

A. Ferri Morales
G. Melgar de Corral
J. Avendaño Coy
M.J. Puchades Belenguer
A.I. Torres Costoso

¹ Profesores asociados de la E. U. E. y Fisioterapia de Toledo.
² Fisioterapeuta. Hospital Nacional de Paraplégicos de Toledo.
³ Profesora titular de la E. U. E. y Fisioterapia de Toledo.

Correspondencia:
Asunción Ferri Morales
Campus Tecnológico
"Antigua Fábrica de Armas"
Avda. Carlos III, s/n
45071 Toledo
E-mail: Asuncion.Ferri@uclm.es

Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer

Qualitative study on the process of searching for health of urinary incontinence in the woman

Fecha de recepción: 17/6/03
Aceptado para su publicación: 24/9/03

RESUMEN

Objetivo. Conocer la valoración y estrategias de manejo de las mujeres adultas de la Provincia de Toledo sobre la Incontinencia Urinaria femenina (IU).

Diseño. Estudio cualitativo mediante GD, realizados durante 2000/2001.

Participantes. Mujeres de entre 20 y 70 años de edad, residentes en la provincia de Toledo, captadas mediante el método de "pasos de contactación sucesivos".

Método. El diseño muestral de los grupos contempló como criterios de homogeneidad: sexo y residencia en provincia de Toledo, y de heterogeneidad: edad, residencia urbana/rural, paridad, y actividad laboral. Los discursos fueron grabados y transcritos para su análisis. Estrategia de análisis: lectura panorámica, selección de "dichos" significativos y agrupación por categorías temáticas.

Resultados. La IU afecta a gran parte de la población femenina. Sus repercusiones conllevan cambios en hábitos de vida. La gravedad percibida no siempre es proporcional a la frecuencia o cantidad de pérdida de

ABSTRACT

Objective. General aim of this research was after knowing the opinion and appraisal about UI that adult women in Toledo's province have.

Methodology. Esearched population included women between 20 and 70 years old from Toledo's province. It was used qualitative methodology and the technique we chose was "discussion group". For sampling desing, gender and living in Toledo's province were chosen as homogeneity criterion and age, living in country or city environment, bearing or not and working were chosen as heterogeneity criterion. Two goups werw carried out and we got two recorders ready in order to drecord the speeches which lately were written down to be analyzed. The information we got as a result this analysis, was assembled in informative or thematic categories, starting from this categories we presented the results.

Results. UI is a topic considered "taboo" that shows a clear inequality between men and women, affecting especially to women. Although this problem increases with age, also affects young women. Generally it relates with obstetric

orina, dependiendo de la imposibilidad de manejo personal y de las molestias sociales que conlleva. No se consulta al sanitario por considerarlo natural en la mujer, por vergüenza y/o porque no les ofrecen soluciones satisfactorias. Refieren falta de atención sobre IU femenina.

Conclusiones. La prevalencia de IU femenina está infravalorada, por ser un tema *tabú* y por incorporarse culturalmente como un aspecto relacionado con la representación social de la mujer. Sería interesante incluir en la cartera de servicios del Sistema Sanitario Público el tratamiento conservador de la IU.

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria; Investigación cualitativa; Grupo discusión.

trauma. UII has repercussion on social interaction and on the perception of health condition that people who suffer it have. Gravity perceived is not always proportional to urine loss frequency or quantity, but to the impossibility the person or her family have to manage, or to the social annoyance UII means for this person. Generally, women don't consult the sanitary because they think UII uses to happen to women, especially if they have had children, because they're ashamed to do it; because they think the sanitary is not solving her problem or because surgical treatment is the only treatment sanitary sistem offers for serious cases of effort UII and maybe this one isn't her case or she doesn't like this treatment.

Conclusion. UII is a sanitary problem of great magnitude in femele population, which has great repercussions in lifés quality, in spite of which women don't look for a solution, because it's a "taboo" topic and because sanitary sistem doesn't offer satisfactory solutions.

