



# Educación sanitaria en ejercicios de Kegel para mejorar la incontinencia urinaria en mujeres

*Health education in Kegel exercises to improve urinary incontinence in women*

**Autores:** Ana Lafuente Martínez\* (1); Arantza Ahedo Vaquero (1); Nuria Salvador Pérez (2); Ana Mesanza Pablos (1); Luis Sánchez Pérez (1).

\* **Dirección de contacto:** [analafuente\\_13@hotmail.com](mailto:analafuente_13@hotmail.com)

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Olaguibel. Vitoria-Gasteiz.

## Resumen

La incontinencia urinaria se define como “la condición fisiopatológica, relacionada con la pérdida involuntaria de orina desde vejiga”. Se estima en 200 millones los adultos que padecen incontinencia urinaria, siendo de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres. Se considera un problema de salud pública dada su repercusión en la calidad de vida, su prevalencia, su afectación psico-social y su impacto económico. En la prevención y tratamiento de esta afección destacan los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico. El objetivo es evaluar la efectividad de los talleres de educación para la salud grupal en mujeres, evaluando también la adherencia a los ejercicios de suelo pélvico y la satisfacción con la formación recibida. Se realizó un estudio de intervención antes-después realizado entre noviembre de 2021 a junio de 2022. La muestra de participantes con la que trabajamos fue de 87 mujeres. La mayor parte de las participantes obtuvieron mejora en la incontinencia urinaria y el total de las participantes pudo reconocer su musculatura tras el taller. Se obtuvo una mayor adherencia a los ejercicios en las mujeres en las que había habido mejora de la incontinencia urinaria. La educación para la salud grupal proporcionada por profesionales de Enfermería ha demostrado ser eficaz para aumentar el conocimiento de las participantes sobre incontinencia urinaria y suelo pélvico, además de lograr una mayor adherencia a los ejercicios de Kegel.

## Palabras clave

Atención Primaria de Salud; Educación en Salud; Incontinencia urinaria; Mujeres; Diafragma Pélvico.

## Abstract

Urinary incontinence is defined as “the pathophysiological condition related to the involuntary loss of urine from the bladder”. It is estimated that 200 million adults suffer from urinary incontinence, being two to four times more common in women than in men. It is considered a public health problem due to its impact on quality of life, its prevalence, its psychosocial affectation and its economic impact. In the prevention and treatment of this condition, pelvic floor strengthening exercises stand out. The objective is to evaluate the effectiveness of health education workshops in women, also assessing adherence to pelvic floor exercises and satisfaction with the training received. A before-after intervention study conducted from November 2021 to June 2022. The sample of participants we worked with was 86 women. Most of the participants obtained improvement in urinary incontinence and the total number of participants were able to recognize their musculature after the workshop. A greater adherence to the exercises obtained in the women in whom there had been improvement in urinary incontinence. Group health education provided by nursing professionals showed to be effective in increasing participants' knowledge of urinary incontinence and pelvic floor, as well as achieving greater adherence to Kegel exercises.

## Keywords

Primary Health Care; Health Education; Urinary Incontinence; Women, Pelvic Floor.



## INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) se define como “la condición fisiopatológica, relacionada con la pérdida involuntaria de orina desde vejiga” (1) que afecta principalmente al sexo femenino y es considerado un problema de salud pública a nivel mundial por su repercusión en la calidad de vida, por su frecuencia y por su afectación psico-social (2,3).

Se estima en 200 millones los adultos que padecen IU, siendo de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres (4). En España, se calcula una prevalencia global de la IU en la mujer del 24%, aumentando el porcentaje en las de mediana edad y pudiendo llegar a alcanzar el 50% en las de edad geriátrica (5).

Hay diversos factores de riesgo que contribuyen a la aparición de la IU en personas adultas; embarazos, tipos de parto, déficit estrogénico, menopausia, actividad física de impacto, obesidad, uso de fármacos, estreñimiento, tabaquismo, diabetes, raza y deterioro cognitivo. (1,5-7).

La IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social, mayor aislamiento), como en el físico (limitaciones de la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual y evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión y sentimientos de culpabilidad), laboral (absentismo) y doméstico (precauciones especiales con la ropa y protección de la cama) (4).

