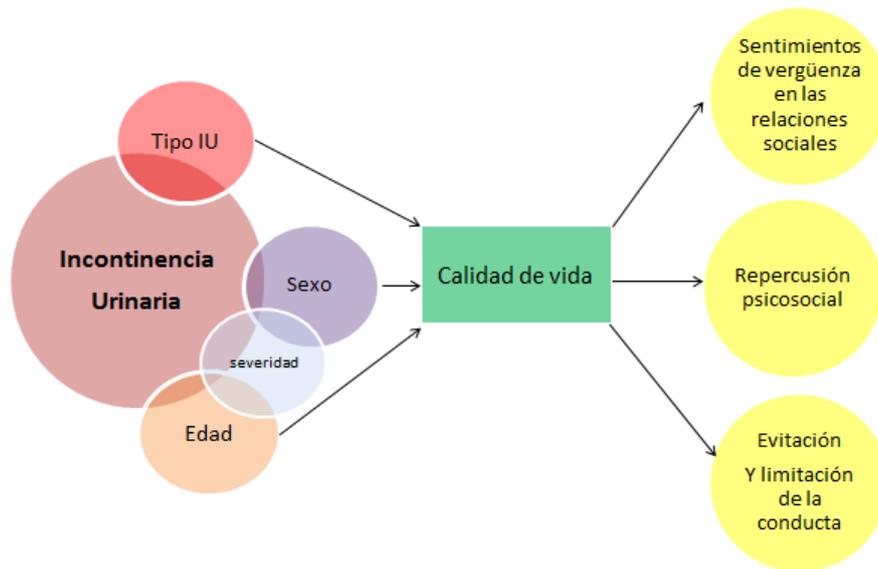
Hay que destacar que se ha otorgado mayor peso o importancia al estudio cualitativo, dada la necesidad de comprender la realidad de las personas que sobrellevan la incontinencia urinaria, así como conocer las experiencias vividas que experimentan.

## 4.1 Primera fase: Estudio Cuantitativo

### 4.1.1 Tipo de estudio

El estudio realizado es transversal, descriptivo y correlacional realizado en la Unidad de Urodinamia del Hospital Universitario José María Morales Messeguer (figura 8).

Figura 8: Esquema correspondiente al estudio cuantitativo.



Fuente: Elaboración propia.

#### 4.1.2 Muestra

La población de estudio se compone de 101 mujeres y 50 hombres.

Se seleccionaron a todas las mujeres y hombres que acudían a la unidad de Urodinamia, presentando incontinencia urinaria desde octubre de 2014 hasta Junio de 2015.

Los criterios de inclusión para seleccionar a los sujetos de investigación fueron: la edad, personas mayores de 18 años; mujeres y hombres que estén afectados de incontinencia urinaria. Se han excluido a pacientes con enfermedades terminales o con pronóstico grave, los que padecen alteraciones neurológicas y a personas que no sean de raza blanca. La supresión de estos sujetos se justifica en el estudio de Higa et al., 2008, en el que se demuestra que la percepción que se tiene sobre la incontinencia urinaria, así como el grado angustia vivida y la magnitud de las dificultades que generan las pérdidas se encuentran relacionadas con la etnia/raza, siendo especialmente afectada la calidad de vida en las mujeres hispanas, que realizan informes de malestar con más frecuencia (Da Silva et al, 2012). Por otra parte las investigaciones de Robles, 2006 y Sandvick et al., 2000, muestran que la prevalencia en mujeres blancas es tres veces mayor que en las

mujeres negras, a causa de las diferencias raciales en el tejido conjuntivo y de la musculatura. Es por ello, que las mujeres blancas pueden tener una concepción diferente de este fenómeno, asimilándolo como algo más natural. Estas razones nos han dirigido a seleccionar una muestra más homogénea, escogiendo a la población de raza blanca, puesto que presenta una percepción y sistemas de afrontamiento similares.

### 4.1.3 Instrumentos

En primer lugar, se cumplimenta una encuesta para conocer los datos sociodemográficos, en la cual se recoge el lugar de residencia, la edad y situación laboral. Además en las mujeres se recogía la paridad y en los hombres antecedentes de cirugía prostática.

Por otro lado, se emplean dos cuestionarios de medida, el primero que se procede a realizar es el ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Cuestionaire-Short Form) para identificar la severidad de la incontinencia urinaria y el tipo. El segundo cuestionario es el I-QOL (Incontinence Quality of Life Instrument) que evalúa la calidad de vida. Ambos cuestionarios son específicos para la incontinencia urinaria.

El primer instrumento (ANEXO I) consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, a mayor puntuaje mayor gravedad. También cuenta con un grupo de 8 preguntas, que aunque no forman parte de la puntuación son de utilidad para hallar el tipo de incontinencia urinaria:

- Se considera incontinencia de esfuerzo (IUE) si se marcan al menos una de las preguntas: pérdida de orina al toser o estornudar y/o pérdida de orina cuando se realiza un esfuerzo físico o ejercicio.
- Se considera incontinencia de urgencia (IUU) cuando se señalan: pérdidas de orina antes de llegar al servicio y no se señala ningún ítem de esfuerzo.
- La incontinencia urinaria mixta (IUM) se considera cuando se indican pérdidas de orina antes de llegar al servicio junto con alguna pregunta de incontinencia urinaria de esfuerzo.

En su validación al español, los tres ítems han demostrado tener una elevada consistencia interna (alfa de cronbach = 0,917), muy cercana a la versión original en inglés (0,92). Las propiedades psicométricas de la versión española señalan una gran factibilidad, validez, fiabilidad y poder diagnóstico. (Espuña Pons et al., 2004)

La selección de este cuestionario se apoya en el estudio de Espuña Pons et al. (2007), donde se demuestra que es más factible que el King's health Questionnaire (KHQ) para emplearlo en la práctica clínica. Debido al menor tamaño de la prueba y, por tanto, al menor tiempo necesario para la cumplimentación, así como, el número de pacientes que es capaz de realizarlo en su totalidad es más elevado, evitando de este modo que se pierdan casos.

La segunda herramienta es el Urinary Incontinence Quality of Life Scale (I-QOL) (ANEXO II), se administra tras cumplimentarse el cuestionario anterior. Consta de 21 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son: comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems (preguntas 1, 2, 3, 4, 10, 11, 13 y 20); repercusión psicosocial en 8 ítems (preguntas 5, 6, 7, 9, 15, 16, 17 y 21); y sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems (8, 12, 14, 18 y 19). Los ítems de cada subescala van intercalándose de manera aleatoria. Las respuestas están ordenadas en una escala de 1 a 5 puntos tipo Likert, donde la puntuación total supone 105, representando la más baja calidad de vida posible, a diferencia de la mejor calidad de vida, que se obtiene con una puntuación de 22. (Nieto Blanco et al, 2004).

Este instrumento demuestra una elevada consistencia interna (alfa de cronbach = 0.95) y ha sido traducido al español por los propios creadores de la versión americana. En la validación al español también ha demostrado constar de una buena consistencia interna, medida por un coeficiente alfa de cronbach de 0,87 (Patrick et al., 1999; Donald et al., 2005; Wagner et al., 1996)

#### **4.1.4 Recogida de datos**

La recogida de datos se realiza en la sala de urodinamia, entregando los cuestionarios al paciente, que los cumplimentaba de manera voluntaria y anónima.

## **4.2 Segunda fase: Estudio Cualitativo**

### **4.2.1 Análisis de los datos**

Para el análisis estadístico descriptivo de la muestra se han empleado los métodos descriptivos básicos, de modo que, para las variables cualitativas, se ha obtenido el número de casos presentes en cada categoría y el porcentaje correspondiente. Para las variables cuantitativas se han hallado los valores mínimo, máximo, media, desviación típica, mediana y cuartiles.

La asociación entre variables cualitativas ha sido estudiada mediante el test de Chi-cuadrado. Para la comparación de las variables de estudio entre grupos se han empleado las pruebas no paramétricas U Mann-Whitney (dos grupos) o Kruskal-Wallis (más de dos grupos) una vez comprobado el incumplimiento del supuesto de normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov. En los casos de más de dos grupos en los que las diferencias resultaron significativas se han realizado las comparaciones dos a dos mediante el test no paramétrico U Mann-Whitney para contrastar qué grupos son los responsables de las diferencias.

El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS 22.0 para Windows.

Las diferencias consideradas estadísticamente significativas han sido aquellas cuya  $p < 0.05$ .

### **4.2.2 Tipo de estudio**

La segunda fase del estudio es de corte cualitativo. La metodología cualitativa permite al investigador trabajar en un contexto de interpretación, exploración y descubrimiento (Ruíz-Olabuenaga, 2012). La perspectiva utilizada en esta investigación ha sido la fenomenológica.

El paradigma fenomenológico, nos permite acercarnos a las vivencias de hombres y mujeres que sufren de incontinencia urinaria y capturar la experiencia vivida de padecer esta problemática (Driessnack et al., 2007).

La fenomenología trascendental o descriptiva tuvo su origen en la filosofía, en la primera década del siglo XX. El máximo representante de esta corriente ha sido Edmund Husserl. Varios autores, tales que Palacios-Ceña y Corral Liria (2009), Barbera e Inciarte (2012) y Morales (2011), entre otros, indican que el estudio fenomenológico se centra en la epistemología, comprometiéndose en la descripción y clarificación del mundo vivido.

La fenomenología no pone el énfasis en las relaciones causales, si no que otorga la importancia a la descripción de los significados del mundo, para captar el sentido de los fenómenos, y de este modo, comprender la realidad humana, sin la necesidad de analizarla (Behar, 2008). De modo, que podamos comprender como distintas personas viven un tema común de forma diferente y única. (Sandoval, 2002; Valles, 2007)

Esta metodología tiene como objetivo que el investigador aprenda de aquellas personas que viven una experiencia. Siendo una herramienta muy útil para el campo de la salud, puesto que con su aplicación emanan numerosas dimensiones que se encuentran involucradas en el cuidado de los individuos. De este modo, se reduce la posibilidad de alejarnos de la esencia humana en nuestra práctica clínica, guiándonos con su uso, hacia el cuidado holístico, puesto que seremos conocedores de las necesidades humanas. (Campos et al., 2011; Laza et al., 2012; Trejo, 2012)

Todo lo anterior, nos lleva poner la atención en la necesidad sentida de que la Enfermería, como disciplina, contemple a las personas en su totalidad existencial, examinando el proceso de incontinencia urinaria tal y como es vivida tanto por los hombres y las mujeres que la padecen, situándola en el entorno cultural y social. (Fernandes de Freitas et al., 2007)

De este modo, en base al análisis cuantitativo que se ha desarrollado previamente, en el que se ha evidenciado afectación en la calidad de vida de las personas incontinentes en diferentes esferas, nos surgen las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cómo es vivida la afectación en la calidad de vida de las personas con incontinencia urinaria?
- ¿Cuáles son los aspectos que se ven afectados dentro de las restricciones físicas, emocionales y sociales?

- ¿De qué manera afrontan las limitaciones que este problema les produce?

### **4.2.3 Contexto y ámbito del estudio**

Tal y como indica Báez (2009), los datos como tal carecen de sentido, lo que les dota de sentido es el contexto en el que se han recogido, el proceso que se sigue para llegar a ellos y el uso que se hace de los mismos. Es de este modo, que teniendo presente los hombres y mujeres que padecían un IU, reflexionamos acerca del contexto donde se iba a desarrollar la investigación. Es de este modo que esta tuvo lugar en la Unidad de Urodinamia del Hospital Universitario Morales Meseguer.

Las salas de urodinamia se encuentran ubicadas en la tercera planta del Hospital Universitario Morales Meseguer, una se sitúa frente a las consultas médicas de urología y la otra se encuentra junto a ellas, siendo la última sala del ala derecha. En ellas se realizan las pruebas urodinámicas, la rehabilitación del suelo pélvico y, además, se instruye a los pacientes que requieren sondaje vesical intermitente, a realizar correctamente la técnica de autocateterismo. Los profesionales que trabajan en urodinamia son una enfermera y una auxiliar de enfermería.

La estancia donde se ha llevado a cabo el estudio consta de una camilla, una mesa de escritorio con un ordenador y de tres sillas, las cuales están acolchadas y disponen de respaldo y reposabrazos, para que los informantes se encontraran cómodos durante el encuentro.

### **4.2.4 Selección de la muestra**

La selección de participantes en esta fase se ha realizado mediante muestreo intencional o por conveniencia (Báez, 2009). Se procedió a la selección de la muestra en base a quiénes poseen la información más relevante, pueden dar la información con mayor precisión, están dispuestos a dar la información y son más accesibles física y socialmente.

Asimismo, se ha tenido en cuenta la heterogeneidad o diversidad, con el objeto de lograr la máxima pluralidad en la muestra (Valles, 2007).

De modo que, la selección de la muestra se realizó de manera premeditada, buscando intencionadamente a las personas que nos podían ofrecer el mayor volumen de

información sobre el fenómeno de estudio. Asimismo, fue flexible, incluyendo nuevas dimensiones que emergían conforme avanzábamos en el estudio, y dinámica, indagando enérgicamente hasta lograr la saturación de datos (Arias y Giraldo, 2011).

Finalmente, en la tabla 10, se exponen los criterios de inclusión y exclusión que se han seguido para integrar a los participantes.

**Tabla 10: Criterios de selección de la muestra.**

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Edad >18 años	
Mujeres con la calidad de vida afectada por la IU	Raza negra
Hombres con la calidad de vida afectada por la IU	Padecer una enfermedad terminal o de pronóstico grave
Voluntariedad para participar	Padecer alteraciones neurológicas

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.2.5 Procedimiento de recogida de datos

El acceso al campo para la recogida de los datos que nos permitieran una comprensión adecuada del fenómeno, tuvo lugar tras un análisis documental y en profundidad, así como tras haber realizado la investigadora un estudio cuantitativo, en el que se determinó la calidad de vida de hombres y mujeres que padecen incontinencia urinaria, y que nos motivó a comprender mejor el fenómeno poniendo voz a las experiencias, creencias y las vivencias de estas personas. Es de este modo, que realizamos el ingreso al campo con toda una serie de conocimientos previos, si bien, con una serie de interrogantes que nos movían a investigar en determinados aspectos desde una perspectiva más interpretativa del fenómeno de padecer una incontinencia urinaria.

Las entrevistas fueron llevadas a cabo por la investigadora principal, autora de esta tesis, en la consulta de enfermería de la Unidad de Urodinamia del Hospital Morales Meseguer. Tal y como se ha descrito anteriormente, resulta el lugar más apropiado,

atendiendo a los criterios de accesibilidad y heterogeneidad en la investigación cualitativa. Este lugar, se lograba respetar la intimidad de los pacientes, alcanzando una atmósfera de confianza.

En el caso de los estudios cualitativos en el que el investigador es un instrumento de recogida de datos (Gibbs, 2012), hacía necesaria una preparación y formación por parte de la investigadora, así como, una reflexión sobre los puntos a mejorar durante la entrevista, dado que durante la misma, no sólo hay preguntas sino también tipos de intervenciones, donde el investigador tiene que fomentar el discurso del informante e intervenir adecuadamente para obtener los datos con rigor metodológico en la situación conversacional (Kvale, 2011). Por ello, procuramos en todo momento desplegar las habilidades del entrevistador propuestas por Gibbs (2012) y Valles (2002), tales como: escucha activa, actitud empática, reformulación y ausencia de juicio moralizante. Del mismo modo, tuvimos siempre presente las condiciones de tiempo, lugar y registro de las entrevistas, atendiendo a la privacidad, preferencia y comodidad de los participantes, con el objetivo de “maximizar el flujo informativo” (Valles, 2002). Siendo la duración media de las entrevistas de 30 minutos.

Durante las visitas de los pacientes al servicio de Urodinamia, la enfermera de dicho servicio nos ayudó a la captación de los hombres y mujeres que estaban dispuestos y tenían interés en participar en la investigación de modo voluntario. La enfermera responsable de esta unidad, que conocía a la mayoría de los pacientes, resultó un elemento clave para la investigación, al servir de nexo ente los pacientes y la investigadora.

Antes de proceder con la entrevista, a los informantes se les explicaba el objetivo del estudio y la voluntariedad como requisito para participar en él. También se les facilitó un consentimiento informado, que podían revocar en cualquier momento si así lo deseaban, y en el que accedían a participar en la investigación y consentían que se grabara la conversación para su posterior análisis.

Teniendo en cuenta que la recogida de datos mediante entrevista semiestructurada es útil para que el entrevistador obtenga la información pretendida (Merlinsky, 2006; Marí et al., 2010), esta se confeccionó a partir de los intereses informativos del entrevistador tras realizar el estudio cuantitativo, y se realizó un guion previo y flexible, que permitiese a cada mujer y hombre afectados por incontinencia urinaria, que elaborara su propio

discurso atendiendo a su lógica y a su perspectiva de significado del fenómeno a estudio, sin perder de vista los objetivos que se pretendían alcanzar (Trejo Martínez, 2012)

De este modo, elaboramos un guion inicial para las entrevistas piloto, estructurado en cuatro categorías de análisis: a) *la afectación física*, en la que se explora la actividad y reposo, la alimentación y la movilidad; b) *las limitaciones sociales*, entre las que se valorarán las relaciones sociales y los sentimientos que tiene con relación a los demás; c) *afectación emocional*, en esta categoría se indaga sobre su estado de ánimo y sobre los sentimientos que se han producido a raíz de la incontinencia urinaria; d) *medidas de afrontamiento*, que explora cuáles son los mecanismos de defensa que han desarrollado para hacer frente a las restricciones que les causa la incontinencia urinaria. Las sesiones fueron grabadas y posteriormente transcritas para su análisis.

Además de las entrevistas, como método complementario la investigadora utilizó un cuaderno de campo, que sin duda, constituye un instrumento esencial durante la investigación (Gibbs, 2012). Este cuaderno sirve al investigador como complemento en el momento de transcribir las entrevistas, y le permite registrar surgidas durante y después de la entrevista (Kvale, 2011).

Apoyándonos en las investigaciones de Janesick (2000), realizamos entrevistas piloto, a dos mujeres y un hombre con incontinencia urinaria. Ésto se realizó para poner en práctica el guion, valorar las respuestas, las intervenciones de la investigadora, el entorno, etc., así como, para ajustar las intervenciones de mejora y los elementos importantes de análisis en las próximas entrevistas que se realicen.

En cuanto a la transcripción de las entrevistas, se realizó de manera literal, indicando las expresiones significativas, pausas y silencios.

Ante la pregunta del número de personas a entrevistar, se tuvo en cuenta el criterio de saturación, según el cual la investigación alcanza un momento en el que no emergen nuevos datos sobre el fenómeno de estudio (Carrillo Pineda et al., 2011). Este punto se alcanza cuando la información recogida es redundante y no añade datos relevantes en relación a los objetivos de la investigación (Kvale, 2011). Finalmente, la muestra estuvo formada por un total de 33 participantes, siendo 17 mujeres y 16 hombres.

Cabe señalar que se ha tenido que excluir la entrevista eh6. Debido a que presentaba un cuadro depresivo que no estaba generado exclusivamente por la incontinencia, lo que podría causar un sesgo en el estudio.

#### **4.5.6 Análisis del contenido del discurso**

El análisis de contenido comprende un compendio de técnicas sistemáticas, que permiten al investigador analizar, estudiar e interpretar lo que se esconde tras la comunicación escrita, verbal o visual (Andreu, 2002). Este tipo de análisis consigue profundizar en el contenido latente y el contexto social donde tiene lugar el mensaje, permitiendo relacionar mejor los conceptos y comprender mejor los datos (Pérez, 2002).

El análisis de contenido puede realizarse de modo deductivo o inductivo. Entendemos que nuestra investigación, en la que hemos realizado en primer lugar un estudio cuantitativo sobre el fenómeno que venimos abordando, permite que los antecedentes teóricos y empíricos desarrollados, nos acerquen a una cierta comprensión del fenómeno, por lo que resulta más recomendable realizar una aplicación de categorías de modo deductivo (Elo & Kyngas, 2008), que nos permita llegar de lo general al conocimiento del fenómeno en particular, siempre en permanente evaluación y conexión con los modelos teóricos.

En análisis de contenido se ha llevado a cabo mediante tres fases: preparación, organización e informe (Graneheim & Lundman, 2004; Elo et al., 2014; Zhang & Wildemurth, 2009).

Durante la fase de *preparación* se realizó la selección de la muestra, teniendo en cuenta cómo recoger los datos más adecuados para el contenido del análisis.

Asimismo, tras haber recogido el corpus textual, mediante la transcripción de los datos, se procedió a realizar repetidas lecturas y escuchas minuciosas, hasta lograr la familiarización con los datos y la comprensión del sentido general, que nos proporcionaba una visión integral.

A continuación, se identificaron las unidades de análisis, seleccionando cada entrevista como una unidad.

Posteriormente, nos adentramos en la fase de *organización*. Durante esta etapa se llevó a cabo la codificación de los datos en unidades de significado. Este proceso tiene como finalidad la abstracción de los datos, de manera que se revelen significados potenciales y emerjan las ideas. Se procedió a identificar las unidades de significado que surgían de los fragmentos del texto, asignándoles un código que las identificaba.

Conforme se iban revisando los segmentos del texto, se realizaban comparaciones constantes entre las unidades de significado que emergían, de modo que pudieran ser agrupadas y categorizadas cuando compartían naturaleza, significado y características. Después, se otorgaba una etiqueta a la categoría, la cual reflejaba los aspectos comunes, formándose de este modo, los diferentes grupos y subgrupos de significado. En último lugar, tratamos de identificar vínculos entre las distintas categorías.

El análisis fue asistido mediante el paquete informático MAXQDA 12, que nos ha ayudado a organizar, evaluar, interpretar y analizar los datos de forma exhaustiva. Sin embargo, hemos sido conscientes de que es el investigador quien debe tomar las decisiones para categorizar y realizar las inferencias.

Finalmente, nos hallamos en la etapa de *informe*. Tras la obtención de resultados, se han trabajado y desarrollado una serie de conclusiones, las cuales han sido recogidas en un informe, con el propósito de enmarcar las aportaciones que esta investigación ha generado para la práctica asistencial.

### **4.3 Consideraciones éticas**

Para llevar a cabo el estudio se solicitó el permiso a la Comisión de Ética e Investigación del Hospital General Universitario José María Morales Meseguer. Para ello, previamente, la investigadora se reunió con Jefe de servicio de Urología de dicho hospital, con el objeto de presentarle el plan de investigación, adquiriendo su aprobación para realizar el estudio en dicha unidad y obteniendo finalmente el dictamen favorable del Comité de Ética e Investigación Clínica con fecha de 24 de Septiembre de 2014 (Anexo III).

Con el propósito de preservar las condiciones éticas de los participantes, antes de realizar las entrevistas, se les comunicó de forma oral y escrita, la finalidad y los objetivos

del estudio, igualmente, se informó del empleo de una grabadora de audio durante el encuentro. Exponiendo, asimismo, la voluntariedad como requisito para participar y asegurándoles la preservación del anonimato. La información fue transmitida de forma clara y accesible, cerciorándonos de que había sido comprendida.

Tras conceder un tiempo en el que podían reflexionar y consultar sus dudas, si estaban de acuerdo y decidían participar en estudio, se procedía a obtener el consentimiento informado (Anexo IV).

Por otro lado, les aseguramos que sus datos personales estarían protegidos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de datos de Carácter Personal, en la que se recoge que los datos serán almacenados de forma que se restrinja el acceso a ellos, siendo cancelados cuando dejen de ser pertinentes (BOE, 1999).

Finalmente, para mantener la confidencialidad de los participantes, se suprimió cualquier elemento identificativo que hubieran podido mencionar durante el encuentro, otorgando a cada una de las entrevistas un código identificativo, mediante numeración ordinal, según el orden en que habían sido realizadas. Además, se identificaba el sexo del entrevistado, señalando em (entrevista mujer) y eh (entrevista hombre).

## **4.4 Validez y rigor de la investigación**

Para asegurar la validez y rigor en este estudio, se ha trabajado cada enfoque de manera independiente, empleando las técnicas apropiadas para asegurar la calidad en cada metodología.

Atendiendo a esto, se ha empleado el parámetro de validez, para la parte cuantitativa, así como, el de rigor, para la parte cualitativa (Hernández Sampieri et al., 2010).

### **4.4.1 Estudio cuantitativo**

En esta fase, se ha tenido presente que los instrumentos empleados para la recolección de datos, hubieran sido debidamente validados en su versión traducida al

castellano, cumpliendo las propiedades psicométricas de validez, fiabilidad, factibilidad, y poder diagnóstico.

#### **4.4.2 Estudio cualitativo**

Para lograr el rigor metodológico en esta parte del estudio, en la que se busca explorar aspectos subjetivos de la naturaleza humana, se han seguido los criterios de credibilidad, transferabilidad y auditabilidad, que avalúan la calidad científica en estudios cualitativos (Salgado Lévano, 2007; Arias y Giraldo, 2011; Morse et al., 2002).

La credibilidad hace referencia a cómo los resultados obtenidos en la investigación son verdaderos o reales para las personas que han experimentado el fenómeno estudiado, así como, para los profesionales que son sensibles a esta temática, es decir, aquellos que han estado en contacto con el fenómeno (Noreña et al., 2012; Sánchez Castro y Salamanca Castro, 2013). Este criterio se ha alcanzado por medio de la corroboración de los datos obtenidos mediante una asesora experta en el fenómeno.

El siguiente elemento de rigor metodológico que hemos tenido en cuenta es la transferabilidad, también conocida como aplicabilidad. La cual alude a la posibilidad de transferir los resultados a otras poblaciones (Cornejo y Salas, 2011). Aquí, es de suma importancia señalar que no se trata de generalizar, como es el caso de la investigación cuantitativa, si no de trasladar los resultados obtenidos a otros contextos, siempre que haya similitud entre ellos (Castillo y Vásquez, 2003). Para asegurar este criterio, hemos realizado una descripción detallada del contexto en el que se realiza el estudio y de los individuos que han participado en él.

La auditabilidad, también llamada confirmabilidad o neutralidad, es entendida como la posibilidad de que otro investigador pueda seguir el camino que hemos realizado en nuestro estudio. De forma que, mediante el examen de los datos, extraiga unas conclusiones iguales o similares a las nuestras (Parra Domínguez y Briceño Rodríguez, 2013; Guba y Lincoln, 1981). Asimismo, hay que destacar que también engloba la garantía de que las descripciones realizadas por los informantes son verdaderas (Noreña et al., 2012). Para lograr este criterio, se ha solicitado la implicación de un investigador externo, con el objeto de que revisara los hallazgos obtenidos. Por otro lado, se han realizado las transcripciones de las entrevistas de forma textual, revisándolas

reiteradamente hasta comprobar que estaban libres de errores. Además, se ha elaborado una documentación detallada de las decisiones e ideas que iban emergiendo durante el análisis, por medio de memorandos. En cuanto a los resultados obtenidos, se han efectuado diversos contrastes con la literatura existente.

Conjuntamente, como estrategia de verificación, se ha recurrido a la saturación teórica, la cual se ha alcanzado mediante la aparición de redundancia, es decir, tras no emerger nueva información entre los participantes (Morse et al., 2002).

5.

**R**ESULTADOS



## 5.1 Resultados del estudio cuantitativo

La muestra final del estudio se ha constituido con 151 pacientes de los cuales 50 (33,1%) son hombres y 101 (66,9%) mujeres. La edad osciló entre los 28 y 83 años con un promedio de 57,1 años (DT=12,5). Por tipo de IU, en los gráficos 1 y 2, se observa que el más frecuente fue la IUE con un 56% de casos en los hombres, frente al 52,5 % en las mujeres.

Gráfico 1: Tipos de IU hombres.

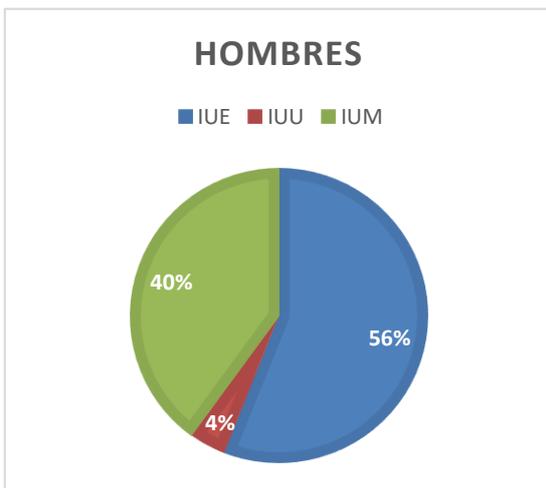
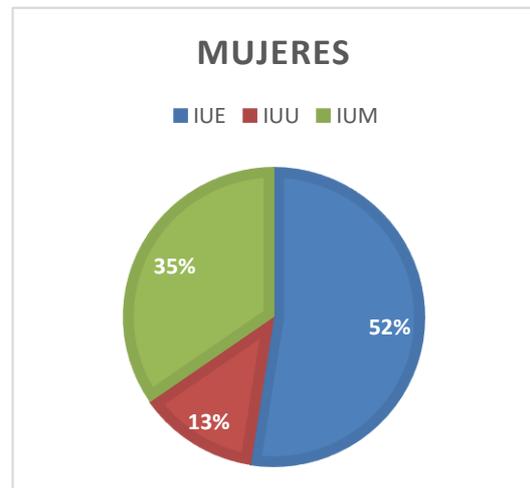


Gráfico 2: Tipos de IU mujeres.



En la tabla 11, se muestra el descriptivo de las variables consideradas en función del género. La edad de los hombres fue significativamente superior a la de las mujeres ( $t(149) = 3,68, p < 0,001$ ). No se observan diferencias significativas en el resto de variables entre hombres y mujeres: población ( $\chi^2(1) = 0,23, p = 0,634$ ), trabajo ( $\chi^2(1) = 3,59, p = 0,058$ ) y tipo IU ( $\chi^2(2) = 2,99, p = 0,224$ ).

Tabla 11: Descriptivo variables demográficas y clínicas según el sexo.

	Hombre (n=50)	Mujer (n=101)	p-valor
Edad, media(DT) <sup>†</sup>	63 (11,3)	55,4 (12,3)	<0,001
Población, n (%) <sup>‡</sup>			0,634
Urbana	44 (88%)	86 (85,1%)	
Rural	6 (12%)	15 (14,9%)	
Trabajo, n (%) <sup>‡</sup>			0,058
No	27 (54,0%)	41 (40,6%)	
Sí	23 (46,0%)	60 (59,4%)	
Paridad, n (%)			-
No	-	6 (5,9)	
Sí	-	95 (94,1)	
Cirugía prostática, n (%)			-
No	8 (16,0%)	-	
Sí	42 (84,0%)	-	
Tipo IU, n (%) <sup>‡</sup>			0,224
IUE	28 (56,0%)	53 (52,5%)	
IUM	20 (40,0%)	35 (34,6%)	
IUU	2 (4,0%)	13 (12,9%)	

† Prueba t-Student. ‡ Prueba Chi-cuadrado.

