

LAMOGLIA-PUIG, M¹; JUVINYÀ-CANAL, D²; GODALL-CASTELL, M³; PÉREZ-PÉREZ, I⁴; RIFÀ-ROS, R⁵; RODRÍGUEZ-MONFORTE, M⁶; PALLARÈS-MARTÍ, A⁷

¹ Enfermera, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España) y doctoranda del Departamento de Promoción de la Salud de la Universidad de Girona (España). E-mail: montserratlp@blanquerna.url.edu

² Doctora en Pedagogía y catedrática de la Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de Girona (España). Facultad de Enfermería. E-mail: dolors.juvinya@udg.edu

³ Doctora en Pedagogía y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramón Llull de Barcelona (España). E-mail: mariagc@blanquerna.url.edu

⁴ Doctora en Ciencias de la Enfermería y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: isabelpp@blanquerna.url.edu

⁵ Doctora en Ciencias de la enfermería y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: rosarr@blanquerna.url.edu

⁶ Enfermera, profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España) y doctoranda del Departamento de Nutrición y Bromatología de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona (España). E-mail: miriamm@blanquerna.url.edu

⁷ Doctora en Antropología y profesora de la Facultad de Ciencias de la Salud Blanquerna de la Universidad Ramon Llull de Barcelona (España). E-mail: angelapm@blanquerna.url.edu

Las barreras percibidas en mujeres con incontinencia urinaria⁸

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es identificar las barreras que perciben mujeres con incontinencia urinaria (IU) para emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina. Se trata de un estudio cualitativo con la participación de 34 mujeres de la provincia de Barcelona (España). 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. Los resultados muestran que entre las barreras percibidas respecto a la búsqueda de ayuda para su IU, están la falta de conciencia de la IU como enfermedad, unos conocimientos deficientes respecto a la misma y la propia actitud y práctica de algunos médicos. La falta de tiempo y el cansancio las impide autocuidarse. La pereza, la falta de voluntad o de constancia en la realización de los ejercicios del suelo pélvico obstaculizan su ejecución, así como el coste económico de los centros de rehabilitación privados. Se concluye que se debe empoderar a la mujer, apoyarla y ayudarla en la realización de las conductas promotoras de salud para su IU.

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

SUMMARY

The objective of this research is to identify the barriers they perceive women with urinary incontinence (UI) for preventing them from undertaking conduct aimed at solving your problem with urine. This is a qualitative study 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 categorial and thematic analysis was conducted from the transcripts of the speeches of the participants. The results show that perceived barriers regarding seeking help for UI, is the lack of awareness of the UI as a disease, a deficient knowledge about it and the right attitude and practice of some doctors. The lack of time and fatigue prevents them self-care. Laziness, lack of will or perseverance in performing pelvic floor exercises, impeding its implementation as well as the economic cost of private rehabilitation centers. It is concluded that should empower women, support and assist in the conduct of health promoting behaviors for IU.

Keywords: Urinary incontinence, Women's health, Health promotion.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria⁹ (IU) en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, pues las mujeres que la padecen

no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente (1). Asimismo, los profesionales de la salud pocas veces interrogan e indagan sobre este tema cuando prestan aten-

ción sanitaria a la mujer (2). Los estudios de prevalencia de la IU femenina, así como los de calidad de vida en mujeres con IU y los que analizan cómo estas afrontan las pérdidas de orina, eviden-

⁸ Artículo extraído de la tesis doctoral *Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria*, de Montserrat Lamoglia Puig (Universidad de Girona, España).

⁹ En el año 2002, la International Continence Society (ICS) definió la incontinencia urinaria como: "Cualquier pérdida involuntaria de orina, objetivamente demostrable, y que constituya un problema social o de higiene para la persona que la presenta" (31).

cian que la IU es un problema de salud a tener en cuenta que, además, aumenta y se agrava con la edad (3-7).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el informe "Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana", del año 2009 (8), recomendaba la necesidad de mejorar los sistemas sanitarios para que satisfagan las necesidades de salud de las mujeres en lo que se refiere a su acceso a ellos, al carácter integral de los mismos y a su capacidad de reacción frente a los problemas de salud. Para poder conseguir estos objetivos, la OMS remarcaba la importancia de realizar investigaciones sobre las mujeres y su salud.