La IU se convierte en una patología de baja notificación, subdiagnosticada y en la que las mujeres que la padecen, habitualmente se enfrentan silenciosamente a sus efectos. Solo 1 de cada 10 mujeres que la padece, busca atención médica (2,4).

También resulta necesario destacar el impacto económico que supone la IU (8). En el informe anual del año 2018, sobre la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud (9), se pone de manifiesto que los absorbentes para la IU, son los productos sanitarios de mayor consumo en envases (8,1 millones) y en importe (313,6 millones de euros), suponiendo el 42% y 58,3% respectivamente del total de los productos sanitarios.

En cuanto a la prevención y tratamiento estrella para la incontinencia de esfuerzo y mixta (N39.46), destacan los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico (SP) por la ventaja de ser un proceso conservador de bajo coste, alta efectividad y poca interferencia con otros tratamientos (1). Los datos disponibles más recientes indican que la rehabilitación con ejercicios de fortalecimiento de SP reduce los episodios de IU en 54-72% y las tasas de curación/mejoría en ensayos aleatorizados varían entre 61 y 91% (6).

En este contexto, cabe destacar el papel del personal de Enfermería de Atención primaria en el ámbito de la educación para la salud y la alfabetización en salud (10) de la población, para la promoción de la salud y la prevención. Es por ello, que en el Centro de Salud de Olaguibel, se imparten desde hace años talleres de educación para salud grupal sobre la IU y su prevención. Además, consideramos esencial realizar un seguimiento para evaluar la adherencia a los ejercicios explicados en dichos talleres.

Durante la búsqueda bibliográfica, encontramos numerosos resultados en los que se evidenciaba la efectividad del fortalecimiento del SP para la prevención y tratamiento de la IU, sin embargo, en la búsqueda de artículos similares a nuestra línea de investigación, no hemos encontrado estudios en los que se evalúe la efectividad de la educación para la salud sobre IU y fortalecimiento del SP.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es evaluar la efectividad de dichos talleres en mujeres, evaluando también la adherencia a los ejercicios de SP y la satisfacción con la formación recibida.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de intervención antes-después realizado entre noviembre de 2021 a junio de 2022. La población a estudio fueron mujeres que presentaban IU de cualquier tipo (CIE-10 N39.3), que deseaban recibir esta formación y participar en el estudio independientemente del centro de salud al que pertenecían, y que cumplieran los criterios de inclusión: edad comprendida entre los 20 y los 85 años y no embarazadas e IU (medida como puntuación mayor a 0 en el cuestionario ICIQ-SF (*Incontinence Questionnaire-Short Form*)).

Para estimar el tamaño muestral a incluir en el estudio (112 mujeres) se consideró una puntuación basal media de 11,6 en el cuestionario ICIQ-SF (11), una puntuación final de 8,70 (corresponde a una reducción del 25%), una desviación típica común de 5,90, y un límite de superioridad de 1,5 puntos. Si fijó un nivel de significación del 95%.

El reclutamiento se llevó a cabo de dos maneras, tanto de manera presencial desde las consultas de Medicina o de Enfermería de Atención Primaria, como de manera telemática siendo las mujeres interesadas en la formación las que solicitaban cita por teléfono para ser incluidas en la lista de espera del taller. Además, con el fin de aumentar el reclutamiento, se difundió la información sobre el estudio por medios de comunicación internos para los profesionales de Osakidetza. El total de las mujeres participantes fue de 87.

Las mujeres incluidas en el estudio recibieron un taller de formación teórico-práctico en el que, en primer lugar, se explicaban los contenidos teóricos sobre definición de IU, sistema de control de la orina, musculatura del SP, complicaciones de la debilidad del SP: incontinencia, prolapso y disfunción sexual; tipos de IU según la clínica: esfuerzo, urgencia y mixta; factores de riesgo que debilitan la musculatura del SP, prevención y medidas para mejorar la sintomatología asociada a IU.

En la parte práctica, se llevaban a cabo ejercicios para diferenciar la musculatura abdominal de la pélvica y ejercicios de Kegel practicándolos en distintas posiciones. Por último se explicaban complementos a los ejercicios de Kegel: bolas chinas, conos vaginales, aplicaciones móviles para seguimiento y adherencia de los mismos.

