

Artículo original

Las influencias interpersonales en mujeres con incontinencia urinaria

The interpersonal influences in women with urinary incontinence

Montserrat Lamoglia-Puig¹, Dolors Juvinyà-Canal², Isabel Pérez-Pérez³, Maria Godall-Castell⁴, Rosa Rifà-Ros³, Miriam Rodríguez-Monforte⁵, Àngela Pallarès-Martí⁶

¹Doctora en Promoción de la Salud. Profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS). Blanquerna-Universitat Ramon Llull (URL). Barcelona. ²Doctora en Pedagogía. Catedrática de la Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universitat de Girona. ³Doctora en Ciencias de la Enfermería. Profesora de la FCS. Blanquerna-URL. Barcelona. ⁴Doctora en Pedagogía. Profesora de la FCS. Blanquerna-URL. Barcelona. ⁵Enfermera. Profesora de la FCS. Blanquerna-URL. Barcelona. Doctoranda del Departamento de Nutrición y Bromatología. Facultad de Farmacia. Universitat de Barcelona. ⁶Doctora en Antropología. Profesora de la FCS. Blanquerna-URL. Barcelona

RESUMEN

Objetivo: Describir las influencias interpersonales que presentan las mujeres con incontinencia urinaria (IU).

Metodología: La perspectiva teórico-metodológica utilizada ha sido la cualitativa fenomenológica, con la participación de 34 mujeres de la provincia de Barcelona. Los datos se recogieron mediante entrevistas en profundidad y la técnica del grupo focal. La selección de la muestra fue intencional o de conveniencia, y el análisis categorial temático se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de las participantes.

Resultados: Las influencias interpersonales más significativas para las participantes fueron las mujeres de su familia, las amigas y los profesionales de la salud. Dicha influencia ha sido mayoritariamente negativa y las involucró poco o nada en conductas promotoras de la salud en la resolución de su IU.

Conclusiones: La mayoría de las influencias interpersonales descritas en el estudio son fruto de las creencias derivadas de los estereotipos de género, que se transmiten en el proceso de socialización y que condicionan la percepción de la IU como una enfermedad tratable.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Incontinencia urinaria, salud de la mujer, promoción de la salud.

ABSTRACT

Objective: Describe the interpersonal influences that present women with urinary incontinence (UI).

Methods: The theoretical-methodological approach used was qualitative phenomenological, involving 34 women in the province of Barcelona (Spain). Data were collected through in-depth interviews and focus group technique. The sample selection was intentional or convenience categorical, and thematic analysis was conducted from the transcripts of the speeches of the participants.

Results: The most significant interpersonal influences for participants are the women of his family, friends and health professionals. This influence is mostly negative and involves little or no health-promoting behaviors was solving its UI.

Conclusions: Most of interpersonal influences described are the result of beliefs derived from gender stereotypes that are transmitted in the socialization process and shape perceptions of the UI as a treatable disease.

©2016 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Urinary incontinence, women's health, health promotion.

Fecha de recepción: 12/02/15. Fecha de aceptación: 20/04/15.

Correspondencia: M. Lamoglia-Puig.
Facultad de Ciencias de la Salud. Blanquerna-Universitat Ramon Llull.
Padilla, 326-332. 08025 Barcelona.
Correo electrónico: montserratlp@blanquerna.url.edu

Artículo extraído de la tesis doctoral *Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria*, de M. Lamoglia Puig (Universitat de Girona).

Lamoglia-Puig M, Juvinyà-Canal D, Pérez-Pérez I, Godall-Castell M, Rifà-Ros R, Rodríguez-Monforte M, et al. Las influencias interpersonales en mujeres con incontinencia urinaria. *Matronas Prof.* 2016; 17(1): 6-11.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es definida por la International Continence Society (ICS) como «cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, y que constituya un problema social o de higiene para la persona que la presenta»¹. La IU es un problema de salud más frecuente en la mujer que en el hombre², y además aumenta con la edad³. La IU en las mujeres se percibe como una molestia que genera sentimientos de baja autoestima, es limitante, restringe el contacto social, interfiere en las tareas domésticas y puede dificultar el trabajo fuera de casa. Ocasiona también problemas económicos, tanto para el sistema sanitario como personales, debido al gasto en compresas y otros absorbentes^{4,5}.

