



# Universidad de Alcalá

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado - Grado en Fisioterapia

## EL RAZONAMIENTO NARRATIVO EN LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA: ESTUDIO CUALITATIVO.

**Autora:** Elena Calderón Morales.

**Tutor:** D. Fernando Vergara Pérez, Profesor Titular de  
Escuela Universitaria. Departamento de E. y Fisioterapia.

Alcalá de Henares, 23 de junio de 2015



# Universidad de Alcalá

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado - Grado en Fisioterapia

## EL RAZONAMIENTO NARRATIVO EN LAS MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA: ESTUDIO CUALITATIVO.

**Autora:** Elena Calderón Morales.

**Tutor:** D. Fernando Vergara Pérez, Profesor Titular de  
Escuela Universitaria. Departamento de E. y Fisioterapia.

Alcalá de Henares, 23 de junio de 2015

Firma de la autora:

VB del tutor:

“... No es tanto lo que le sucede a las personas sino cómo éstas interpretan y explican lo que les sucede lo que determina sus acciones y su comportamiento.”

Mezirow, 1991

# AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, gracias a todas las personas que, a lo largo de los estudios, me han enseñado, apoyado y mostrado la maravilla que es la Fisioterapia.

A mi tutor, Fernando Vergara Pérez, por su constante disposición, sus enseñanzas y el ánimo que me ha transmitido durante el transcurso de toda la investigación.

A mis compañeros, Raúl y Francisco, por ser colaboradores de este proyecto y soportar las largas tardes de trabajo con una sonrisa.

En especial a las fisioterapeutas y pacientes de la Unidad de Suelo Pélvico de Guadalajara. Gracias por su apoyo desde el primer momento. Ellas han sido la pieza fundamental de este proyecto.

Por último, agradecer a mi familia: Antonio, María Ángeles, Mikel, Raquel, el pequeño Antonio y José Miguel. Gracias por su cariño y esfuerzo en los buenos momentos y en los difíciles. Sin ellos, no habría podido llegar hasta aquí.



# RESUMEN

**Antecedentes:** La Incontinencia Urinaria es un problema sociosanitario de primer orden que afecta mayoritariamente a las mujeres y causa un gran impacto en la calidad de vida de las que la sufren. Desde el ámbito de la fisioterapia se realiza una atención terapéutica de este trastorno. El Razonamiento Narrativo es un modelo de razonamiento clínico basado en la comprensión de las narraciones de los pacientes y la colaboración con los mismos.

**Objetivos:** Los objetivos de este estudio son 1) comprender las percepciones, experiencias, creencias y sentimientos de mujeres con Incontinencia Urinaria mediante sus narraciones y 2) analizar el uso del Razonamiento Narrativo por parte de los fisioterapeutas en mujeres con Incontinencia Urinaria

**Sujetos y metodología:** Se realizó un estudio cualitativo desde un paradigma interpretativo. Participaron 3 mujeres con Incontinencia Urinaria y 2 fisioterapeutas de la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario de Guadalajara. Para la recogida de los datos se llevó a cabo una observación participante y entrevistas en profundidad. Estos datos fueron transcritos y se analizaron mediante su codificación.

**Resultados:** Las mujeres con Incontinencia Urinaria difieren en las percepciones que tienen sobre su problema, ven limitada su calidad de vida y son influenciadas por sus propias creencias y las de la sociedad. Todo esto les produce sentimientos de frustración y vergüenza. Mediante las narraciones de las pacientes es posible conocer sus perspectivas. Se consideran fundamentales el ambiente en el que se lleva a cabo la intervención de fisioterapia, los elementos de razonamiento narrativo, como la interacción, y las cualidades de los fisioterapeutas, como la escucha activa, en la atención fisioterapéutica hacia las mujeres con Incontinencia Urinaria.