A los tres meses de ser impartido el taller, las participantes fueron contactadas telefónicamente para comprobar si se había producido alguna mejora en la IU.

La variable principal evaluada fue la puntuación del cuestionario ICIQ-SF (*Incontinence Questionnaire-Short Form*)

(7,11,12), cuestionario auto administrado que identifica a las personas con IU y el impacto en la calidad de vida, consta de 4 ítems con diferentes opciones de respuesta. Se consideró mejoría de la incontinencia si se obtenía una reducción de la puntuación en más del 25%. Este cuestionario se pasó a nivel basal y a los tres meses. Las variables secundarias recogidas fueron las siguientes: satisfacción a través cuestionario de satisfacción diseñado ad hoc, que fue administrado tras finalizar el taller de formación, adherencia a los ejercicios (13,14) mediante un cuestionario utilizado en otros estudios en el que se midió el tiempo dedicado a la práctica de los ejercicios, el número de contracciones diarias realizadas y la calificación auto percibida de adherencia a los ejercicios. Este cuestionario se pasó a los tres meses.

Se recogieron otras variables predictoras o de ajuste como edad, tipo de trabajo, raza, estreñimiento, menopausia (sí/no), cirugía pélvica anterior (sí/no), embarazo, parto (sí/no), tipo de parto (gemelar/no gemelar), realización de deporte de impacto (sí/no), hábitos cotidianos (retiene la orina, toser, reírse, coger un peso), IMC (peso/altura<sup>2</sup>), fumadora (sí/no) y tratamientos farmacológicos.

### Análisis estadístico

Se realizó una descripción de las características generales de la muestra. Las variables cualitativas se expresaron con la frecuencia y el intervalo de confianza, y las cuantitativas con la media y la desviación estándar o con la mediana

y el rango intercuartil, en función de la normalidad o no normalidad de las variables.

Para responder al objetivo principal se calculó el porcentaje de mujeres con una disminución en al menos un 25% con respecto a la puntuación basal. Para evaluar la satisfacción se calculó el porcentaje de mujeres que respondieron favorablemente a cada uno de los ítems del cuestionario. Se realizó también un análisis multivariante para identificar posibles variables predictoras de éxito, construyendo para ello un modelo regresión logística incluyendo en él todas las variables potencialmente predictoras, es decir, aquéllas con una relación cuasi-significativa con la variable dependiente, en un análisis bivariante previo ( $p < 0,20$ ). La adherencia a los ejercicios de fortalecimiento se expresó con la media y la desviación estándar o con la mediana y el rango intercuartil en función de la distribución de la variable.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 23.0. Se fijó el límite de confianza el 95%.

### RESULTADOS

Se incluyeron inicialmente en el estudio 112 pacientes, de las cuales, finalmente hubo que excluir a 25 ya que no cumplían criterios de elegibilidad (puntuación del cuestionario ICIQ-S = 0, por lo que no tenían IU). La edad media de la muestra (87 pacientes) fue 55,29 (13,74) años, en situación menopáusica el 62% (n=51) (ver tabla 1) y con una mediana en la puntuación ICIQ-SF basal de 8 [rango intercuartil-RIQ 5-12,5].

Variables	N = 87
<b>EDAD</b>	
Mean (SD)	55.29 (13.74)
Median [25%; 75%]	56.00 [46.00; 65.50]
<b>EMBARAZO n (%)</b>	
No	15 (17%)
Si	71 (83%)
Perdidos	1
<b>CESÁREA, n (%)</b>	
No	75 (86%)
Si	12 (14%)
<b>MENOPAUSIA, n (%)</b>	
NO	31 (38%)
SI	51 (62%)
Perdidos	5
<b>ESTREÑIMIENTO n (%)</b>	
No	66 (79%)
Si	18 (21%)
Perdidos	3
<b>Cirugía pélvica, n (%)</b>	
No	76 (88%)
Sí	10 (12%)
Perdidos	1