El grado de angustia vivido por las mujeres con IU y la magnitud de las dificultades que presentan no sólo están relacionados con la edad, etnia y religión, sino también con las reacciones de cada persona y con cómo percibe cada individuo su incontinencia, pues los significados que se dan a este problema son parte de la estructura de la vida de cada mujer. Dichas reacciones pueden destruir la confianza y el respeto que el individuo tiene por sí mismo, disminuyendo así su autoestima e impidiendo que busque ayuda⁶.

En general, las mujeres con IU presentan bajos índices de búsqueda de atención y tratamiento, y cabe destacar que las creencias sobre las causas de las pérdidas de orina influyen en esta decisión. Muchas creen que la causa de la IU está vinculada al hecho de ser mujer, relacionada con los partos, y al proceso implícito del envejecimiento⁷. La IU en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, debido a que quienes la padecen no verbalizan su problema y a que el médico, en general, no siempre reconoce la IU como una patología tratable⁸.

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

Tomando como marco de referencia el modelo de promoción de la salud de Nola J. Pender, creado para dar respuestas a la forma en que las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud, se podrá explicar el comportamiento de salud de las mujeres con IU⁹. Por ello, el objetivo planteado en esta investi-

gación es describir las influencias interpersonales que presentan las mujeres con IU.

Según Pender, las influencias interpersonales son los conocimientos concernientes a las conductas, creencias o actitudes de los otros que predisponen a los individuos a involucrarse en conductas promotoras de la salud. Las fuentes principales son la familia, las parejas, los grupos de iguales y los proveedores de atención a la salud¹⁰.

METODOLOGÍA

La investigación se realizó desde un enfoque cualitativo a partir de la perspectiva filosófica de la fenomenología descriptiva. La metodología cualitativa permite examinar las situaciones tal como son construidas y vividas por los participantes, basándose en el contacto directo y la interacción cara a cara con ellos, que se sustenta en unos principios éticos negociados¹¹. En la fenomenología, el foco de la investigación son las experiencias de la persona en relación con un fenómeno. Asume que las experiencias dan sentido a la percepción de cada persona sobre ese fenómeno en particular¹². Su finalidad es describir el significado de una experiencia a partir de la visión de quienes la han vivido¹³.

El ámbito de este estudio ha sido la provincia de Barcelona, y la población objeto de estudio son las mujeres autóctonas con IU de cualquier tipo (de esfuerzo, de urgencia o mixta). El muestreo fue intencional o de conveniencia, y el acceso a las informantes se llevó a cabo mediante la técnica «bola de nieve»^{14,15}.

En el proceso inicial de captación de mujeres informantes se recurrió a las redes sociales informales (facebook, twitter y correo electrónico). Se les explicó la finalidad de la investigación y se solicitó su colaboración para responder al International Consultation on Incontinence Questionnaire en su versión breve (ICIQ-SF)¹⁶. Dicho cuestionario permitió identificar a las mujeres que presentaban IU.

El ICIQ-SF fue respondido por 134 mujeres de edades comprendidas entre los 29 y los 80 años, de las que 76 presentaban IU. Para que la muestra fuera lo más heterogénea posible en relación con la edad y el nivel educativo, se contactó y solicitó la participación de las mujeres que permitieran cubrir todos los rangos de edad y formación, requiriendo para ello la firma de su consentimiento informado.

De las técnicas de recogida de datos más relevantes de la investigación cualitativa, en esta investigación se ha optado por la entrevista en profundidad y también el grupo focal. Se llevó a cabo un total de 24 entrevistas en profundidad y un grupo focal con 10 mujeres (34 participantes con un intervalo de edad de 38-77 años). Se

dio por finalizado el trabajo de recogida de datos con esta muestra de mujeres, puesto que con ellas se alcanzó la saturación informativa.