El ICIQ-SF mostró diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, de forma que la puntuación de los hombres fue significativamente superior a las mujeres. Con respecto al I-QOL, **no se observaron diferencias estadísticamente significativas** en la puntuación total así como en las dimensiones entre hombres y mujeres (tabla 12).

Tabla 12: Puntuación en las escalas ICIQ-SF y I-QOL según el sexo.

	Hombre (n=50) Mediana; RI	Mujer (n=101) Mediana; RI	U de Mann-Whitney		
			U	z	p-valor
<b>ICIQ-SF</b>	<b>14; 10-16</b>	<b>10; 7-13</b>	<b>1.679,5</b>	<b>-3,35</b>	<b>0,001</b>
<b>I-QOL</b>	51; 41,9-62,9	46,7; 34,3-64,8	2.301,5	-0,88	0,377
<b>LA</b>	52,5; 42,5-65	50; 32,5-67,5	2.425,5	-0,39	0,694
<b>EP</b>	42,5; 30-52,5	37,5; 25-55	2.187,0	-1,34	0,181
<b>SV</b>	80; 70-95	75; 55-100	2.304,0	-0,88	0,381

RI: rango intercuartílico. LA: limitación de la actividad. EP: efecto psicosocial. VS: vergüenza social.

En la tabla 13, se muestra el resultado de la comparación de las puntuaciones en las escalas según el tipo de IU de los pacientes. La ICIQ-SF no mostró diferencias estadísticamente significativas en función del tipo de IU. Es en la escala I-QOL y sus dimensiones donde se observaron diferencias significativas en función del tipo de IU del paciente.

Tabla 13: Puntuación en las escalas ICIQ-SF y I-QOL según tipo IU.

	IUE (n=81)	IUU (n=55)	IUM (n=15)	Kruskal-Wallis	
	Mediana; RI	Mediana; RI	Mediana; RI	$\chi^2$ (g.l.=2)	p-valor
<b>ICIQ-SF</b>	10; 7-14	11; 8-14	12; 8-15	3,28	0,194
<b>I-QOL</b>	41,9; 33,3-55,2	60; 46,7-69,5	58,1; 42,9-72,4	21,61	<b>&lt;0,001</b>
<b>LA</b>	45; 32,5-55	67,5; 50-70	62,5; 47,5-75	27,55	<b>&lt;0,001</b>
<b>EP</b>	32,5; 25-47,5	42,5; 32,5-70	47,5; 27,5-62,5	12,79	<b>0,002</b>
<b>VS</b>	75; 50-90	90; 60-110	90; 70-105	12,22	<b>0,002</b>

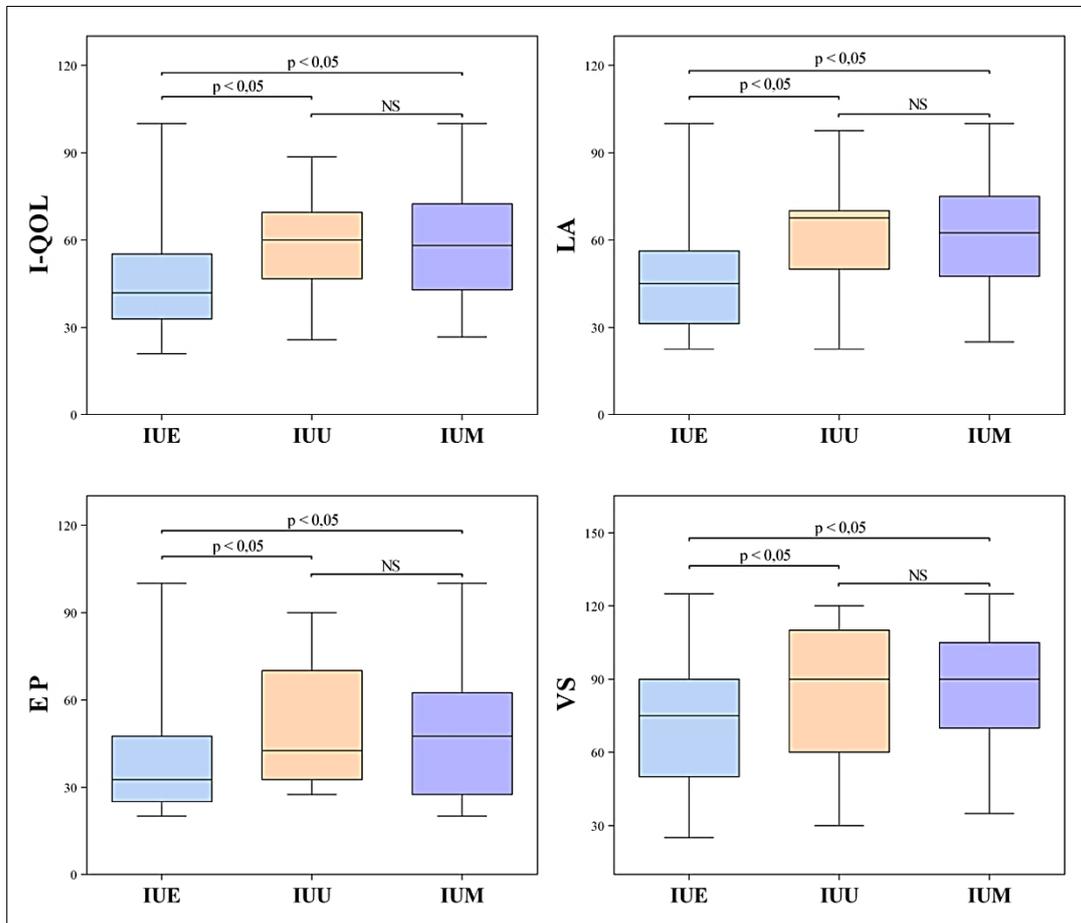
RI: rango intercuartílico. LA: limitación de la actividad. EP: efecto psicosocial. VS: vergüenza social.

En el gráfico 3, se muestra el resultado de las comparaciones dos a dos realizadas con la prueba U de Mann-Whitney para determinar entre qué tipos de IU se dieron las diferencias.

Así, encontramos que los tipos que más repercuten en la calidad de vida son la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta, aunque en menor medida.

La incontinencia urinaria de urgencia fue la responsable de las puntuaciones más elevadas en la limitación de la actividad física y en la puntuación total; sin embargo, en el efecto psicosocial repercutió en mayor medida la incontinencia urinaria mixta. Ambos tipos causaron influencia por igual en la subescala de vergüenza social.

**Gráfico 3: Repercusión en la calidad de vida global, física, emocional y social según los tipos de IU.**



Una vez comprobada la existencia de diferencias significativas en las dimensiones del I-QOL, se realizaron las comparaciones de las puntuaciones en cada uno de los ítems que forman cada dimensión (tablas 14-16).

**Tabla 14: Puntuación en ítems dimensión LA según tipo IU.**

Ítems	IUE (n=81)	IUU (n=55)	IUM (n=15)	Kruskal-Wallis	
	Mediana; RI	Mediana; RI	Mediana; RI	$\chi^2$ (g.l.=2)	p-valor
¿Le preocupa llegar al servicio a tiempo?	2; 1-3 a	4; 3-5 b	4; 2-5 b	37,20	<0,001
¿Le preocupa toser o estornudar?	3; 2-4 a	4; 2-4 a	1; 1-3 b	16,15	<0,001
¿Tiene que tener cuidado al ponerse de pie cuando está sentada/o?	2; 1-3 a	1; 1-1 b	3; 2-4 a	21,63	<0,001
¿Le preocupa saber dónde están los servicios en un lugar nuevo?	2; 1-3 a	4; 2-5 b	4; 2-5 b	23,46	<0,001
¿Es importante desplazarse con frecuencia al servicio?	2; 1-3 a	4; 2-5 b	3; 2-4 b	18,26	<0,001
Debido a la incontinencia, ¿tiene que planear cada detalle con antelación?	2; 1-3 a	4; 2-4 b	3; 1-4 b	9,85	0,007
¿Tiene problemas para tener un buen sueño nocturno?	1; 1-2 a	5; 2-5 b	3; 2-4 b	37,86	<0,001
¿Tiene que tener cuidado con lo que bebe?	2; 1-3 a	3; 2-5 b	3; 1-4 b	7,87	0,020

RI: rango intercuartílico. a-b: Prueba U-Mann-Whitney entre tipos IU. En la misma línea diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel  $p < 0,05$ .

Tabla 15: Puntuación en ítems dimensión EP según tipo IU.

Ítems	IUE (n=81)	IUU (n=55)	IUM (n=15)	Kruskal-Wallis	
	Mediana; RI	Mediana; RI	Mediana; RI	$\chi^2$ (g.l.=2)	p-valor
¿Se siente deprimida/o?	2; 1-2	2; 1-3	2; 1-3	4,66	0,097
¿Siente que no tiene libertad para estar fuera de casa durante mucho tiempo?	2; 1-3 a	4; 2-5 b	3; 2-4 b	17,77	<0,001
¿Se siente frustrada/o por qué la incontinencia le impide hacer lo que quiere?	1; 1-3 a	2; 2-4 b	3; 1-4 b	13,60	0,001
¿Tiene siempre presente la incontinencia?	2; 1-3	2; 1-4	2; 2-4	5,68	0,058
¿Le hace sentir que no tiene una buena salud?	1; 1-2	1; 1-4	2; 1-3	4,08	0,130
¿Le hace sentir desvalida/o?	1; 1-2	2; 1-2	2; 1-3	3,42	0,181
¿Disfruta menos de la vida debido a la incontinencia?	2; 1-2	2; 1-4	2; 1-3	6,49	0,058
¿Limita la incontinencia la variedad de su vestuario?	1; 1-2	2; 1-3	2; 1-4	6,07	0,069

RI: rango intercuartílico. a-b: Prueba U-Mann-Whitney entre tipos IU. En la misma línea diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel  $p < 0,05$ .

Tabla 16: Puntuación en ítems dimensión VS según tipo IU.

Ítems	IUE (n=81)	IUU (n=55)	IUM (n=15)	Kruskal-Wallis	
	Mediana; RI	Mediana; RI	Mediana; RI	$\chi^2$ (g.l.=2)	p-valor
¿Le preocupa que los demás noten que huele a orina?	3; 2-5 a	4; 2-5 b	4; 3-5 b	6,64	<b>0,036</b>
¿Le preocupa que su incontinencia empeore con los años?	3; 2-5	3; 2-5	4; 3-5	4,48	0,107
¿Le preocupa tener una situación de vergüenza o humillación por la incontinencia?	2; 1-4 a	4; 2-5 b	3; 2-4 b	6,77	<b>0,034</b>
¿Le preocupa tener pérdidas de orina?	3; 2-4	4; 2-5	4; 3-5	5,70	0,058
¿Siente que no tiene control sobre tu vejiga?	2; 1-3 a	3; 2-4 b	3; 2-4 b	11,90	<b>0,003</b>

RI: rango intercuartílico. a-b: Prueba U-Mann-Whitney entre tipos IU. En la misma línea diferentes letras indican diferencias estadísticamente significativas a nivel  $p < 0,05$ .

Los ítems que han obtenido relevancia significativa en cada subcategoría del cuestionario I-QOL, generando mayor afectación en la calidad de vida para los tipos de incontinencia de urgencia y mixta, han sido: Todas las preguntas de la subcategoría de limitación de la actividad, produciéndose preocupación por llegar a tiempo al servicio y por saber dónde están los aseos en lugares nuevos, por toser o estornudar, al ponerse en pie, teniendo que desplazarse con frecuencia al baño y planear cada detalle con antelación, asimismo, presentan problemas para tener un buen sueño nocturno y han de tener cuidado con los líquidos que ingieren; en la subescala de efecto psicosocial, destacan significativamente dos preguntas, causando frustración, porque este problema les impide hacer lo que les apetece y coartando su libertad para estar fuera durante un largo periodo de tiempo; en la última subcategoría, vergüenza social, se han visto afectados tres ítems, presentando sentimientos de no tener el control sobre su vejiga y desencadenando preocupación porque los demás noten olor a orina o por la posibilidad de tener una situación humillante frente a alguien, a causa de un escape.

Por tanto, se puede concluir este punto, estableciendo que la incontinencia urinaria de urgencia y la incontinencia urinaria mixta afectan la calidad de vida, causando fundamentalmente restricción y limitación en las actividades diarias.

Para determinar la influencia de la edad sobre la puntuación en las escalas se ha realizado el análisis de correlación de Spearman ( $r_s$ ) entre las variables (tabla 17). La edad correlaciona positiva y significativamente con el ICIQ-SF ( $r = 0,176$ ,  $p = 0,031$ ) de forma que a mayor edad mayor puntuación en ICIQ-SF, es decir, la incontinencia se presenta con una severidad superior. Con respecto al I-QOL, no se observó relación significativa entre la edad y la puntuación entre la escala y sus dimensiones, con lo que la edad no está relacionada con la percepción de la afectación en la calidad de vida.

**Tabla 17: Correlaciones entre la edad y las escalas.**

		ICIQ-SF	I-QOL	I-QOL LA	I-QOL EP	I-QOL VS
<b>Edad</b>	$r_s$	0,176	-0,004	-0,028	0,016	-0,025
	p-valor	<b>0,031</b>	0,964	0,734	0,843	0,761

## 5.2 Resultados del estudio cualitativo

### 5.2.1 Unidades de Significado

Tras el análisis de contenido, han emergido 45 unidades de significado, a las que se les ha asignado un código que los representa. Dichos códigos se muestran a continuación en la tabla 18.

**Tabla 18: Unidades de Significado.**

UNIDADES DE SIGNIFICADO			
Ciclo reproductivo	Burlas	Preocupación	Planificación de visitas al servicio
Edad	Previsión del problema	Preocupación por el futuro	Modificación del vestuario
Asimilación con el rol femenino	Juicios de valor o falta de empatía	Vergüenza	Restricción hídrica
Normalización IU por el profesional sanitario	Incapacidad para realizar actividades cotidianas	Ejercicio	Localizar el baño
Percepción como algo femenino	Viajar	Tristeza/Depresión	Posturas corporales
Mujeres en la misma situación	Trabajar	Miedo	Evitar reírse
Hombres en la misma situación	Sueño	Rabia/Ira	Uso de absorbentes
Familia cercana	Aislamiento	Frustración	Incomodidad de los absorbentes
Amigas	Olor	Ansiedad	Seguridad en el material absorbente
Amigos en general	Vivencias desagradables	Sentirse como un anciano	Duchas y aseos frecuentes
No comunicarlo a nadie	Orinar en lugares inapropiados	Pérdida de la identidad masculina	Portar útiles para asearse y cambiarse fuera

## 5.2.2 Grupos de significado

Las unidades de significado expuestas anteriormente, se han clasificado en diferentes grupos de significado o categorías. A su vez, cada categoría engloba una serie de subcategorías.

El desglose de los grupos de significado en unidades se halla representado en la tabla 19.

Tabla 19: categorías y subcategorías

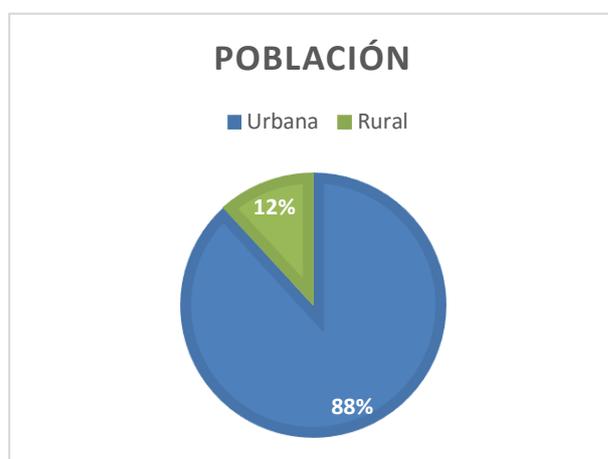
GRUPOS Y SUBGRUPOS DE SIGNIFICADO	UNIDADES DE SIGNIFICADO	
	Mujeres	Hombres
<b>Normalización de la incontinencia urinaria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con el sexo femenino</li> <li>- Edad</li> <li>- Ciclo reproductivo</li> <li>- Rol femenino</li> <li>- Normalización de la IU por el médico</li> <li>- Previsión del problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Con el sexo femenino</li> <li>- Edad</li> </ul>
<b>Comunicación del problema como forma de apoyo social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicación en femenino</li> <li>- Comunicar a amigas</li> <li>- Comunicar a familiares</li> <li>- Juicios de valor y falta de empatía</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicar a amigos en general</li> <li>- Comunicar a amigos en su misma situación</li> <li>- Comunicarlo a familiares</li> <li>- Ocultar el problema</li> <li>- Burlas</li> </ul>

<b>Consecuencias de la Incontinencia urinaria</b>	<b>Sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Olor</li> <li>- Vivencia desagradable</li> <li>- Orinar en lugares inapropiados</li> <li>- Preocupaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aislamiento</li> <li>- Olor</li> <li>- Vivencia desagradable</li> <li>- Orinar en lugares inapropiados</li> <li>- Preocupaciones</li> </ul>
	<b>Emocionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergüenza</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Miedo</li> <li>- Impotencia</li> <li>- Frustración</li> <li>- Sentimientos de vejez</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vergüenza</li> <li>- Rabia e ira</li> <li>- Tristeza</li> <li>- Miedo</li> <li>- Impotencia</li> <li>- Frustración</li> <li>- Sentimientos de pérdida de identidad masculinidad</li> </ul>
	<b>Físicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo remunerado</li> <li>- Tareas cotidianas</li> <li>- Sueño</li> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Viajar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo remunerado</li> <li>- Tareas cotidianas</li> <li>- Sueño</li> <li>- Ejercicio físico</li> <li>- Viajar</li> </ul>
<b>Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Autocuidados para prevenir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizar el wc</li> <li>- Reducir la ingesta de líquidos</li> <li>- Planificar visitas al wc</li> <li>- Modificar el vestuario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Localizar el wc</li> <li>- Reducir la ingesta de líquidos</li> <li>- Planificar visitas al wc</li> <li>- Modificar el vestuario</li> </ul>
	<b>Autocuidados para paliar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absorbentes</li> <li>- Modificar el vestuario</li> <li>- Duchas/aseos frecuentes</li> <li>- Portar útiles para asearse fuera</li> <li>- Posturas concretas</li> <li>- Asiento especial coche</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absorbentes</li> <li>- Modificar el vestuario</li> <li>- Duchas/aseos frecuentes</li> <li>- Portar útiles para asearse fuera</li> </ul>

### 5.2.3 Perfil sociodemográfico de las Mujeres

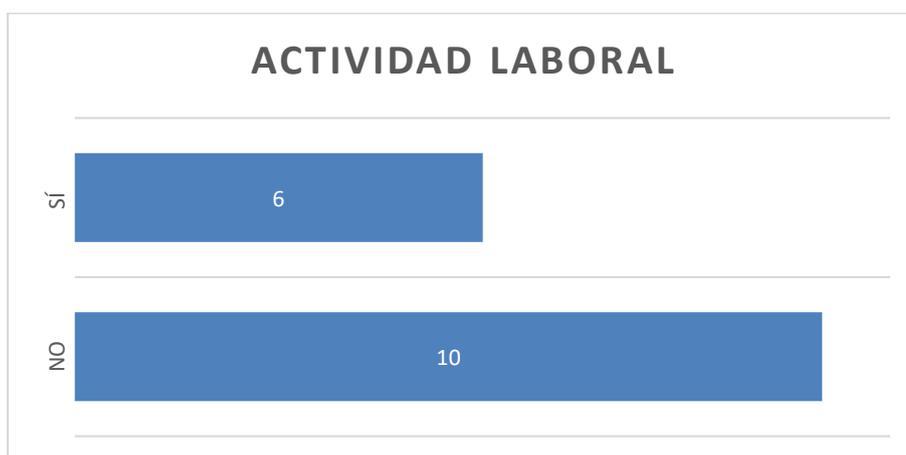
La mayor parte de la población estudiada, aproximadamente el 88%, reside en áreas urbanas de la Región de Murcia.

Gráfico 4: Zona de residencia.



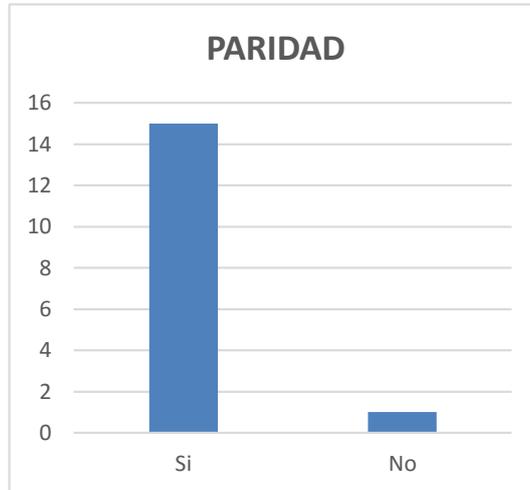
Una gran mayoría de mujeres (10) carecen de actividad remunerada, dedicándose exclusivamente a las actividades del hogar.

Gráfico 5: Actividad laboral de las mujeres.



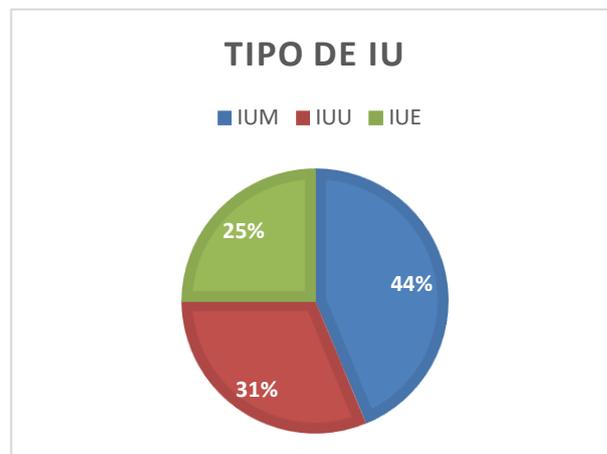
Respecto a la paridad, tan solo una de las entrevistadas fue nulípara, frente a 15 que sí habían tenido descendencia.

Gráfico 6: Paridad de las entrevistadas.



El tipo predominante de incontinencia urinaria para las mujeres ha sido la incontinencia urinaria mixta, seguida de la incontinencia de urgencia y en último lugar, la de esfuerzo.

Gráfico 7: Tipología de la incontinencia urinaria.



A continuación, en la tabla 20, se detalla toda la información relevante para cada una de las participantes femeninas. Encontrándose los datos del perfil demográfico, así como, las puntuaciones obtenidas en el cuestionario ICIQ-SF, que nos informan sobre la severidad de la IU, valorada mediante la cantidad y la frecuencia de las pérdidas, además, se recoge su autopercepción en cuanto a la afectación que sufren en su calidad de vida, evaluada con una puntuación que oscila entre 0 (nada de afectación) y 10 (la peor afectación posible).

**Tabla 20: Perfil sociodemográfico e ICIQ-SF de las mujeres.**

	Edad	Calidad de vida	Paridad	Población	Actividad laboral	Tipo IU	Frecuencia de las pérdidas	Cantidad de las pérdidas
<b>Em1</b>	67	10	Sí	Urbana	No	IUU	Continuamente	Mucha
<b>Em4</b>	58	10	Sí	Urbana	Sí	IUU	Un vez al día	Moderada
<b>Em5</b>	65	6	Sí	Urbana	No	IUM	2-3 veces por semana	Poca
<b>Em8</b>	56	7	Sí	Urbana	Sí	IUU	2-3 veces por semana	Moderada
<b>Em9</b>	74	4	Sí	Rural	No	IUU	Un vez al día	Moderada
<b>Em10</b>	42	10	Sí	Urbana	Sí	IUM	Varias veces al día	Moderada
<b>Em13</b>	47	8	Sí	Urbana	Sí	IUM	Un vez al día	Mucha
<b>Em14</b>	45	8	Sí	Urbana	Sí	IUM	Varias veces al día	Poca
<b>Em15</b>	35	10	No	Urbana	Sí	IUM	Varias veces al día	Mucha
<b>Em16</b>	67	5	Sí	Rural	No	IUE	2-3 veces por semana	Poca
<b>Em19</b>	39	8	Sí	Urbana	No	IUE	2-3 veces por semana	Poca
<b>Em20</b>	67	10	Sí	Urbana	No	IUM	Varias veces al día	Moderada
<b>Em21</b>	69	10	Sí	Urbana	No	IUU	Varias veces al día	Moderada
<b>Em24</b>	70	8	Sí	Urbana	No	IUM	Varias veces al día	Moderada
<b>Em25</b>	71	9	Sí	Urbana	No	IUE	Varias veces al día	Mucha
<b>Em28</b>	40	10	Sí	Urbana	Sí	IUM	Varias veces al día	Mucha
<b>Em29</b>	65	8	Sí	Urbana	No	IUU	Varias veces al día	Mucha

## 5.2.4 Categorización de los resultados de las Mujeres

### 5.2.4.1 Normalización de la incontinencia urinaria

#### Las mujeres normalizan su situación

Las propias mujeres que sufren incontinencia urinaria tienden a normalizar su situación de incontinencia debido a la **edad**.

- *Luego a luego todas las que nos juntamos somos de la misma edad y a casi todos le pasa, pues no me da eso, porque si se dijera que me pasa a mi sola... pues ya me daría un poco, pero como es normal en todas. (em9)*
- *No me he obsesionado, también más o menos por la edad, que ya tengo 67 y voy para los 68 y lógico es que se me escape algo, más bien por la edad ya... (...) porque ya te digo que he oído a mucha gente y dice lo mismo, esto seguramente es normal a partir de cierta edad. (em16)*
- *Son cosas de la naturaleza, que conforme vas siendo mayor van saliendo cada vez más cositas y lo que sale se queda, no se va. (em25)*

Así mismo, otras mujeres consideran la IU como un problema común en las mujeres y derivado del **proceso reproductivo**.

- *Esto es un problema que tengo, yo lo relaciono con los abortos, con los partos. De la pérdida de músculo. (...) Todas las cosas que he hecho pues tas son las consecuencias. (em10)*
- *Si es normal porque he tenido dos embarazos muy seguidos y el último, que fue cuando me ha pasado, pesó mucho. (em19)*
- *Si porque eso fue un desgarre que me hice cuando tuve a mi hijo, entonces no me pilló por sorpresa. (em25)*
- *Puede ser por los ocho partos que he tenido. (em29)*

Al considerarlo consecuencia del proceso reproductivo se transforma en algo inherente al **rol femenino**, produciéndose una asimilación y adaptación al problema por parte de las mujeres.

- *Y hoy todo el mundo está adelantado y sabe todo de la vida, no hay que dar explicaciones, se lo saben todo. Está mi hijo conmigo, se lo saben todo de las mujeres, luego a luego más que yo (em9)*

Esta asimilación de la incontinencia urinaria desencadena en las mujeres una **previsión del problema**, generando la concepción de que era algo que podía llegar a ocurrirles, debido a que lo han estado viendo constantemente en su entorno.

- *Cuando somos mayores es raro al que no le pasa. (em5)*
- *Lo pensé, mis hermanas que son más jóvenes que yo y llegan a tener. (...) A mí no me pilló por sorpresa. (em9)*

### **Experiencia de las mujeres con los profesionales de la salud respecto a su IU**

Las mujeres con incontinencia urinaria han acudido a profesionales médicos en busca de una solución a su problema. Sin embargo, estos profesionales no le dieron la debida importancia y normalizaron la incontinencia por su edad y los antecedentes ginecológicos, en lugar de resolver este problema de salud.

- *Fui al ginecólogo al centro de salud y me dijo que eso no tenía importancia. (...) si he ido dos veces, pero el médico no le ha dado importancia. (...) y así estoy mucho tiempo, pero eso los médicos pues... llevo muchas veces de ir, pero claro cada uno opina de una manera, que eso es normal, que eso es de la edad y de los partos. (em24)*
- *Me dijo el médico que si no era mucho que me aguantara porque era mayor. (...) cuando cumplí los 40 años fui al médico para que me corrigieran este defecto pero me dijeron que como no era mucho que aguantara un poco, un poco que luego ya fue horroroso. (em25)*

En este caso concreto, la narradora refiere que la enfermera había percibido su IU como severa durante la prueba de IU de esfuerzo en la que se le solicitó que tosiera. Sin embargo, el médico no aportando solución derivando en un problema de mayor envergadura.

Por otro lado, se ha dado el caso de una mujer a la que la derivan, en el centro de Salud, a su gimnasio, para que se encarguen allí de explicarle y mandarle una rutina de ejercicios de kegel.

- *En mi centro de salud me mandaron al gimnasio para que me pusieran los ejercicios del suelo pélvico allí. (em29)*

En el único caso en que el médico ofreció una solución, esta solamente fue paliativa, en lugar de resolver el problema de salud.

- *Yo le conté lo que me pasaba y entonces me recetaron los pañales, me dijo "no te gastes dinero habiendo esto que te lo paga el seguro de enfermedad". (em28)*

#### **5.2.4.2 Comunicación del problema como forma de apoyo social**

##### **Compartir experiencias con mujeres en la misma situación**

Las mujeres comparten su problema, especialmente entre mujeres en la misma situación, buscando una mayor comprensión y apoyo.

- *Con una vecina que dice que está como yo. (...) Lo hablamos y como veo que no soy yo sola me siento mejor, sabes... mal de muchos, consuelo de tontos. (em1)*
- *En el medio que me rodeo saben lo que me pasa, bueno y además ellas tienen el mismo problema. (em14)*
- *Tengo una amiga a la que le pasa lo mismo, son cosas que hemos hablado. Además ella va al médico ahora también a que la vea. (...) Me he desahogado con ella, sabía que iba a entenderme. (em28)*

## Comunicación con familiares cercanos y amigas

Por otro lado, las entrevistadas también expresan su condición con los familiares más allegados, como las hijas y con sus amigas.