Variables	N = 87
<b>TIPO DE PARTO n (%)</b>	
GEMELAR	0 (0%)
NO GEMELAR	67 (100%)
Perdidos	20
<b>REALIZA DEPORTE DE IMPACTO n (%)</b>	
NO	54 (68%)
SI	25 (32%)
Perdidos	8
<b>TOSE HABITUALMENTE n (%)</b>	
NO	38 (46%)
SI	44 (54%)
Perdidos	5
<b>COGE PESO HABITUALMENTE, n (%)</b>	
NO	48 (59%)
SI	33 (41%)
Perdidos	6
<b>SE RÍE A MENUDO n (%)</b>	
NO	37 (45%)
SI	45 (55%)
Perdidos	5

Variables	N = 87
<b>RETIENE LA ORINA n (%)</b>	
NO	30 (36%)
SI	53 (64%)
Perdidos	4
<b>FUMADOR n (%)</b>	
NO	79 (92%)
SI	7 (8.1%)
Perdidos	1
<b>PESO</b>	
Median [25%; 75%]	64.00 [55.75; 73.00]
Perdidos	3
<b>ALTURA</b>	
Median [25%; 75%]	161.00 [158.00; 165.00]
Perdidos	3
<b>IMC</b>	
Median [25%; 75%]	24.56 [21.87; 27.27]
Perdidos	3

**Tabla 1.** Descripción general de la muestra.

Como criterio de valoración principal se consideró la mejora de al menos el 25% en la puntuación del cuestionario ICI-SF a los tres meses de la intervención, alcanzándose dicha mejora en el 94% de las mujeres (n=79). De las participantes finalmente incluidas (87), únicamente fueron evaluadas para mejora de la puntuación en el cuestionario ICIQ-SF 84, ya que de tres pacientes no se disponía la puntuación a los tres meses. Se compararon las características basales entre las pacientes que mejoraron (n=79) y no mejoraron (n=5), observándose que aquéllas que mejoraron tenían una puntuación basal en el cuestionario ICIQ-SF más alta que las que no mejoraron; mediana 8.00 [RIQ 5.00 – 14.00] frente a 4.00 [RIQ 3.00 – 6.00]; p=0,026.

Variables	No Mejora, N = 5	Mejora, N = 79	p-value <sup>1</sup>
<b>Puntuación ICIQ-SF basal</b>			0.026
Median (IQR)	4.00 (3.00 - 6.00)	8.00 (5.00 - 14.00)	
<b>Puntuación ICIQ-SF a los 3 meses</b>			0.615
Median (IQR)	8.00 (7.00 - 8.00)	6.00 (4.00 - 10.00)	
<b>Diferencia en la puntuación basal - 3 meses</b>			<0.001
Median (IQR)	2.00 (1.00 - 4.00)	-2.00 (-4.00 - 0.00)	
<b>Puntuación en el cuestionario de adherencia a los 3 meses</b>			0.620
Median (IQR)	9.00 (8.00 - 12.00)	11.00 (8.00 - 13.00)	
Perdidos	0	2	

**Tabla 2.** Puntuación en ICIQ-SF y en cuestionario de adherencia.

En cuanto a la variable “cuestionario de satisfacción” se observó que antes de realizar el taller, el 36% de las asistentes no conocía la musculatura de su SP, sin embargo, al finalizar el taller, el 99% de las mujeres había podido reconocer su musculatura. La mayoría de las participantes (80%) no considera complicado incorporar los ejercicios de Kegel que se enseñan en el taller a su rutina diaria. El total de las participantes considera que la metodología y los recursos para impartir al taller son adecuados y el total de las asistentes recomienda el taller.

En relación a la variable “cuestionario de adherencia” realizado a los tres meses del taller, la mediana de puntuación fue de 11 [RIQ 8-13]. En el análisis segregado con la variable mejora/no mejora se observó que la puntuación en el cuestionario de adherencia era mayor en el grupo de mujeres en las que la IU mejoraba frente a las mujeres que no mejoraron con una mediana de puntuación de 11.00 [RIQ 8.00 – 13.00] frente a 9.00 [RIQ 8.00 – 12.00], aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0,620).