Para la realización de las entrevistas y el grupo focal, se elaboró un guion o protocolo, se tuvieron en cuenta las condiciones de privacidad y confidencialidad, y se priorizó, siempre que las informantes así lo desearan, realizarlas en su domicilio particular. Las entrevistas individuales tuvieron una duración aproximada de 60 minutos cada una, y las del grupo focal de 120 minutos, y el audio se registró con una grabadora digital. Una vez realizadas las entrevistas, se procedió a su transcripción, y para otorgar a los datos toda su validez subjetiva, en las transcripciones no se introdujo ninguna corrección, respetando tanto las construcciones gramaticales como los términos utilizados por las informantes¹⁷. Para el grupo focal, además del investigador, que actuaba de moderador formal, se contó con la presencia de un observador que recogió los aspectos más relevantes y aportó retroalimentación sobre el desarrollo de la sesión al final de la misma^{18,19}.

El análisis del contenido temático se realizó a partir del texto surgido de las transcripciones de los discursos de las mujeres participantes. Para la codificación y categorización inicial de la información recogida, se utilizó el software ATLAS.ti 7.1.7[®]. Según Palacios y Corral, el proceso de análisis de la información desde la perspectiva fenomenológica descriptiva se caracteriza por el desarrollo de temas y subtemas que serán las categorías y las subcategorías²⁰. En primer lugar, se realizó la identificación de unidades de significado de los textos transcritos, que se codificaron. A continuación se agruparon estas unidades o códigos por significados comunes, formando grupos de significado: las categorías.

Atendiendo a la corrección ética, esta investigación ha seguido los requisitos marcados por Barrio Cantalejo y Simón Lorda²¹. A todas las mujeres que han participado en este estudio se les ha informado debidamente, solicitado su consentimiento informado por escrito y su autorización para grabar en audio sus intervenciones. Se les ha asegurado proteger su intimidad y confidencialidad y certificado su completo anonimato. Siguiendo la disposición de la Ley Orgánica 15/1999 del Gobierno de España, del 13 de diciembre, sobre Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14-12-1999, pp. 43.088-43.099)²², se les asignó ya desde el primer momento un código, que se ha utilizado tanto para las transcripciones como para el análisis y la redacción de los resultados.

También se ha tenido en cuenta la razón riesgo-beneficio favorable, ya que para esta investigación ha sido necesaria la participación de mujeres como sujetos de

la investigación. Se ha evitado en todo momento el daño potencial de la vulnerabilidad emocional de las participantes. Para evitar el daño potencial de la imagen falsa y el conflicto de intereses, se les ha ofrecido la posibilidad de revisar todo aquello que se publique en referencia a su persona, y se les ha garantizado que sus intereses están por encima de los de la investigación. Se les ha informado además de cuál es el papel del investigador y qué pueden esperar de él para evitar la creación de falsas esperanzas sobre los resultados de su relación²¹.

RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan vienen acompañados de algunos ejemplos de las evidencias encontradas en el discurso de las participantes. Dichos ejemplos se presentan con el código de la entrevista seguido de la edad de la informante.

Las influencias interpersonales más significativas para las participantes fueron las mujeres de su familia, las amigas y los profesionales de la salud que tuvieron contacto con ellas.

En sus relatos aparece que las madres, hermanas, hijas o suegras les trasladan normalidad a la situación de tener pérdidas de orina. La mayoría manifestaron que habían seguido el mismo recurso que ellas (usar protectores/absorbentes):

(E5-75a) Mi madre sí que tenía ese problema y se ponía pañales. Una hermana también me dijo que se ponía como una pequeña compresa por si tenía algún escape. Mi suegra (...): «todas llevamos pañitos».

(E15-46a) Mi madre es de gasa, de antigua (...). Ella lleva su trapito porque lo tiene que llevar, como todas.