- *Pues con mis amigas más allegadas, porque yo también comprendo que esto es algo que es incómodo, pues por el hecho de ser orina. (em4)*
- *Lo sabe solo la familia. (em5)*
- *Pues la verdad es que echo en falta a alguien para hablar... porque mis hermanas no viven en el pueblo...y hay cositas que a lo mejor aunque sean cuñadas pero te da apuro. Y tengo hijos, de 11 y 13 años, pero son nenes y no lo vas a hablar con ellos...pienso yo, a lo mejor me equivoco, pero yo creo que no debería de...(em13)*
- *Pues sí que lo he comentado con vecinas, con gente que eso...lo que pasa que tampoco es agradable, pero tengo amigas, y sí, lo hablamos. (em21)*

Prefieren expresarse con personas de su mismo sexo, en busca de una mayor comprensión por tratarse de un problema que consideran femenino, excluyendo en ocasiones a sus familiares más cercanos debido a su pertenencia al sexo masculino.

Algunas de las informantes, comentan con énfasis en su discurso, que reducen al máximo el número de personas que conocen su problema de salud, atendiendo según refieren, a que sienten vergüenza y miedo a ser señaladas en la sociedad. Esto les lleva a limitar su círculo de apoyo para prevenir la estigmatización.

- *No no, no...no me gusta contarlo, que no lo he contado, lo saben mis hijos, no soy yo de esas que comentan y luego la otra comenta y se llena el pueblo, no no, lo llevo en secreto. (em20)*
- *El único que lo sabe es mi marido, yo con la gente no comento nada, la única es mi hija y mi marido. Yo con gente forastera no comento. (em29)*

Si bien, estas mujeres prefieren utilizar como factor protector la familia más allegada y sus amigas más íntimas, ocurre según comentan algunas informantes en su discurso con tristeza, que son varias las ocasiones en las que no se sienten comprendidas en cuanto al proceso de su enfermedad. Manifiestan recibir alguna vez de sus familiares frases de **juicio de valor** o **falta de empatía**. Algunas informantes decían al respecto:

- *Si me llegase a manchar con la regla no me daría tanta vergüenza porque a todas nos viene la regla y se puede escapar, pero la orina no. Si me dice mi compañera, oye mira que te has manchado... pero te dice, oye mira que te has orinado estando despierta... (em10)*
- *En mi casa, si tengo que estar durmiendo en la cama de mi hermano, enseguida corriendo está diciéndole a mi madre: ¡¡¡ponme la sabana!!! Y ni que yo tuviera la peste, pero...(em15)*
- *Hombre también me molesta que dice mi hijo: ¡pues orinas más que las merlas!, ¡siempre estás en el aseo! (...) Claro los comentarios...: ¡pues orinas más que las merlas!... y que voy a hacer ... (em21)*
- *Decían: ¿ya te orinas? Y yo les decía: pues tú, que no te veas en mi lugar. (em29)*

### 5.2.4.3 Limitaciones sociales

#### Aislamiento

Observamos como la gran mayoría de las entrevistadas, manifiestan que prefieren no alejarse de su domicilio para mantenerse en la seguridad de su hogar, de esta forma consiguen salvaguardar los inconvenientes y situaciones embarazosas que les ocasiona la problemática que sufren. Esta situación no está exenta de ciertos sentimientos expresados con importante carga emocional por las entrevistadas, tales que miedo, preocupación e incluso enfado por la situación, tal y como se puede inferir en los siguientes discursos:

- *Salir fuera de casa me da miedo. (em15)*
- *Pues prefiero no salir, si estoy como si estuviera aislada, que no tengo ganas de salir a ningún lado. (...) ya te digo que voy a pocos sitios, ni voy al cine, ni voy al baile... voy a pocos sitios. (em20)*
- *Yo ya estoy aburrida, no soy mujer, no puedo ni salir dos horas de mi casa. (em21)*
- *Yo creo que estoy acostumbrada a no salir, que no tengo muchas ganas de salir porque iba quedándome en casa...quedándome en casa...y ahora igual. Que mi marido algunas veces ha dicho de salir de viaje y vivo para quedarme allí en el hotel encerrada, me quedo en mi casa. (...) Así en ese plan no se puede ir a ningún sitio. (em25)*
- *Me invita la gente a algún sitio y yo no puedo ir a ningún sitio. (em29)*

Cabe destacar en los siguientes discursos, como el aislamiento social se manifiesta no sólo en dejar de realizar las actividades que antes hacían (baile, cine, viajar, etc.), sino también en el hecho de evitar la interacción con otras personas, es decir, retrayéndose.

- *La gente me saludaba y yo me hacía la tonta y pasaba de largo...* (em1)
- *Me pongo más retirada por si huele.* (em10)
- *Procuré sentarme a solas con mi marido en los asientos de tres personas.* (em14)

Llama la atención durante el análisis de los datos, el énfasis y la carga emocional en las palabras de aquellas mujeres, que manifiestan su miedo y vergüenza frente a un hecho, como es el **olor** que puede causar la orina. Especialmente porque es un elemento clave según refieren, que señala su situación de incontinente y que puede hacer que los demás la juzguen.

- *Me pongo más retirada por si huele, el olor de orines... (...) Sí, mi obsesión es esa, huele a orina, huele a orina. Por ejemplo, si no he llevado compresa y se me ha escapado se seca pero el olor sigue ahí, pasa y se huele, te sientas y se huele.* (em10)
- *Algunas veces se lo comento a mi marido y dice eso es manía, no es manía, no porque se huele. Porque yo en casa me pongo las típicas mallas esas que son de goma, que no llevan cremallera ni nada y muchas veces la dejo en el barreño antes de meterla a la lavadora con la ropa porque me da apuro, es que huele. (...) Muchas veces dices: ay madre mía ¿te estarán oliendo?, lo sabrán, no lo sabrán.* (em13)
- *Hombre eso sí me preocupa, de eso hay que preocuparse un poco, que a veces orinas más fuerte que otras veces y la verdad que... (...) me ha dado eso.... porque si lo huelo yo el que está a mi lado tiene que olerlo igual.* (em16)
- *por el olor, porque como tomamos tanta medicación, la orina huele fuerte, me preocupa que se note...*(em24)
- *Es que huele, claro que te preocupa, a lo mejor te agachas para coger algo y notas ¡uy! ¡Jolín! ¡pero que estoy oliendo!... eso sí que preocupa bastante* (em28)
- *Pues me preocupa el olor pero por esa parte... tengo manía con la olor...pero yo olor no llevo, yo digo señor ¿llevaré olor? Pero es manía mía ya, que yo tengo.* (em29)

Las **vivencias desagradables** que experimentan estas mujeres debido a la incontinencia urinaria que padecen, resulta otro elemento importante a resaltar en nuestro análisis, para conocer mejor el fenómeno que nos ocupa.

- *En la comunión de mi nieto, que estaba un poco retirado el aseo y como yo no puedo andar muy bien pues no me dio tiempo. (...) Es que no me dio tiempo a bajarme el pantalón. (em1)*
- *Iba con ropa normal, estaba con los críos y se pusieron a pelearse, unos críos de 8 o 10 años, y yo por apartarlos...cuando “fuaaaas”, menos mal que llevaba un pantalón negro y creo que nadie se dio cuenta... (...) Otra vez me pasó, que estaba haciendo un trabajo en el ordenador y atendiendo a gente, y no me moví hasta que la gente no se fue, cerré la puerta y me fui, limpiando silla, limpiando todo... es un fastidio. Pero tampoco se dieron cuenta porque no me levanté hasta que estuve sola, se me hizo el rato eterno tratando de disimular. (em14)*
- *Sí, yo que estoy con mi pareja y... que él ya se lo toma... pero es que no puede ni hacerme reír, se lo digo y digo: ¡si ya sabes lo que me pasa!. Porque es que hasta delante suyo me pasa, y yo me siento mal, a ver, que no pueda moverme y que delante suya me haga encima...(em15)*
- *ya le digo, que vinimos al urólogo y no quería irme porque estaba mi marido solo en la sala de espera, y no oye, por si le nombran y me aguante un poco, cuando salí que fui al aseo ya iba mojada ..(...) yo me sentía muy mal, porque digo se habrá notado?, habrán notado el olor?, lo habrá notado la gente? ... (em24)*
- *Una vez que estaba jugando con mi hija al baloncesto en el polideportivo, tuve que coger la bici y salir corriendo como las balas, me faltaban piernas. Para colmo iba a pararme una pero le tuve que decir a lo lejos: “luego te cuento”... (em28)*

Entre las vivencias desagradables que han de soportar destaca el **tener que orinar en lugares inapropiados**, con el fin de evitar una situación mucho peor, como sería el mojarse la ropa, lo que supondría que su problema quedaría expuesto en público de una forma muy evidente.

- *Hay momentos de parar el coche en la carretera y orinar detrás del coche, tú te crees que eso (...) Al salir a comprar te metes donde sea, pero en la carretera...que a lo mejor voy al campo o lo que sea, no miro ni que hay gente o que vienen coches*

*porque es que me orino encima. (...) Muchas veces me toca... ya te digo, meterme a un rincón. (em20)*

- *Donde sea y si no detrás de un coche, detrás de un macetero. (em21)*

Todo esto origina **preocupaciones** en las mujeres, que dejan de sentirse cómodas en situaciones cotidianas, ocupando su cabeza pensamientos sobre la incontinencia y el temor a experimentar una situación incómoda.

- *Y si alguien te para, que sabes tú que te saludan y te hablan un poco, sufriendo, pensando en llegar a mi casa. Te pasas la mitad del camino así. (em1)*
- *Yo voy obsesionada, pasándolo mal, cruzando las piernas...no llego. (...) Pendiente siempre del váter, todo el rato, eso...eso... ¿eso es vivir? (...) Yo estoy pendiente siempre de lo mío, estoy que no estoy, yo directa a lo mío y si me veo que me orino, yo voy y orino, y me quedo tranquila. (em20)*
- *Me he preocupado mucho para disimularlo, lo he pasado fatal. (em25)*
- *Miedo al salir de casa no, pero al pensar, (palabra mal sonante) como estornude me hago encima, es una sensación de agobio. (em28)*

#### **5.2.4.4 Limitaciones emocionales**

Cabe destacar el sentimiento de **Vergüenza** frente al entorno y al entrar en interacción con las personas en el mismo, que experimentan la gran mayoría de las participantes con fuerte carga emocional en su discurso.

- *Que a lo mejor están mis nenicos y me da vergüenza. (...) pero a veces se te escapa más de la cuenta y la verdad es que me da apuro. (em13)*
- *Es una cosa que me da vergüenza, me siento mal. (...) Yo que estoy con mi pareja y el que... él ya se lo toma... pero es que no puede ni hacerme reír, se lo digo, y digo: ¡si ya sabes lo que me pasa! Porque es que hasta delante suyo me pasa y yo me siento mal, porque es que hasta delante suyo, a ver, que no pueda moverme y que delante suya me haga encima...Eso es muy incómodo, aunque él me diga que no pasa nada, yo me siento violenta y me da vergüenza. (...) Pienso, que si yo ahora me peleara con él y tuviese que buscarme otro que fuese comprensivo yo no sé si... (...) Dormir en una cama que no sea mía me da mucho apuro (em15)*

- *Un problema muy grande. O que vamos con gente, mi hermana y mi cuñado, que vergüenza, siempre voy a buscar un váter. (em21)*
- *Ha sido la boda de mi hijo y me da hasta vergüenza de tener que estar con el bolso, bolso para dentro...bolso para fuera...para ir al aseo tenía que llevar el bolso, digo si me da vergüenza. (...) De las veces que voy al váter paso vergüenza. (...) Voy con mi marido y me da vergüenza, me siento en el coche y digo si voy mojada, que me mojo por detrás la falda, la gente que pensará de mí... (em29)*

Por otro lado, aparece de modo también marcado en sus discursos, el sentimiento de **tristeza**. Nos resulta interesante poner atención en este sentimiento, para el cuidado de estas mujeres, dado que atendiendo al discurso de algunas informantes, en posibles ocasiones puede llegar a avanzar hasta presentarse un cuadro de distimia o **depresión**.

- *Pienso que esto puede ir a más y me entristece (llora). (em4)*
- *Yo tenía una sensación de malestar y eso... que fui al médico y me mandó unas pastillas para que se me quitara esa sensación de malestar, que yo gracias a dios no tengo ningún problema... Que estoy sana pero...que no me encontraba bien y entonces me mandó unas pastillas para la depresión... (...) cuando llegue al coche empecé a llorar como...como si me hubieran hecho algo malo, porque yo me sentía muy mal, porque digo se habrá notado? (...) Si me dio por llorar...pero que yo no suelo llorar, tengo el corazón algo duro. Hubo un tiempo en que lo pasé muy mal, pero ahora gracias a Dios no, tengo mis nietos que están sanos, están bien. (em24)*
- *No te ríes igual, no me río como yo me reía al principio en mi vida, como yo digo. (em28)*

Otro sentimiento experimentado por estas mujeres que padecen una incontinencia urinaria, es el **miedo** a las pérdidas al salir de casa, que lleva asociado tal y como se infiere, el sentimiento de **vergüenza** y **sufrimiento** por la situación vital. Así mismo, se presentan otra serie de sentimientos tales que **frustración** y **ansiedad**, especialmente por tener que dejar de hacer actividades cotidianas que realizaban antes de aparecer la enfermedad.

- *Salgo con miedo y me pongo nerviosa también. (em5)*
- *ya te da miedo de que se te escape más. (...) Yo estoy activa siempre haciendo cosas si sales no estás a gusto las notas y voy al aseo un montón de veces luego a luego sin tener gana por miedo a que me pase. (...) Te sientes un poco impotente de ver*

*que tú no quieres y te encuentras bien, no te duele pero no te encuentras a gusto en ningún sitio. (em24)*

- *Me da pesambre y mucho sufrimiento. (em1)*
- *Me causa frustración de que me impida hacer lo que me apetece. (em19)*
- *Mucha impotencia cuando no te controlas, y si hay gente más todavía. (...) Ansiedad, porque ya te digo que el frenarte y limitarte en muchas cosas...(em28)*

Algunas mujeres refieren identificarse con el periodo de la vejez y los ancianos en ciertas ocasiones, manifiestan según su vivencia del fenómeno y que se presenta como un código in vivo en el análisis del discurso “**sentirse como un aciano**”.

- *Si yo cuido también a personas mayores y a veces me siento como ellos. (...) Porque es que estoy igual que ellos, es un problema que tiene la gente mayor y tenerla ya.... (em4)*
- *Una incomodidad muy grande y de anciana. (...) Deprime un poco con 42 años con incontinencia ya declarada. (em10)*

#### **5.2.4.5 Limitaciones físicas**

Esta situación genera en ellas incapacidad para realizar **actividades de la vida cotidiana** o sufren interrupciones y han de dejarlas a medias para cambiarse o para evitar el escape de orina.

- *Si estoy comprando tengo que salir pitando, (...) tener que volverme a mi casa, entro al aseo y vuelvo. (...) estas en medio de la compra y te tienes que ir dejarlo todo por allí en la tienda. (em8)*
- *Cuando estoy en casa, lo mismo puedo estar con uno de mis hijos y me da gana de orinar cuando estoy cambiándole el pañal, no lo puedo dejar y me hago encima. (em10)*
- *Si me quedaba con mis nietos les decía venga que nos vamos a ir al parque, y enseguida pues me tenía que venir... porque yo les decía venga que ya se nos hace de noche, porque en cuanto me notaba un poquito...ya te da miedo que se te escape más. (em24)*
- *Estoy en la carnicería y le cambio el número a la que sea y si no me cojo otro número. (em29)*

Estas limitaciones se hallan en conexión directa con el desempeño de un **trabajo remunerado**, donde la enfermedad influye directamente en el ritmo y quehacer diario, viéndose obligadas en ciertas ocasiones a dar explicaciones oportunas a sus superiores, llegando incluso a pedir justificantes médicos para ello.

- *Estando trabajando no puedes dejar una máquina, porque yo trabajo así, no puedo dejar el trabajo tirado porque tengo que ir a orinar cada dos por tres. (em10)*
- *En los trabajos no puedes ir al baño cuando tú quieres, yo trabajo de masajista, entonces si tengo un masaje no puedo dejarme a esa persona para irme a orinar. (...) Si no tengo más remedio porque es una... pero hombre, la persona se supone que también se relaja y tal, y no vas tú a... (em15)*
- *En un almacén de fruta, tuve que pedirle un volante al médico para que vieran, si tenía que ir cuatro veces, para que viera para lo que iba al aseo. Digo no me vayan a llamar la atención. (...) Y si me llamaba la atención el encargado le daba el volante para que viera porque me iba. Yo procuraba aguantarme por ir lo menos posible, pero había veces que tenía que ir por narices. (em29)*

Cabe destacar desde el área física del paciente y desde la perspectiva enfermera que venimos abordando en este trabajo de investigación, cómo en la mayoría de las entrevistadas, se encuentra alterado el patrón del descanso y **sueño**. Según manifiestan, durante la noche hallan dificultades para conseguir un buen descanso nocturno. La necesidad de levantarse a orinar interrumpe su sueño con frecuencia, en ocasiones también porque se ven obligadas a cambiar la ropa de la cama si esta se ha mojado. Sin duda, esto altera la dimensión cognitiva y emocional de estas mujeres, y les proporciona estados de mal humor, imposibilidad para concentrarse, cansancio durante el día, etc.

- *Duermo muy poco, tengo que ir mucho al baño y es muy incómodo. (em4)*
- *Yo no puedo dormir hasta otro día por la mañana sin levantarme, yo orino tres o cuatro veces por la noche, estoy durmiendo, siento el deseo y menos mal que me despierto, si no me orino en la cama. (...) Pero por la noche es como que el cuerpo se relaja y la vejiga se llena y como mínimo 3-4 veces, además bebo mucha agua y por el día voy unas 4 veces pero por la noche... (...) Vuelvo a tratar de conciliar el sueño, pero no descanso bien, me da dolor de cabeza... (em10)*

- *Se te escapa por las noches y tengo que estar levantándome cinco o seis veces. (...) tengo que levantarme porque siento una sensación de que se me va a escapar, y me tengo que levantar. (em14)*
- *No descanso, no lo sé pero... (...) La semana pasada por ejemplo, si es que no había bebido líquido, y me desperté de madrugada y el hacerte encima lo cambia todo, dúchate, cambia la cama... (...) cuando te tienes que poner a cambiarlo todo... y a ducharte... pierdes un montón de tiempo dando vueltas hasta que puedes volver a la cama. (em15)*

Sin duda, estas mismas situaciones, se extrapolan cuando tienen que **salir de viaje**, magnificándose los problemas, puesto que pueden mojar la cama y no tienen medios como en su casa, para cambiarla en ese momento. Además, no controlan las zonas para acudir al baño cuando lo necesitan, estando más pendientes de encontrar un baño que de disfrutar del lugar que visitan. Lo que acaba por limitar y restringir la posibilidad de viajar.

- *Salir fuera de casa me da miedo (llora) más que nada es salir, o sea, si tengo que salir de viaje o algo me da... el dormir en una cama que no sea la mía me da mucho apuro. (em15)*
- *Este verano estuvimos en las Canarias y tenía el mismo tema, que me orino, que me orino. Y tenía que ir donde fuera. (em21)*
- *Mi marido algunas veces me ha dicho de salir de viaje y vivo para quedarme ahí en el hotel encerrada. (...) Que luego te vas y tienes que ir buscando los sitios donde puedes orinar cuando estás viendo cosas. Y algunas veces están los aseos de que no puedes ni entrar, así en ese plan no se puede ir a ningún sitio. (em25)*

En las mujeres que practican algún tipo **ejercicio**, éste también se ha visto afectado.

- *Si estas caminando y quieres correr no puedes correr, por ejemplo, yo todos los días ando con una amiga y si queremos bajar una cuesta, me pongo a correr pero cuando corro claro...digo: ¡ay! ¡Ya se me ha escapado el pipi! (...). Pero a mí lo que realmente me gusta es correr. Yo quiero perder peso y corriendo lo perdería antes que andando. También me gustaría apuntarme a un gimnasio, que está muy bien, porque hay muchas, clases de todo, con pesas... (...) pero claro yo no puedo ir, porque eso es muy movido y con los saltitos se me escaparía. (em19)*

- *Me hago encima, entera, muy incómodo, es que te mojas entera, es más he tenido que dejar de hacer deporte. A mí me gusta mucho hacer deporte en el gimnasio... y desde que no voy estoy engordando... (...) Para jugar con mis crías, que tengo una cama elástica grande yo no me puedo montar porque lo intentaba pero al final me orinaba, a la hora de querer correr con las crías no puedo, por eso me quiero operar. (em28)*

#### 5.2.4.6 Estrategias de afrontamiento

Para poder afrontar lo mejor su problema de incontinencia, las mujeres han desarrollado una serie de estrategias de autocuidado, que por un lado resultan cuidados encaminados a prevenir el problema evitando, en la medida de lo posible que tenga lugar la situación molesta, o bien son autocuidados con el fin de paliar la situación una vez ocurrido el escape de orina y ocultar así la pérdida de esta.

#### **Autocuidados para prevenir el problema**

Cabe destacar en las manifestaciones de las entrevistadas, que una de las estrategias de autocuidado que utilizan en el manejo de su enfermedad es el hecho de **planificar las visitas al servicio.**

- *Voy a la peluquería y tengo que hacer por lo menos dos veces, antes de salir a mi casa y mientras estoy allí. Alguna vez he ido a comprar y he tenido que preguntar dónde está el aseo y cuando he estado en la cola esperando pues he estado pensando: madre mía que no llego a tiempo a mi casa. (...) Y siempre antes de salir a orinar. (em1)*
- *Procuro no aguantar antes de... ir. (...) Antes de salir del trabajo hago aunque haya hecho hace 30 minutos, porque cuantas veces me he ido a mi casa pensando que puedo aguantar y cuando aparco, me cago en diez, como me menee me orino. Que también pienso, si tengo que parar en medio de la carretera porque me pase algo que...(em8)*
- *Normalmente salgo a los alrededores de mi casa. Y cuando tengo que salir que voy a algún sitio, por ejemplo al banco, antes de ir orino.(em14)*

- *Voy al aseo un montón de veces, luego a luego sin tener ganas por miedo a que me pase. (...) si ahora mismo en cuanto salga voy al aseo aunque acabo de hacer. (...) siempre procuro ir al aseo antes de salir e ir cerca. (em24)*

Otra de las estrategias es la **modificación vestuario**, no con el fin de disimular las pérdidas si no con el de evitarlas.

- *Yo ya duermo sin bragas para ir más rápida. (...) Busco la ropa más cómoda de quitar y poner (em10).*
- *En casa me pongo el pantalón cómodo que es subir y bajar (em13).*
- *El pantalón, porque si me pongo una falda vaquera digo: ahora la falda para arriba y las medias para abajo... con el pantalón todo va para abajo. Es más rápido (em21).*

Cuando salen de casa están pendientes de **localizar el baño**, con la finalidad de llegar rápidamente, si sienten la necesidad.

- *Cuando salgo a comer por ahí, a algún sitio, lo primero que hago es mirar donde está la puerta del aseo. Lo primero cuando salimos fuera, lo primero que miro las puertas a ver dónde está (em1).*
- *Tener que estar pendiente del baño, a donde llego que tengo que ver que haya un baño (...) Cuando salgo a algún lado lo primero que localizo es el baño (em4).*
- *Si cuando voy a los sitios en lo primero que me fijo son los baños y si no los veo lo pregunto (em9). Tienes que ir buscando los sitios donde puedes orinar (em25). Ya me sé todos los sitios, eso es lo primero que miro, donde están (em29).*

Cabe destacar en el marco de estas estrategias de autocuidado, como una de las participantes manifiesta haber puesto **un baño portátil** en su habitación, con el fin de conseguir llegar a tiempo al mismo por las noches, manejando mejor así su problema, al tiempo que ha obtenido mayor tranquilidad, mejorando así su patrón del sueño.

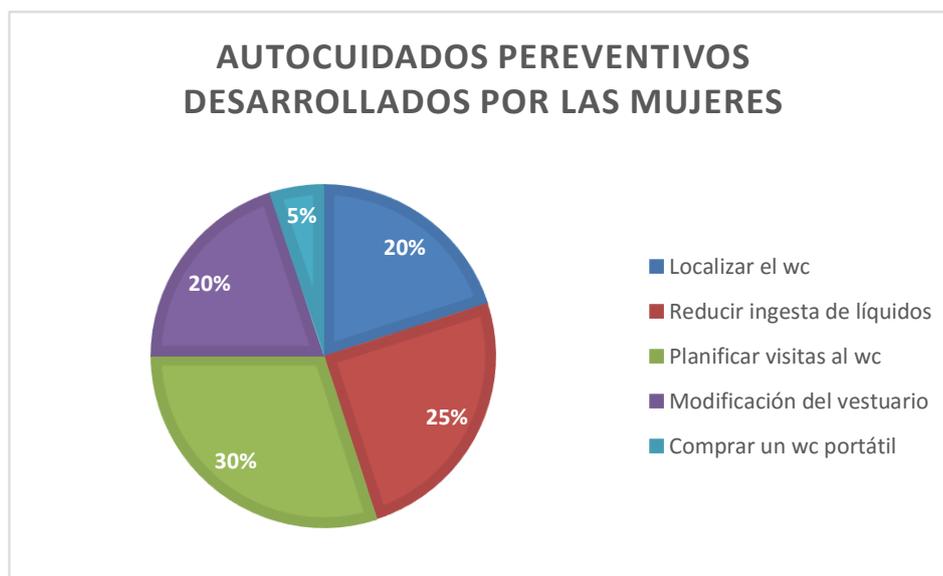
- *Ahora duermo más a gusto desde que me han puesto mis hijas el baño portátil en la habitación. El mejor dinero que me he podido gastar ha sido en esto. (em1)*

Un elemento que a nuestro entender resulta de interés destacar desde la perspectiva enfermera del autocuidado, especialmente por las consecuencias negativas que de ello

pueden derivarse en la salud de la persona, es el hecho de que la mayoría de las mujeres entrevistadas, manifiesta **restringir la ingesta de líquidos**, en ocasiones en demasía, con la intención de orinar lo menos posible.

- *Yo no puedo beber agua, no puedo beber porque entonces ya sí que da... y no sé si voy a tener lugar para ir... El sábado dijimos de ir al cine con los críos, pues ya terminé de comer y no pude beber más. (...) Es que a veces parece que me mareo un poco y es de la falta de líquido, me lo noto yo. (em13)*
- *Yo trabajo en casas y cuando son las horas de trabajo no bebo agua porque si no paso más tiempo en el baño. (...) Pues cuando salgo a caminar no he bebido nada desde la noche anterior y no he bebido nada antes de salir. (...)Yo tengo un riñón “atropico” y se supone que para mi problema debo beber agua pero una cosa no me va para la otra. (em4)*
- *Con las pérdidas intento beber menos agua si voy a salir. (...) Soy capaz de no beber agua ni al medio día comiendo. (em25)*

Gráfico 8: Medidas preventivas empleadas por las mujeres.



## Autocuidados paliativos del problema

Son los autocuidados empleados para reducir el impacto que ocasionan las pérdidas. La mayoría de mujeres utilizan como medidas paliativas de la IU el uso de absorbentes y los aseos frecuentes. Pese a que el uso de absorbentes está muy extendido como medida paliativa, las mujeres expresan su malestar al utilizarlas, debido al tamaño, la superposición de compresas, la humedad constante y la inseguridad que les genera que no absorban pérdidas de gran cantidad.

- *Me pongo bastantes compresas. (...) me pongo compresas y muchas, un bulto ahí ... (em10)*
- *Esa sensación de ir pegajosa y la compresa todo el día. (em14)*
- *Llevo ya la tira de años montada a caballo, como digo yo, siempre encima de la compresa.(...) duermo con una faja grande y mis bragas y mi compresa y entonces cojo una gasa de estas de los críos que me la pongo travesada. (em25)*
- *Tener que llevar el pañal...es muy incómodo, ahí tan grande... picándote por todos lados... y cuando se moja es muy molesto. (em29)*

Los absorbentes juegan un doble papel, en un sentido, suponen una solución, al permitirles salir de casa, evitando que su entorno perciba las pérdidas, y por otro, suponen un problema añadido, sumándose más molestias a las causadas por la incontinencia urinaria.

- *La compresa puesta todo el día también molesta, en verano me pica a horrores, se me pone todo súper rojo y con granitos. (em1)*
- *Las compresas molestan, también son dos, pero cuando voy a algún sitio me las pongo. (em9)*
- *Ella pasa todo el día con compresa, pero a mí me molesta...esa sensación de ir incómoda. (em14) Pero más que eso es por ti misma, la molestia de sentirte húmeda. (em19) Llevas la sensación...y si ando... pues te sientes muy mal. (em24)*
- *La molestia el tener que llevar el pañal puesto y si vas al supermercado pues tener que entrar a cambiarme, antes de notarme yo mojada. (em29)*

Las **duchas y aseos frecuentes**, así como **los cambios de ropa**, son muy utilizados por las mujeres que sufren IU para eliminar el olor y evitar la irritación de la piel causada

por la humedad. Sin embargo, las entrevistadas también refieren el inconveniente de tener que asearse continuamente.

- *Tengo que estar todo el día limpiándome, limpiándome, lavándome...(em14)*
- *Tengo que lavarme continuamente, a lo mejor por la mañana me ducho y me arreglo y a lo mejor a media mañana digo: ¡madre! ¡Pues si tengo que cambiarme otra vez! Tengo que sacarme toda la ropa, ponerme bragas limpias, paño limpio, faja limpia, que a lo mejor me lo he orinado todo, hasta el pantalón otras veces el pantalón se ha librado porque llevo faja. (...) Ha habido momentos que he llegado a casa, he cerrado la puerta y ya está, me he metido a lavarme antes de nada. (...) Que me voy a comprar, entre el peso, a lo mejor no llego a abrir la puerta, si me he vestido a las 9:00 a lo mejor a las 12:00 ya me tengo que cambiar otra vez. (em20)*
- *Yo he llegado a ducharme hasta tres veces o lavarme abajo en el bidet.(em28)*

Las medidas anteriormente citadas han de extrapolarse al salir de casa, con el fin de mantener la higiene y evitar que las personas de su alrededor noten el olor y por tanto la IU que sufren.

Las informantes refieren **llevar útiles para cambiarse y asearse fuera** cuando tienen que salir de casa durante un tiempo prolongado, a fin de evitar que se noten las pérdidas.

- *Llevar siempre cambios de ropa y llevar toallitas para limpiarse. (...) Me llevo una botella de agua y entonces en el aseo me lavo, porque entonces si no empiezan las rojeces, me escuece. (em10)*
- *Cuando me voy para mucho tiempo me llevo compresas y unas bragas. (...) Si se me escapa un poquito me cambio enseguida. Si estoy fuera trato de ponerme una compresa más grande y siempre tengo la precaución de llevarme una toallita y para cambiarme. (em14)*
- *Me tengo que llevar ropa por si me pasa cualquier cosa, como voy previniendo... (em15)*
- *Tengo que ir siempre preparada con un pantalón y bragas y todo y toallitas. (...) mis braguitas, un pantalón, compresas y toallitas no se quitan del bolso. (em24)*

Por otro lado, con tal de disimular los escapes cuando sobrepasan la compresa, así como el uso de absorbentes, **modifican su vestuario**.