Por estas razones se ha realizado el presente estudio, que pretende aportar conocimiento documentado sobre la IU en la mujer a partir de las propias protagonistas que la padecen y tomando como referencia el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender. El MPS de Pender permite, entre otras cosas, comprender y explicar determinadas conductas o comportamientos de salud de los individuos para poder planificar intervenciones de enfermería promotoras de salud (9). El objetivo de esta investigación es identificar las barreras que aprecian tener las mujeres con IU respecto a lo que les impide emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina.

MÉTODO

La investigación se plantea a través del paradigma cualitativo a partir de la perspectiva filosófica de la fenomenología descriptiva. El ámbito de este estudio es la provincia de Barcelona (España) y la población objeto de estudio son mujeres autóctonas con incontinencia urinaria de cualquier tipo (de esfuerzo, de urgencia o mixta). El muestreo ha sido intencional o de conveniencia y el acceso a las informantes se llevó a cabo mediante la técnica "bola de nieve" (10, 11).

A través del cuestionario "International Consultation on Incontinence Questionnaire (ICIQ)", en su versión corta, el ICIQ Short Form (ICIQ-SF) (12) que se envió a través de las redes sociales informales (facebook, twitter y correo electrónico), se identificó a mujeres que presentaban incontinencia urinaria.

La incontinencia urinaria (IU) en la mujer presenta una elevada prevalencia oculta, pues las mujeres que la padecen no siempre verbalizan sus problemas con la orina ni buscan la ayuda pertinente

Respondieron el cuestionario ICIQ Short Form (ICIQ-SF) 134 mujeres de edades comprendidas entre los 29 y los 80 años, y de ellas, 76 presentaban IU. Para que la muestra fuera lo más heterogénea posible en relación a la edad y nivel educativo, se contactó y solicitó la participación de aquellas que permitirían 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 de discusión o grupo focal. Se llevaron a cabo un total de veinticuatro entrevistas en profundidad y un grupo de discusión con diez mujeres (treinta y cuatro participantes con un intervalo de la edad de entre 38 y 77 años). Se dio por finalizado el trabajo de recogida de datos con este número, puesto que con ellas se alcanzó la saturación informativa.

Para la realización de las entrevistas y el grupo focal se elaboró un guión o protocolo, se tuvieron en cuenta las condiciones de privacidad y confidencialidad. 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 informantes (13). El análisis de los datos se realizó a partir de las transcripciones de los discursos de las mujeres participantes codificando y categorizando con la ayuda del software ATLAS.ti 7.1.7®.

RESULTADOS

Los resultados que aquí se presentan,

reconstruyen la experiencia de las mujeres participantes en relación a los obstáculos o barreras que perciben para emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina. En dichos resultados se presentan algunos ejemplos de las evidencias encontradas en el discurso de las participantes. Los ejemplos se presentan con el código de la entrevista seguido de la edad de la informante.

Entre las conductas que se relacionan con la resolución de la IU, se encuentran la búsqueda de ayuda médica, el autocuidado y la realización de ejercicios del suelo pélvico, que se corresponden con las tres categorías identificadas.

BÚSQUEDA DE AYUDA MÉDICA

Muchas de las mujeres participantes manifiestan no tener necesidad de hacer nada en relación a sus pérdidas de orina porque no les causan dificultades, no les molestan, no les impiden hacer una vida normal o las tienen muy asumidas. (E22-45a) *No le he explicado [médico] porque no me ha preocupado (...) no me ha supuesto ningún problema (...). No me ha parecido un problema porque no me ha molestado.*

Algunas relatan que no van al médico a buscar soluciones y lo atribuyen a la falta de información/formación sobre las pérdidas de orina y sus causas. (E1-45a) *Yo creo que es falta de educación y de formación sobre las pérdidas de orina (...). Falta de educación sanitaria fuerte. Si tuviéramos más información, iríamos al médico. Hay mucho analfabetismo en temas de salud.*

También declaran que cuando acuden al ginecólogo no le consultan su problema con la orina por vergüenza, por no considerarlo un problema o por pereza. (E18-52a) *No he pensado decirle al médico porque no lo he considerado un problema realmente. (E29-68a) Por pereza y por vergüenza también.*

Otras argumentan que la causa de no consultarlo es porque el facultativo no se lo pregunta. (E21-62a) *No se lo he explicado porque como no te preguntan. (E34-72a) A mí no me lo ha preguntado nadie [profesional].*

Alguna, aunque refiere haberlo hablado con el médico, expresa no hacer nada

por percibir que no le ayudará o porque no le gustan lo que les indica. (E29-68a) *Depende de lo que te digan (...). En el fondo no te dirá nada (...), y pienso: "¿Para esto he venido?"*