**Conclusiones:** La Incontinencia Urinaria es un fenómeno complejo. Las mujeres que la padecen crean un significado único del problema. Mediante el razonamiento narrativo es posible comprender las percepciones de estas mujeres y ofrecerles una intervención fisioterapéutica de calidad.

**Palabras clave:** Incontinencia Urinaria, mujeres, percepciones, creencias, sentimientos, fisioterapia, cualidades de los fisioterapeutas, razonamiento narrativo.

# ABSTRACT

**Background:** Urinary Incontinence is a major socio-sanitary problem that mainly affects women and causes a great impact in the quality of life of those suffering from it. Therapeutic care of this disorder is performed by the physical therapy field. Narrative reasoning is a clinical reasoning model based on the understanding of patients' narrations and collaboration with them.

**Objectives:** The objectives of this study are 1) understanding the perceptions, experiences, beliefs and feelings of women with Urinary Incontinence through their narrations and 2) analyzing the use of Narrative Reasoning by the physical therapists in women with Urinary Incontinence.

**Subjects and methods:** A qualitative study was performed from an interpretative paradigm. 3 women with Urinary Incontinence and 2 physical therapists working in the Pelvic Floor Unit at the Hospital Universitario de Guadalajara participated in the study. Data were collected by participant observation and in-depth interviews. These data were transcribed and analyzed through codification.

**Results:** Women with Urinary Incontinence differ in the perceptions they have about their problem. They see their quality of life limited and are influenced by their own beliefs and by the society's ones. As a result, they experience feelings of frustration and shame. It is possible to know the patient's perspectives throughout their stories. Crucial to the physical therapy care towards women with Urinary Incontinence are the environment in which it takes place, narrative reasoning elements, such as interaction, and physical therapists' skills, like active listening.

**Conclusions:** Urinary Incontinence is a complex phenomenon. Women suffering this disorder create a unique meaning of it. By narrative reasoning it is possible to understand these women's perceptions and to offer them a high-quality physiotherapy intervention.

**Key words:** Urinary Incontinence, women, perceptions, beliefs, feelings, physical therapy, physical therapists' skills, narrative reasoning.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	iii
ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS .....	v
1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Incontinencia Urinaria .....	2
1.1.1. Definición .....	2
1.1.2. Anatomía funcional del suelo pélvico e incontinencia urinaria.....	3
1.1.3. Clasificación .....	4
1.1.4. Prevalencia .....	4
1.1.5. Factores de riesgo .....	6
1.1.6. Valoración .....	7
1.1.7 Tratamiento .....	10
1.1.8. Percepciones de las mujeres con Incontinencia Urinaria .....	18
1.2. Razonamiento Clínico.....	21
1.2.1. Definición .....	21
1.2.2. Razonamiento clínico en la fisioterapia.....	21
1.2.3. Elementos del Razonamiento Clínico .....	22
1.2.4. Modelos de Razonamiento Clínico .....	22
1.2.5 Tipos de aprendizaje.....	25
1.2.6. Estrategias de diagnóstico .....	25
1.2.7. Razonamiento narrativo .....	26
2. OBJETIVOS .....	31
2.1. Objetivos.....	31

2.1.1. Objetivos principales .....	31
2.2.2. Objetivos secundarios .....	31
3. SUJETOS Y METODOLOGÍA.....	33
3.1. Diseño.....	33
3.2. Sujetos de estudio .....	33
3.3. Recogida de datos .....	34
3.3.1. Variables de estudio.....	34
3.3.2. Técnicas de recogida de datos .....	35
3.3.3. Recursos .....	36
3.3.4. Procedimientos .....	36
3.4. Consideraciones éticas.....	37
3.5. Análisis de los datos .....	37
3.6. Técnicas de verificación .....	37
4. RESULTADOS .....	40
4.1.Descripción de los códigos y las familias .....	43
Familia 1: Método de Intervención en Fisioterapia .....	43
Familia 2: Paciente.....	46
Familia 3: Fisioterapeuta.....	53
Familia 4: Elementos del Razonamiento Narrativo .....	57
4.2.Narraciones de mujeres con IU .....	62
4.3.Razonamiento narrativo en la IU .....	63
4.4.Relación entre las familias .....	64
5. DISCUSIÓN.....	67
5.1. Fortalezas y limitaciones del estudio .....	72
5.2. Recomendaciones .....	73
6. CONCLUSIONES.....	75
7. BIBLIOGRAFÍA .....	77