- *Trato de ponerme ropa que disimule. (em4)*
- *Siempre procuro que sea oscuro, que no se vea. (em13)*
- *Siempre llevo chaquetas que me tapan, que si no se ve el bulto de la compresa y pantalones más anchitos. (em21)*
- *Me pongo ropa negra (...) porque me gusta, pero aparte si me noto mojada es más disimulada. (em24)*
- *He cogido una chaqueta y me la he puesto en la cintura. (...) pantalones que se quedan pegados no me puedo poner. (em25)*

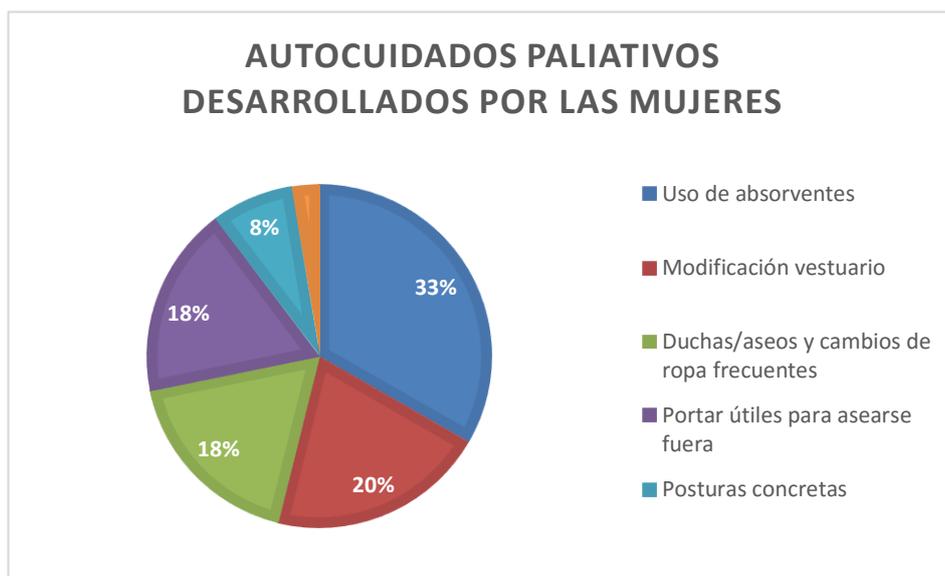
Una vez ocurrida la pérdida urinaria, adoptan determinadas **posturas corporales** con el fin de evitar el olor, manchar su ropa u otros elementos. Esta actuación presenta la misma finalidad de ocultar socialmente la IU.

- *Cierro las piernas para evitar que salga el olor. (em10)*
- *Si me siento voy con el cuidado de no manchar la silla, sinceramente porque aunque lleve una compresa, pero a veces se escapa más de la cuenta. (em13)*
- *Ya no me podía sentar en el autobús, si me sentaba me calaba, tenía que aguantarme de pie para que no se me mojara la ropa. (em25)*

Otra estrategia paliativa, que una de las mujeres entrevistadas describe, es el uso de un asiento especial para el coche.

- *...A ver... yo en el coche... He puesto un asiento especial por si alguna vez se me escapa poder quitarlo y poder lavarlo. (em15)*

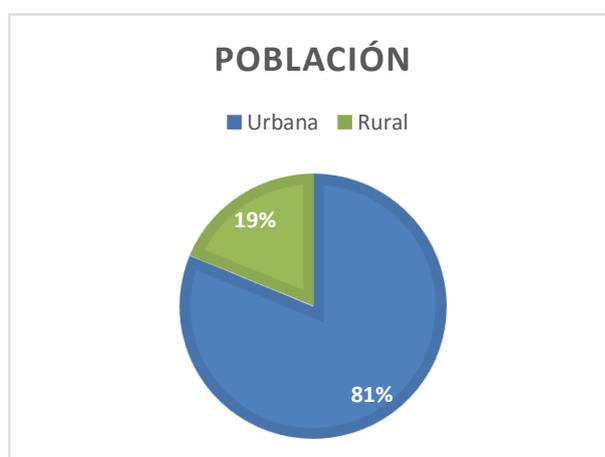
Gráfico 9: Medidas paliativas empleadas por las mujeres.



### 5.2.5 Perfil Sociodemográfico de los Hombres

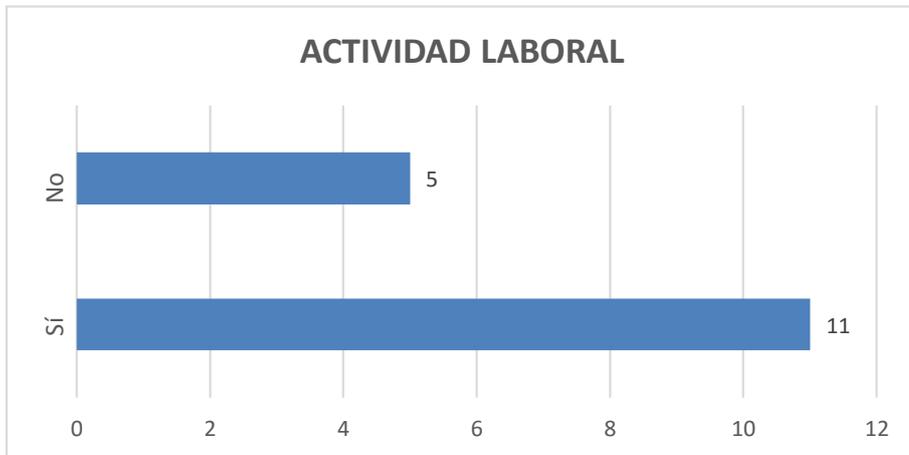
La mayor parte de la población (81%) reside en áreas urbanas, frente una minoría (19%) que vive en áreas rurales de la Región de Murcia.

Gráfico 10: Lugar de residencia de los entrevistados.



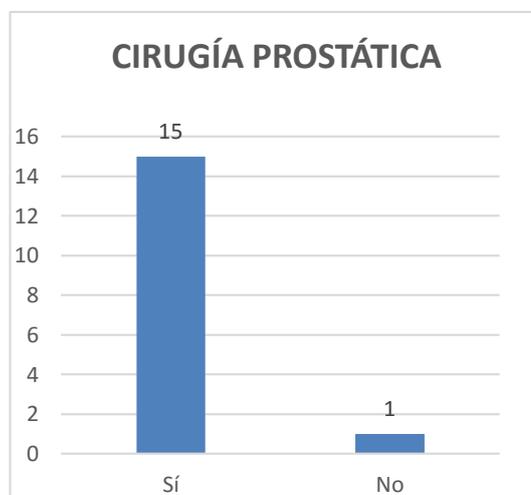
De la muestra estudiada, la mayoría se encuentra laboralmente activa (11), frente a 5 hombres que no están desempeñando una actividad remunerada.

Gráfico 11: Situación laboral de los hombres entrevistados.



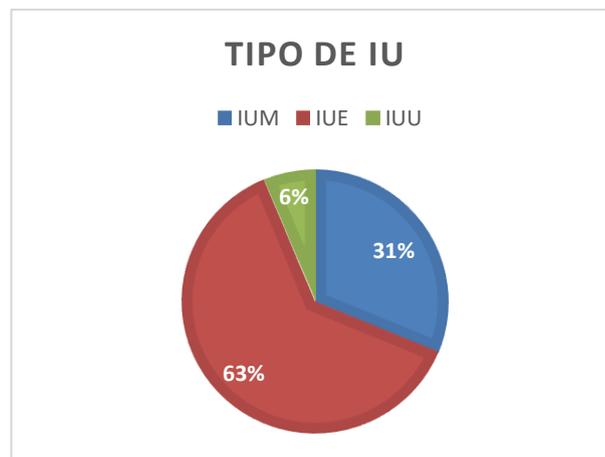
La incontinencia urinaria se presentó como consecuencia de una cirugía prostática en casi todos ellos, a excepción de uno.

Gráfico 12: Cirugía prostática.



La incontinencia urinaria de esfuerzo ha sido el tipo más frecuente entre los participantes masculinos de nuestro estudio, seguidamente se ha presentado la mixta y x en último lugar se ha encontrado la de urgencia.

**Gráfico 13: Tipo de la incontinencia urinaria en los hombres.**



En la tabla 21, se muestra la situación de los entrevistados masculinos en cuanto a su perfil sociodemográfico y a las puntuaciones obtenidas en el cuestionario ICIQ-SF.

Tabla 21: Perfil sociodemográfico e ICIQ-SF de los hombres.



	Edad	Calidad de vida	Cirugía prostática	Población	Actividad laboral	Tipo IU	Frecuencia de las pérdidas	Cantidad de las pérdidas
<b>Eh2</b>	66	9	Sí	Urbana	No	No	Una vez al día	Poca
<b>Eh3</b>	58	5	Sí	Urbana	Sí	Sí	Varias veces al día	Poca
<b>Eh7</b>	53	7	Sí	Urbana	Sí	Sí	Varias veces al día	Moderada
<b>Eh11</b>	69	8	Sí	Rural	No	No	2-3 veces por semana	Poca
<b>Eh12</b>	56	9	Sí	Urbana	No	No	Varias veces al día	Poca
<b>Eh17</b>	65	4	Sí	Urbana	No	No	Varias veces al día	Poca
<b>Eh18</b>	65	6	Sí	Urbana	No	No	Varias veces al día	Moderada
<b>Eh23</b>	65	8	Sí	Urbana	No	No	Una vez al día	Poca
<b>Eh26</b>	64	8	Sí	Urbana	Sí	Sí	Una vez al día	Moderada
<b>Eh27</b>	58	7	Sí	Urbana	Si	Sí	2-3 veces por semana	Moderada
<b>Eh30</b>	44	7	No	Rural	No	No	Varias veces al día	Moderada
<b>Eh31</b>	54	5	Sí	Rural	No	No	2-3 veces por semana	Poca
<b>Eh32</b>	70	10	Sí	Urbana	No	No	Una vez al día	Moderada
<b>Eh33</b>	74	10	Sí	Urbana	No	No	Varias veces al día	Moderada
<b>Eh34</b>	65	10	Sí	Urbana	Sí	Sí	Varias veces al día	Mucha
<b>Eh35</b>	72	10	Sí	Urbana	No	No	Varias veces al día	Moderada

## 5.2.6 Categorización de los Resultados de los Hombres

### 5.2.6.1 Normalización de la incontinencia urinaria

En los hombres se produce una relación de este problema con la **edad** avanzada, a pesar de que nuestros participantes no normalizan esta situación, por estar causada a raíz de una cirugía.

- *Por la media de edad de la gente que le pasa esto, que a lo mejor le pasa a gente joven, pero la gente q yo veo en el pasillo, pues tienen setenta o sesenta años... y yo me veo tan joven... o por lo menos así me siento yo. (eh7)*
- *Me ha llegado por la operación de la próstata pero siempre tienes familia mayor y siempre sabes que los mayores han tenido escapes de orina, entonces piensas que todo eso te puede llegar, pero no piensas que te va a llegar a una edad tan temprana yo pensaba que eso llegaba a los 80 años (eh23)*

También aparece una **percepción del tema como algo femenino**, debido al uso de las compresas, observándolo como algo más propio de las mujeres.

- *Ahora sí comprendemos a las mujeres, lo de la regla y todas estas cosas...(eh27)*
- *No uso compresas porque entonces me hace más femenino.(eh7)*

Se ven incapaces de familiarizarse con la compresa, refiriendo además, que han de orinar en una posición femenina.

- *Los hombres no se sientan al orinar y cuesta más con la compresa para hacer pis (eh3)*
- *Por las mañanas que tengo un poco más de tos y me siento en el váter, como las mujeres, sentado, me pongo a hacer hasta que noto que no tengo más (eh7).*

### 5.2.6.2 Comunicación del problema como forma de apoyo social

Se aprecia entre los informantes una predilección por hablar del problema con **los familiares muy cercanos**.

- *(Su mujer dice que no lo sabe nadie) excepto mis hijos nadie sabe nada. (eh11)*
- *No, sólo lo hablamos mi mujer y yo. (eh2)*

- *Normalmente esto lo llevamos entre mi mujer, mi hijo y yo. No es un problema que se comente por ahí. (eh12)*
- *Hay amigos que lo saben, que estoy operado y tal, pero los problemas más a fondo no lo sabe todo el mundo. Que dicen que me ven muy bien, pero eso está ahí... (eh31)*
- *La familia sí que lo sabe, pero la demás gente no. (eh32)*
- *No, yo solamente a mis hijos, porque claro, tienen que estar al día. (...) A los demás me da reparo decirles que me orino. (eh34)*

Sin embargo, llega a haber un caso el que prefiere no hablar del tema con **nadie**, por no mostrar debilidad, a pesar de necesitar desahogarse en algunos momentos.

- *Te da gana a veces en casa, pero no lo vas a demostrar por no preocupar, yo en mi casa intento esquivarlo y ja ja ji ji, pero cuando estas un poco a solas te pones a pensar.... Tienes tus pensamientos en tu cabeza, tus historias... pero oye, que tienes que funcionar. (...) vamos a ver, vamos de engaño un poco, si me preguntan les digo que me tomo tres pastillas y voy fenomenal. (eh7)*

Además, suelen hablar del problema con **amigos que se encuentran en su misma situación**, buscando de este modo ser comprendidos de una forma más empática, así como, compartir experiencias.

- *Hablo con mis amigos, que tienen el mismo problema, que ya han pasado por esto. (...) Para desahogarme. (...) Porque saben lo que es pasar por esto. (eh3)*
- *Sobre todo con este amigo que te he dicho antes, yo soy profesor y él es el director, que se operó el año pasado. (...)Él me cuenta como le ha ido, que él sigue con este problema porque dejó de hacer los ejercicios enseguida. (eh27)*

Por último, cuentan su problema, aunque en menor medida, a los **amigos en general**.

- *Todo el mundo me preguntaba: oye ¿cómo es la operación? Que vivo en un sitio, que es de barrio y vivimos un montón, que nos conocemos y me preguntan y les digo que mi problema es esto, y a mí no me da vergüenza decirlo. (eh17)*

- *Mi familia lo sabe...e incluso a algún amigo también se lo he dicho... porque a veces he estado con ellos y he dicho mira que me voy al servicio...porque he tenido un escape (Su mujer dice que al principio no quería que nadie lo supiera) ¡ah sí! al principio lo escondía mucho. (eh18)*

Algunos informantes presentan un alto grado de temor a que las personas de su entorno, sobretodo en al ámbito laboral, se den cuenta de sus pérdidas, y que por ello, sean objeto de **burla**.

- *De pensar que en el trabajo, que soy fontanero industrial, me manche el mono y los compañeros empiecen ¿macho eso que?, te has hecho pipi, con las bromicas... (eh7)*
- *Si se dieran cuenta los alumnos lo pasaría fatal, además que son unos (palabra malsonante), para ellos todos son viejos y chochos ya. (eh27)*
- *Si vas a alguna reunión o a cualquier cosa (...) hay gente y dicen: ¿otra vez?, que parece que... (eh31)*

### 5.2.6.3 Limitaciones sociales

#### Aislamiento social

Los informantes señalan que se produce una evitación del problema mediante reclusión doméstica, para tratar de eludir las situaciones incómodas que se ocasionan en el trato con su entorno social, sintiéndose más cómodos en la intimidad de su casa, donde si se produce un escape no les va a suponer una estigmatización por estar en público.

- *Algún amigo te dice: oye tal, te vienes a ver este partido. Y le digo: yo no voy a ver un partido de fútbol. ¿O te vienes al cine? Ósea, que igual estoy en mi casa tres horas sentado y no me orino, pero me da miedo salir por si me pilla en esos momentos y no sé qué hacer. (su mujer dice: que si se va a un bar se lleve uno de esos, refiriéndose a un pañal). (eh26)*
- *Muchas veces cuando vas a salir te lo piensas (...) muchas veces te tira para atrás, sobre todo cuando has tenido un problema los días de antes. (...) A veces he salido y cuando he llegado a mi casa tenía los pantalones empapados o lo que fuera,*

*entonces ya al día siguiente te dicen de quedar y ya no te apetece, no vaya a ser que se repita otra vez. (eh30)*

- *Mal, mal...porque muchas veces no salgo, no voy. (eh12)*

- *No quiero ir a jugar al dominó porque tengo que estar allí un rato. (eh32)*

Por otro lado, el aislamiento no sólo se produce a nivel doméstico, sino que cuando salen de su hogar, tratan de evitar la interacción social, reduciendo el tiempo que están presentes durante sus encuentros y reuniones sociales. Incluso, cuando se encuentran a gusto con sus amigos, deben abandonar el encuentro para irse a cambiarse.

- *Si estoy por la calle o en el supermercado y alguien te para...tú estás con las prisas, pensando: ¡corta, corta que no llego! (eh7)*

- *Yo la vida la hago normal, lo único que pasa es que tengo el malestar este, que no es que tenga nada de... lo que pasa es que claro, cuando estas con los amigos me tengo que ir, si me pilla que me he mojado pues me tengo que ir a cambiarme ... (eh18)*

- *No suelo estar mucho con los amigos, un rato, un café en un cuarto o media hora. (eh32)*

El **olor** es una de las grandes molestias que presentan, sienten que pueden incomodar a la gente, además de ser una manifestación de su incontinencia, lo que provocaría que los demás se percataran de su situación.

- *Eso me da pavor..., vamos no es que sea el más limpio del mundo, yo me ducho todos los días pero el trabajo que tengo es de relación con la gente, ahora mismo tengo empleados y tengo que buscar el trabajo y a lo mejor me junto con gente para hablar, con clientes, y me da palo de que ese olor ....Que por ejemplo tengo una persona mayor y se asea todos los días y a veces me da olor a pipi, incluso entras en la habitación donde duerme y te da, que no orina en orinales ni nada, orina en el váter....(eh7)*

- *Yo procuro lavarme a menudo, pero a veces me pasa, hay veces que he visto que un amigo ha hecho una cosa rara y digo ¿será porque ha olido? (eh26)*

- *Cuando se te escapa al principio no huele tanto, huele más después, pero si hombre da un poco de... no es cuestión de molestar a la gente, quieras o no... que nadie te va a decir nada, pero claro no es agradable. (eh30)*

- *No es que me preocupe a mí, le preocupa al que está al lado que me huele, eso es molesto, se dará cuenta si huele y dirá...este hombre es que se orina encima. (eh35)*

Muchos de los informantes masculinos entrevistados, manifestaron al igual que las mujeres, vivir **situaciones desagradables** debido a su IU. Los hombres indicaron que los baños públicos son un lugar donde su incontinencia puede quedar desenmascarada, debido a que tienen urinarios y ellos no pueden emplearlos si no quieren mostrar sus dispositivos absorbentes. Incluso, tener que depositarlos en un sitio público les llegar a causar malestar.

- *Voy al bar, pero a veces se me escapa, sin querer te bajas de un taburete y te subes. Al principio me llevaba un pañal y eso, pero en un servicio público... ¿el pañal qué vas a hacer con él? No lo puedes dejar allí. Me condiciona, la verdad que me condiciona... (eh26)*
- *En un sitio que me cabree mucho y puse una reclamación fue en tráfico, un sitio público, donde normalmente hay que esperar y hay que hacer cola y tal... Un montón de tiempo esperando y resulta que no hay baños. En un sitio público no debe pasar eso, en un sitio donde tienes que esperar, no es que vayas cinco minutos y ya está, que alguna vez he tenido que esperar 15 minutos o más, (palabra mal sonante) que he tenido que ir a buscar un bar y luego se me pasó la vez y bueno ya me cabreó muchísimo. (...) Igual que cuando voy al baño y ya sabes que en el de los hombres hay de esto...orinales y yo entro siempre al otro sitio porque me tengo que bajar los pantalones y... Aguantando si no está libre, te sientes así un poquito... Pero vamos te sientes mal... (eh27)*
- *Una vez que hubo una reunión y allí no había medios para poder salir y estuve aguantando todo lo que pude y ya al salir no te que aquello estaba muy húmedo y al llegar a casa vi que el pantalón estaba mojado (...) yo pienso que nadie se dio cuenta... (...)Yo salí por sitios disimulando un poco y llevaba una chaqueta que era un poco larga. Con el cerebro pensando, con todas mis preocupaciones... Yo no lo soporto. Yo a lo mejor estamos en el baile y a mi mujer le pregunto ¿se nota algo?, muy preocupado. (eh34)*

Por otra parte, una facilidad que presentan frente a las mujeres con esta problemática, es que les resulta menos incómodo **tener que orinar en lugares**

**inapropiados**, puesto que no tienen que bajarse el pantalón y por tanto queda más disimulado. Así mismo, vemos que el propio hombre reconoce esta ventaja.

- *Cuando me da gana me paro y hago. Los hombres sabes que tenemos menos problemas. Yo creo que lo estoy llevando más o menos bien. (eh7).*

Todo esto les genera **preocupaciones**, por si se harán antes de poder llegar al servicio o mancharán el pantalón. Provocándoles cierto grado de incomodidad cuando están en público, lo que conlleva a que no lleguen a disfrutar del todo cuando se hallan fuera, realizando alguna actividad de ocio.

- *Sales de casa y muchas veces sales pensando en si llegaré o no llegaré. (eh12).*
- *Por la noche los sábados voy a bailar, todo ese tiempo que estoy en el baile, pues claro de moverme y todo eso... yo lo estoy notando, y no estoy a gusto (su mujer dice que piensa que se le nota) yo pienso que...yo que sé...de vez en cuando mirándome no sea que eso rezume, yo soy a lo mejor... que soy muy pulido. (...) Tengo un viaje para Gerona, para ocho o 10 días, y claro te imaginas con esto encima... (eh34)*

En ellos aparece una **preocupación por el futuro**, debido a que no están familiarizados con la incontinencia y por tanto no han asumido que tienen que vivir con este problema, como les ocurre a las mujeres. Esta concepción genera expectativas de que pueden mejorar y les impulsa a cumplir los ejercicios de la rehabilitación del suelo pélvico.

- *Preocupación.... pero como pienso que se me va a mejorar (eh3)*
- *A mí me afecta que se me escape...no quisiera que fuera para siempre. No sé si con los ejercicios...veremos a ver, yo hago lo que haga falta. (eh7)*

#### 5.2.6.4 Limitaciones emocionales

El principal sentimiento que se manifiesta entre los hombres es la **vergüenza**.

- *Es desagradable, porque yo estoy hablando con usted y de pronto se me escapa y hago el gesto así como de... (palabra mal sonante) que se me ha escapado, es*

*desagradable. (...) Hombre si es que esto no hay quien te lo quite, una persona con la que esté hablando por ejemplo se da cuenta... (eh17)*

- *Cuando....tenía escapes muy fuertes pues lo que más me molestaba era que algunas veces estaba fuera y se llenaban las compresas que llevaba puestas y aparecía la orina por el pantalón, entonces la vergüenza era terrible, hasta que buscabas un sitio donde ir y cambiarte, o llegabas a tu casa y tal, pues lo pasabas mal. (...) Porque si estás fuera y se te moja la compresa pues tienes un malestar ahí de ver que... que... algo en que no pensabas te está ocurriendo, el sentimiento que tienes....el sufrimiento es fuerte... Y si te aparece la orina por el pantalón ya es tremendo. Y luego algunas veces, cuando también lo paso mal, cuando al quitarme los pañales y ponerme compresas más pequeñas, algunas veces si no las ajusto bien pues... vas por la calle y aparece por el pantalón. (eh23)*
- *Llegas y en cualquier sitio puedes dejar la compresa, pero estás en un hotel por la noche y te las tienes que dejar en el mismo hotel...cuando lleguen las limpiadoras al otro día... (Su mujer dice: eso lo de menos) Todo eso a mí me da vergüenza. Yo no quisiera que eso existiera. (eh34)*

Reconocen, al igual que en los discursos de las participantes femeninas, que han presentado en alguna ocasión **tristeza**; sin embargo, son más reacios que ellas a expresar este sentimiento. Como podemos apreciar en el discurso de un hombre, al que le cuesta reconocerlo y solamente cuando intervine su mujer acaba por confirmarlo.

- *(Su mujer dice que a veces si ha estado triste)... Sí, he estado. (eh26)*
- *He sentido un poco de tristeza. (eh27)*
- *No me río en todo el día, tiene que hacerme mi nieto mucha gracia para que me ría. (eh32)*

Debido a este problema se llega a vivir con **miedo**, con el temor de que ocurra un escape en público y quedar estigmatizados.

- *Bueno miedo a que me pase en la calle, porque en mi casa no, por si has ido por la calle y a lo mejor se te ha escapado y llevas la chispa y te han visto, que la vista va ahí, o que yo me lo imagino así, que muchas veces somos nosotros mismos, muchas veces no sabes si es que es o que yo me lo imagino así. (...) Si todas las cosas vienen*

*a lo mismo, a que se te escape delante de la gente, si el miedo no es nada más que eso. (eh31)*

- *Iba siempre controlando por el miedo a mojarme. (eh33)*

Sobre todo son más propensos a manifestar **rabia e ira** que las mujeres. Llegando incluso a descargarla sobre sus familiares.

- *¡Ay! rabia, me peleo con mi familia y después me ha dado por llorar. (eh26)*
- *Me cabreo, cuando noto pérdidas me cabreo, que claro quiero terminar ya esto y hacer mi vida normal. (eh27)*
- *(Su mujer dice: yo contesto por él, porque lo he vivido, se pone rabioso). (eh33)*
- *Muchas veces le digo a ella que estoy hasta la coronilla. (eh34)*

Por otra parte también manifiestan sentimientos de **frustración e impotencia**, posiblemente relacionados con no saber sobrellevar la situación.

- *Estás en un sitio público y se te ve el pantalón, la gente te ve... y ya no es vergüenza, vergüenza robar y que te pillen, pero es que no es una situación agradable... (eh30)*
- *Me frustra porque yo no estoy acostumbrado a tener estas cosas. (eh32)*

Por último, se puede apreciar una **pérdida de su identidad masculina**, debido a que tiene que orinar sentado, además encuentra que su hombría ha sido amputada, compararlo con las mujeres que tienen un pecho menos.

- *Me siento en el váter, como las mujeres, sentado, me pongo a hacer hasta que noto que no tengo más. (...) Yo tengo la cabeza muy amueblada, creo, y lo veo un problema como el que tiene un pecho menos... que jode mucho... (eh7)*

#### **5.2.6.5 Limitaciones físicas**

Padecer una incontinencia urinaria, genera en los hombres una serie de restricciones a la hora de realizar sus **tareas cotidianas**, dificultando que puedan llevar una vida normal.

- *A veces me voy al huerto y cuando haces algún esfuerzo se escapa, igual que cuando toses, te ríes... (eh7).*

- *Si en mi casa cuando digo de ponerme a hacer cualquier cosa, nada más que con que levante un cubo de agua, de ese peso, me hago encima. (...) Claro eso molesta, si yo estoy haciendo mis cosas... ¡a cualquiera le puede molestar! (...) Luego pues cuando salimos pasa lo mismo, te sientas a cenar o lo que sea y luego cuando te levantas o cualquier cosa pues eso... en los movimientos esos te sientes incómodo. (eh18)*
- *Me he agachado a ponerme los calcetines y entonces me he orinado. Y claro ya tienes que volver a asearte... (eh26)*
- *A mí me pasa cuando más cosas hago, por ejemplo, cuando estoy en el jardín y me agacho a recoger hojas se me escapa. (...) Hay que moverse mucho y algunas veces...(eh27)*

A pesar de que no se encuentran trabajando, por estar de baja o ya jubilados, reconocen que les causaría un gran problema para desempeñar su **trabajo** de forma normal.

- *Hago esfuerzos y en todos los sitios no hay aseos, tendría que hacer alguna cosa... yo que sé. Nosotros llevamos el mantenimiento en sitios de fábricas donde los aseos están a más de 200m... (eh7)*
- *Cuando trabajaba tenía la posibilidad de que cada vez que tenía que ir al baño podía ir, por el trabajo que tenía podía permitírmelo, pero era muy incómodo, sí que me causaba muchas molestias en el trabajo. (eh12)*
- *Ya estoy jubilado, pues menos mal que me ha pillado así, si hubiera estado trabajando no sé qué hubiera hecho. (eh18)*
- *El trabajo, me sería imposible, siempre que salgo voy condicionado a ver si me va a pasar algo, ósea, si me voy a orinar o no me voy a orinar...me llevo pañal o no me lo llevo, si voy a este lado...siempre vas con la obsesión. (eh26)*
- *Que por eso no me he cogido el alta. Al principio tenía ganas de volver pero cada vez me doy cuenta de que no puedo volver. (eh27)*
- *Llevarlo mojado es un problema que no veas, estás trabajando o haciendo algo...Porque cuando voy andando, cuando menos me lo espero, la gota sale, noto que cae. (eh32)*

Llegando en uno de los casos a reconocer, que a pesar de querer volver a trabajar, no le es conveniente hacerlo con las pérdidas de orina.

- *Hay que moverse mucho y algunas veces...que por eso no me he cogido el alta., al principio tenía ganas de volver pero cada vez me doy más cuenta de que no puedo volver. (eh27)*

Otro inconveniente de peso que produce este problema es la dificultad para lograr un buen **descanso nocturno**, puesto que han de levantarse para orinar numerosas veces o a cambiar la cama y asearse si han tenido una pérdida, interrumpiendo de este modo el sueño.

- *Yo antes no me levantaba nunca y ahora me tengo que levantar a orinar por fuerza (...) te parte, te levantas a las 3 las 2 de la mañana y vuelves y entre que coges o no coges el sueño... (eh7)*
- *A lo mejor me levanto tres o cuatro veces, pero en la vida de jubilado ya lo mismo da dormir que no dormir. Esta noche he ido dos veces nada más. (eh11)*
- *Por las noches tres veces seguras y a veces cuatro(...) me cuesta trabajo descansar, hay veces que me levanto y vuelvo y a lo mejor me tiro dos horas o dos horas y media que no me tengo que levantar otra vez, pero otras vuelvo y a la media hora me tengo que levantar. (eh12)*
- *Hay noches que he tenido que levantarme y meterme a la bañera, e incluso veces de tener que cambiar la cama. (eh31)*

Asimismo, estas limitaciones les suponen un impedimento para **viajar**.