Muchas indicaron que con las amigas, al compartir el tema de sus pérdidas de orina, lo veían como algo propio de ellas por los partos y la edad, y hablaban sobre cómo abordarlas o tratarlas: usar protectores/absorbentes, hacer ejercicios del suelo pélvico, o utilizar conos o bolas chinas, aunque comentaban que no siempre sabían muy bien cómo se realizan estos ejercicios o cómo se usan estos dispositivos. Algunas de ellas también narraron una experiencia negativa frente a la cirugía:

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

decía aquello de que cuando estés haciendo pipí pares a mitad y vas como contrayendo para controlar.

(E20-50a) Todas dicen que lo mismo, que después de tener los críos (...). Y me dicen: «o yo no con eso [salvaeslip] no puedo, me tengo que poner algo más grande».

(E24-46a) Y me dijo: hay pues las bolas chinas. Te irán muy bien para lo que te pasa (...). Claro, como es una cosa que va adentro y hace presión.

En general, refirieron que el ginecólogo o la comadrona les recomendaron que realizaran ejercicios del suelo pélvico durante el embarazo o el periodo del posparto. Recuerdan que ellos les explicaron la manera de realizarlos (sobre todo en casa), pero ahora no saben describir muy bien en qué consisten:

(E1-45a) Esto sí que me lo dijeron [el ginecólogo en el posparto]: «mira al hacer pipí de cortar el (...), ir cortando un poquito el pipí».

(E9-38a) Me lo habían explicado en las clases del parto.

(E21-62a) Después del parto, cuando ya fui una vez la comadrona me dijo: «ahora tendrías que hacer esto, porque así el pis y esto, no se te escaparía. No tendrías esas pequeñas pérdidas que a veces hay. Si tú vas haciendo estos ejercicios te lo vas a evitar».

Pero algunas también refirieron que el ginecólogo había restado importancia a sus pérdidas de orina al considerarlas una consecuencia normal en la mujer a partir de determinada edad o ante según qué circunstancia (el caso de una matriz grande), y no les habían ofrecido ninguna solución:

(E8-51a) El ginecólogo no me ha dado ninguna solución. Dice que esto es normal a cierta edad.

Dos mujeres que tenían o habían tenido contacto con fisioterapeutas comentaron que les habían enseñado a hacer los ejercicios del suelo pélvico y cuándo realizarlos. Subrayaron que acudir a la fisioterapeuta las ayudaba a ser más constantes:

(E6-40a) Con la fisio estipulamos el momento de hacer los ejercicios. Cuando voy a hacer un pipí, que sea justo después, que sea ese momento que te lo dedicas. Sólo un minuto, «mira, fijate que es muy poco», me dijo, y constancia al hacerlos.

(E16-65a) Ir a la fisioterapeuta te obliga a hacerlos. Para que me encuentre bien cuando me toca ir a verla y no vaya para atrás.

DISCUSIÓN

En las investigaciones cualitativas, los datos obtenidos no son extrapolables a todas las mujeres con IU, sólo un referente para la planificación de intervenciones asistenciales y futuras investigaciones en este campo²³.

El informe de las Naciones Unidas sobre igualdad y equidad de género del año 2006 resaltaba la gran influencia de la familia, a través del proceso de socialización de género, en los estereotipos que lo conforman²⁴. González Gabaldón ya destacaba que los estereotipos de género tienen una fuerte tendencia a persistir en el tiempo a través de diferentes generaciones, y cómo los individuos tienden a percibir en las actuaciones de los otros la confirmación de su manera de proceder²⁵. Estas influencias familiares que persisten a través de generaciones en la conformación de estereotipos, y el influjo de la actuación de los otros en la manera de proceder de cada individuo, se ponen también de manifiesto entre las mujeres participantes de la presente investigación en relación con el mensaje de la normalidad de sus pérdidas (vinculadas a ser mujer y al paso de tiempo) y respecto a efectuar conductas paliativas y de automanejo del problema (uso de protectores/absorbentes). Los resultados muestran que, por todo ello, las mujeres de la familia (sobre todo las madres) tienen o han tenido una influencia negativa para predisponerlas a adoptar conductas de resolución de su IU.