KEY WORDS

Urinary incontinence; Qualitative research; Discussion group.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) es con frecuencia un síntoma multifactorial. No se trata, en sí, de una enfermedad, sino de una consecuencia de la alteración de la fase de llenado vesical que se presenta en diversas patologías¹. La Sociedad Internacional de Continencia la define como "una condición en que la pérdida involuntaria de orina constituye un problema social o de higiene, y puede ser objetivamente demostrado"². Numerosos estudios ponen en evidencia que, aunque puede afectar a todos los grupos de población, es más frecuente en la mujer, constituyendo un importante problema sanitario, social y económico que, aún sin revestir gravedad, afecta en gran manera la vida cotidiana de las personas que la padecen, limitando su libertad individual y disminuyendo su autoestima³. A pesar de todas estas consideraciones, es un problema al que se le suele prestar

poca atención en nuestro entorno. Los estudios realizados sobre IU revelan que la implantación de tratamientos conservadores en algunos tipos de incontinencias supone un importante factor de reducción de su prevalencia^{4,5}. Estos tratamientos se justifican tanto por la reducción de costes al disminuir el uso de medicamentos, paliativos e intervenciones quirúrgicas, como sobre todo, por la mejora que se consigue en la calidad de vida de los pacientes⁶.

Llama la atención que a pesar del gran número de mujeres afectadas por IU, muy pocas son las que "se deciden" a consultar el problema con un profesional sanitario. En el presente estudio nos proponemos investigar y recoger, entre otros aspectos, los motivos de esta falta de consulta.

El objetivo de este estudio es conocer la valoración y estrategias de manejo de las mujeres adultas de la provincia de Toledo sobre la incontinencia urinaria femenina.

Tabla 1. Perfil de los grupos de discusión

		Participante n.º									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad	30-45 años		X				X		X		X
	46-70 años	X		X	X	X		X		X	
Paridad	Sí	X	X		X	X	X			X	X
	No			X				X	X		
Hábitat	Rural	X	X	X	X	X					
	Urbano						X	X	X	X	X
Actividad	Ama de casa	X				X	X			X	X
	Otras		X	X	X			X	X		

MÉTODOS

Diseño

En base a los objetivos de estudio y sus características, hemos optado por una metodología de tipo cualitativo que nos permita conocer los discursos de las mujeres acerca de la IU. Como instrumento técnico se ha elegido el **grupo de discusión** (GD) por considerarlo uno de los mejores en la reproducción de los discursos sociales tópicos⁷.

Muestra y participantes

La población de estudio son las mujeres adultas (entre 20-70 años), residentes en la provincia de Toledo. Para el diseño muestral de los GD se han tenido en cuenta criterios de homogeneidad (ser mujer residente en la provincia de Toledo) y de heterogeneidad^{8,9} (edad, ámbito de residencia urbano o rural, paridad y actividad laboral fuera de su hogar), de tal modo que la información recogida del discurso del grupo pueda ser extrapolable a otros grupos de composición similar.

En la composición de los grupos se estimó necesaria la participación de 8 a 10 personas (tabla 1), excluyendo a profesionales sanitarios y a mujeres con cargos directivos

en instituciones relacionadas con la salud y/o el bienestar social de la mujer, por considerar que podían condicionar el discurso.

El proceso de captación de las participantes se realizó a través de redes informales de los investigadores, mediante el método de "pasos de contactación sucesivos"¹⁰ (fig. 1). Para asegurar la espontaneidad del discurso, las participantes conocieron el tema del que iban a hablar en el grupo en el mismo momento de la reunión. La información que les ofrecieron los captadores finales fue que se trataba de participar en un "estudio sobre problemas de Salud que afectan a la mujer".

Se programó en cada sesión la presencia de un *preceptor*, miembro del equipo investigador, con la función de facilitar el desarrollo de los discursos y hacer progresar la conversación hacia el objetivo propuesto, pero procurando intervenir lo menos posible. Para ello se elaboró un documento guía de discusión.

Se realizaron dos GD: uno en diciembre de 1999, en Toledo, y otro en enero de 2000 en Talavera de la Reina. La realización de un tercer grupo, previsto en la zona de los Montes de Toledo, se estimó innecesaria siguiendo el "criterio de saturación"^{9,11}. Cada sesión se registró magnetofónicamente y posteriormente se realizó la transcripción literal e íntegra de los discursos.