## DISCUSIÓN

Siguiendo la tónica de las evidencias ya conocidas sobre el fortalecimiento del SP para el tratamiento y mejora de la IU, los datos de este estudio han demostrado que aquellas mujeres que realizan ejercicios de Kegel mejoran su IU, siendo mayor esta mejoría cuanto mayor es la adherencia a estos ejercicios de fortalecimiento. De la misma manera, se observó que esta adherencia era mayor en las mujeres que ya presentaban IU, probablemente se deba a que están viviendo el problema y sus consecuencias. En este sentido, cabe destacar que en el presente estudio no se demuestra únicamente la evidencia ya firmemente establecida y conocida del fortalecimiento del SP a través de Kegel, sino que se demuestra que la educación para salud realizada a través de talleres grupales impartidos por Enfermeras de Atención Primaria, son eficaces tanto para proporcionar conocimientos y habilidades, como conciencia sobre el tema tratado, además de asegurar el feedback en el que se corrobora que las participantes reconocen la musculatura y realizan correctamente los ejercicios enseñados.

La principal limitación del estudio es el diseño, al tratarse de un estudio cuasi-experimental, antes-después y que no es un ensayo clínico que es el tipo de diseño más apropiado para evaluar la eficacia de diferentes intervenciones. Otra de las limitaciones del estudio es la muestra, la cual puede resultar poco voluminosa, pero los resultados obtenidos reflejan en la población estudiada el gran problema que supone la IU, así como la efectividad de los talleres de educación para la salud en esta materia.

Los datos obtenidos en el presente estudio nos muestran cómo la IU predomina entre las mujeres con factores de riesgo: edad; factores que debilitan el SP (estreñimiento crónico, tos crónica, determinadas cirugías abdomino-pélvicas, la práctica de deportes de impacto o salto, así como actividades de la vida cotidiana como llevar prendas ajustadas o aguantar las ganas de orinar); obesidad, embarazo, tipo de parto y menopausia. Es indudable, que, sobre los factores no modificables, no podemos trabajar, pero, sin embargo, tenemos un campo muy amplio para realizar educación, prevención y promoción sobre aquellos factores de riesgo que sí sean modificables.

Dentro de la línea estratégica para el abordaje de la IU, destacar que se debe incidir en que la promoción y la prevención son más importantes que el tratamiento, por lo que resultaría de gran interés fomentar este tipo de intervenciones orientadas a la prevención, para poder llegar a las mujeres en edades tempranas, y así concienciar de la importancia de este problema y que creen adherencia a estos ejercicios antes de que aparezcan las primeras señales de IU.

Durante el análisis se observó que un tercio de las mujeres participantes no conocía ni reconocía la musculatura del SP, sin embargo, casi la totalidad de ellas (99%) afirma reconocerla tras finalizar el taller. Este hecho pone en valor la educación para la salud y la alfabetización en salud de la población, tareas esenciales de la Atención Familiar y Comunitaria.

Sería interesante seguir investigando en este tema y plantear estudios controlados, así como realizar un análisis en una muestra mayor y valorar de qué manera influye la educación en prevención para evitar desarrollar IU en un futuro. Al igual, resultaría muy interesante impulsar iniciativas para intentar llegar a la población joven y poder educar desde edades tempranas.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos en el presente estudio nos muestran que los ejercicios de Kegel son eficaces para mejorar la IU en mujeres.

- El embarazo, la menopausia y la edad avanzada son factores predisponentes para la IU.
- La educación para la salud grupal en este ámbito ha demostrado ser eficaz para aumentar el conocimiento de las participantes y lograr una mayor adherencia a los ejercicios de Kegel.
- La satisfacción de las pacientes fue alta con la metodología empleada a la hora de impartir el taller por las profesionales sanitarias responsables.

## AGRADECIMIENTOS

Expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que participaron en este estudio. Agradecemos también la colaboración de Raquel Cobos Campos y Julene Argaluz Escudero.

## DATOS AUTORES

- (1) Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Olaguibel. Vitoria-Gasteiz;  
(2) Enfermera Atención Primaria, Centro de Salud Aranzaketa. Vitoria-Gasteiz (País Vasco, España).

Recibido: 01/06/2023. Aceptado: 02/11/2023.