El citado informe de las Naciones Unidas sobre igualdad y equidad de género²⁴ también resaltaba la gran influencia del grupo social de pertenencia y la de los pares en los estereotipos que conforman el género. En el caso de las mujeres del estudio, los relatos reflejan la influencia de las amigas en el hecho de normalizar también la IU como algo inherente a la mujer por su función reproductiva y por el paso del tiempo. Pero al compartir con ellas abordajes más encaminados a la resolución de sus pérdidas de orina (sobre todo los ejercicios del suelo pélvico), y en la línea del estudio de González Gabaldón²⁵, que refiere la influencia de la actuación de los otros en la manera de proceder de los individuos, esta información compartida nos da pie a detectar un influjo más positivo de las amigas, ya que las predispone a realizar conductas más resolutivas de su IU en relación con la que llevaban a cabo las mujeres de la familia. Sin embargo, esta influencia no es del todo positiva, puesto que hay una falta de conocimiento de base de las conductas que comparten (ejercicios del suelo pélvico, conos o bolas chinas).

Respecto a la influencia de los profesionales sanitarios para predisponer a las mujeres del estudio a adoptar conductas favorecedoras de resolución de su IU, los resultados revelan que ésta tuvo lugar sólo en la atención sanitaria que se realizó durante el embarazo y el puerpe-

rio, y por parte de los ginecólogos y las matronas. De acuerdo con Ávila de Tomás²⁶ y Blázquez-Manzano et al.²⁷, que afirman que en la práctica sanitaria una buena comunicación interpersonal (médico-paciente) ayudará en la toma de decisiones y a la motivación del usuario (se relaciona ésta con una mayor participación en las decisiones, mayor cumplimiento de las expectativas de los pacientes y mayor adherencia a los tratamientos), al no tener lugar ya esta comunicación entre las mujeres y los profesionales de la salud (respecto a la IU), la influencia favorecedora que tuvo lugar en la etapa de la maternidad no se ha producido en las etapas posteriores.

Los resultados también reflejan que estos profesionales, en concreto algunos ginecólogos, en los pocos casos en que las mujeres les plantearon su situación de pérdida de orina, no les ofrecieron ninguna solución (no le dieron importancia y la consideraron una consecuencia propia del género y vinculada a la edad y a los efectos de la reproducción). Con esta actitud, reflejo de los estereotipos de género que esgrimen algunos profesionales, no ejercen una influencia positiva en las mujeres para que emprendan acciones de resolución de su IU. Almendro y Ordovás²⁸ afirmaban en su estudio que los estereotipos que maneja el profesional de la salud, derivados de sus creencias y experiencias, pueden condicionar la comunicación en la consulta, concretamente la cantidad y el tipo de información emitida. En el caso de las mujeres de esta investigación, la falta de orientación profesional frente a la existencia de pérdidas de orina no las predispuso a que llevaran a cabo acciones de resolución de su IU (influencia interpersonal negativa).

En algún caso se pone de manifiesto la influencia positiva que ha representado la intervención de los fisioterapeutas para que las mujeres realicen y persistan en la conducta de efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico para mejorar o resolver su IU. Esta influencia se ha basado en la educación, el apoyo y la supervisión por parte de estos profesionales, con un efecto sobre la constancia y la motivación de estas mujeres. Este mismo influjo positivo de los fisioterapeutas o de otros profesionales de la salud está altamente documentado en la bibliografía científica. Se pueden citar como ejemplos la revisión Cochrane de Hay-Smith y Dumoulin del año 2008²⁹, la que efectuaron estos mismos autores junto con otros en el año 2012³⁰, y la revisión sistemática de García y Aboitiz del año 2012³¹, los cuales, entre otros aspectos, concluían que el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico mejoraba la IU y que en su ejecución es muy necesario que las mujeres cuenten con el apoyo y la supervisión de un fisioterapeuta. Ello permite un correcto aprendizaje y asegura su realización (se logra que los ejercicios sean más eficaces). Puigpelat et al.³², en su estudio

efectuado en mujeres que realizaban ejercicios de reeducación perineal, demostraron que las intervenciones del personal de enfermería tenían un papel muy importante en el aumento de la constancia y la motivación de las mujeres para llevarlos a cabo.