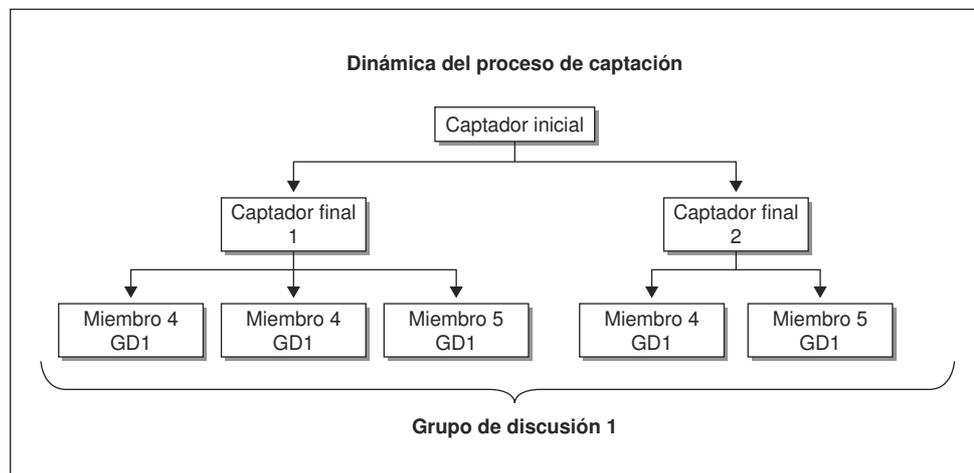


Fig. 1. Proceso de captación: "Pasos de contactación sucesivos".

Análisis

En una primera fase se realizó una aproximación al discurso mediante una lectura panorámica de toda la información transcrita; en segundo lugar se realizó una lectura más focalizada, seleccionando los "dichos" significativos para la investigación. Posteriormente se agruparon los fragmentos de los discursos en cuatro categorías informativas: Concepción sobre incontinencia urinaria y sus causas, población afectada y valoración del problema, proceso de búsqueda de la salud y, demanda de información, a partir de las cuales se procedió a diseñar la presentación de los resultados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Ver en tabla 2, principales resultados. En esta publicación presentamos los resultados relacionados con las estrategias de manejo y en general con el proceso de búsqueda de la salud de la población de estudio con respecto a la IU (tabla 3).

El proceso de búsqueda de la salud viene condicionado por la concepción que la población de estudio tiene sobre la IU, como una consecuencia natural del hecho de ser mujer entendiéndola como normal, especialmente cuando ya se han tenido hijos, y por tanto relacionándola con el traumatismo obstétrico (además de con la edad y los esfuerzos), lo que puede explicar ciertas

Tabla 2. Principales resultados del estudio

1. El proceso de búsqueda de la salud viene condicionado por la concepción de «normalidad» que la mayoría de las mujeres tienen de la IU sobre todo si se ha parido
2. La IU afecta la calidad de vida de la mujer llevando incluso a cambiar hábitos de vida, reducir el círculo de relación social o evitar realizar ciertas actividades
3. La percepción de gravedad que desencadena el proceso de búsqueda de la salud descansa en la molestia social que no siempre es proporcional a la magnitud o frecuencia de la pérdida de orina
4. Los motivos por los que las mujeres no consultan su problema de incontinencia al profesional sanitario son:
 - Por considerar que es normal en la mujer.
 - Por vergüenza, relacionada sobre todo con el olor, y el pudor
 - Porque el sistema sanitario, en general, **no ofrece solución** distinta a las que ellas aplican por su cuenta
 - Porque la solución que se ofrece (farmacología, cirugía) **no es satisfactoria**
5. Se debería ampliar la cartera de servicios del sistema público de salud con tratamientos de fisioterapia para las IU

sub-estimaciones por parte de las mujeres. Sin embargo el discurso refleja cómo afecta la calidad de vida de la mujer y de su entorno más inmediato. Los términos que utilizan denotan gran molestia, sufrimiento y desagra-

Tabla 3. *Puntos clave del estudio*

Lo conocido sobre el tema

- Subestimación de la incontinencia urinaria en la mujer
- Las mujeres no consultan al profesional sanitario acerca de su incontinencia

Qué aporta este estudio

- Motivos de la subestimación por parte de quienes la padecen
- Motivos por los cuales no se consulta
- Necesidad de ampliar la oferta de servicios de atención a la incontinencia urinaria en España, incluyendo la fisioterapia

dables consecuencias: "Yo... lo sufro, y es bastante molesto y desagradable", "[...] cansa y agobia"; Las repercusiones de la IU llevan incluso a cambiar hábitos de vida, reducir el círculo de relación social o evitar realizar ciertas actividades. "[...] estaba como muy acomplejada, y es lógico porque no podía ir a ningún sitio. Con la gimnasia lo pasaba fatal, no podía dar ni un saltito, la pobre dejó de ir. Le daba mucho apuro". La molestia social que la IU ocasiona no es necesariamente proporcional a la magnitud o frecuencia de la pérdida de orina sino que más bien depende de la actividad social y laboral de la mujer. "Antes las personas mayores, o con una cierta edad se quedaban en casa, pero ahora tal vez acusen más el problema, por ejemplo, porque viajan más". Por lo tanto, la percepción de gravedad que desencadena el proceso de búsqueda de la salud descansa en la molestia social.