Versión definitiva: 06/11/2023

## BIBLIOGRAFÍA

- Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev. Med. Clin. Condes. Chile* 2018; 29(2): 232-241.
- Silva Muñoz MA, Gallardo Hormazabal M, López Vera C, Santander Nuñez C, Torres Rojas J, Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2018; 44:2-4.
- González Sánchez B, Rodríguez-Mansilla J, de Toro García A, González López-Arza M.V. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. *An. Sist. Sanit. Navar* 2014; 37(3):382-385.
- Robles JE. La incontinencia urinaria. *An. Sist. Sanit. Navar* 2006; 29(2): 219-223.
- Martin Tuda C, Carnero Fernandez M.P. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid. *Enfermería Global* 2020;57:391-393.
- Pena Outeiriño J.M., Rodríguez Pérez A.J., Villodres Duarte A., Mármol Navarro S., Lozano Blasco J.M. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp* 2007; 31 (7).
- España Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(8):288-92. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8. PMID: 15030739.
- Olcoz Ruiz A. Máster en Salud Pública, trabajo de fin máster: 'Implantación de un programa de ejercicios de suelo pélvico como estrategia de prevención de la incontinencia urinaria' [Internet]. 1ª ed. Navarra; 2013 [citado el 16 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://academica-e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/7845/Master%20Salud%20Publica%20Alessandra%20Olcoz.PDF?sequence=1&isAllowed=y>
- Weber A. Epidemiología y consecuencias psicosociales de los trastornos del suelo pélvico. En Walters MD. *Uroginecología y cirugía reconstructiva de la pelvis*. 3rd ed. Barcelona: Masson; 2008.p. 43-64.
- Busquets Ferrer C, Muñoz Jiménez D. "La alfabetización en salud": una revisión sobre el concepto y sus utilidades. *Actas de coordinación sociosanitaria-Fundación Caser*. 2020 Jun 1; 26:75-91.
- España Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc)* 2004;122(8):288-92. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8. PMID: 15030739.
- Cite Sacomori C, Berghmans B, Mesters I, de Bie R, Cardoso FL. Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. *J Physiother* 2015 61(4):190-8. doi: 10.1016/j.jphys.2015.08.005. Epub 2015 Sep 11. PMID: 26365268.
- Chen S-Y, Tzeng Y-L. Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. *J Nurs Res* 2009;17:83-92.
- España Pons M, Rebollo Alvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria [Validation of the Spanish version of the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. A questionnaire for assessing the urinary incontinence]. *Med Clin (Barc)*. 2004 Mar 6;122(8):288-92. Spanish. doi: 10.1016/s0025-7753(04)74212-8. PMID: 15030739.

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario de satisfacción (ad hoc)

1. ¿Conocía la musculatura de su suelo pélvico antes del taller?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Ha podido reconocer la musculatura del mismo tras el taller?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Considera complicado incorporar estos ejercicios a su rutina diaria?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
4. ¿Cree que los contenidos y ejercicios del taller se explican y realizan adecuadamente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
5. Según su opinión, ¿el aula y los materiales son adecuados?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Sugerencia para mejorar el taller (texto libre): .....		
7. ¿Recomendarías este taller a otras personas?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

### Anexo 2. Cuestionario de adherencia

<i>A rellenar a los tres meses por el/la responsable de enfermería en la consulta telefónica.</i>
1. Tiempo dedicado a la práctica de la de los ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico, en una escala de cinco puntos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = ninguno;</li> <li>• 2 = &lt; 5 minutos;</li> <li>• 3 = de 5 a 10 minutos</li> <li>• 4 = 10 a 20 minutos;</li> <li>• 5 = &gt; 20 minutos.</li> </ul>
2. Número de contracciones diarias registradas en una escala de seis puntos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 = ninguna;</li> <li>• 2 = &lt; 30 repeticiones;</li> <li>• 3 = 30 a 60 repeticiones;</li> <li>• 4 = 60 a 90 repeticiones;</li> <li>• 5 = 90 a 120 repeticiones;</li> <li>• 6 = 120 a 200 repeticiones.</li> </ul>
3. Calificación auto percibida de adherencia a los ejercicios utilizando una escala visual analógica de 0 (no cumple en absoluto) a 10 (cumple completamente)
<p><b>0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10</b></p> 