Las mujeres mayores verbalizan que han tomado la decisión de no ir a consultar a los médicos sus problemas de orina (ni otros problemas de salud) puesto que por su edad u otras circunstancias ginecológicas se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por estos. (E26-72a) *A cierta edad parece que ya no te hacen caso [los médicos]. No nos escuchan. (E31-77a) Yo tengo 77 años, y a partir de esta edad ya no te miran [los médicos] ni los pechos ni abajo. Te sientes abandonada. (E23-62a) Ahora, una vez has pasado la menopausia, ya no te hacen demasiado caso.*

AUTOCUIDADO

Todas las mujeres del estudio declaran que no se cuidan lo suficiente. No lo hacen porque priorizan el cuidado de la familia, del hogar y el trabajo. Señalan que no les queda tiempo para ellas. (E1-45a) *Como cuidadoras de la familia, del marido, los hijos (...), y cuidadoras nuestras poco, poco, sí (...). El tiempo para los demás, pero para nosotras, no. (E23-62a) Hemos de cuidar a todos y nosotras no nos cuidamos. (E24-46a) Nunca pienso en mí. Por delante está la familia, la casa, el trabajo (...). No tienes ningún momento para una misma.*

REALIZACIÓN EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

Incluso conociendo los ejercicios del suelo pélvico como medida para mejorar sus pérdidas de orina, revelan no realizarlos en casa por falta de tiempo y el exceso de cargas (priorizan otras actividades como el cuidado familiar o las responsabilidades laborales). (E6-40a) *Lo que pasa es que no tengo tiempo de hacerlos [los ejercicios]. Lo dejas porque hay otras prioridades (los niños, el trabajo...).* (E30-61a) *Estás por otras*

Todas las mujeres del estudio declaran que no se cuidan lo suficiente. No lo hacen porque priorizan el cuidado de la familia, del hogar y el trabajo

cosas, la familia, (...) los nietos y no por los ejercicios. Estás cansada y lo vas dejando.

También indican que no los efectúan por pereza, falta de voluntad o falta de constancia. (E1-45a) *Soy una persona muy perezosa para estas cosas. Es un tema de voluntad. (E17-44a) Empiezas con más o menos voluntad y luego lo vas dejando. (E21-62a) Hubo una temporada que sí que los hacía, y luego ya me cansé y ya lo dejé.*

Las mujeres que en un momento accedieron a centros privados de rehabilitación del suelo pélvico apuntan que el coste económico fue el principal motivo de dejar de acudir (son mujeres que pertenecen a las clases sociales más elevadas, la I, la II y la III a)¹⁰. (E19-46a) *Esto no estaba cubierto por la mutua, y además cada sesión era bastante cara.*

De sus relatos también se desprende que otro impedimento a la búsqueda de ayuda a su IU, en este caso ayuda médica, es no tener los conocimientos o la formación adecuados sobre ella

DISCUSIÓN

Los primeros resultados ponen de manifiesto que su percepción de tener muy asumidas las pérdidas de orina, y de relativizar su importancia, es un obstáculo frente a la toma de conciencia de la

necesidad de emprender alguna acción encaminada a la resolución de sus problemas con la orina (buscar soluciones, buscar ayuda para resolverlos). Ya en los resultados de sus experiencias con la IU, y coincidiendo con los estudios de Häggglund y Wadensten (14), de Häggglund y Ahlström (15) y de Higa y Baena de Moraes Lopes (16), se había detectado esta conducta de normalizar y restar importancia a sus pérdidas de orina, y reconocerlas (tenían una percepción baja de su problema de salud). Pero, a su vez, al igual que la presente investigación, estos estudios referenciados también demostraban que esta conducta hace que no se busque ayuda, que no emprendan ninguna acción encaminada a resolver la situación. Se puede determinar, pues, que la baja percepción de su IU es una barrera que les impide iniciar un comportamiento apropiado para fomentar su salud, como es el caso de la conducta de búsqueda de ayuda para resolverla, les resta compromiso para esta acción.