El proceso de búsqueda de la salud o manejo de la IU aparece como estructurado en dos niveles: La esfera doméstica y la atención sanitaria. En realidad ambos ámbitos no son excluyentes en modo alguno si bien tienen mayor importancia tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo las medidas que se aplican para su control en el ámbito doméstico que en la atención sanitaria. El ámbito doméstico, según los discursos, es, con mucho, el predominante, absorbiendo la mayor parte de los procesos de cuidado y atención al problema de la IU. Mientras que el segundo, la atención sanitaria, se limita a aquellos procesos en los que el control escapa de las posibilidades del entorno familiar y en

todo caso convive con las medidas de cuidado y atención doméstica.

En el ámbito doméstico las estrategias de manejo son variadas, destacando el uso de material absorbente de distinta índole, desde papel higiénico, salva-slips, compresas o paños para pequeñas pérdidas, hasta el uso de toallas o pañales para pérdidas mayores: "Ya las compresas no le hacen nada, tiene que llevar incluso toallas". A estas medidas se suma la estrategia de extremar la higiene íntima, reducir la ingesta de líquidos o aumentar la frecuencia de visitas al servicio como modo de prevención de posibles pérdidas.

En cualquier caso, la mayoría de las afectadas manifiestan no haber consultado el problema con un profesional sanitario por diversos motivos que se pueden agrupar en torno a cuatro categorías informativas:

- La concepción del problema como dentro de la "normalidad", a lo que ya nos hemos referido con anterioridad.
- La IU es un "problema vergonzante" relacionado sobre todo con el olor y con el hecho de considerarlo algo íntimo: "Se reserva todo lo que puede, se esconde para que las personas no sepan lo que le pasa, porque le da apuro"; "[...] el olor es una cosa que a la mayoría de la gente nos molesta y nos da corte". Todo esto hace que se retrase la consulta y en consecuencia el problema se va agravando: "Aunque me daba un poco de corte ir al médico, ya fui al cabo de mucho tiempo, y cuando me vio me dijo, 'Pero mujer, como viene usted ahora', porque yo aguanté así veintitantos años". En ocasiones sólo lo consultan si el sanitario que le atiende es mujer: "Yo le digo a mi suegra que igual que hay matronas hay ginecólogas". Todo esto viene a reforzar la sospecha de que se trata de un problema abrumadoramente común, aunque oculto^{12,13}.
- Desde el sistema sanitario, en general, no se ofrece solución distinta a las que ellas aplican espontáneamente: "Los médicos no saben otra solución más que la compresa o el pañal". "...no lo consideraban problema, únicamente que se limpiara, que se cambiara y ya está". No obstante, algunas mujeres aprecian recientemente cambios en la actitud de los mé-

dicos hacia la incontinencia: "Ahora [los médicos] son más conscientes de que es un problema que tienen las mujeres, antes no".

- La solución que se ofrece no es satisfactoria. Las medidas terapéuticas ofertadas por los servicios sanitarios aparecen limitadas a las intervenciones farmacológicas (en vejiga hiperactiva) y a la cirugía (en incontinencia urinaria de esfuerzo)¹⁴, esta sólo se acepta como última medida: "Yo, personalmente, lo sufro [...] y es bastante molesto y desagradable, y realmente operarme, no". No obstante, algunas mujeres tienen noción de que existen tratamientos conservadores no invasivos dirigidos a mejorar la contracción de la musculatura del suelo pélvico, que contribuyen a preservar o recuperar la continencia: "Yo creo que para eso están los fisioterapeutas, que te dan una rehabilitación para ese tema".