CONCLUSIONES

El influjo que los demás (mujeres de la familia, grupo de pares y profesionales de la salud) ejercen en la predisposición de las mujeres con IU para llevar a término acciones saludables (influencias interpersonales) en las mujeres de este estudio fue negativo: el de las mujeres de la familia, por normalizar la IU y no valorarla como un problema de salud; el del grupo de pares (amigas), porque denota una falta de conocimientos de base en las conductas que comparten, y el de algunos ginecólogos por no ofrecer la orientación profesional adecuada. Dichas influencias negativas son fruto de las creencias derivadas de los estereotipos de género que se transmiten en el proceso de socialización y que condicionan la percepción de la IU como una enfermedad tratable.

Los ginecólogos, conjuntamente con las matronas, influyeron positivamente en la realización de los ejercicios del suelo pélvico durante la etapa del embarazo y puerperio. Los fisioterapeutas son los profesionales de la salud que, en los resultados de este estudio, generaron una influencia más positiva para adoptar conductas promotoras de la salud por parte de estas mujeres, focalizándose en la de rehabilitación del suelo pélvico.

Por tanto, es importante incrementar la formación, tanto de los actuales profesionales de la salud como de los futuros, respecto a la IU en la mujer desde la perspectiva o enfoque de género, resaltando las actitudes y habilidades para que éstos puedan realizar una comunicación terapéutica adecuada y de calidad.

Las implicaciones que se desprenden de esta investigación en relación con la práctica de las matronas serían las siguientes:

- Es importante seguir ejerciendo su influencia positiva en las mujeres durante la etapa de embarazo y puerperio en la realización de los ejercicios del suelo pélvico como prevención y tratamiento de la IU.
- Incidir también en las mujeres en la etapa de la menopausia, apoyándolas y fomentando la rehabilitación de la musculatura del suelo pélvico.
- Es necesario potenciar el rol de las enfermeras y de las matronas que trabajan en atención primaria de salud en la prevención y la detección de la IU, en el proceso de formación en salud de las mujeres que la padecen, y en el control y seguimiento de los diferentes tratamientos.