8. ANEXOS .....	88
Anexo 1: Hoja informativa para los participantes .....	88
Anexo 2: Consentimiento informado.....	90
Anexo 3: Plantilla de observación sesión 1 .....	92
Anexo 4: Plantilla de observación sesión 2 .....	96
Anexo 5: Guión de las entrevistas .....	98

# ÍNDICE DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

IU – Incontinencia urinaria.

MSP – Musculatura del suelo pélvico.

RC – Razonamiento clínico.

RN – Razonamiento narrativo.

MIF – Método de intervención en fisioterapia

# ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<b>Número</b>	<b>Figura</b>	<b>Página</b>
1.1.	Músculos del suelo pélvico	3
1.2.	Prevalencia de la incontinencia urinaria en España en mujeres y en varones	5
1.3.	Tipo de incontinencia urinaria en mujeres por franjas de edad	6
1.4.	Manejo inicial de la incontinencia urinaria en las mujeres	16
1.5.	Manejo especializado de la incontinencia urinaria en las mujeres	17
1.6.	Decisiones tomadas de forma colaborativa entre terapeuta y paciente	24
4.1.	Familias del razonamiento narrativo en la incontinencia urinaria	42

<b>Número</b>	<b>Tabla</b>	<b>Página</b>
1.1.	Características de los tipos de argumentos en las narraciones de mujeres con incontinencia urinaria	20
3.1.	Resumen de los criterios de homogeneidad de fisioterapeutas y pacientes	34
4.1.	Variables descriptivas de las pacientes	41
4.2.	Variables descriptivas de las fisioterapeutas	41

---

# 1. INTRODUCCIÓN

---



## 1.1. Incontinencia Urinaria

### 1.1.1. Definición

La Incontinencia Urinaria (IU) se define como *la “queja respecto de cualquier escape involuntario de orina”* (1). No se trata de una enfermedad, sino de un síntoma resultante de una disfunción de la vejiga o del esfínter (2, 3). Se clasifica dentro de los síntomas de llenado o almacenamiento, los cuales tienen lugar durante la fase de llenado vesical. La Sociedad Internacional de Incontinencia (ICS) indica que *“en cada circunstancia específica, la incontinencia urinaria debe ser posteriormente descrita especificando factores relevantes como tipo, frecuencia, severidad, factores desencadenantes, impacto social, efecto sobre la higiene y la calidad de vida, las medidas utilizadas para contener el escape, y si el individuo busca o desea ayuda a causa de la incontinencia urinaria”* (1).

La IU es una preocupación de primer orden en el ámbito sanitario (4). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), afecta a más de 200 millones de personas en todo el mundo y se considera un problema de salud pública (5, 6, 7). Es más frecuente en mujeres y su incidencia se incrementa con el aumento de la edad (4, 8). Además, tiene grandes repercusiones económicas en el sistema sanitario público. En el año 2001 supuso en España 210 millones de euros, un 3,2% del gasto total farmacéutico (9).

La magnitud de las pérdidas de orina en el marco de la IU puede variar dentro de un amplio rango, desde las más leves, las cuales en muchos casos se toleran sin consultar a un profesional de la salud, hasta las más graves, que pueden requerir el uso continuo de compresas y la restricción por parte de los pacientes a exponerse a la vida social (10). En cualquier caso, *“la IU no sólo influye negativamente en el estado físico de las personas que la sufren, sino también en el bienestar psicosocial, social y económico de dichas personas y sus familias”* (11) y se encuentra estrechamente relacionada con un deterioro de la calidad de vida (4, 12, 13, 14, 15).