- *Si es un coche particular por ejemplo, pues bueno, si es en mi coche vale, porque siempre puedes parar... pero yo hace tiempo ya que no viajo por eso. En autobús no puedes estar cada media hora parando por eso. (eh5)*
- *No me he tomado de momento ningún respiro para irme a algún lado, pero me preocupa estar en cualquier sitio y cualquier viaje que hiciese en autobús, que tengas que decirle al chofer: oye que cuando me da tienes que parar... Que si me ha dado frío a ver ahora donde hago yo... ¡¿Dónde voy?!... (eh7).*
- *A mi inconvenientes me causa muchos, a veces el salir a la calle, el no poder viajar... porque cuando digo que me orino es que me orino, entonces al salir a la calle tengo que estar pendiente de si hay baño o de si no hay ... pendiente de todo eso. (...) Si es un coche particular por ejemplo, pues bueno, si es mi coche vale, porque siempre puedes parar... pero yo hace tiempo ya que no viajo por eso. En*

*autobús no puedes estar cada media hora parando para eso. (...) Cuando estoy así y me da la gana de orinar esa que me da, pues cojo y me despido y me voy a buscar un aseo. (eh12)*

Este problema les obstaculiza para realizar algún tipo de **ejercicio**, impidiendo que puedan llevar una vida activa y saludable.

- *Mientras estoy caminando procuro ir por sitios donde me pueda ladear rápido (se ríe un poco) porque hay veces que tengo que...que no me da tiempo...(eh12)*
- *La molestia esa... (de andar dice su mujer) a mí me gusta andar y voy andando y...y lo noto yo, voy notando como que se me escapa, que no voy seguro, incómodo. (eh18)*
- *Antes salía en bicicleta. La he cogido para bajar a algún sitio, pero como salía antes, 3 o 4 horas por el pueblo, no. (eh31)*

#### **5.2.6.6 Medidas de afrontamiento**

Los hombres emplean tanto medidas preventivas, como paliativas, con la misma finalidad que las mujeres, es decir, para mitigar los efectos causados por la IU y mantener su bienestar; sin embargo, se puede apreciar que disponen de un repertorio de estrategias menor que ellas.

#### **Estrategias de autocuidado preventivas**

Fundamentalmente tienden a **localizar el baño** cuando salen fuera de casa, para poder llegar lo antes posible.

- *Siempre voy controlando el perímetro, cuando eso me da, me voy. (...) Lo miro porque me da gana y tienes que estar corriendo por ahí o hacer en cualquier lado. (eh7)*
- *Al salir a la calle tengo que estar pendiente de si hay baño o de si no hay...pendiente de todo eso. (...) Es lo primero que hago. Ayer mismo, estuvimos en un centro comercial y fue entrar y lo primero localizar el baño. (eh12)*
- *Me preocupó de estar cerca, yo aquí cuando he venido a lo primero que he ido es a ver dónde estaba, porque cuando me pongo que quiero orinar busco el sitio más cercano. (eh18)*

- *Sé ya varios sitios dónde hay baño, ¿sabes? Que ya he aprendido donde hay baños: en el (nombre de un centro comercial), en la tienda, en no sé qué... (eh27)*

Otra medida muy recurrente en ellos es la **restricción de líquidos**, mediante la que pretenden evitar tener que ir tanto al baño.

- *Procuro por la noche en vez de beber, que a lo mejor antes me sentaba y viendo una película me tomaba una bolsa de pipas o dos palomitas y me bebía 3 vasos de agua. Ahora procuro no tocar eso y entonces con medio vaso voy bien. (eh7)*
- *He recortado bastante el agua. (eh11)*
- *Estando en el bar me tomo una manzanilla y tal... y tengo amistad y le digo: oye que no puedo beber más, y me dicen: no te preocupes. Procuro no beber, eso hago. (eh26)*
- *Si voy a salir fuera no tomo nada, lo que pasa que si voy a comer en la comida siempre tomas algo. (eh30)*

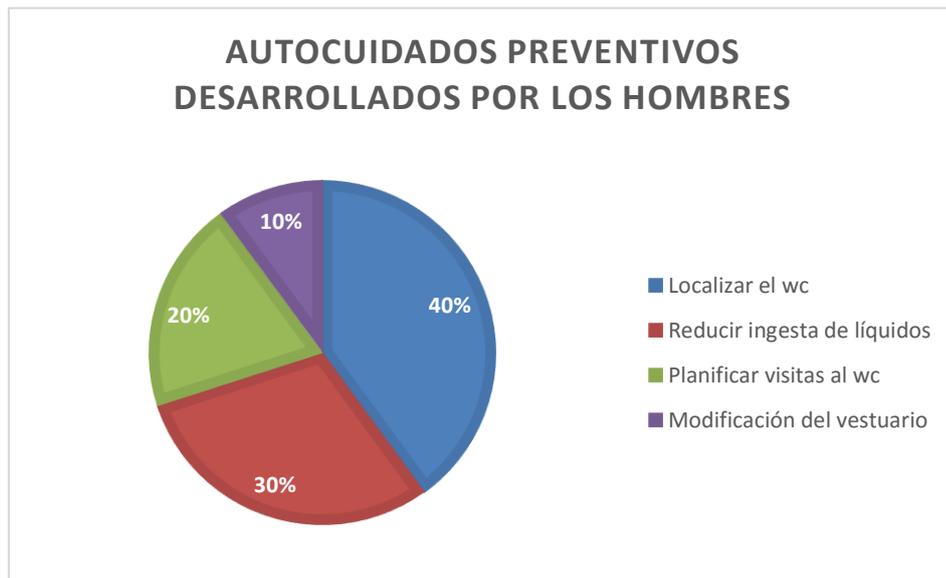
Hay hombres que **planifican las visitas al servicio**, tratando de evitar que les dé gana de orinar de manera inesperada.

- *Más control que llevo es el reloj, hacen dos horas u hora y media y paso por el aseo, que voy a salir a la calle, aunque haya ido pero vuelvo a ir antes de salir. Ahora mismo para coger el coche y venir aquí pues tiene que ser la llave para arrancar el coche pero en el aseo, llego aquí y otra vez. (eh31)*
- *Salgo al bar una hora solo y orino antes de salir. (eh33)*

Se hace referencia, aunque en menor medida, a **cambios en la indumentaria** con tal de poder llegar a tiempo al baño.

- *(Su mujer dice que sólo lleva chándal) porque es más cómodo, para llegar a tiempo. (eh18)*

Gráfico 14: Medidas preventivas empleadas por los hombres.



### Estrategias de autocuidado paliativas

Se ha comprobado que, al igual que ocurre con las mujeres, la mayoría de los hombres se decanta por el uso de **absorbentes**, como medida paliativa por excelencia.

- *Me pongo un pañal (eh2)*
- *Uso compresas, he intentado usar colectores pero me dan problemas. (eh30)*
- *Llevo dos cosas, el pañal y la compresa, porque en cuanto se me moja el de arriba le tiro y me quedo con el de abajo. (eh32)*
- *Tengo que llevar la compresa. (...) pero ahora ya he cortado un pañal y de un pañal hago tres compresas, que no es por ahorrar, que es que voy más cómodo. (eh34)*

Por su parte, a pesar de ser una medida muy extendida, los entrevistados revelan que el uso de absorbentes produce una multitud de **molestias**. Estas están causadas por la humedad y por el roce con el dispositivo absorbente.

- *Te pica el plástico por los lados. (...) Andando me roza un poco. (...) Una vez se me ha irritado. Cuando hace calor molesta más. (eh2)*
- *Que eso es otra incomodidad, estar con compresa. (...) Es un problema estar poniéndola y quitándola. El médico me mando unas que eran muy aparatosas y además en el verano con el calor que hacía que se me pegaba la cintura, porque*

*eso llegaba hasta la cintura y yo le dije que me diera otras aunque tuviera que pagar más y me mandó unas que están mejor, aquello era una muerte. (eh17)*

- *Es un follón, y que te acuerdes también de llevarte una siempre de repuesto...un malestar y... uno está incómodo... y tienes que ir a cambiarte, entonces resulta que no llevas. (eh27)*
- *Tengo que buscar un sitio dónde cambiármela, molestia... molestia... Cuando te notas ahí que estás orinado pues claro, si estás en casa vas corriendo, pero si estás por ahí fuera pues...(...) Me inventado yo esto de cortar el pañal, que es porque el pañal es una molestia llevarlo ahí, te notabas el pegote por detrás, yo iba muy incómodo. (eh34)*
- *El pañal es molestia, el llevar el pañal ahí con la orina...y luego que es malo también para el órgano, lo tengo ahí resentido, se irrita y tengo que echarme pomada y polvos de talco, porque es que se me irrita adentro, de tenerlo ahí en el pañal. (eh35)*

Sin embargo, a pesar de las molestias, en algunos casos se produce una **seguridad en el material absorbente**, creyendo que al llevarlo no se van a mojar la ropa ni se va a notar, lo que les origina mayor confianza al realizar sus tareas cotidianas.

- *Me pongo un pañal y yo salgo perfectamente (eh2)*
- *No me preocupa porque siempre voy con la compresa (...) cuando toso se me escapa pero se mancha la compresa.(eh3)*
- *Por llevar pañal, antes si porque iba siempre que si me he mojado... Pero ahora no, porque como si se me escapa llevo el pañal. (...) Bueno como llevo el pañal no se nota, ahora que si fuese sin pañal pues claro... (eh33)*
- *Hasta que yo no vea que esto está seguro yo voy a ir con las compresas, cualquier escape que tenga la compresa me lo va a retener. (eh34)*

Para mantener la higiene han de **ducharse o asearse frecuentemente**, evitando por este medio que se produzca el olor y las molestias relacionadas con la humedad, como las irritaciones.

- *Me tengo que lavar en el bidet muy a menudo. (eh3)*
- *Yo no estoy acostumbrado a ir mojado... y llevas siempre el pensamiento de que en cuanto llegue a mi casa al bidet, baja, quítate los calzoncillos, pum pum pum.(eh7)*

- *Me tengo que duchar o ponerme en el bidet y lavarme.(eh17)*
- *Cuando voy al baño a cambiarme yo me lavo, aunque sea con una “toalla”, con lo que sea, toallita, yo me lavo. (eh18)*
- *Ducharme no, pero asearme sí, por lo menos dos veces al día (eh23)*
- *Los lavados en el bidet me los hago 3 ó 4 veces al día. (eh26)*
- *Dos o tres veces al día tengo que pasar por el bidet, porque hay veces que aunque no se me escape me noto yo, o es que eso está en mi metido, que nada más que de ir muchas veces al aseo parece que noto yo la olor esa y... (eh31)*
- *Yo pienso que yo que sé, de vez en cuando, mirándome no sea que eso rezume, yo soy a lo mejor... Soy muy Pulido. Me tengo que lavar muchas veces al día. Me tengo que lavar muchas veces al día. (eh34)*

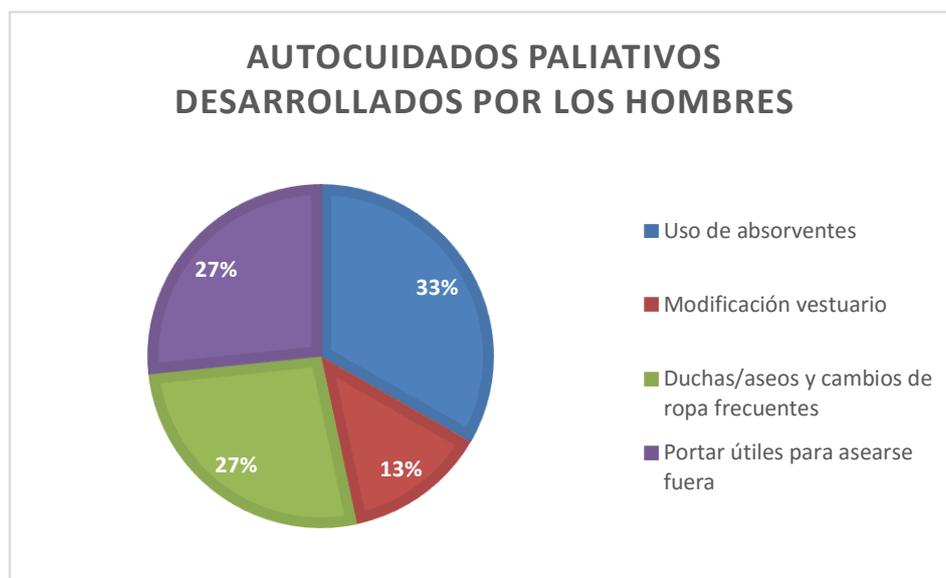
Cuando han de salir fuera **portan elementos para cambiarse**, como compresas o ropa interior. Aunque, alguno de ellos manifiesta que su mujer es la encargada de llevar lo que necesiten para cambiarse. Quedando patente el rol tradicional de la mujer como cuidadora.

- *He salido a una boda y mi mujer ha metido en el bolso, por si por casualidad me tengo que cambiar o algo. (eh2)*
- *Llevo más compresas en el coche, para cuando voy a trabajar. (eh3) Llevar unos calzoncillos para cambiarme. (eh7)*
- *La compresa, estaba pensando en quitármela ya pero... (su mujer dice: debe de llevarla, porque te pongas una no va a pasar nada. Si nadie va a saber nada, nadie lo sabe nada más que él, siempre le digo yo que lleve una en el bolso y cuando eso se mete a cualquier bar y ya está). (eh11)*
- *Es un follón y que te acuerdes también de llevarte una siempre de repuesto...un malestar y...uno está incómodo...y tienes que ir a cambiarte, entonces resulta que no llevas. Alguna vez he tenido que ir a comprar, iba por la calle para cambiarme, que no iba a gusto. (eh27)*
- *Me echo una mochila para cambiarme porque siempre se te escapa algo. (eh30)*
- *Ahora me voy de viaje y yo ya se lo dije a ella, hay que ir provisto de todo. (eh34)*

Como última medida paliativa que reconocen emplear, se encuentra la **modificación del vestuario**, con la que tratan de disimular la mancha de orina en el caso de que la pérdida llegase a mojar la ropa, mediante prendas holgadas y de color oscuro.

- *Uso ropa oscura por si se me escapa algo que no se note mucho. (eh3)*
- *De llevar unos calzoncillos, a otros más grandes. (...) Me pongo vaqueros, si llevas unos pantalones claros se nota más. (eh7)*
- *Cuando voy a salir un tiempo intento ponerme el pantalón oscuro por si acaso. (eh30)*
- *Ahora cuando estoy yendo al baile me pongo un pantalón más ancho. (eh34)*

Gráfico 15: Medidas paliativas empleadas por los hombres.



### 5.2.7 Relaciones Intergrupo e Intragrupo

Tras abordar el análisis de cada categoría de manera individual, vamos a proceder con la exposición de las inferencias que han surgido de la relación entre los distintos grupos de significado.

Al respecto, podemos apreciar que las restricciones que se producen en la vida diaria, a consecuencia de la incontinencia urinaria, se encuentran interrelacionadas (figura 9). Esto significa que los problemas que se generan en una limitación repercutirán en las otras.

Figura 9: Interrelación de las limitaciones.



Así, vemos que el malestar emocional ocasiona un retraimiento en el campo social, puesto que se generan intensos sentimientos de vergüenza. Esta emoción, se produce en relación a las personas de su entorno y a la sociedad en general, a causa del temor de que estos individuos puedan generar juicios negativos sobre ellos. Derivando en dificultades a la hora de llevar a cabo interacciones sociales, además de mermar la apetencia por salir de casa, con el objeto de evitar sentir una situación humillante. Y viceversa, el no poder relacionarse de una manera satisfactoria con su entorno les causa un impacto emocional, produciéndose sentimientos negativos, como por ejemplo, miedo, apatía y preocupación.

Por otro lado, si relacionamos las limitaciones físicas con las sociales, podemos ver, sirviendo de ejemplo, el caso de una mujer (em19) en el que la incontinencia le impide salir a correr con una amiga, por lo tanto, este hecho trasciende directamente en su relación con dicha persona, debido a que ya no puede practicar esa actividad con ella. Junto a esto, hay que añadir que esta situación, le provoca sentimientos de frustración, ya que la incontinencia urinaria le supone un obstáculo para realizar las tareas que desea, como es el ejercicio físico.

De un mismo modo ocurre con los juicios de valor, las burlas o falta de empatía que repercuten en la afectación emocional. Los comentarios molestos e hirientes, así como la falta de empatía, que giran en torno a este problema, ocasionan dolor y malestar psicológico en los individuos que la padecen, ya que implican una discriminación y descalificación

hacia los incontinentes. Además, estas acciones hacen que las personas con esta problemática experimenten una falta de apoyo social, por parte de las personas de su entorno, generando unas barreras, que los mueve a ocultar su situación, por miedo a ser estigmatizados y objeto de mofas. Tal es la situación, que incluso puede llegar a desencadenar un aislamiento social, a fin de evitar que la gente se percate de su problema con la continencia.

Asimismo, observamos que aparece una conexión entre las diferentes limitaciones que afectan la calidad de vida con las medidas de afrontamiento. Encontrando que las limitaciones promueven el uso de distintas estrategias de autocuidado, con la finalidad de reducir o evitar los problemas que influyen en su bienestar físico, social y/o emocional. Así, vemos por ejemplo que, la programación de visitas al servicio, puede reducir la preocupación que presentan muchos individuos por no encontrar un baño cuando van a salir de casa, o que, adquirir un baño portátil, genera tranquilidad, mejorando el descanso nocturno.

Además, aparece una relación entre la normalización del problema que presentan las mujeres con la falta de apoyo médico. Por ser un problema frecuente, la tendencia a normalizar está generalizada, provocando que las mujeres no pregunten a los sanitarios. Pero al mismo tiempo, cuando se deciden a consultar, éstos no proponen soluciones eficaces, ya que no le otorgan demasiada importancia, tratándolo como algo corriente de la edad y de su condición femenina. Como hemos comprobado en el discurso de em 24, en el que la informante nos expresa que cuando fue al ginecólogo, éste no le dio importancia, explicándole que era normal por su edad. Asimismo, em 25 refiere que su médico le dijo que aguantara más tiempo, puesto que no lo estimaba un problema considerable, sin ofrecerle otra solución. Por último, en el caso de em 29, el médico le propuso realizar los ejercicios de Kegel, para reforzar la musculatura del suelo pélvico; sin embargo, la derivó al gimnasio, en puesto de explicarle los ejercicios allí u ofrecerle una ayuda más especializada.

La normalización por ambas partes hace que se produzca un distanciamiento entre el profesional sanitario y la mujer incontinente (figura 10), y por tanto, impide que se busque una solución médica adecuada que satisfaga a la usuaria.

Figura 10: Normalización y falta de apoyo médico.

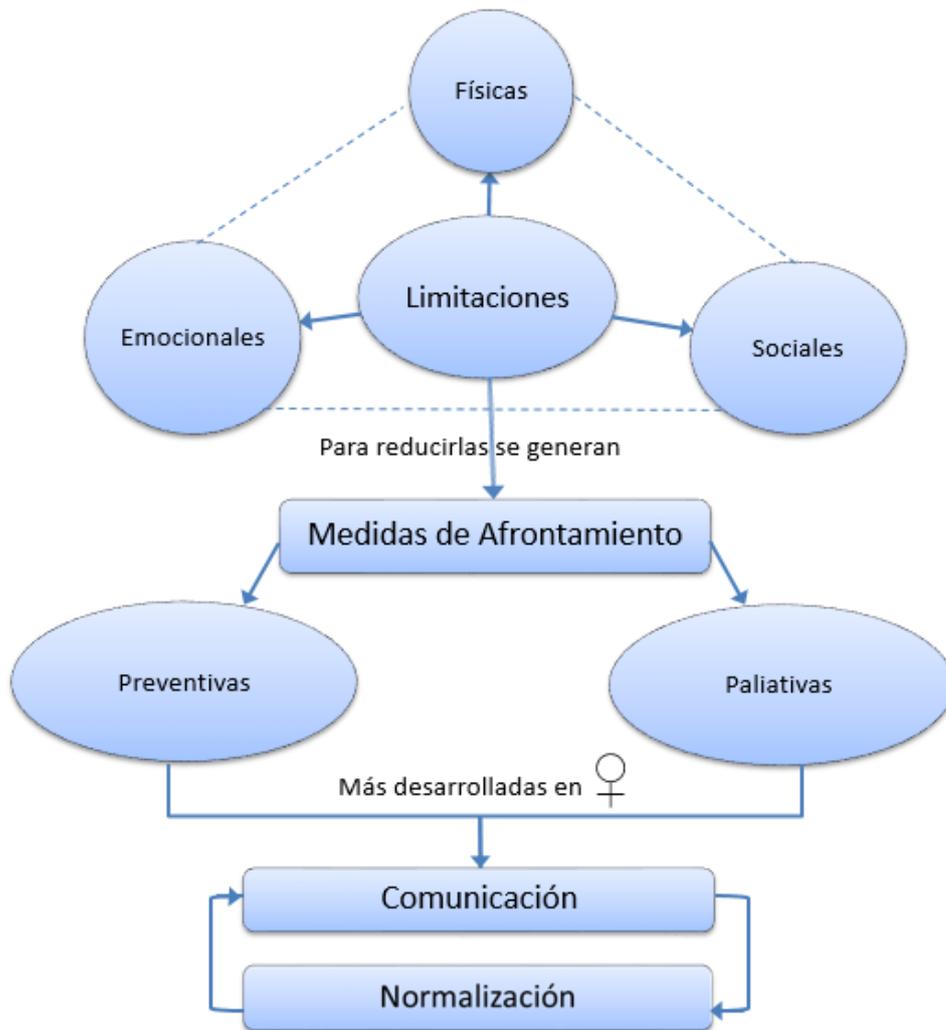


Asimismo, la normalización de esta situación por parte de las mujeres, las hace familiarizarse con la incontinencia urinaria, siendo capaces de desarrollar más medidas de afrontamiento, así como, presentan mayor facilidad a la hora de hablar de este problema con los demás. Mientras que los hombres, presentan más dificultad para comunicar su situación, por no estar tan normalizado entre ellos. Incluso, ellas ya asumían que esto pudiera llegar a ocurrirles, debido a que está extremadamente extendido entre el sexo femenino, por tanto, no les causa extrañeza cuando les acontece.

Sin embargo, el no estar generalizado entre los hombres provoca que no se asimile esta condición de incontinente, lo que genera expectativas y preocupaciones sobre su futuro. Pensamientos que no están presentes en las mujeres, concienciadas de que este problema les acompañará siempre.

La no relación de los hombres con el ciclo reproductivo, genera que no hayan tenido una toma de contacto previa con el material absorbente, lo que origina una sensación de seguridad con su uso, así vemos por ejemplo que eh34, afirma que cualquier escape que tenga la compresa se lo va a retener. Sin embargo, las mujeres, más adaptadas y familiarizadas con el material absorbente, a raíz de haberlo empleado para la menstruación, presentan cierta inseguridad por si no es capaz de contener todo el volumen de orina que se produce con las pérdidas, como em28, que señala que si hace un gran esfuerzo la compresa recalca y la ropa se empapa.

Figura 11: Mapa conceptual de las principales relaciones categóricas.





# **D**ISCUSIÓN



Vamos a proceder discutiendo los resultados que han emergido en nuestro estudio. Siendo fieles al orden que se ha establecido durante la exposición de los mismos.

Comenzaremos comparando las características en las que se presenta la incontinencia urinaria, así como, las correlaciones que se producen en relación a la afectación de la calidad de vida. A continuación, procederemos abordando el problema en profundidad, en casos específicos, que nos dan una mayor visión para averiguar el alcance que esta situación puede llegar a provocar. Ya que como hemos visto en los resultados, se producen afectaciones muy severas, que no son significativas en un estudio cuantitativo. Sin embargo, en nuestra práctica clínica debemos de tenerlo en cuenta, ya que se debe tratar a cada persona de una forma individual.

## **6.1 Parámetros relacionados con la incontinencia urinaria y con la afectación en la calidad de vida**

En primer lugar, hay que destacar que la frecuencia de incontinencia urinaria por tipología ha sido consistente con la literatura. Hallándose en ambos sexos la incontinencia urinaria de esfuerzo como la forma clínica más habitual, seguida de la incontinencia urinaria mixta, y en último lugar, de forma menos frecuente, se presenta la incontinencia urinaria de urgencia. (Geanini-Yagüez et al., 2013; Cortés-Gálvez et al., 2014) Sin embargo, diferimos con el estudio de Orna-Esteban et al. (2011), en el que también predomina la incontinencia urinaria de esfuerzo, pero se presenta seguida de la incontinencia de urgencia, encontrándose la mixta en último lugar. Hay que destacar que estos estudios presentan personas con una edad media similar a la nuestra.

Por tanto, podemos destacar que estos resultados son lógicos y coherentes con la bibliografía revisada, debido a que las tipologías obtenidas concuerdan con lo expuesto por Leonard y Gomella, (2013) y Robles (2006). De manera que, tal y como señalan, la incontinencia de esfuerzo está asociada a cirugía prostática, por tanto, este tipo ha sido el más elevado en el sexo masculino de nuestra muestra, debido a que se compone mayoritariamente de hombres que han sido sometidos a esta situación. En el caso de las mujeres, por la media de edad también se ha hallado predominio de este tipo, puesto que es el más frecuente en las menores de 75 años.

Los estudios que muestran relación entre el sexo y la severidad de la incontinencia urinaria son muy dispares. Así, vemos que Teunissen et al. (2006), halla una severidad mayor en las mujeres, frente al estudio de Temml et al., (2000), donde no se muestra desigualdad entre ambos sexos. Sin embargo, nosotros hemos encontrado diferencias significativas en la percepción de los hombres y las mujeres en cuanto a la severidad de los síntomas de incontinencia urinaria. Exteriorizando ellos una afectación más elevada, que queda patente en la puntuación más alta del cuestionario ICIQ-SF. Al igual que en el estudio de Delgado Aguilar et al. (2007), donde se encuentra mayor severidad en los hombres. Estas puntuaciones superiores que observamos en los hombres, pueden deberse a la normalización que ellas establecen con esta problemática, ya que, como señalan Higa et al. (2008), al estar habituadas, presentan una tendencia a subestimar y a tratar con indiferencia los síntomas.

Al igual que Coyne et al. (2012) y Cortés-Gálvez et al. (2014), coincidimos en que la incontinencia urinaria produce una disminución de la calidad de vida en las personas que la padecen. De igual forma, la afectación se produce a nivel físico, social y psíquico, tal y como señala el Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria (2003).

La percepción sobre la afectación que causa esta problemática en la calidad de vida se recoge en el cuestionario I-QOL. Así, encontramos que ambos sexos presentan una afectación similar, siendo de carácter moderado. Estas puntuaciones se ajustan a las obtenidas en los estudios de Nieto Blanco et al. (2004), Delgado Aguilar et al. (2011) y en el Boletín epidemiológico de Murcia (2004).

Desglosando el cuestionario en las tres subescalas que lo componen, podemos apreciar que no hay diferencias significativas entre los hombres y las mujeres en la limitación de la actividad, el impacto psicosocial y los sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales. Indicando en ambos sexos, la vivencia del problema de manera análoga, presentando los mismos inconvenientes que alteran su bienestar. Estos resultados coinciden con los del estudio de Martínez Agulló et al. (2010), en el que también evidencian un impacto en la calidad de vida similar entre varones y mujeres de mediana edad. Sin embargo, confrontan con los hallados por Teunissen et al. (2006), encontrando que la afectación producida en la calidad de vida es superior en los hombres que en las mujeres.

Al respecto, hay que destacar que la comparación de los resultados con otros estudios resulta extremadamente compleja, a causa de las diferencias en los instrumentos empleados y en la heterogeneidad de las muestras. Además son escasas las investigaciones que confrontan la afectación entre sexos, siendo la mayoría en mujeres. A pesar de ello, todos muestran que se produce una relación entre la incontinencia urinaria con la afectación del bienestar. (Velázquez Magaña et al., 2007; Cortés-Gálvez et al., 2014; Geanini-Yagüez et al., 2013)

Si confrontamos las puntuaciones obtenidas en el I-QOL con los diferentes tipos de incontinencia urinaria, hallamos que la incontinencia de esfuerzo es la que menos afectación causa en la calidad de vida. Siendo la mixta y de urgencia, las que mayor afectación producen tanto en la puntuación total, como en las diferentes dimensiones de las subescalas. Estos datos se encuentran en concordancia con los obtenidos por Keun Park et al. (2015) Vatche Minassian et al. (2013), Coyne et al. (2003-2012) y Badía Llach et al. (2000), donde encuentran que las personas con síntomas que incontinencia mixta y urgencia tienden a informar de más molestias. Tal y como señalan Badía et al. (2000) y España Pons y Puig Clota (2009), este hecho puede deberse a que la sintomatología de urgencia imperiosa y frecuencia urinaria, son de carácter imprevisible, lo que origina un mayor impacto en la calidad de vida. Por su parte, Herrera Pérez et al. (2008), determinan que las personas con incontinencia de esfuerzo presentan menos deterioro en la calidad de vida porque son capaces de adaptar sus hábitos, para evitar las situaciones que provocan la pérdida involuntaria de orina, un ejemplo de ello es el ejercicio físico.

Es por tanto evidente, que la escala con mayor número de ítems afectados en el cuestionario I-QOL en correlación a la incontinencia urinaria de urgencia y mixta, sea la de limitación de las actividades, debido a que se recogen las preguntas relacionadas con los síntomas más frecuentes de la incontinencia de urgencia. Siendo además razonable, que en el impacto psicosocial, estén afectadas significativamente las preguntas relativas a permanecer durante mucho tiempo fuera de casa y la libertad para realizar todas las actividades que quieren, debido a que presentarán temor de no encontrar un baño cerca y no llegar a tiempo (Nieto Blanco et al., 2004).

En el estudio se ha encontrado relación entre la edad y la puntuación en el cuestionario ICIQ-SF, siendo directamente proporcional. Con ello, observamos que a

mayor edad, la incontinencia urinaria se presenta con mayor severidad, sucediendo tal y como exponen Robles (2006) y Nihira y Henderson (2003).

Sin embargo, al igual que otros autores (Nieto Blanco et al., 2004; Martínez Córcoles et al., 2008) no hemos hallado correspondencia entre la edad y el grado de afectación en la calidad de vida. Lo que nos muestra que tanto las personas jóvenes, como las mayores, sufren por igual limitaciones en las distintas esferas de su vida, condicionando sus actividades diarias y las relaciones sociales, así como, soportando la afectación que se produce a nivel emocional.

El hecho de que el bienestar se afecte por igual, independientemente de la edad, puede deberse a que las personas jóvenes han de llevar una vida más activa, debido a que se encuentran desempeñando un trabajo remunerado, lo que genera que tengan una mayor probabilidad de sufrir una pérdida estando expuestos al público. Por otro lado, en las personas mayores, la afectación en la calidad de vida puede estar ligada a la severidad más elevada que presentan.