De sus relatos también se desprende que otro impedimento a la búsqueda de ayuda a su IU, en este caso ayuda médica, es no tener los conocimientos o la formación adecuados sobre ella. Falcón y Basagoiti exponían en su libro que la alfabetización en salud¹¹ tiene consecuencias clínicas en el estado de salud de las personas, y que es necesaria para que estas tomen un papel más activo y responsable en las decisiones relacionadas con su autocuidado (17). La encuesta sobre alfabetización en salud del proyecto HLS-EU (*European Health Literacy Survey*), del Programa Europeo de Salud Pública del año 2012, documentó datos de diversos países europeos. Se evidenció que en España el 50,8% de la población presenta un índice de alfabetización en salud problemático (18). Ello nos hace pensar que entre las mujeres del estudio la alfabetización en salud respecto de la IU es baja y que esta actúa de barrera frente a la toma de decisión de buscar ayuda médica.

En los estudios de Bradway y Barg, y de Komorowski y Chen se destacaba que la fragilidad y la timidez de algunas

¹⁰ Según la *Clasificación de la clase social* propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (32).

¹¹ El concepto de alfabetización en salud se basa en la alfabetización general y engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de esta (33).

mujeres, asociadas al desconocimiento y al hecho de no poder comprender la incontinencia como una enfermedad, eran causas de no consultar al médico (23, 24). En la presente investigación los resultados reflejan que cuando las mujeres participantes acuden al médico (en su caso, a la visita al ginecólogo), la timidez y no percibir su IU como un problema de salud (como enfermedad) también son motivos que les impiden consultarlo, pero aparece además entre ellas la pereza como un nuevo obstáculo.

También se pone de manifiesto en sus relatos que el poco interés de los propios médicos por la IU (ni las interrogan al respecto cuando las atienden por otros motivos) les da pie a justificar su no búsqueda de ayuda. En los estudios de Grealisch y de Horrochs Somerset, Stoddart y Peters ya se indicaba que los médicos, en la anamnesis, ni preguntan sobre los síntomas urinarios ni se esfuerzan en reconocer lo que cada persona siente sobre su IU, ya que obvian este problema (25, 2). En su estudio, Rebollo y Espuña también concluían que las causas de la prevalencia oculta de la IU estaban tanto en que la mujer no manifestaba su problema como en que el médico no siempre reconoce o contempla las pérdidas de orina como una patología tratable (1). Las mujeres del estudio también perciben como una barrera para buscar ayuda médica para resolver su IU, la actitud de algunos médicos que descuidan o desatienden los problemas vinculados a sus pérdidas de orina.

En el caso de las mujeres mayores se pone de manifiesto que determinadas experiencias sobre la actitud y/o la práctica de algunos médicos (se han sentido ignoradas, relegadas o abandonadas por ellos) han hecho que esta barrera para decidirse a iniciar la conducta de búsqueda de ayuda médica sea aún más ostensible. Ya existe bibliografía que sostiene este resultado, aunque en la presente investigación se ha revelado entre un colectivo muy específico de las mujeres participantes. Tanto los estudios de Grealisch (21) como los de Horrochs, Somerset, Stoddart y Peters (2) concluían también que las actitudes y las prácticas de algunos profesionales de la salud eran grandes obstáculos para que las mujeres buscaran ayuda para su IU. El de Rodríguez Pacios sostenía asimismo que entre

También se desprende de los relatos que, por falta de tiempo y por cansancio (asumen muchas de ellas una doble o triple jornada), relegan su autocuidado, aunque se pone claramente de manifiesto que es por decisión propia

las situaciones que perciben las mujeres respecto a la insatisfacción en la atención sanitaria recibida se encuentra la falta de escucha activa (22).

Por otro lado, los resultados revelan que algunas veces las mujeres del estudio no emprenden ninguna acción por falta de confianza en lo que les puede ofrecer el médico, hecho que se corresponde con la investigación de Ferri Morales, Melgar de Corral, Avedaño, Puchades y Torres, que señalaba que las mujeres de su estudio referían falta de soluciones eficientes a su IU (23).

También se desprende de los relatos que, por falta de tiempo y por cansancio (asumen muchas de ellas una doble o triple jornada), relegan su autocuidado, aunque se pone claramente de manifiesto que es por decisión propia. Hay bibliografía al respecto que corrobora esta postergación o moratoria de su cuidado por escasez de tiempo. Este es el caso del informe del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España del año 2008 sobre salud y género (24). Los estudios de Artazcoz de los años 2004 y 2007, que señalaban la repercusión negativa en la salud de los comportamientos saludables que requieren tener tiempo para uno mismo entre estas mujeres que asumen tantas cargas (29, 30), permiten además entender por qué las mujeres de nuestro estudio, a pesar de conocer los beneficios de los ejercicios del suelo pélvico para solucionar sus pérdidas de orina, no los realizan. La falta de tiempo y el cansancio son percibidos por ellas como una barrera para emprender esta conducta.