- Sería muy recomendable diseñar programas de promoción de la salud para las mujeres que contemplen la IU y sean liderados por las matronas (programas desde un enfoque integral y un abordaje multidisciplinario: urólogos, ginecólogos, matronas, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos/sexólogos), y crear grupos terapéuticos de soporte y apoyo a mujeres con IU para empoderarlas y motivarlas a emprender conductas promotoras de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002; 21: 167-78.
- España M. Incontinencia de orina en la mujer. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120(12): 464-72.
- Robles JE. La incontinencia urinaria. *An Sist Sanit Navarra*. 2006; 29(2): 219-31 [consultado el 23 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29n2/revision2.pdf>
- Lopes M, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1): 34-41.
- Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46(1): 5-6.
- Higa R, Baena de Moraes Lopes M, Ribeiro Turato E. Significados psico-culturales para la incontinencia urinaria femenina: una revisión. *Rev Latino-Am Enferm*. 2008; 16(4): 1-8 [consultado el 23 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/es_20.pdf
- Melville JL, Wagner LE, Fan MY, Katon WJ NK. Women's perceptions about the etiology of urinary incontinence. *J Womens Heal*. 2008; 17(7): 1.093-8 [consultado el 23 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944440/>
- Rebollo P, España M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Actas Urol Esp*. 2003; 56(7): 755-74 [consultado el 20 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.arch-espanoles-de-urologia.es/apartados/sumarios/popup.php?ano=2003&id=56-07-3>
- Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostigüin R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Univ ENEO-UNAM*. 2011; 8(4): 16-23 [consultado el 20 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
- Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health Promotion in Nursing Practice*, 6.ª ed. Nueva Jersey: Pearson, 2011.
- Godall M. Formació universitària en infermeria. Estudi sobre el professorat [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Ramon Llull, 2001; 116.
- Laza C. La fenomenología para el estudio de la experiencia de la gestación de alto riesgo. *Enfermería Glob*. 2012; 11(4): 295-305 [consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://revistas.um.es/global/article/view/global.11.4.145741/139021>
- Marí R, Bo R, Climent C. Propuesta de análisis fenomenológico de los datos obtenidos en la entrevista. *UT Rev Ciènc Educ*. 2010; 1.135-438: 113-33.
- Kornblit A. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos. Buenos Aires: Biblos, 2007.
- Penalva C, Mateo M. Tècniques qualitatives d'investigació. Universitat d'Alacant, 2006 [consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecniques_qualitatives.pdf
- España M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)*. 2004; 122(8): 288-92.
- Ros E. L'adquisició de les competències professionals en l'especialitat de medicina de família i comunitària a Catalunya. Una aportació des de la formació. Barcelona: Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, 2003.
- Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: el grupo de discusión (I). *Nure Invest*. 2008; 35: 1-4 [consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/417/408>
- Cano A. Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: el grupo de discusión (II). *Nure Invest*. 2008; 36: 1-4 [consultado el 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/386/377>
- Palacios D, Corral I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010; 21(2): 68-73.
- Barrio-Cantalejo I, Simón-Lorda P. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Clin*. 2006; 126(11): 418-23 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v126n11a13086126pdf001.pdf>
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE: 14-XII-1999) [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750>
- Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, 2008.
- Mora L, coord. 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 [consultado el 30 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.entremundos.org/databases/Herramientas_de_trabajo_en_genero_UNFPA.pdf
- González Gabaldón B. Los estereotipos como factor de socialización en el género. *Comunicar*. 1999; 12: 79-88 [consultado el 30 de enero de 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LosEstereotiposComoFactorDeSocializacionEnElGenero-262537.pdf>
- Ávila de Tomás J. Comunicación entre ciudadanos y profesionales de la salud. Alfabetización en salud: de la información a la acción. Valencia: Itaca/TSB, 2012; 101-12 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf
- Blázquez-Manzano A, Feu S, Ruiz-Muñoz E, Gutiérrez-Caballero M. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Comun Salud*. 2012; 3(1): 51-65 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: http://www.aecs.es/3_1_7.pdf
- Almendo C, Ordovás R. Comunicación oral en la consulta. Alfabetización en salud: de la información a la acción. Valencia: Itaca/TSB, 2012; 205-18 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf
- Hay-Smith J, Dumoulin C. Entrenamiento muscular del suelo pélvico versus ningún tratamiento, o tratamientos de control inactivo, para la incontinencia urinaria en mujeres [Revisión Cochrane traducida]. Biblioteca Cochrane Plus. Oxford: Update Software Ltd., 2008; 2.
- Hay-Smith J, Herderschee R, Dumoulin C, Herbison P. Comparisons of approaches to pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women: an abridged Cochrane systematic review. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2012; 48(4): 689-705 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.riabilitare.eu/pdf/HaySmith2012TecnicaRiabilitativenellincontinenzaurinariafemmineile.pdf>
- García D, Aboitiz J. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia*. 2012; 34(2): 87-95.
- Puigpelat T, Torres E, Ruiz A. Efectividad de la reeducación perineal en mujeres con incontinencia de esfuerzo. *Asoc Esp Enferm Urol*. 2012; 122: 32-4 [consultado el 20 de marzo de 2014]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EfectividadDeLaReeducacionPerinealEnMujeresConInco-4273823.pdf>