Con respecto a ello nos parece importante señalar que los tratamientos de fisioterapia para IU se están llevando a cabo con éxito, sobre todo en la de esfuerzo, y de forma institucionalizada en países vecinos, como Francia desde los años 80¹⁴. En nuestro país, actualmente, el Sistema Público de Salud no aplica este tipo de terapias, a pesar de que existe constatación científica de su eficacia¹⁵⁻¹⁷, tanto en la prevención y tratamiento de la IU de esfuerzo como en tratamientos mixtos, junto con medidas farmacológicas, en los casos de vejiga hiperactiva y en tratamientos previos y posteriores a intervención quirúrgica. En nuestra opinión, este hecho puede de-

berse, en parte, a un déficit en determinadas áreas de la formación de los profesionales sanitarios, tanto del cuerpo médico, que en ocasiones desconoce la eficacia de dichos tratamientos, como de fisioterapeutas especializados en el campo de la reeducación perineo-esfinteriana, y de otros profesionales que puedan estar involucrados en la detección o cuidado del paciente incontinente.

CONCLUSIONES

En los resultados de este estudio se refleja el hecho de que la IU es un problema sanitario de gran magnitud entre la población femenina con importantes repercusiones en su calidad de vida, cuya prevalencia, al haberse incorporado culturalmente como un aspecto relacionado con la representación social de la mujer, está infravalorada. En consecuencia, si queremos conocer su magnitud es preciso que el profesional sanitario indague sabiendo que se enfrenta a un "tema tabú" que se ha venido considerando normal y natural en la mujer sobre todo si ha parido. El conocimiento de este problema debería acompañarse necesariamente de la implantación de nuevas estrategias de atención sanitaria especialmente en el ámbito de la Atención Primaria sobre todo en prevención y detección precoz y de manera prioritaria en el postparto. Consideramos que el sistema sanitario debería acometer seriamente el tratamiento rehabilitador de la IU. Estas terapias, resultan relativamente económicas, presentan pocas complicaciones y no comprometen un futuro tratamiento quirúrgico, en caso necesario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez E, Albert R, Bernabé B. Incontinencia urinaria: conceptos útiles para atención primaria. *INDAS-MADAUS*, 1998.
2. Bates P, Bradley W, Glen E. The standadization of terminology of lower urinary tract function. *J Urol* 1979;121:551-4.
3. Häggglund D, Olsson H, Leppert J. Urinary incontinence: an unexpected large problem among young females. Results from a population-based study. *Family Practice* 1999;16:506-9.
4. Arvonen T, Fianu-Jonasson A, Tyni-Lenne R. Effectiveness of two conservative modes of physical therapy in women urinary stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 2001;20(5):591-9.
5. Cammu H, Van Nysten M, Amy J. A 10-years follow-up after Kegel pelvic floor muscle exercises for genuine stress incontinence. *British J Urology Int* 2000;85:655-8.
6. Diokno A. Epidemiology and psychosocial aspects of incontinence. *Urol Clin North Am* 1995;22:481-5.
7. Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado J, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis-Psicología, 1999; p. 287-316.

A. Ferri Morales
G. Melgar de Corral
J. Avendaño Coy
M.J. Puchades Belenguer
A.I. Torres Costoso

Estudio cualitativo sobre el proceso de búsqueda de la salud de la incontinencia urinaria en la mujer

- 80**
8. Krueger R. El grupo de discusión: Guía práctica para la investigación aplicada. Madrid: Pirámide, 1991.
 9. Fernández M, Introducción a la Investigación Cualitativa. FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria 1995;2(1):37-42.
 10. Hawe T, Degelig D, Hall I. Como conducir un grupo focal. En: Evaluación en Promoción de Salud. Barcelona: Masson, 1993.
 11. March J, Prieto M, Hernán M. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gac Sanit 1999;13(4): 312-9.
 12. Lagro-Janssen T, Smits A, Van Weel C. Women with Urinarie Incontinence: self-perceived worrier and general practitioners knowledge of problem. Br J Gen Pract 1990;40:331-4.
 13. Sandvik H, Keveinee, Huskaar S. Female urinary incontinence- psychosocial impact, self care and consultations. Scan J Caring Sci 1993;7:53-6.
 14. Rexach L, Verdejo C. Incontinencia Urinaria. Inf Ter Sist Nac Salud 1999;23(6):149-59.
 15. Grosse D, Sengler J. Evaluation des techniques de rééducation périnéale. Ann Readapt Méd Phys 1996;39:61-78.
 16. Glazener C, Herbison G, Wilson P. Conservative management of persistent postnatal urinary and faecal incontinence: randomised controlled trial. Br Med J 2001;323:593-6.
 17. Hahn I, Milsom I. Long-term results of pelvic floor training in female stress urinary incontinence. Br J Urol 1993;72:421-7.