También se pone de manifiesto que la pereza, la falta de voluntad o falta de constancia son una barrera. Hay estudios

que describen estos elementos como causas o factores que impiden o llevan al abandono de cualquier práctica o actividad física, como es el caso de la encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles realizada por García Ferrando (27) en el año 2005 (mostraba la falta de tiempo y el cansancio como principales barreras para realizar ejercicio, pero también resaltaba la pereza), y el estudio de Castañeda, Campos y Garrido (28) del año 2011 sobre las dificultades y posibles causas de abandono de la práctica deportiva en personas mayores activas (entre los factores más relevantes para abandonar el ejercicio físico también se incluía la falta de voluntad y la pereza).

En la revisión sistemática realizada por Hirmas, Poffald, Jasmen, Aguilera, Delgado y Vega se observó que una de las principales barreras de acceso a la atención de salud es el coste de las consultas médicas y exámenes (29). Asimismo, el informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS del año 2008, al referirse al acceso y la utilización de los servicios de atención de salud, ratificaba que son esenciales para gozar de buena salud y alcanzar la equidad sanitaria, y que son un bien común y no un producto comercial. Avalaba la cobertura universal que proclama que todos los habitantes de un país pueden acceder a la misma oferta de servicios con independencia de su nivel de ingresos, posición social o residencia, y pueden beneficiarse de las mismas prestaciones, reduciéndose al mínimo el pago directo de los servicios de salud (30). Los resultados de esta investigación también muestran esta barrera del coste económico para acceder a los servicios de atención a la salud, en este caso a los centros privados de rehabilitación del suelo pélvico.

CONCLUSIÓN

Las mujeres con IU perciben muchas barreras en relación a emprender una conducta encaminada a la resolución de su problema con la orina, sobre todo frente al comportamiento de búsqueda de ayuda a los profesionales de la salud. Entre ellas destaca la falta de conciencia de la IU como enfermedad, la baja alfabetización en salud respecto a la misma, la vergüenza e incluso la pereza. Otro

Es necesario instaurar directrices en la atención primaria de salud dirigidas a los médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y comadronas, para incluir en la anamnesis de la mujer la valoración de las pérdidas de orina

obstáculo para buscar su ayuda es la propia actitud de algunos médicos de obviar este problema (a menudo no las interrogan sobre ello o no les prestan la adecuada atención). Otra barrera para emprender alguna acción resolutoria es también la falta de confianza en las propuestas que estos les hacen.

Las barreras frente a la conducta de efectuar ejercicios de rehabilitación del suelo pélvico son principalmente la falta de tiempo y el cansancio (asumen la doble o triple jornada), la pereza, la falta de voluntad y la falta de constancia en la realización de los mismos. El coste económico de los centros de rehabilitación privados, que les aportan seguimiento y supervisión, limita también el acceso a estos servicios y es una barrera para perseverar en esta conducta de resolución de su IU.

Es necesario instaurar directrices en la atención primaria de salud dirigidas a los médicos de familia, ginecólogos, enfermeras y comadronas, para incluir en la anamnesis de la mujer la valoración de las pérdidas de orina. Se debe, además, potenciar el rol de la enfermera de atención primaria de salud en la prevención y detección de la IU, en el proceso de alfabetización en salud de las mujeres que la padecen y en el control y seguimiento de los diferentes tratamientos. También sería conveniente crear grupos terapéuticos de soporte y apoyo a mujeres con IU para empoderarlas y motivarlas a emprender conductas promotoras de salud, así como Unidades del Suelo Pélvico en el servicio público de salud, donde poder derivar a las mujeres con IU para realizar las pruebas diagnósticas y los tratamientos pertinentes desde un abordaje multidisciplinar (urólogos,