## **6.2 Normalización y naturalización de la incontinencia urinaria**

En conformidad con otros autores (Cotrim de Borba 2008; Volkmer et al. 2012; Ferri Morales et al., 2003), hemos hallado una normalización del problema en las mujeres, como consecuencia de la concepción que presentan de que este inconveniente se debe a la elevada edad, y/o por haber tenido hijos, a causa del traumatismo obstétrico durante el embarazo y parto. Por ello, se ha producido una “normalización” de la incontinencia urinaria como condición natural por el hecho de ser mujer, esto ha derivado en una aceptación y asimilación de la situación, como algo habitual y sin solución, que impedirá que ellas busquen ayuda en los profesionales sanitarios. Lo que desencadena una resignación al problema, en el que se han de adaptar por medio de maniobras, que generan cambios en su estilo de vida.

Asimismo, se ha encontrado que las participantes perciben una falta de atención por parte de los profesionales sanitarios. Si bien, esto puede deberse a que lo consideran un mal “menor” de las mujeres, siendo de poco interés al no entrañar gravedad, o a que se ve como algo usual a causa de sus características biológicas y del declive fisiológico por la edad (Espuña Pons, 2003; Nieto Blanco, 2007; Sen et al., 2007; Higa et al, 2008). Esta

normalización, la cual es reseñable que emerja en un colectivo con conocimientos, genera que no se brinden soluciones apropiadas, prevaleciendo la prescripción de dispositivos absorbentes, un recurso que ya suelen conocer las mujeres, y que en la mayoría de ocasiones genera unas molestias añadidas, a causa de la continua sensación de humedad (Mañá y Mesas, 2002; Ferri Morales 2003 y Saucedo 2008). Por consecuencia, estas actitudes que aparecen tanto por parte de los sanitarios, como por las propias mujeres, son grandes obstáculos para que busquen consejo o ayuda, generando un distanciamiento entre ambas partes (Cortés-Galvez et al., 2014; Higa et al, 2008).

En este punto, se hace preciso destacar, la gran carga que han producido los estereotipos tradicionales de género en esta problemática. Debido al androcentrismo sobre el que ha girado la ciencia médica, considerando el cuerpo del hombre como el centro de estudio. Por tanto, la incontinencia urinaria ha quedado invisibilizada, al tratarse de un problema mucho más prevalente en el sexo femenino (Valls Llobet, 2009). La consecuencia que esto ha traído consigo, ha sido la resignación de las mujeres a padecer este inconveniente. Debido a que, al ser un problema tan frecuente en este sexo, se ha tomado por “normal”, más aún, teniendo en cuenta su estereotipo de “débil”, que contribuye a asumir la naturalidad de esta situación, puesto que se toma por lógica, a causa de su musculatura más frágil (Sánchez López, 2013). Esta situación también se encuentra ligada al envejecimiento, debido a que comparten el atributo de débiles, ya que por la edad han perdido el tono muscular. Por tanto, se ha extrapolado a un problema que es natural en mujeres y ancianos. Observando en el discurso de las informantes su resignación como conducta implícita de su género.

En cuanto a los profesionales sanitarios, podemos establecer que cuando una mujer se ve obligada a resignarse a tener que soportar la incontinencia urinaria, a causa de la normalización originada de este problema con el sexo femenino, se provoca una vulneración de sus derechos, recogidos principalmente en la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, ya que no obtiene una atención adecuada por parte del personal sanitario, que generaliza y sistematiza el problema, desde una visión androcéntrica, que no tiene en cuenta las necesidades específicas de las mujeres. Produciéndose así, un acceso, inequitativo a la salud (Martínez Benlloch, 2003).

Por otra parte, entre los hombres se ha evidenciado una asociación de este problema con el envejecimiento (Guillén et al., 2003; Cross et al., 2014) considerándolo propio de la

edad avanzada; sin embargo, no sienten que esta situación sea normal para ellos, debido a que en su caso está ocasionada por una cirugía. Incluso, los informantes hacen alusión a que este problema está envuelto en feminidad, debido al uso de las compresas, las cuales se encuentran vinculadas a las mujeres (Aristizábal, 2007), causando en algunos casos conflictos por su utilización.

Finalmente, hay que señalar que, mientras se mantenga la normalización se perpetuará esta situación en mujeres, con la consecuente imagen tradicional de la debilidad de su cuerpo; sin embargo, son capaces de reestablecer su musculatura (Ghaderi et al., 2016; Dumoulin et al., 2015), manteniendo su fuerza.

### **6.3 Comunicación de su situación**

En cuanto a la comunicación de este problema con personas de su entorno, hemos evidenciado que la mayoría de las mujeres presentan una predilección por hablar de su estado con personas de su mismo sexo y que además se hallan en esta situación. Estos datos se encuentran apoyados en el estudio de Higa et al. (2008), donde indican que “las mujeres se enfrentan a la pérdida urinaria compartiendo el problema con otras mujeres, desarrollando así estrategias para convivir con la incontinencia, intentando reducir su incidencia al controlar los episodios”. De modo que, intercambiar información con mujeres que se encuentran en el mismo estado, las dota de un mayor número de recursos para hacer frente a los inconvenientes que les causa la incontinencia. Asimismo, otro estudio, muestra que comunicar el problema entre mujeres en la misma situación genera más empatía, debido a que comprenden mejor las experiencias femeninas y comparten las mismas sensaciones (Hayder & Schnepf, 2010). En cambio, los entrevistados masculinos, a la hora de hablar de sus problemas urinarios prefieren apoyarse en sus familiares, presentando un círculo más reducido, que puede deberse al hecho de ser más reacios a confesar este problema, tal y como apuntan Cervera Deval et al. (2004). Incluso uno llega a manifestar que de este tema no habla con nadie, ni siquiera con su familia, para no preocuparles. Quedando muy marcado en este caso, el rol tradicional masculino, por el que no puede demostrar debilidad (Bonino Méndez, 2000).

Igualmente, una parte de las entrevistadas escoge exclusivamente a la familia o a amigas muy cercanas como vía de escape para expresar su situación. En este punto, destaca

el hecho de que la transmisión siga siendo preferentemente entre el mismo sexo. Reforzando este argumento, encontramos el caso de una entrevistada la cual narra que no comparte su situación con sus hijos, enfatizando que son varones. Mediante la predilección de las mujeres por personas del mismo sexo, se reafirmada la idea de que es un tema femenino, fomentando la naturalización y normalización entre ellas.

Según han manifestado los informantes, uno de los mayores inconvenientes que presentan a la hora de compartir su situación con los demás, es el temor a enfrentarse a juicios de valor. Sintiéndose despreciados por el grupo, así como, teniéndose que someter a comentarios molestos y despectivos (Higa et al., 2008; Lobchuk & Rosenberg, 2014). En el caso de los hombres, este aspecto se acentúa aún más, llegando a sospechar que van a ser objeto de mofas y burlas, si se enteran los colectivos de su entorno.

## **6.4 Limitaciones generadas por la incontinencia urinaria**

### **6.4.1 Limitaciones Sociales**

La incontinencia urinaria ha causado un fuerte impacto en las relaciones sociales de nuestros informantes, al igual que en el estudio de Bedretdinova et al. (2016).

Obtuvimos numerosos testimonios de hombres y mujeres que se arrojaban a un aislamiento doméstico voluntario, evitando salir de sus hogares, tal y como señalan Reimundez (2002) y el Boletín epidemiológico de Murcia (2004). Esta situación puede deberse a que en sus domicilios se encuentran más seguros, siendo conscientes de que en su casa pueden controlar cualquier inconveniente que les ocasione el escape de orina, ya sea por la accesibilidad del baño, o por la disponibilidad para realizar la higiene personal (Baena de Matew Lee e Higa, 2006). En consecuencia, cuando han de salir, se hace evidente la preocupación que muestran por la posibilidad de ser estigmatizados, debido a que en las sociedades modernas hay normas estrictas sobre la gestión de desechos, por tanto, si no se puede cumplir con estos valores, quedan marcados a causa de las actitudes sociales negativas que se presentan en relación a este problema (Guillén López et al., 2003; Higa et al., 2013; Cotrim de Borba et al. 2008; Puchades Simo et al, 2013).

Asimismo, según han narrado los participantes, se producen limitaciones cuando interaccionan con su entorno, reduciendo el círculo de relación social, al igual que apuntan

Ferri Morales et. (2003), Gilda et al. (2013) y Vinaccia et al. (2006). Esta actitud, puede estar motivada por la razón que se ha expuesto anteriormente, el temor a quedar marcados socialmente. Por tanto, cuanto menos contacto social mantengan, menos posibilidad habrá de que este problema se manifieste en público, o en el caso de que ya se haya producido la pérdida, deberán abandonar el grupo, para cambiarse y asearse, antes de que alguien pueda percatarse, lo que conllevará a un deterioro paulatino de su vida social (Vinaccia et al., 2006).

En relación con la problemática expuesta, es razonable que la causa más fuerte de restricción social sea el temor a que alguien pueda percibir el olor por la pérdida de orina. Este miedo, se hace patente en una entrevistada que asiste a clases de gimnasia y se tiene que situar más retirada de sus compañeras, pensando que alejarse y aislarse es la mejor manera de que no se percaten del olor, y por tanto, de su problema de incontinencia urinaria. Este sentimiento también se identifica en el estudio de Baena de Matew Lee e Higa. (2006), en el que las mujeres señalaban que se producía miedo a salir de casa por si olían a orina. Otros trabajos, tales como los de Modroño Freire et al. (2004) y Martínez Córcoles et al. (2008), mencionaban que se ocasiona una preocupación a causa del olor; sin embargo, no llegan a profundizar sobre si este hecho conduce a un aislamiento social. Por otro lado, un participante masculino también manifiesta su preocupación por esta situación, remarcando que, quién esté a su lado lo va a oler y se va a dar cuenta de que tiene pérdidas de orina. Esto se encuentra en concordancia con lo expuesto por Higa et al. (2008), donde sostienen que el olor a orina puede conllevar a sentimientos de estigmatización y a relaciones sociales más pobres.

Partiendo de los supuestos anteriores, hay que destacar que, una gran parte de los informantes, han manifestado sufrir situaciones realmente incómodas o embarazosas, por padecer un escape abundante, que ha sido perceptible estando en público. Causándoles un gran malestar y sufrimiento, que acaba por reforzar la idea del aislamiento (Zunzunegui Pastor et al., 2003).

Dentro de estas situaciones desagradables, se encuentra la necesidad de tener que orinar en lugares inapropiados, a causa de la sensación imperiosa. En este punto encontramos diferencias entre los hombres y las mujeres, presentando ellos menos reparo para realizar este acto. Incluso, es un entrevistado quien hace alusión a esta diferencia, señalando que para ellos es más fácil que para las mujeres, al no suponerles un problema

el tener que hacer en cualquier sitio. Esto se debe a la comodidad, ya que no han de desvestirse, como en el caso de las mujeres, por tanto, pueden orinar más rápido, además, de pasar desapercibidos con mayor facilidad.

Otro hecho reseñable que difiere entre ambos sexos, es que en los hombres aparece una visión de futuro con respecto a este problema, albergando la expectativa de que pueden mejorar. A diferencia de las mujeres, que se muestran más familiarizadas con la incontinencia, aceptando y asumiendo esta situación como algo natural, que no tiene solución (Nieto Blanco et al., 2004), con lo que finalmente acaban por resignarse a padecerla.

#### **6.4.2 Limitaciones Emocionales**

La incontinencia urinaria produce una merma en el bienestar emocional de las personas que la padecen (Martínez Córcoles et al., 2008). Generando respuestas psicológicas, tales como, ansiedad, tristeza, vergüenza, miedo, pérdida de autoestima y rabia (Neves de Sousa et al., 2005; Cotrim de Borba et al., 2008; Delgado Aguilar et al., 2011).

Al igual que Teunissen et al. (2006), hemos evidenciado que los hombres presentan una mayor tendencia a manifestar sentimientos de rabia y enojo, en comparación con las mujeres. Estos sentimientos hacen que pierdan el control a la hora de enfrentarse a esta situación.

Asimismo, en concordancia con Higa et al. (2013), se ha visto que ellos expresan sentimientos de pérdida de su identidad sexual masculina. También, vemos por ejemplo, que uno de los entrevistados hace alusión a que tiene que orinar sentado, recalando él mismo que lo hace como las mujeres. Además, advertimos que relaciona este problema con la pérdida de un pecho, siendo un símbolo de feminidad, “lo veo un problema como el que tiene un pecho menos, o el que tiene un brazo menos...”. Por lo tanto, se podría decir que siente que con la incontinencia urinaria se ha amputado su masculinidad.

Estas emociones de enfado e ira, pueden estar promovidas por la concepción de haber perdido su rol tradicional masculino, donde se le atribuye la fuerza, potencia sexual,

decisión y seguridad (Velasco Arias, 2009), generando este tipo de reacción para hacer frente a la situación.

Sin embargo, las mujeres muestran una afinidad a desarrollar sentimientos de vejez cuando les acontece este problema. Esto puede deberse al pensamiento que presentan de que es una consecuencia natural de la edad (Higa et al., 2008). Por tanto, la aparición de la incontinencia urinaria, les alerta de que está llegando otra etapa de la vida. Causando malestar cuando creen que se ha implantado la vejez de manera prematura. Al mismo tiempo, trae implícita la pérdida de su rol femenino, alejándose de los estereotipos de belleza y juventud.

Los sentimientos negativos que comparten en igual medida ambos sexos, han sido principalmente la vergüenza, seguida de la tristeza, y por último, el miedo, la impotencia y la frustración. Coincidiendo con los resultados hallados en el estudio de Teneussen et al. (2006).

Especialmente, hay que destacar que se ha hallado en una mujer, un cuadro de depresión motivado por la incontinencia urinaria. Este hecho, evidencia el alcance que este problema origina a nivel psicológico, generando un gran daño, que puede incluso llegar a causar un cuadro patológico de salud mental (Baena de Mathew Lee e Higa, 2006; Adile et al., 2006).

Por otro lado, también es relevante el caso de una entrevistada, que siente una inmensa vergüenza cuando los escapes le ocurren delante de su pareja. Esta situación es tan fuerte que desencadena en ella una gran preocupación, llegando incluso a plantearse que si se acabara la relación con esta persona, no encontraría a alguien que fuese tan comprensivo con su problema. Esta situación también ha sido evidenciada por Hayder & Schnepf (2010), mencionando en su estudio que los solteros tienen dificultades para iniciar una relación, presentando temor a ser rechazados.

Podemos determinar que los sentimientos que han sido manifestados, convergen en una pérdida de autoestima, pues los temores y las ideas pesimistas están siempre en sus mentes, impidiéndoles disfrutar el día a día. El malestar psicológico les genera miedos a la hora de enfrentarse a situaciones cotidianas, sintiéndose en muchas ocasiones frustrados,

al no poder realizar tareas sencillas de la vida diaria. (Reimundez, 2002; Modroño Freire et al., 2004)

En síntesis, este problema implica la aparición de un torbellino de emociones negativas en las personas que lo padecen, que sacude su bienestar emocional, y por ende, a su calidad de vida (Cotrim de Borba et al., 2008).

### **6.4.3 Limitaciones Físicas**

La incontinencia urinaria ha supuesto, entre los participantes de nuestro estudio, una barrera a la hora de realizar sus tareas y actividades recreativas, así como para tener un buen descanso nocturno.

Se ha observado que las mujeres manifiestan en mayor medida dificultades para realizar las tareas cotidianas. Mientras que ellos, verbalizan mayoritariamente los problemas en el desempeño del trabajo remunerado. Esta situación puede deberse al hecho de que las mujeres realizan el rol reproductivo en el núcleo familiar, ocupándose de las tareas domésticas, como la limpieza del hogar, las compras, el cuidado de los niños, etc. Asimismo, hay que destacar que estas tareas también siguen recayendo entre las que se encuentran realizando una actividad laboral. Frente a esto, encontramos que los hombres, se centran principalmente en el rol productivo a la hora de expresar impedimentos.

Si bien, igual que Teunissen et al. (2006) hemos hallado que ambos sexos sufren un impacto en las actividades diarias. Esto se debe a que necesitan detenerse constantemente, dejando a medias la actividad que estén realizando para ir al baño, como ocurre por ejemplo cuando han de ir a hacer la compra, en muchas ocasiones tienen que abandonar su turno y volver a empezar cuando regresan del lavabo, o cuando se han mojado y tienen que irse para asearse y cambiarse. Sin embargo, un estudio de Higa y Baena Lopes de Moraes (2007) indica que las mujeres no padecen ningún tipo de restricción en sus actividades domésticas, aunque sí muestra que la actividad laboral se ve afectada a causa de la incontinencia urinaria.

Fernandes et al. (2015) subrayan que este problema origina una alteración a nivel profesional, causando cambios en el ritmo de trabajo y una menor productividad. Acorde a esto, hemos evidenciado como algunos informantes expresaban que tenían la necesidad de

abandonar su puesto de trabajo en numerosas ocasiones, generándoles malestar al encontrarse en una dicotomía por tener que elegir entre ir al baño cada vez que lo requieren, a pesar de que pueden ser amonestados por sus superiores (Higa et al., 2008), o quedarse trabajando y sufrir el escape, con la consecuente incomodidad durante el turno, de sentirse mojados y desprender mal olor.

Por otra parte, se producen alteraciones en el descanso nocturno (Nieto Blanco et al., 2007; Vinaccia et al., 2006; Delgado Aguilar et al., 2011), ya sea por levantarse al baño muchas veces o por tener una pérdida de orina de gran cantidad, que les conduce a tener que asearse y cambiar la cama.

Las repercusiones de la incontinencia durante la noche, influyen a lo largo del día. No poder dormir supone levantarse con fatiga y estar toda la jornada somnolientos, siendo especialmente notable si tienen que ir a trabajar, ya que se reduce la concentración y su rendimiento laboral. Por otro lado, supone cambios de humor que repercuten en sus relaciones sociales.

Este problema es un gran condicionante a la hora de viajar (Puchades Simó et al., 2013; Smoger et al., 2000). Fundamentalmente causa temor y preocupación, ya que las dificultades se producen en lugares en los que no se encuentran cómodos, debido a que no pueden controlar los inconvenientes que les produce la incontinencia tal y como lo hacen en su ambiente, asimismo, se sienten intranquilos, puesto que no saben si encontrarán un baño en el momento que lo requieran. Por consiguiente, acaban por limitar o evitar los viajes de turismo.

Sin duda, la práctica de algún deporte o de actividad física también se ve afectada, sobre todo entre los participantes que presentan incontinencia urinaria de esfuerzo, lo que les lleva a cesar la realización de ejercicio (Napal Ros et al., 2004). Esta situación inquieta a algunas informantes que están engordando o que tratan de perder peso y no pueden (Flores y Pizarro, 2012). Incluso una de ellas señala que este problema le genera dificultades para jugar con sus hijas, ocasionándole un gran pesar, al ser un impedimento para disfrutar con ellas.

## **6.5 Estrategias de autocuidado empleadas para afrontar la Incontinencia urinaria**

Para poder liberarse de estos problemas ocasionados por la pérdida urinaria, han desarrollado una serie de medidas con el fin de recobrar la libertad y la seguridad. Se ha evidenciado que estas tácticas pueden ir encaminadas a evitar el escape, lo que hemos considerado autocuidados preventivos, o por el contrario, se han calificado como autocuidados paliativos, cuando tienen la finalidad de atenuar o minimizar el daño producido por la pérdida, y que de este modo, repercuta en su vida lo menos posible.

### **6.5.1 Autocuidados Preventivos**

Entre las medidas de autocuidado que hemos evidenciado, destaca la compra de un váter portátil que ha realizado una mujer, la cual nos declara que ha ganado mucho bienestar con esta adquisición, debido a que por las noches no llegaba a tiempo al cuarto de baño, por tanto, gracias a esta medida evita tener que cambiarse y asearse durante la noche, ganando tiempo de sueño.

Por otra parte, al igual que en el estudio de Modroño Freire et al. (2004), se han hallado, entre los entrevistados de ambos sexos, cambios en su indumentaria, empleando ropa más cómoda a la hora de desvestirse para ir al baño, con lo que adquieren un poco de tiempo para evitar que se produzca escape.

Asimismo, resulta especialmente interesante, que un elevado número de participantes, tanto masculinos como femeninos, hayan notificado que reducen la ingesta de líquidos (Robles, 2006; Hayder & Schnepf, 2010), a pesar de que algunas mujeres han reconocido que es una medida perjudicial para su salud (Baena de Mathew e Higa, 2006). Siendo muy relevante el caso de una participante, que llega a mencionar que en ocasiones se mareaba por la falta de líquido. Igual de significativo, es el hecho de que otras mujeres señalen que tienen patologías que requieren beber una abundante cantidad de agua, pero a pesar de ello, optan por la restricción hídrica, priorizando evitar la pérdida de orina por encima de su problema de salud.

Por otro lado, algunos informantes, conocedores de que el déficit del volumen de líquidos es perjudicial para su salud, intentan minimizarlo, llevando a cabo esta acción de forma más moderada.

Se hace preciso destacar que las restricciones hídricas, pueden desencadenar hipotensión, debilidad, sequedad de piel y mucosas, infección del tracto urinario, daño renal y reflujo. Por tanto, esta medida de autocuidado que han desarrollado debería estar controlada por un profesional, que les asesore y les ofrezca otras alternativas.

Favorablemente, ya que no entrañan un efecto nocivo en la salud, han destacado como autocuidados preventivos entre los entrevistados, la programación de visitas al servicio (Sánchez-Herrera et al., 2013), siendo la más empleada por las mujeres del estudio, y localizar los aseos cuando salen de casa (Higa et al., 2013), encontrándose esta medida entre la más usada por los informantes masculinos. Por medio de la planificación de horarios miccionales, tratan de evitar que se produzcan ganas de orinar en momentos inoportunos, llegando incluso a programar micciones en intervalos de treinta minutos, según documentan Higa y Baena Lopes de Moraes (2007). Por otro lado, mediante la búsqueda del emplazamiento del baño, confían en poder llegar al aseo antes de que se produzca la pérdida, al no tener que perder tiempo en buscarlo.

### **6.5.2 Autocuidados Paliativos**

Entre la medida de autocuidado paliativa más extendida, tanto en los hombres como en las mujeres, se encuentra el empleo de absorbentes (Temml et al., 2000).

Si bien, este hecho concuerda con la reflexión de Saucedo Figueredo (2008), donde manifiesta que “existe una concepción global de que la única solución posible ante las pérdidas de orina son el uso de sistemas de absorción“. Argumenta esta afirmación, en base a la publicidad que se está realizando, en la que se promueve y normaliza el consumo de compresas, así como, se fomenta la concepción de que es algo común en el sexo femenino, además, se señala que el uso de compresas es la solución más eficaz. Sin embargo, esto dista mucho de la realidad, pues tal y como han expresado los entrevistados y entrevistadas, el uso de absorbentes conlleva a una serie de consecuencias negativas (Martínez Córcoles et al., 2008), entre las desventajas que estos dispositivos ocasionan se encuentran los

relacionados con la integridad de la piel, infecciones repetitivas, malestar al encontrarse húmedos continuamente y el olor.

A pesar de las molestias que han reportado, los hombres presentan confianza en los sistemas de absorción, creyendo que al llevarlos no se va a notar la pérdida. Sin embargo, las mujeres, más familiarizadas con el empleo de estos dispositivos, a causa de haberlos usado durante la menstruación, no encuentran tanta seguridad, debido a que la experiencia las ha hecho conocedoras de que puede moverse, o que la pérdida puede ser mayor que la capacidad de absorción, lo que conlleva el poder mojar la ropa, los asientos, etc.

Por otro lado, los entrevistados, especialmente las mujeres, han expresado una modificación en su vestuario (Cotrim de Borba et al., 2008), empleando ropa de tono oscuro, para ocultar la mancha si se moja la ropa, así como, prendas más amplias o que disimulen el absorbente.

Otra acción que realizan es extremar la higiene, aumentando significativamente el número de aseos y duchas (Ferri Morales et al., 2003), y cambiándose frecuentemente de ropa (Cervera Deval et al., 2004), tratando de mantenerse secos y limpios, además de evitar el olor.

Al igual que mencionan Teneussen et al., en un estudio realizado en 2006, si han de salir de casa, tienen que ir provistos de ropa extra y útiles para asearse, con el objeto de poder continuar con sus actividades sin que la pérdida les repercuta en exceso.

Finalmente, hay que resaltar el discurso de un hombre, en el que advierte a su mujer que han de ir provistos de todo lo necesario para su incontinencia durante un viaje que van a realizar. En este comentario queda impregnado el rol de la mujer como cuidadora (Vaquiroy Stiepovich, 2010), siendo ella la encargada de proveer los recursos para hacer frente al problema de su marido.

No podemos cerrar este punto sin destacar que se ha identificado un mayor número de recursos para el autocuidado, tanto preventivos como paliativos, entre las mujeres. Además, algunas medidas han resultado ser muy ingeniosas, como la acción de portar una botella de agua para asearse cuando salen, o poner un asiento especial en el coche para poder limpiarlo. Por tanto, podemos establecer que son más hábiles que los hombres a la

hora de atenuar los problemas que les origina la incontinencia urinaria, infiriendo que puede deberse al hecho de la comunicación que establecen entre mujeres incontinentes y a la asimilación del

## **6.6 Valoración de la incontinencia urinaria desde el Modelo de Orem**

Mediante el estudio que se ha realizado, se han valorado los factores que inciden sobre la capacidad y las demandas de autocuidado que los pacientes requieren. Determinando finalmente, que las personas con incontinencia urinaria precisan la atención de enfermería (Stephen, 1993).

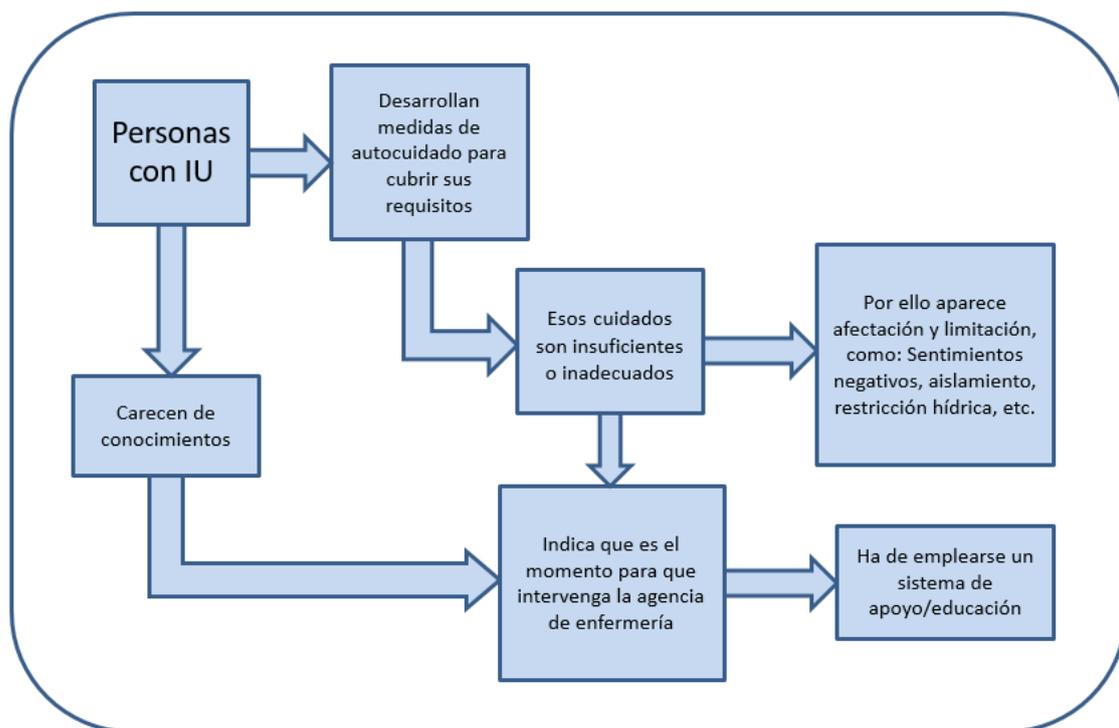
La teoría del autocuidado permite un desarrollo ordenado y sistemático para la valoración del paciente. De manera que con su aplicación, hemos iniciado el camino para contribuir a la práctica desde el conocimiento teórico, reuniendo y analizando los datos para una valoración completa, que descubra los déficits de autocuidado (Moreno Fergusson, 2005; Navarro Peña y Castro Salas, 2010). Esto se ha llevado a cabo por medio de la evaluación del impacto de la incontinencia urinaria sobre el estilo de vida, la identificación de las estrategias utilizadas para afrontar su situación y la consideración de los sistemas de soporte del paciente.

Se ha comenzado detectando los requisitos de autocuidado en las personas incontinentes, hallando que los individuos son incapaces de satisfacer algunos requisitos universales, como el aporte suficiente de agua, el reposo, la interacción social y la provisión de cuidados asociados al proceso de eliminación urinaria. Además de requerir necesidades encaminadas a resolver su problema de salud. Por tanto, se ha comprobado que los efectos de la incontinencia urinaria han influido en su facultad para el autocuidado, presentando una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades.

Del mismo modo, se ha visto que estas personas han desarrollado habilidades para adaptarse, emprendiendo una serie de acciones encaminadas a reducir el impacto que este problema les causa; no obstante, las demandas que presentan han sido superiores, excediendo su capacidad para responder a ellas.

Por tanto, como se puede ver reflejado en la figura 12, hemos evidenciado que, las personas con incontinencia, carecen de algunos conocimientos sobre su problema, al creer que la incontinencia urinaria es una situación irremediable y sin solución, con lo que son incapaces de buscar ayuda sanitaria. Asimismo, hemos comprobado que emprenden acciones para satisfacer sus requisitos de autocuidado, como el uso de absorbentes, programar horarios miccionales, modificar su vestuario, etc.; sin embargo, algunas de estas medidas no acaban de solucionar el problema o no son adecuadas para su salud, perseverando las limitaciones físicas, sociales y emocionales, las cuales repercuten en su calidad de vida. Detectándose por tanto un déficit de autocuidado. De manera que, amparándonos en el modelo de Orem, el cual establece los límites de actuación de enfermería (Orem, 1993), podemos justificar que estos hechos, ponen de manifiesto que se requiere la intervención de la agencia de enfermería. La cual deberá abordar esta situación mediante un sistema de apoyo y educación.

Figura 12: Aplicación del modelo de Orem en la valoración de enfermería de personas con IU.