Son muchas las personas que no consultan su problema con un especialista, debido entre otras razones a la vergüenza, el miedo al tratamiento o la creencia de que la IU es parte de la involución natural de las personas (4, 5, 16).

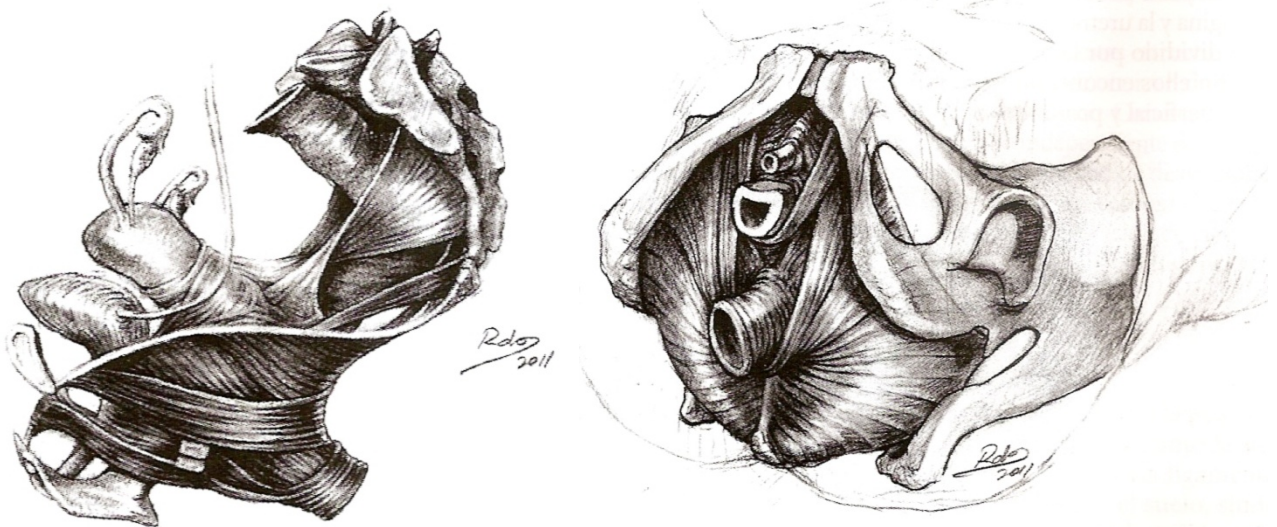
### 1.1.2. Anatomía funcional del suelo pélvico e incontinencia urinaria

La vejiga es un órgano que cambia su tamaño continuamente. Para asegurar que el esfínter uretral está cerrado durante la fase de llenado y abierto durante el vaciado, la musculatura del suelo pélvico necesita adaptarse a ese cambio.

Al aumentar la presión intraabdominal (por tos, esfuerzos,) la vejiga se desplaza en sentido dorsocaudal. La Musculatura del Suelo Pélvico (MSP) y el sistema fascial frenan ese desplazamiento. Sin embargo, cuando existe alguna alteración de los elementos mencionados anteriormente (discontinuidad de la fascia endopélvica, lesión del elevador del ano), el soporte de la uretra pierde efectividad y se incrementa el riesgo de pérdidas.

Otro mecanismo mediante el cual se garantiza la continencia es la influencia de la MSP sobre la actividad del detrusor. La contracción de la musculatura envía estímulos que provocan la inhibición de la vejiga. Este mecanismo se utiliza cuando aparece la urgencia miccional (17).

La figura 1.1. muestra la musculatura del suelo pélvico en relación con los órganos que discurren a través de él.