ginecólogos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos/sexólogos). ▼

REFERENCIAS

1. Rebollo P, Espuña M. Situación actual del diagnóstico y tratamiento de la incontinencia de orina en España. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2003; 56(7): 755-74. Disponible en: <http://www.arch-espanoles-de-urologia.es/apartados/sumarios/pup.php?ano=2003&id=56-07-3>
2. Horrochs S, Somerset M, Stoddart H, Peters T. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence? A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. *Fam Pr*. 2004; 21(6): 689-96.
3. Salinas J, Díaz A, Brenes F, Cancelo M, Cuenllas A, Verdejo C, et al. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. *UROD A* [Internet]. 2010; 23 (1): 52-66. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en Espa%C3%B1a.pdf>
4. Lopes M, Higa R. Restrições causadas pela incontinência urinária à vida da mulher. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40 (1): 34-41.
5. Miralles R. Incontinencia urinaria: múltiples causas, tratamientos diferentes y profesionales distintos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011; 46 (1): 5-6.
6. Espuña M, Puig M. Síntomas del tracto urinario inferior en la mujer y afectación de la calidad de vida. Resultados de la aplicación del King's Health Questionnaire. *Actas Urol Esp*. 2006; 30 (7): 684-91.
7. Martínez B, Salinas A, Giménez J, Donate M, Pastor H, Virseda J. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp*. 2008; 32 (2): 202-10.
8. World Health Organization. Women and Health: Today's evidence, tomorrow's agenda. Geneva World Health Organ [Internet]. 2009; Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563857_eng.pdf
9. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th editio. New Jersey (USA): Pearson; 2011.
10. Kornblit A. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos. Biblos, editor. Buenos Aires; 2007.
11. Penalva C, Mateo M. Tècniques qualitatives d'investigació [Internet]. Universitat Alacant; 2006. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num7_7_Tecnicas_qualitatives.pdf
12. Espuña M, Rebollo P, Puig M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin*. 2004; 122 (8): 288-92.
13. 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.
14. Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behaviour for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci*. 2007; 21 (3): 305-12.
15. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *J Clin Nurs*. 2007; 16 (10): 1946-54.
16. Higa R, Baena de Moraes Lopes M. The impact of urinary incontinence on female nursing personnel. *Rev Bras Enferm*. 2007; 60 (2): 213-6.
17. Falcón M, Basagoiti I. El paciente y la alfabetización en salud. Alfabetización en salud de la información a la acción [Internet]. Valencia: Itaca/TSB; 2012. p. 65-9. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Alfabetizacion_en_salud.pdf
18. Falcón M, Luna A. Alfabetización en salud: concepto y dimensiones. Proyecto Europeo de Alfabetización en Salud. *Rev Comun y Salud* [Internet]. 2012; 2 (2): 91-8. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/35-159-1-PB.pdf>
19. Bradway C, Barg F. Developing a cultural model for longterm female urinary incontinence. *Soc Sci Med*. 2006; 63 (12): 3150-61.
20. Komorowski L, Chen B. Female urinary incontinence in China: experiences and perspectives. *Heal Care*

- Women Int. 2006; 27 (2): 169-81.
21. Grealish M. General practitioners and women with urinary incontinence. *Br J Gen Pr.* 1998; 48 (427): 975-8.
 22. Rodríguez A. Desigualdades de género: En la salud y en la enfermedad. *Rev del Semin Interdiscip Estud Mujeres.* Universidad León. 2010; 5: 1-18.
 23. Ferri A, Melgar de Corral G, Avendaño J, Puchades M, Torres A. Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Iberoam Fisioter Kinesol.* 2003; 6 (2): 74-80.
 24. López L, Mazarrasa L, Miqueo C, Rohlf I, Valls C, Yordi I. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST456Z193614&id=93614>
 25. Artazcoz L. Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social i treball [tesis]. Universitat Pompeu Fabra; 2004.
 26. Artazcoz L. La salut des de la sensibilitat de gènere. *Quaderns de l'Institut 2* [Internet]. 2ª edició. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Institut Català de les Dones; 2007. Disponible en: <http://www.observatori.apfcib.org/docs/3/salutsensibilitatgènereICD.pdf>
 27. García M. Posmodernidad y deporte: entre la individualización y la masificación. Encuesta sobre hábitos deportivos de los españoles. 2005. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2006.
 28. Castañeda C, Campos M, Garrido M. Personas mayores activas: dificultades hacia la práctica deportiva y posibles causas de abandono. *Trances* [Internet]. 2011; 4 (3): 511-26. Disponible en: http://www.trances.es/papers/TCS03_4_3.pdf
 29. Hirmas M, Poffald L, Jasmen A, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013; 33 (3): 223-9. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/09—Arti-Hirmas—223-229.pdf>
 30. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra; 2008. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf
 31. 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.
 32. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. SG Editore. Barcelona; 1995.
 33. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Heal* [Internet]. 2012; 12: 80: doi: 10.1186/1471-2458-12-80. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-12-80.pdf>