Fuente: Elaboración propia.





# **C**ONSIDERACIONES

## **FINALES**



## 7.1 Conclusiones

Tras la obtención de resultados y la discusión realizada, hemos podido dar respuesta a los objetivos planteados, pudiendo establecer los siguientes puntos.

En cuanto al perfil en el que se desarrolla la incontinencia urinaria, así como los aspectos relacionados que repercuten en la afectación de la calidad de vida, en nuestro estudio hemos hallado que:

- El tipo más frecuente de incontinencia urinaria que se ha presentado, tanto en los hombres como en las mujeres, ha sido la incontinencia de esfuerzo, seguida de la mixta y en último lugar de urgencia.
- La severidad de la incontinencia urinaria ha sido directamente proporcional a la edad, hallando que a mayor edad, las pérdidas se producen con mayor severidad.
- No se ha presentado relación entre la edad y la afectación en la calidad de vida. Perjudicando de igual forma a las personas de mayor y menor edad.
- La incontinencia urinaria ha causado una afectación moderada en la calidad de vida. Generando un efecto psicosocial, limitaciones en la actividad y sentimientos de vergüenza.
- Se ha evidenciado que el sexo de las personas incontinentes no tiene relación con la afectación en la calidad de vida; sin embargo, la tipología de la incontinencia urinaria sí presenta una conexión. Encontrando que la de urgencia y mixta son las que mayor afectación producen, generando principalmente restricciones y limitaciones en las actividades.

Por otra parte, acerca de la experiencia y vivencias de las personas incontinentes, encontramos que:

- Las mujeres presentan una normalización de la incontinencia urinaria, relacionándola con los partos y la edad. Este hecho las lleva a asimilar el problema, creyendo que es natural y que no tiene solución, por lo tanto, muchas de ellas no tratan de buscar ayuda. Por su parte, los hombres también relacionan la incontinencia como una situación propia de las mujeres y de las personas con edad. Asimismo, se producen situaciones en las que los profesionales no ofrecen una

solución adecuada a las mujeres, al establecer también una normalización con la edad avanzada y el ciclo reproductivo.

- Los hombres se muestran más resistentes que las mujeres a comunicar y a hablar de su incontinencia. Comprobando que la mayoría de ellas eligen para hablar a personas del mismo sexo y que se encuentran en su mismo estado, tratando de buscar apoyo y empatía. Este hecho les facilita el desarrollo de estrategias para minimizar el impacto que les causan las pérdidas. Por su parte, ellos prefieren compartir su problema con sus familiares, siendo más predispuestos a desarrollar temor por ser objeto de burlas si alguien de su entorno se entera de su condición de incontinente.
- Las personas con incontinencia presentan principalmente preocupaciones por desprender mal olor y por la posibilidad de vivir situaciones vergonzosas estando en público. Para evitar esto, se someten a aislamiento doméstico o reducen la interacción social. Creyendo, que de este modo, no van a ser estigmatizados por las personas de su entorno.
- La incontinencia desencadena una serie de emociones, encontrando en ambos sexos vergüenza, tristeza, miedo, impotencia y frustración. Sin embargo, las mujeres presentan sentimientos de vejez, ya que relacionan esta situación con la edad avanzada, por tanto, al instaurarse sienten que ha dado comienzo su senectud, causando malestar al considerarse aún jóvenes. Por otro lado, los hombres desarrollan rabia e ira hacia este problema, llegando incluso a sentir que han perdido su identidad masculina, al verse afectados por un problema que les obliga a realizar prácticas feminizadas.
- Experimentan dificultades y barreras a la hora de llevar a cabo las tareas cotidianas, el trabajo remunerado, la actividad física o deportiva, así como para lograr un buen descanso nocturno, lo que repercute en su estado anímico y en su capacidad para afrontar el día. Además, la imposibilidad para realizar estas acciones conlleva una carga emocional, sobre todo en el desempeño de su profesión.
- Las experiencias que viven a raíz de este problema, les ha llevado a desarrollar una serie de medidas para reducir el impacto que se genera en su calidad de vida. Estas pueden ser preventivas, si van encaminadas a evitar la pérdida, o paliativas, si su finalidad es disminuir las repercusiones que produce cuando ya ha tenido lugar. Sin embargo, algunas medidas son perjudiciales para su salud, como la restricción

extrema de líquido o el uso de absorbentes. Asimismo, las mujeres muestran un abanico más amplio de estrategias que los hombres, al estar más familiarizadas con esta situación.

- La incontinencia urinaria es un problema de salud fuertemente influenciado por los estereotipos de género tradicionales. A la que se le ha restado importancia por ser una condición más prevalente en el sexo femenino, generando una naturalización en este colectivo, así como en los profesionales sanitarios, asumiendo que al ser un problema frecuente en las mujeres es normal en ellas, y que al no entrañar gravedad, tampoco es necesario buscar un tratamiento que vaya más allá del paliativo.
- La aplicación del modelo de enfermería de Orem justifica que es necesaria la intervención del profesional de enfermería. Al señalarnos los puntos en los que se produce esta necesidad. Siendo que las personas con incontinencia presentan falta de conocimiento sobre su problema y una serie de afectaciones a nivel social, emocional y físico, puesto que a pesar de haber desarrollado autocuidados, estos son inadecuados o insuficientes.

## **7.2 Limitaciones del estudio**

Al tratarse de una investigación de corte mixto, se ha producido una relativa profundización en la parte cualitativa del estudio, en comparación a la que hubiera podido poseer siendo exclusivamente cualitativa. Por lo que nos planteamos profundizar en estas cuestiones en un futuro.

En segundo lugar, tenemos en cuenta que el sexo de la entrevistadora, puede haber causado influencia en el discurso de los participantes masculinos, observando que puede ser más adecuado emplear un entrevistador del mismo sexo para aumentar la comodidad y la confianza de los entrevistados. Asimismo, contemplamos la posibilidad de que no hayan podido ser del todo sinceros en sus narraciones sobre la experiencia con el fenómeno de estudio, sino lo que la entrevistadora esperase escuchar.

Tenemos en cuenta que las entrevistas han sido realizadas en un ambiente hospitalario, pudiendo haber sido más conveniente para la transmisión de información, un escenario que fuera más natural, como su propio domicilio. Sin

embargo, esta opción fue brindada a los participantes, los cuales prefirieron realizar la entrevista en la sala de urodinamia.

Por último, hay que destacar, la inmensa dificultad que existe para acceder a una muestra de hombres en los que la incontinencia urinaria no este motivada por cirugía prostática, lo que ha generado que nuestra muestra masculina se componga, casi en exclusiva, de hombres sometidos a una prostatectomía. Sería deseable, estudiar el fenómeno de la incontinencia urinaria cuando el problema se ha desarrollado por otro tipo de circunstancias de salud.

### **7.3 Contribución de la investigación**

Esta investigación ha permitido conocer las repercusiones que genera este problema en las personas afectadas, y las consecuencias sobre la salud que presentan algunas de las medidas de autocuidado que han desarrollado. Aportando una aproximación, para que los profesionales sanitarios sean conscientes de la realidad que genera la incontinencia urinaria.

Por tanto, se pretende aumentar el conocimiento de los profesionales sanitarios, teniendo en cuenta la perspectiva de género y con la finalidad de comprender a la persona como un ser biopsicosocial.

Además, hemos asentando las bases para iniciar el proceso de enfermería, con el objetivo de realizar intervenciones para prevenir este problema, así como para fomentar la detección precoz en grupos de riesgo cuando ya está producido, iniciando el tratamiento adecuando en busca de la solución del problema.

Considerando finalmente, que somos un colectivo encargado de romper los mitos y las falsas creencias, que rodean a la incontinencia urinaria, visibilizándola por medio de la educación para la salud. Concienciando a las mujeres de que es una situación que tiene remedio y que debe ser tratada.

## 7.4 Futuras líneas de investigación

Los resultados obtenidos en este estudio nos abren camino para continuar explorando este fenómeno. Por tanto, dada la información tan relevante que se ha obtenido, proponemos seguir investigando en las siguientes direcciones:

- Analizar el concepto que poseen los profesionales sanitarios, especialmente de atención primaria, sobre la incontinencia urinaria, así como conocer los recursos que presentan para manejar esta situación. Ya que como hemos evidenciado, en algunos casos no se han ofrecido soluciones adecuadas.
- Estudiar la prevalencia de este problema en la Región de Murcia y el impacto que causa en colectivos especiales, tales como, puérperas, al ser un grupo de riesgo, y en mujeres deportistas de élite que se someten a ejercicios que aumentan la presión abdominal, debido a que como se ha comprobado, esta situación causa muchas dificultades a la hora de realizar actividad física.
- Evaluar otros parámetros de calidad de vida, que no se han sido desarrollados en este estudio, como por ejemplo la afectación que produce en las relaciones sexuales.
- Desarrollar un plan de actuación de enfermería basado en el modelo de Orem. Que permita la valoración, planificación, ejecución y evaluación de intervenciones enfermeras.
- Realizar un estudio longitudinal, para evaluar la transición en el cambio de actitudes y creencias en relación a la incontinencia urinaria, tras la ejecución intervenciones en la población que fomenten la supresión de los mitos y estereotipos ligados a este padecimiento.
- Diversificar la muestra masculina, para que sea más heterogénea.



# R

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2007 Ene; 33(2).
- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmstern U, Van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The Standardization of Terminology of Lower Urinary Tract Function. *Rev Chilena de Urología*. 2006; 71 (2): 79-94.
- Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. 2nd International Consultation on incontinente. Paris: Health Publication Ltd.; 2002.
- Academia Nacional de Medicina. El hombre y la mujer enferman en forma diferente. *Boletín de Información clínica Terapéutica*. 2011; 20 (4):6-8.
- Adile B, Palma P, Pollina A, Bandiera S, Amico ML, Mercurio A, Gugliotta G. Impact of urinary incontinence on the quality of life and female sexuality. *Urogynaecologia International Journal*. 2006; 20 (1): 5-12.
- Aguila Montes de Oca YP, Valdez Medina JL, González-Arratia López-Fuentes NI, González Escobar S. Los roles de género de los hombres y las mujeres en el México contemporáneo. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2013; 18 (2): 207-224.
- Andréu J. Las técnicas de Análisis de Contenido: una revisión actualizada. Fundación centro de estudios andaluces [Internet]. 2002 [citado 13 abril 2016]. Disponible en: <http://publicentroddeestdiosadaluceses/pdfs/S2000103pdf2002>.
- Álvaro Sánchez AM, Ruíz Luján V, Carrasco García MC, Romero Marí E. Fomento del autocuidado en pacientes con incontinencia urinaria. *ENFURO*. 2007 Ene/Feb/Mar; (101): 25-23.
- Altrazcoz L, Escribà-Agüir V, Cortès I. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2004 May [Citado 4 Diciembre 2015]; 18(supl 2): 24-35. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000500005&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500005&Ing=es).

Altracoz L. Salud y género. *Doc Soc.* 2002; 127: 181-205.

Arcos E, Poblete J, Molina Vega I, Miranda C, Zúñiga Y, Fecci E, Rodríguez L, Márquez M, Ramírez M. Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 708-717.

Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(3): 501-514.

Arrizabalaga P, Vallas-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clin.* 2005; 125(3):103-107.

Aristizábal Agudelo JM. Incontinencia urinaria masculina. *Urol. Colombiana.* 2007; 16 (1): 149-158.

Asamblea de las Naciones Unidas. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Nueva York. 18 de diciembre de 1979.

Badía Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Medicina clínica.* 2000 May; 114 (17): 647-652.

Baena de Mathew Lee MH, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev. esc. enferm. USP.* 2006; 40 (1): 34-41.

Báez y Pérez de Tudela J. Investigación cualitativa. Madrid: Esic Editorial; 2009.

Basow SA. *Gender: Stereotypes and roles.* 3ª Ed. Belmont, CA, US: Thomson Brooks/Cole Publishing Co; 1992.

Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias.* 2012; 12 (2): 199-205.

- Barrera Echeverría Y. A. Los estereotipos de consumo transmitidos en la televisión por cable, estudio con jóvenes de bachillerato del Colegio Bless, Chimaltenango [tesis doctoral en Internet]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2014 [Citado 6 Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/2043/>
- Bedretdinova D, Fritel X, Zins M, Ringa V, The Effect of Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life: is It Similar in Men and Women? *Urology* [Internet]. 2016 Jan [citado 24 Abril 2016]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.urology.2015.12.034>.
- Behar Rivero DS. Metodología de la investigación. Cabo Verde: Edit. Shalom; 2008.
- Birder L, De Groat W, Mills I, Morrison J, Thor K, Drake M. Neural control of the lower urinary tract: peripheral and spinal mechanisms. *Neurourol Urodyn*. 2010; 29: 128-139.
- Blasco Hernández P, Espinosa Olmedo FJ, García Pérez M. Atlas de urodinámica. Barcelona: Ed Glosa; 2005.
- Boletín Epidemiológico de Murcia. Calidad de Vida Relacionada con la Salud en pacientes con Incontinencia Urinaria en Atención Primaria. 2004 Feb; 25 (653).
- Boletín Oficial del Estado. Instrumento de Ratificación de 16 de diciembre de 1983 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, hecha en Nueva York el 18 de diciembre de 1979. 21 de marzo de 1984; 69: 7715 – 7720.
- Bonino Méndez L. Varones, género y salud mental: Deconstruyendo la “normalidad” masculina. En M. Segarra y A. Carabí. *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria; 2000.
- Borrel C. Altracoz L. Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Rev Esp Salud Pública*. 2008 May/Jun; 82(3): 245-249.
- Bosch Fiol E, Ferrer Pérez VA. Fragilidad y debilidad como elementos fundamentales del estereotipo tradicional femenino. *Feminismo/s*. 2003 Dic; 2: 139-152.

- Bosch Fontcuberta JM. Incontinencia urinaria: ¿otra epidemia silenciosa? *Aten Primaria*. 2005; 35(2): 67-76.
- Brabete AC, Sánchez-López MP. How does the gender influence people's health? Data of a sample of Romanian people living in Spain. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 33: 148–152.
- Brenes Bermúdez FJ. Concepto y epidemiología de la incontinencia urinaria. Fisiología de la micción. En *Pautas de Actuación y Seguimiento de la incontinencia urinaria*. Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid. Madrid. 2013:11-25.
- Brenes Bermúdez FJ, Cozar Olmo JM, Esteban Fuertes M, Fernández-Pro Ledesma A, Molero García JM. Urine incontinence referral criteria for primary care. *SEMERGEN*. 2013 May/ Jun; 39 (4).
- Briones Vozmediano E, Goicolea I, Öhman A, Vives Cases C. “Las pacientes problemáticas”: discursos profesionales sobre las personas afectadas de fibromialgia en España. *Gaceta Sanitaria*. 2001 Sep; 28(Especial Congreso): 192.
- Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community - analysis of a MORI poll. *BMJ* 1993; 306: 832-834.
- Budesa T., Egnor E., Howell L. Gender Influence on Perceptions of Healthy and Unhealthy Lifestyles. *UNF Digital Commons*; 2008.
- Cagigas Arriazu A. D. El patriarcado, como origen de la violencia doméstica. *Monte Buciero*. 2000; (5): 307-318.
- Campos Pavan Baptista P, Aparecida Barbosa Merighi M, Fernandes de Freitas G. The study of the phenomenology as one way of access for the improvement of the nursing assistance. *Cultura de los cuidados*. 2011; 29: 9-15.
- Cano-Caballero Gálvez M.D. Enfermería y género tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Nov [citado 21 Enero 2016]; 13(46): 34-39.

Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200007&lng=es).

Carneiro EF, Araujo dos S., Beuttenmüll L, Vieira PC, Cader SA, Rett M. et al. Las características anatomofuncionales del suelo pélvico y la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria de esfuerzo sometidas a ejercicios perineales. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010 Oct [Citado 11 Febrero 2016]; 34(9): 788-793. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062010000900007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062010000900007&lng=es).

Carrillo Pineda M, Leyva-Moral JM, Medina Moya JL. El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. *Index Enferm* [Internet]. 2011 Jun [citado 25 Abril 2016]; 20(1-2): 96-100. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962011000100020&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962011000100020&lng=es).

Castañeda Abascal IE. Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Rev. cub. salud pública* [Internet]. 2007 Ene [citado 20 Abril 2016]; 33(2): Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=)

Castillo E, Vásquez ML. El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*. 2003; 34(3): 164-167.

Chamizo Vega C. La perspectiva de género en Enfermería: comentarios y reflexiones. *Index Enferm* [Internet]. 2004 Nov [citado 21 Enero 2016]; 13(46): 40-44. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200008&lng=es).

Celada Álvarez FJ. Incontinencia urinaria, cáncer de próstata y radioterapia externa. *Arch. Esp. Urol*. 2009 Abr; 62 (10): 819-825.

Cervera Deval J, Serralta Davia I, Macia Pareja C, Moreno Alzuyet J, Mayoral Azofra E. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto? *Rehabilitación*. 2004 Ene; 38 (1): 1-6.

Código Deontológico de la Enfermería Española. Organización Colegial de Enfermería Consejo General de Colegios de Diplomados en Enfermería (España). Resolución 32/89. 1989.

Colás Bravo P, Villaciervos Moreno P. La interiorización de los estereotipos de género en jóvenes y adolescentes. *Investigación Educativa*. 2007; 25 (1): 35-58.

Compean-Ortiz L, Quintero-Valle LM, Del Ángel-Pérez B, Reséndiz-González E, Salazar-González BC, González-González JG. Educación, actividad física y obesidad en adultos con diabetes tipo 2 desde la perspectiva del autocuidado de Orem. *Aquichan*. 2013 Dic; 13(3): 347-362.

Conejero J. Fisiopatología y clasificación de la incontinencia urinaria. En Jiménez Cruz F. *Incontinencia urinaria*. *Med Clin Monogr*. 2003; 4 (3):4-8.

Congregado Ruíz B, Campoy Martínez P, Medina López RA, Barrero Candau R, Pérez Pérez M, Soltero González A. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria femenina de esfuerzo. *UROD*. 1999 Agos; 12 (3): 117-123.

Contreras Fernández E, Báez Cabeza A, Crossa Martín E, Guerrero González M, Marfil Henares A, Morales Aguilar J, Nogales Estévez CJ, Ruiz García B, de Sisto Onorato S. Planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria. Málaga: Distrito Sanitario Costa del Sol. Servicio Andaluz de Salud: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2000.

Consejo de Europa. Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de “buenas prácticas”. Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS), Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Serie documentos, núm 28; 1999.

Consejo de la Unión Europea. Directiva del Consejo 2004/113/CE, de 13 de diciembre de 2004, por la que se aplica el principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres al acceso a bienes y servicios y su suministro. *DOUE*. 2004; 373: 37-43.

Cook CH. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. 1ªEd. Madrid: Morata; 1986.

Cornejo M, Salas N. Rigor y Calidad Metodológicos: Un Reto a la Investigación Social Cualitativa. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2011[Citado 25 Abril 2016]; 10(2), 12-34.

Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-69242011000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-69242011000200002&lng=es&tlng=es).

Cortés-Gálvez JM, Martínez- Monje F, Reynoso C, Jiménez-Garzón VA, Alonso-Cano C, Leal- Hernández M. Incontinencia urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Revista Mexicana de Urología*. 2014 Mar/abr; 74 (2): 123-125.

Cotrim de Borba AM, Dos Santos Lelis MA, Brêtas Passarella AC. Significado de ter incontinência urinária e ser incontinente na visão das mulheres. *Texto contexto - enferm*. [Internet]. 2008 Sep [citado 27 Enero 2016]; 17(3): 527-535. Disponible en:[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000300014&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000300014&lng=en).

Coyne KS, Kvasz M, Ireland AM, Milson I, Kopp ZS. Urinary incontinence and its relationship to mental health and health-related quality of life in men and women in Sweden, the United Kingdom, and the United States. *Eur Urol*. 2012 Jan; 61(1):88-95.

Cross W, Cant R, Manning D, McCarthy S. Addressing information needs of vulnerable communities about incontinence: A survey of ten CALD communities. *Collegian*. 2014 Sep; 22 (3): 209-216.

Da Silva L, Baena de Moraes Lopes MH, Keiko Kakuda Shimo A. Urinary incontinence in women and racial aspects: a critical review. *Nursing Florianópolis* [Internet]. 2012 Jul-Sept [Citado 18 Enero 2016]; 21 (3): 692-701. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072012000300026&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000300026&lng=en).

Delgado Aguilar H, Pereda Arregui E, Ramirez Suberbiola JM, Delgado Aguilar M.J. Plan de cuidados incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro*. 2007 Oct/nov/dic; 104:11-13.

- Delgado A, López-Fernández LA. Práctica profesional y género en atención primaria Gac Sanit. 2004; 18 (Supl 1):112-117.
- Delgado Sánchez A, Távora Rivero A, Ortiz Gómez T. Las médicas, sus prácticas y el dilema con la feminidad. Estudios de Sociolingüística. 2003; 34(2): 589-611.
- De Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En la salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: International Forum for Social Sciences in Health. Universidad Cayetano Herrera. 2003:137-152.
- Driessnack M, Sousa VD, Costa Mende IA. An overview of research desing relevant to nursing:part 2: qualitative research desings. Rev Latino-am Enfermagem. 2007 Jul/Aug; 15(4): 684-688.
- Domenech Ratto G, Fernandez Villacañas Marin M, Moreno Cascales M, Domenech Asensi G. Anatomía sin imágenes. 2ª Ed. Murcia: DM, 2005.
- Domínguez Rodríguez MC. Absorbentes y colectores de orina para los cuidados de enfermería en atención primaria Revista de enfermería. 2009 Ene; 3(1): 52- 60.
- Donald Bushnell M, Mona Martin L, Kent Summers H, Jan Svihra, Christos Lionis, Donald Patrick L. Quality of life women with urinary incontinence: Cross-cultural performance of 15 language versions of the I-QOL. Quality of Life Research. 2005 Oct; (14):1901-1913.
- Dumoulin C, Hay-Smith J, Habee-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: A short version Cochrane systematic review with meta-analysis. Neurourol Urodyn. 2015; 34: 300-308.
- Echeandía Valencia B, Napal Rols C, López de Carlos E, Lara Bueno MC, Sancho Rey B, Egaña Gorráiz C. “De la incontinencia a la continencia”. Enfuro. 2007 Mar; 101: 10-15.

- Elo S, Kääriäinen M, Kanste O., Pölkki T, Utriainen K & Kyngäs H. Qualitative Content Analysis: A Focus on Trustworthiness. SAGE Open [Internet]. 2014 [Citado 18 Abril 2016]: 1-10. Disponible en: <http://sgo.sagepub.com/content/4/1/2158244014522633>.
- Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. Journal of advanced nursing. 2008; 62(1), 107-115.
- España Pons M, Castro Díaz 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 mujeres. Actas Urol Esp [Internet]. 2007 May [citado 25 Abr 2016]; 31(5): 502-510. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062007000500010&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000500010&lng=es).
- España Pons M, Puig Clota M. Incontinencia de orina durante la actividad sexual coital. Síntomas asociados y gravedad de la incontinencia. Actas urológicas españolas. 2009; 33 (7): 801-805.
- España Pons M. Urinary incontinence in women. Med Clin.2003; 120 (12):464-472.
- Esteban ML. El Género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. Cuad Psiquiatr Comunitaria. 2003; 3 (1): 22-39.
- Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories. 3ªEd. Philadelphia: Davis Company, F.A; 2000.
- Fernandes de Freitas G, Barbosa Merighi MA, Prado Fernandes MF. La interface entre la fenomenología y el cuidado de enfermería. Index Enferm [Internet]. 2007 Nov [citado 25 Abril 2016]; 16(58): 55-58. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000300012&lng=es).
- Fernandes S, Carvalho Coutinho E, Carvalho Duarte J, Batista Nelas PA, Correia Balula Chaves CM, Amaral O. Quality of life in women with Urinary Incontinence. Journal of Nursing Referência. 2015 Apr/May/Jun; 4 (5): 93-99.

- Ferri Morales A, Melgar de Corral G, Avedaño Coy J, Puchades Belenguer MJ, Torres Costoso AI. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Revista iberoamericana de fisioterapia y kinesiología*. 2003; 6 (2): 74-80.
- Flores C, Pizarro B. Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literatura. *Rev. chil. obstet. ginecol.* [Internet]. 2012 [citado 26 Abril 2016]; 77(3): 175-182. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262012000300002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000300002&lng=es).
- Freixas Farré A. Entre el mandato y el deseo: el proceso de adquisición de la identidad sexual y de género. En C. Flecha y M. Núñez (Eds.) *La Educación de las Mujeres: Nuevas Perspectivas*, Sevilla: Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla. 2000: 23-32.
- García-Giralda Ruíz L, Guirao Sánchez L, Casas Aranda I, Alfaro González JV, Sánchez Pérez G, Guirao Egea L. Trabajando la incontinencia urinaria en atención primaria: satisfacción, sexualidad y cumplimiento terapéutico. *Arch. Esp. Urol.* [Internet]. 2007 Ago [citado 25 Abril 2016]; 60(6): 625-632. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-0614200700060002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-0614200700060002&lng=es).
- García González R. Utilidad de la integración y convergencia de los métodos cualitativos y cuantitativos en las investigaciones en salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2010 Mar [citado 24 Abril 2016]; 36(1): 19-29. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662010000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100004&lng=es).
- García Leiva P. Identidad de género: modelos explicativos. *Escritos de psicología*. 2005; 7: 71-81.
- Gavira Iglesias FJ, Pérez del Molino Martín J, Valderrama Gama E, Ocerín JM, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en los ancianos de una zona básica de salud. *Atención Primaria*. 2001 Jun; 28(2): 97–104.

- Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG- biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitación*. 2013; 48:17-24.
- Ghaderi F, Mohammadi K, Amir Sasan R, Kheslat S, Oskouei AE. Effects of Stabilization Exercises Focusing on Pelvic Floor Muscles on Low Back Pain and Urinary Incontinence in Women. *Urology* [Internet]. 2016 Apr [citado 22 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090429516300218>.
- Gibbs G. *El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Morata; 2012.
- Gilda González Carmona E, Rodríguez Delgado R, Ávalos Arbolaez J, Fernández López S, Irán Bartumeu González H. Incontinencia urinaria, un problema económico/social. *Acta Médica del Centro*. 2013; 7 (2).
- Ginés Vega C, Moreno Rodríguez M, Luque León M. Incontinencia urinaria femenina: un problema tabú: Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento. 2013; (1): 215-218.
- Gómez Gómez E. Gender, equity, and access to health services: an empirical approximation. *Pan Am J Public Health*. 2002; 11(5/6): 327- 334.
- Gómez Lanza E, Granda Contijoch M, Batista Miranda JE. Fisioterapia y manejo paliativo en la incontinencia urinaria en el cáncer de próstata: principio y fin de un camino. *Arch. Esp. Urol*. 2009 Dic; 62 (10): 889-895.
- Gómez Mengelberg E. Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS.TOG (A Coruña). 2009 Feb; 6 (9): 10.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004; 24(2), 105-112.

- Grupo Cordobés para el estudio de la Incontinencia Urinaria. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. *Aten Primaria*. 2003; 31 (7): 446-452.
- Grupo de estudio del suelo pelviano en la mujer. Documentos de Consenso sobre Incontinencia Urinaria en la Mujer. Barcelona: S.E.G.O [Internet]. 2002 [citado 21 Abril 2016]. Disponible en: <http://www.sego.es/Content/pdf/incontinenciaurinaria.pdf>.
- Guba EG, Lincoln YS. *Effective evaluation: Improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. Jossey-Bass; 1981.
- Guibert Reyes W, Prendes Labrada MC, González Pérez R, Valdés Pérez EV. Influencia en la salud del rol de género. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 1999; 15(1):7-13.
- Guillén del Castillo A, Espada Puedo A, Legarra Muruzábal S, García López M, Garayoa Arizcuren B. Repercusión de la incontinencia urinaria femenina en la calidad de vida estudio desde una consulta de urología. *Enfuro*. 2008 Abr/May/Jun. (106): 9-12.
- Guillén López O, Llanos Zavalaga F, Lecca García L. Conocimientos sobre incontinencia urinaria en pacientes hospitalizados. *Rev Med Hered*. 2003 Oct; 14 (4): 186-194.
- Hamui-Sutton A. Un acercamiento a los métodos mixtos de investigación en educación médica. *Investigación educ. médica* [Internet]. 2013 Dic [citado 24 Abril 2016]; 2(8): 211-216. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000400006&lng=es).
- Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ*. 2004 Oct; 329(7471):889-91.
- Hayder D, Schnepf W. Experiencing and managing urinary incontinence: a qualitative study. *West J Nurs Res*. 2010 Jun; 32(4):480-96.
- Hernández-Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban-Albert M. *Fundamentos de la Enfermería, Teoría y método*. 2ª Ed. Madrid: McGraw- Hill; 2003.

- Hernández Garre JM, De Maya Sánchez B, Díaz Cuenca A, Giménez Fernández M. Fundamentos teóricos de enfermería, teorías y modelos. 3ª Ed. Madrid: Diego Marín; 2015.
- Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill, 2010.
- Herrera Pérez A, Arriagada Hernández J, González Espinoza C, Leppe Zamora J, Herrera Neira F. Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. Actas Urológicas Españolas. 2008 Jun; 32(6):624-628.
- Higa R, Baena Lopes de Moraes Lopes MH, D'Ancona Levi C.A. Male incontinence: a critical review of the literature. Texto contexto - enferm [Internet]. 2013 Mar [citado 27 enero 2016]; 22(1): 231-238. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000100028&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100028&lng=en).
- Higa R, Baena Lopes de Moraes MH, Dos Reis MJ. Fatores de risco para incontinência urinária na mulher. Esc Enferm USP. 2008; 42(1):187-92.
- Higa R, Baena de Moraes MH. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2007 Abr [citado 15 Enero 2016]; 60(2): 213-216. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672007000200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200016&lng=en).
- Igual Camacho C, Valverde Gil D. Fisioterapia en la IU en la mujer. Rev Iberoam Fisioter Kinesiol. 2003; 6 (1): 50-54.
- Janesick VJ. La danza del diseño de la investigación cualitativa: metáfora, metodolatría y significado. Denman CA, Haro JA, editores. Por los rincones, antología de métodos cualitativos en investigación social. México: El colegio de Sonora; 2000.
- Jefatura del Estado. Constitución Española. Boletín Oficial Del Estado. 29 de diciembre de 1978; 311.

Jefatura del Estado. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial Del Estado, núm. 71(6115).

Jefatura del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial Del Estado, núm. 298(23750), 12.

Jiménez Cidre MA, López-Fondo Lavalle L, Quínicos Dorado C, De Castro Guerin C, Fraile Poblador A, Mayayo Dehesa T. Ecografía en el diagnóstico de la incontinencia urinaria femenina. Arch. Esp. Urol. 2006; 59 (4): 431-439.

Johnson M, Bulechek G, Butcher H. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª Ed. Barcelona: Elsevier; 2007.

Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, Maas M, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos, soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 3ªEd. Barcelona: Elsevier; 2012

Juarranz Sanz M, Terron Barrosa R, Roca Guardiola M, et al. Tratamiento de la incontinencia urinaria. Aten Primaria. 2002; 30: 323-32.

Katya Carrillo G. y Antonella Sanguinetti M. Pelvic Floor Anatomy. Med Clin Condes. 2013; 24(2): 185-189.

Keun Park H, Chang S, Palmer MH, Kim I, Choi H. Assessment of the Impact of Male Urinary Incontinence on Health-Related Quality of Life: A Population Based Study. LUTS: Lower Urinary Tract Symptoms. 2015; 7 (1): 22-26.

Kvale S. Las entrevistas en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata S.L; 2011.

Krieger N. Gender, sex, and health: what are the connections- and why does it matter? International Journal of Epidemiology. 2003; 32: 652-657.

Lafaurie Villamil MM. ¿Por qué pensar en la salud de las mujeres? Rev. Salud Bosque. 2015; 1 (1): 79-90.

- Lagarde de los Ríos M. Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción. Congreso Internacional SARE 2003: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. EMAKUNDE. Vitoria-Gasteiz. 2004: 155-161.
- Laza Vasquez C, Pulido Acuña GP, Castiblanco Montañez RA. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enferm. glob.* [Internet]. 2012 Oct [citado 12 Abril 2016]; 11(28): 295-305. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400015&lng=es).
- Leal Rodríguez S.V. El lenguaje sexista. *La Educación de las Mujeres: Nuevas perspectivas*. En C. Flecha y M. Núñez (Eds.) Sevilla, Secretariado de publicaciones de la Universidad de Sevilla. 2001: 39-45.
- Leonard G, Gomella MD. *Five minute urology consult*. 2ªEd. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Le Vay D. *Anatomía y fisiología humana*. Barcelona: 2ªEd. Paidotribo; 2004.
- Lobchuk MM, Rosenberg F. A qualitative analysis of individual and family caregiver responses to the impact of urinary incontinence on quality of life. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2014 Nov/Dec; 41(6):589-596.
- Lombardo E. El Mainstreaming de género en la Unión Europea. *Aequalitas Rev. Jurídica de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres*. 2003 May-Dic; 10-15.
- López Díaz A. Cuidando al adulto y al anciano: teoría del déficit de autocuidados de Orem. *Aquichan*. 2003 Oct; 3(3): 52-59.
- López E, Finling L, teun Abramzón M. Desigualdades en salud: ¿es diferente la percepción de morbilidad de varones y mujeres? *Salud colectiva*. 2006 ene- abr; 2(1):61-74.
- López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Pelaez S, Abril-Sabater D. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Gerokomos*. 2008; 19 (4): 184-189.

- Lorenzo Gómez MF, Silva Abuín JM, García Criado FJ, Geanini Yagüez A, Urrutia Avisrorr M. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con Biofeedback perineal con electrodos de superficie. *Actas Urol Esp.* 2008; 32(6): 629-636.
- Luis Rodrigo MT. *Los diagnósticos enfermeros, revisión crítica y guía práctica.* 8ªEd. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Mañá González M, Mesas Sáez A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan cuidados enfermería. *Enferm Clin.* 2002; 12 (5): 244-248.
- Marí R, Bo RM, Climent CI. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *Revista de Ciències de l'Educació.* 2010 Jun; 1 (1):113-133.
- Martínez Agulló E, Ruiz Cerdá JL, Gómez Pérez L, Ramírez Backhaus M, Delgado Oliva F, Rebollo P, González-Segura Alsina D, Arumi D. Grupo de Estudio Cooperativo EPICC. Prevalencia de Incontinencia Urinaria y Vejiga Hiperactiva en la población española: Resultados del Estudio EPICC. *Actas Urol Esp [Internet].* 2009 Feb [citado 15 Enero 2016]; 33(2): 159-166. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062009000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062009000200011&lng=es).
- Martínez Benlloch I. Los efectos de las asimetrías de género en la salud de las mujeres. *Anuario de Psicología.* 2003; 34 (2): 253-266.
- Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008 Feb; 32 (2):202-210.
- Martínez-Gallardo-Prieto L, Nellen-Hummel H, Hamui-Sutton A, Halabe-Cherem J. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Med Inst Mex Seguro Soc.* 2007; 45 (5): 513-521.
- Martínez-Sagarra Oceja JM, Rodríguez-Toves LA. ¿Por qué una unidad de suelo pélvico? *Arch. Esp. Urol.* 2010; 63 (9): 752-754.

- Martínez Saura F, Fouz López C, Gil Díaz P, Téllez Martínez-Fornés M. Urinary incontinence: a Primary Health Care approach. *Medifam* [Internet]. 2001 Feb [citado 17 Febrero 2016]; 11(2): 25-40. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682001000200002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000200002&lng=es).
- Martín Sánchez MT, Domínguez Aparicio M, Escudero Hermoso V, Khanouf Jalil LG, Isusquiza Carro JI, Martínez Martín M. Efectividad de una enfermera protocolizada en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres en la provincia de Ávila. 2008; (102): 14-17.
- Mazarrasa Alvear L. Género y atención sanitaria. *Nure investigación* [Internet]. 2011 Jul-agos [citado 15 Febrero 2016]; 53 (8). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/540/529>.
- McPherson K, Herbert A, Judge A, Clarke A, Bridgman S, Maresh M, Overton C. Self-reported bladder function five years post-hysterectomy. *J Obstet Gynaecol*. 2005 Jul; 25(5):469-75.
- Merlinsky G. La Entrevista como Forma de Conocimiento y como Texto Negociado. *Cinta moebio* [Internet]. 2006 [citado 13 abril 2016]; 27: 248-255. Disponible en: <http://200.89.78.45/index.php/CDM/article/viewFile/25939/27252>.
- Milla España F. Protocolo de reeducación vesical en incontinencia urinaria. *ENFURO*. 2007Abr/may/jun; 102:14-17.
- Minassian VA, Devore E, Hagan K, Grodstein F. Severity of Urinary Incontinence and Effect on Quality of Life in Women, by Incontinence Type. *Obstetrics and gynecology*. 2013; 121(5):1083-1090.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Salud y Género 2007-2008. Mujeres y hombres en las profesiones sanitarias; 2009.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Instituto de la Mujer. Programa Mainstreaming de Género [citado 3 mayo 2016]. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/mainstreaming/home.htm>.

- Modroño Freire MJ, SAnchez Cougil MJ, Gayoso Diz P, Valero Paternain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramos FO. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Atención Primaria*. 2004 Abr; (34):134-139.
- Morales JT. Phenomenology and Hermeneutics as Epistemology research. *Paradígma*. 2011; 32(2): 007-022.
- Mora L. Igualdad y equidad de género: aproximación teórico-conceptual. Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y Caribe. Fondo de población de Naciones Unidas (UNFPA); 2006.
- Moreno Fergusson EM. Importancia de los modelos conceptuales y teorías de enfermería. *Aquichan*. 2005 Oct; 1(5): 44-55.
- Morilla Herrera JC, Contreras Fernández E, Morales Asencio JM, Martín Santos F, Gómez Vidal L, Izquierdo Carrasco JM, Torregrosa Tomás MD, Gámez Gutiérrez D, Iglesias Regidor J, Ocaña Moreno ML, Calleja Herrera M.L, Silvano Arranz A, Noval Toimil MC, Trabado Herrera M, Granados A, Bordóns Ruiz M. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª Ed. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC): Málaga; 2007.
- Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International journal of qualitative methods*. 2002; 1(2), 13-22.
- Mouristen L, Berlid G, Hertz J. Comparison of different methods for quantification of urinary leakage in incontinent women. *Neurourol Urodyn* 1989; 8: 579.
- Muñoz Poblete C. Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Rev Chil Salud Pública*. 2013; 17(3):218-223.
- Muñiz E. Pensar el cuerpo de las mujeres: cuerpo, belleza y feminidad. Una necesaria mirada feminista. *Sociedade e Estado [Internet]*. 2014; 29(2): 415-432. [Citado 14

Enero 2016] Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69922014000200006&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200006&lng=en&tlng=es).

Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing. 1996.

NANDA International, Inc. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: Definiciones y Clasificación, 2015-2017. 1ªEd. Barcelona: Elsevier; 2015.

Napal Ros C, Lara Bueno MC, Echenandía Valencia B, Egaña Gorraiz C, Lezaún Arrón R, Sancho Rey B, Egaña Gorráiz C, Lezaún Arrón R. Pasado, presente y futuro de la incontinencia urinaria. ENFURO. 2004 Ene/Feb/Mar (89): 8-10.

Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Enferm. glob. [Internet]. 2010 Jun [citado 13 Noviembre 2015]; 9(2):1-14. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es).

Neves de Sousa C, Nascimento A, Machado Andrade M. Incontinencia urinaria versus calidad de vida. Enfuro. 2005 Jul/Agos/Sep; 95: 27-29.

Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichán [Internet]. 2012 Dec [citado 25 Abril 2016]; 12(3): 263-274. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000300006&lng=en). 2012

Nieto Blanco E, Camacho Pérez J, Dávila Álvarez V, Ledo García MP, Moriano Bejar P, Pérez Lorente M, Serrano Molina L, Fonseca Redondo B. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres de 40 a 65 años en un área sanitaria de Madrid. Enfermería Clínica. 2004; 14 (3): 129-135.

Nieto Blanco E, Moriano Bejar P, Serrano Molina L, Dávila Álvarez V, Pérez Llorente M. Efectividad de un ensayo clínico sobre cuidados enfermeros para la incontinencia en mujeres. Actas Urológicas Españolas. 2007 May; 31(5):493-501.

- Nihira MA, Henderson N. Epidemiology of urinary incontinence in women. *Curr Womens Health Rep.* 2003; 3(4):340-7.
- Novo M. La mujer como sujeto, ¿utopía o realidad? *Polis* [Internet]. 2003 [citado 14 Enero 2016]; 6. Disponible en: <http://polis.revues.org/6711>.
- O'Brien J, Austin M, Sheti P, O'Boyle P. Urinary incontinence: prevalence, need of treatment and effectiveness of intervention by nurse. *BMJ.* 1991 Ene; 303: 1308-1312.
- Olivella-Fernández MC, Bastidas-Sánchez CV, Castiblanco-Amaya MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. *Aquichan.* 2012 Abr; 12(1): 53-61.
- Orem DE. *Modelo de Orem, conceptos de enfermería en la práctica.* Madrid: Masson-Salvat; 1993.
- Organización Mundial de la Salud. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. Annex IX. WHO QOL (Quality of Life) User Manual: Facet Definitions and Response Scales [Internet]. Genova. 1998 [citado 7 Mayo 2016]:61-71. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jwhozip42e/18.html>.
- Organización Mundial de la Salud. International Classification of Diseases (ICD) CIE-10. [Internet]. 2016 [citado 13 Noviembre 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/N39.3>.
- Organización Mundial de la Salud. La Organización Mundial de la Salud lanza una nueva iniciativa para afrontar las necesidades sanitarias que plantea el rápido envejecimiento de la población. Comunicado de prensa. Ginebra 2004.
- Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre género [Internet]. 2002 [citado 3 Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>.

- Organización Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. Resolución 217 A (III) [Internet]. 1948 [citado 20 Diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de salud y envejecimiento activo. Parte II: Guías clínicas para problemas seleccionados. 2002 Mar: 336-346.
- Orna-Esteban MI, Artero-Muñoz JI, Usieto-López L, Cuadra P, Isanta-Pomar C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en dos centros de salud urbanos. *Semergen*.2011; (7): 347-351.
- Ortiz Gómez T. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Instituto de la mujer. 2002.
- Östlin P, Sen A, Gita G. Género, salud y equidad: las intersecciones. En *Desafío a la falta de equidad en la salud: de la ética a la acción*. 2002; 585:189.
- Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería intensiva*. 2010; 21(2): 68-73.
- Palma F, Palma P, Palma F (Jr.). Evaluación clínica del suelo pélvico. *Seminario médico*. 2002; 54 (2): 15-26.
- Parra Domínguez ML, Briceño Rodríguez I I. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Enf Neurol*. 2013; 12 (3): 118-121.
- Patrick DI, Martin ML, Brushnell DM, Marquis P, Andrjasich CM, Bueschinh DP. Cultural adaptation of quality of life measure for urinary incontinence. *European urology*, 36(5), 427-435.
- Pena Outeiriño JM, Rodríguez Pérez AJ, Villodres Duarte A, Mármol Navarro S., Lozano Blasco J.M. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. 2007 Jul/Agos; 31 (7): 719-731.
- Pérez G. *Investigación Cualitativa: retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla; 2002.

- Pérez G. La ley de igualdad efectiva de mujeres y hombres: un paso adelante. *Gac Sanit.* 2007; 21 (5): 367-37.
- Pereira Pérez Z. Mixed Method Designs in Education Research: a Particular Experience. *Revista Electrónica Educare [Internet]*. 2011 Ene-Jun; 15 (1): 15:29. [Citado 13 Abril 2016]; Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/EDUCARE/article/view/867>
- Plata Salazar M, Torres Castellanos L. El estudio urodinámico. *Urol Colomb.* 2014; 23 (2): 128-139.
- Prado Solar LA, González Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. The theory Deficit of selfcare: Dorothea Orem, starting-point for quality in health care. *Rev. Med. Electron. [Internet]*. 2014 Dic [citado 13 Noviembre 2015]; 36(6): 835-845. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&lng=es).
- Puente Sánchez MC, Valles Ugarte ML. Incontinencia urinaria. *Medicina General.* 2001; 37: 719-725.
- Puchades Simo A, Muñoz Izquiero A, Puchades Benítez R, Caracena Porcar L. Una revisión sobre la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Enfuro.* 2013; 124: 9-16.
- Quicios Dorado C, Fernández Fernández E, Gómez García I, Perales Cabanas L., Arias Fúnez F, Escudero Barrilero A. Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo con el sistema TVT: Complicaciones en nuestros primeros 100 casos. *Actas Urol Esp.* 2005 Sep; 29 (8): 750-756.
- Quintana E, Fajardo V, Rodríguez-Antolín J, Aguilera U, Martínez-Gómez M. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud en Tabasco.* Enero-abril 2009; 15 (1):839-844.
- Quintanilla Sans A. Enfermería y continencia. Una reflexión. *ENFURO.* 2008 Jul/Agos/Sep; (107): 14-18.

- Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [Internet]. 23ª Ed. 2014 [citado 4 Noviembre 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>.
- Rebollo Álvarez P, Espuña Pons M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en España. *Arch. Esp. Urol.*, 2003; 56 (7): 755-774.
- Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO Reports*. 2012; 13(7):596-603.
- Reimundez G. La enfermedad silenciosa: incontinencia urinaria. *Economía de la salud*. 2002 Jun; 1(2): 27-30.
- Rieker P, Bird CE. Rethinking Gender Differences in Health: Why We Need to Integrate Social and Biological Perspectives. *Gerontology*. 2005; 60(2): 40-47.
- Ricetto C, Palma P, Tarazona A. Aplicaciones clínicas de la teoría integral de la continencia. *Actas Urol Esp*. 2005; 29 (1): 31-40.
- Rioja Toro J, González Rebollo A, Estévez Poy P. Pruebas de evaluación en la incontinencia urinaria femenina. *Rehabilitación*. 2005; 39 (6): 358-371.
- Robles JE. La incontinencia urinaria. *Anales Sis San Navarra*. 2006 Agos; 29 (2): 219-231.
- Rodríguez Faba Ó, San Martín Blanco A, Jalón Monzón A, González Álvarez RC, Álvarez Mújica M, Fernández Gómez JM. Tratamiento de la incontinencia urinaria mediante sustancias inyectables: Análisis de nuestra serie. *Arch. Esp. Urol.* [Internet]. 2005 Abr [citado 22 Enero 2016]; 58(3): 227-231. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-06142005000300007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142005000300007&lng=es).
- Rodríguez Escobar F, Arañó Bertrán P. Incontinencia urinaria post-prostatectomía. El esfínter artificial. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62 (10): 838-844.
- Rohlf I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit*. 2000; 14(3):60-71.
- Rojas Teja J, Zubizarreta Estévez M. Reflexiones del estilo de vida y vigencia del autocuidados en la atención primaria de salud. *Rev. Cubana Enfermer*. 2007; 23(1).

- Ruiz Cabello C. Valoración de un protocolo de incontinencia urinaria en una consulta de enfermería de atención primaria. *Enfermería clínica*. 2000; 10 (2): 57-62.
- Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit [Internet]*. 2004 [citado 15 Enero 2016]; 18(1): 118-125. Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.
- Ruíz-Olabuenaga JI. Metodología de la investigación cualitativa. 4ª Ed. Bilbao: Universidad de Deusto; 2012.
- Sánchez Castro S, Salamanca Castro AB. Lectura crítica de estudios cualitativos (I): valoración del rigor. *Nure Investigación [Internet]*. 2013 Jul/Agos [citado 10 Enero 2016]; 65: Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/652/641>
- Ruíz Ramos M, Grupo Español de Urodinámica y de SINUG. Consenso sobre terminología y conceptos de la función del tracto urinario inferior. *Actas Urológicas Españolas*. 2005 Ene; 29(1): 16-30.
- Salazar Molina A, Paravic Klijn T. Los métodos cualitativo y cuantitativo en la enseñanza de la investigación en enfermería. *Rev Cubana Enfermer [Internet]*. 2009 Jun [citado 24 Abril 2016]; 25(1-2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192009000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100008&lng=es).
- Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*. 2007; 13(13): 71-78.
- Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo M.J, Cuenllas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A*. 2010; 23 (1):52-66.
- Sánchez Castro S, Salamanca Castro AB. Lectura crítica de estudios cualitativos (III): ejemplo práctico. *Nure investigación*. 2013; 10(67): 1-4.

- Sánchez Chapado M., Esteban J'Vertes M, Tamayo Ruiz JC. Manejo conservador de la incontinencia urinaria masculina. *Clínicas Urológicas de la Complutense*. 2000; 8: 623-637.
- Sánchez-Herrera B, Carrillo Gloria M, Barrera-Ortiz L. Incontinence and Chronic Illness. *Aquichán* [Internet]. 2013 Dec [citado 25 Abril 2016]; 13(3): 421-432. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-59972013000300010&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300010&lng=en).
- Sánchez López MP. *La salud de las mujeres: análisis desde la perspectiva de género*. Madrid: Síntesis, D.L. 2013.
- Sandoval Casilimas CA. *Programa de Especialización en Teoría, Métodos y Técnicas de investigación social. Investigación cualitativa*. Bogotá: Edit. ARFO; 2002.
- Sandvick H, Seim A, Vanvik A, Hunskaar SA. A severity index for epidemiological surveys of female urinary incontinence: comparison with 48 hour pad – weighing test. *Neurourol Urodyn*. 2000, 19: 137-145.
- Saucedo Figueredo MC. ¿Por qué siguen mojados? *Index Enferm*. 2008 Jul/sept; 17 (3): 218-219.
- Schmittziel J, Grumbach K, Selby JV, Quesenberry CP. Effect of Physician and Patient Gender Concordance on Patient Satisfaction and Preventive Care Practices. *Journal of General Internal Medicine*. 2000; 15 (11): 761–769.
- Schröder A, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ, Hampel C, Neisius A, Tubaro A, Thüroff JW. EAU guidelines on urinary incontinence. *Eur Urol*. 2011 Mar; 59(3):387-400.
- Schwartzmann L. *Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. *Cienc. enferm*. [Internet]. 2003 Dic [citado 27 Enero 2016]; 9(2): 09-21. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es).

Sen G, Östlin P, Gerorge 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. [citado 18 Abril 2016]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=897%3Atraining-resources-on-statistical-information&Itemid=962&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1503%3A2009-la-inequidad-genero-salud-desigual-injusta-ineficaz-ineficiente&catid=897%3Atraining-resources-on-statistical-information&Itemid=962&lang=es).

Serrant L. Mixed methods: open yourself to new opportunities. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2015 Dec [citado 24 Abril 2016]; 36(4): 1-10. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000400001&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000400001&lng=en).

Smoger Sh, Felice TL, Kloecker GH., Urinary Incontinence among male veterans receiving care in primary care clinics. Ann Intern Med. 2000; 132 (7): 547.

Stacciarini JMR; Cook CL. La aplicación efectiva de la investigación usando métodos mixtos. Enferm Universitaria -Mex- [Internet]. 2015 jul-sep [citado 24 Abril 2016]; 12(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/reu/12/099101.php>.

Stephen. Modelo de Orem: aplicación práctica. Madrid: Masson SA; 1993.

Sumra MK, Schillaci MA. Stress and the Multiple-Role Woman: Taking a Closer Look at the “Superwoman”. PLoS One [Internet]. 2015 Mar [citado 22 Abril 2016]; 10(3). Disponible en <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0120952>.

Temml C, Haidinger G, Schimidbauer J, schaatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: Prevalence Rates and impact on quality of life and sexual life. Neurology and urodynamics. 2000, 19: 259- 271.

Teunissen D, Van den Bosh W, Van Weel C, Lagro-Janseen C. It can always happen. The impact of urinary incontinence on elderly men and women. Scandinavian Journal of primary health care. 2006 sep; 24(3): 166-173.

- Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, Artibani W, Chapple CR, Drake MJ. et al. Guías EAU sobre incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2011 Ago [citado 2 Febrero 2015]; 35(7): 373-388. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-4806201100070001&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-4806201100070001&lng=es).
- Trejo M. Fenomenología como método de investigación: Una opción para el profesional de enfermería. *Enf Neurol*. 2012; 11(2), 98-101.
- Triana Casado I. Enfoque de género, salud y oftalmología. *MEDISAN*. 2013 Ago; 17(8): 3093-4008.
- Triviño ZV, Sanhuela OA. Paradigmas de investigación en enfermería. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2005 Jun [citado 27 Abril 2016]; 11(1): 17-24. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=es).
- Trujillo Gallego LF. Evaluación de la incontinencia urinaria. *Memorias XIX Curso de Actualización en Ginecología y Obstetricia*. 2011; 19:203-209.
- Urbanos Garrido R. Determinantes de salud y utilización de los servicios sanitarios: un análisis de desigualdad desde la perspectiva de género. *Presupuesto y gasto público* 64/2011. Instituto de estudios fiscales: 117-130.
- Ureta Sánchez SE, Dehesa Dávila M. Uroflujometría y orina residual en la evaluación de la hiperplasia prostática benigna. *Bol Col Mex Urol*. 2003; 18 (2): 53-60.
- Valles M. Cuadernos metodológicos. Entrevistas cualitativas. Madrid: CIS; 2002.
- Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. 4ª Ed. Madrid: Síntesis; 2007.
- Valls-Llobet C. Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres. *Anuario de psicología*. 2008; 39 (1): 9-22.
- Valls-Llobet C. *Mujeres invisibles*. 3ª Ed. Barcelona: Debolsillo; 2008.

- Valls-Llobet C. Mujeres, salud y poder. Madrid: Cátedra; 2009.
- Vaqui Rodríguez Sa, Stiepovich Bertoni J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2010 Ago [citado 15 Marzo 2016]; 16(2): 17-24. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000200002&lng=es). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-9553201000020002>.
- Vazquez C. La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del psicólogo*. 2006. 27(1): 1-2.
- Vega Angarita OM, González Escobar DS. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. *Ciencia y cuidado*. 2007; 4(4):28-35.
- Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.* 2002; 44: 349-61.
- Velasco Arias S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Digital Solutions Networks; 2009.
- Velasco Arias S. Sexos, Género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Madrid: Ed. Minerva; 2009.
- Vela Navarrete R, Pérez Martínez FC, Ramírez Pérez del Yerro M, Cabrera Pérez J, González Enguita C. Duloxetina y otros antidepresivos tricíclicos: efectos farmacodinámicos en el tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2004 Mar [citado 22 Enero 2016]; 28(3): 252-252. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-48062004000300011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000300011&lng=es).
- Velázquez Magaña M, Bustos López HH, Rojas Poceros G, Oviedo Ortega G, Eduardo S, Neri Ruz E, Christian Sánchez Castrillo C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex.* 2007; 75:347-56.

- Vicente Prados FJ, Cózar Olmo JM, Martínez Morcillo A, Espejo Maldonado E, Tallada Buñuel M. Incontinencia urinaria. Métodos para su evaluación y clasificación. Arch. Esp. Urol. 2002; 55 (1): 1015-1034.
- Vila Coll MA, Gallardo Guerrero MJ. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. SEMERGEN - Medicina de Familia. 2005 Jun; 31(6): 270–283.
- Vinaccia S, Quinceno JM, Fonseca P, Fernández H. Calidad de vida relacionada con la salud y su impacto sobre la cognición hacia la enfermedad en pacientes con hiperplasia prostática. Acta colombiana de psicología. 2006; 9 (2): 47-56.
- Vlassoff C. Gender Differences in Determinants and Consequences of Health and Illness. J Health Popul Nutr. 2007 Mar; 25(1): 47–61.
- Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FF. Female urinary incontinence: a systematic review of qualitative studies. Ciênc. Saúde coletiva. 2012 Oct; 17 (10): 2703-2715.
- Wagner TH, Patrick DL, Bavendam TG, Martin ML, Buesching DE. Quality of life of persons with urinary incontinence: development of a new measure. Urology. 1996; 47(1), 67-71.
- Wahle GR. Urinary incontinence after radical prostatectomy. Seminars in Urologic Oncology. 2000; 18 (1): 66-70.
- Zhang Y, Wildemuth BM. Qualitative analysis of content. En: Wildemuth BM, editor. Applications of Social Research Methods to Questions in Information and Library Science. Westport, CT: Libraries Unlimited; 2009.
- Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en varones y mujeres de más de 65 años. Atención Primaria. 2003; 32 (6): 337-342.







**ANEXO I. INTERNATIONAL CONSULTATION ON INCONTINENCE  
CUESTIONAIRE-SHORT FORM (ICIQ-SF)**

1. Por favor, escriba su edad.....

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

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

3. Nos gustaría saber su opinión acerca de la cantidad de orina que usted 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
Muy poca cantidad. ....	2
Una cantidad moderada. ....	4
Mucha cantidad. ....	6

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

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada

Mucho

5. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

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	

## ANEXO II. URINARY INCONTINENCE QUALITY OF LIFE SCALE (I-QOL)

En todos los próximos elementos se utiliza la siguiente escala de respuestas:

**1: en absoluto      2: un poco      3: moderadamente      4: bastante      5: mucho**

Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio	
Me preocupa toser y estornudar	
Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada	
Me preocupa saber dónde están los servicios en un lugar nuevo	
Me siento deprimida	
No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo	
Me siento frustrada porqué la incontinencia me impide hacer lo que quiero	
Me preocupa que los demás noten que huelo a orina	
Tengo siempre presente la incontinencia	
Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio	
Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación	
Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años	
Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno	
Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia	
La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud	
Mi incontinencia me hace sentir desvalida	
Disfruto menos de la vida debido a la incontinencia	
Me preocupa orinarme	
Siento que no tengo control sobre mi vejiga	
Tengo que tener cuidado con lo que bebo	
La incontinencia limita la variedad de mi vestuario	

## ANEXO III. INFORME DICTAMEN FAVORABLE CEIC



**Informe Dictamen Protocolo Favorable  
Otros Estudios**

C.P. - C.I. AVAL:11/14

24 de septiembre de 2014

**CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer**

Dra. María Dolores Nájera Pérez  
Presidenta del CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

### CERTIFICA

1º. Que el CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer en su reunión del día 24/09/2014, acta ORDINARIA ha evaluado la propuesta del promotor referida al estudio:

**Título:** " EXPERIENCIAS DE CALIDAD DE VIDA EN HOMBRES Y MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA".

**Código Promotor:** Código Interno: AVAL:11/14

**Promotor:** Otros (académico)

**Monitor/CRO:** Otros (académico)

**Versión Protocolo Evaluada:** Junio 2014

**Versión Hoja Información al Paciente Evaluada:** GENERAL / Junio 2014

**Fecha Entrada de Aclaraciones:** 11/07/2014

**Investigadora Principal:** D.ª. Almudena Ortuño Esparza, Enfermera (Personal Vinculado al H.G.U. "Morales Meseguer" por convenio entre la Universidad y el SMS).

1º. Considera que:

- Se respetan los principios éticos básicos y es adecuado el procedimiento para obtener el consentimiento informado

2º. Convenio entre la Universidad de Murcia y el Servicio Murciano de Salud.

3º. Por lo que este CEIC emite un **DICTAMEN FAVORABLE**.

Lo que firmo en Murcia, a 24 de Septiembre de 2014



Dra. María Dolores Nájera Pérez  
Presidenta del CEIC Hospital General Universitario José María Morales Meseguer

## ANEXO IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Doña.: .....

Con domicilio en.....

### DECLARO

Que la investigadora Almudena Ortuño Esparza, me ha explicado toda la información del estudio y resuelto mis dudas.

1. El objetivo que nos atañe es comprender las repercusiones de la incontinencia urinaria en la vida de las mujeres y hombres, así como conocer el significado de las creencias, valores y actitudes de ser incontinente, debido a que esta problemática es tratada actualmente como un tema tabú, pues muchas personas sienten vergüenza y ocultan esta afección sin buscar una solución que lo resuelva. Por ello se mantendrán entrevistas para recolectar la máxima información posible. Por otro lado se pretende averiguar si aparecen diferencias significativas entre ambos sexos, cuyo único propósito es mejorar en la atención y cuidados integrales, aumentando de este modo la calidad de vida de las personas con incontinencia urinaria.
2. La investigadora me ha explicado que el estudio constará de una serie de preguntas las cuales se responderán de manera voluntaria, serán grabadas para la obtención de los datos y estos serán estrictamente confidenciales, ninguna persona ajena a esta investigación tendrá acceso a ella.
3. Mediante este estudio si es preciso se llevarán a cabo planes de cuidados diferenciados por sexo.
4. En cualquier momento de la investigación se podrá renunciar a la participación en el estudio, ya que la entrevista se realiza de forma totalmente voluntaria y sin que se adquiera ningún compromiso.

Por ello, manifiesto que estoy satisfecho/a con la información recibida y comprendo la información obtenida.

### CONSIENTO

Que se me realice la entrevista para el estudio experiencias de calidad de vida en hombres y mujeres con incontinencia urinaria.

En lugar y fecha.....

Fdo: La investigadora

Fdo: El /la paciente