**Figura 1.1.** Músculos del suelo pélvico. Tomada de Fernández Sánchez R.(17)

### 1.1.3. Clasificación

La clasificación de la IU, teniendo en cuenta los tipos más frecuentes es la siguiente:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): *“escape de orina ante el esfuerzo o ejercicio o secundario a estornudos o tos”* (1).
- Incontinencia por urgencia (IUU): *“escape involuntario de orina acompañado por o inmediatamente después de sentir urgencia”* (1).
- Incontinencia urinaria mixta (IUM): es la *“queja de escape involuntario de orina asociado con urgencia y también con esfuerzo, ejercicio, estornudos o tos”* (1).

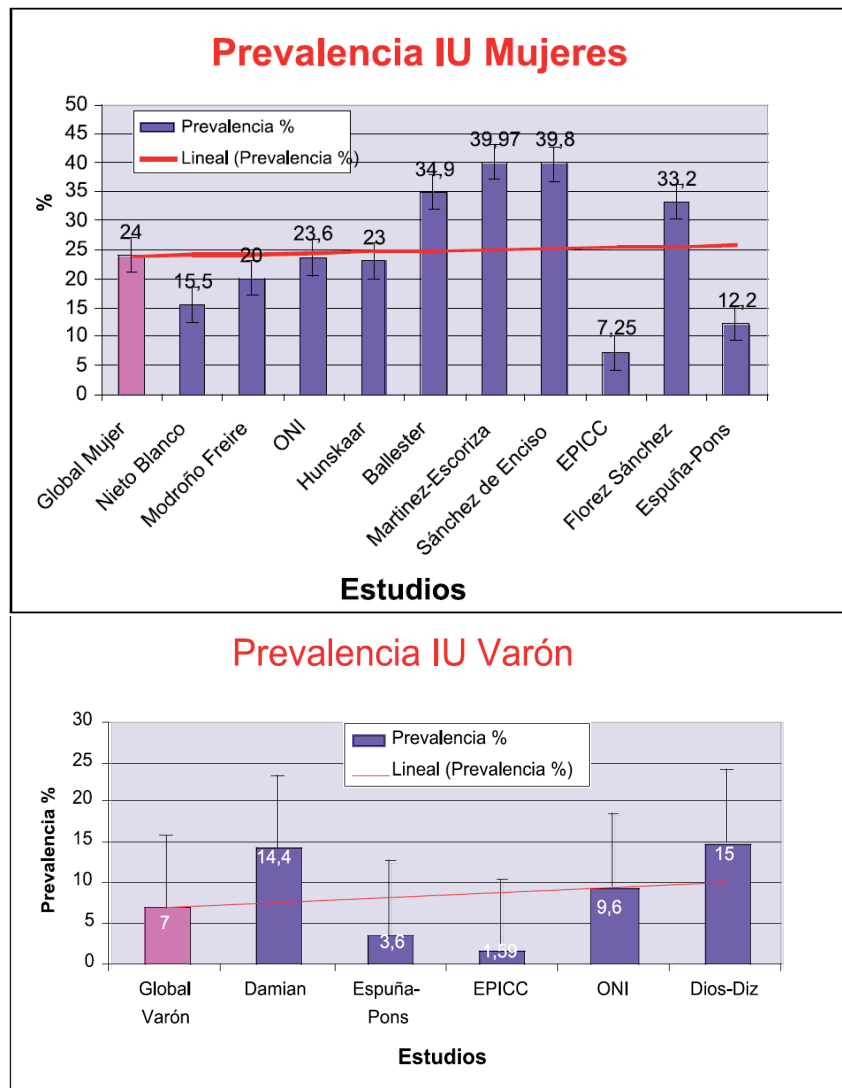
Los mecanismos que desencadenan los diferentes tipos de IU son diferentes. En la IUE, el problema está provocado por una **insuficiencia de la presión de cierre uretral** durante esfuerzos que aumentan la presión intraabdominal. Esta deficiencia en la presión de cierre uretral se debe a cambios anatómicos en la vejiga y la uretra, y en la musculatura. En el caso de la IUU, el conflicto aparece cuando una contracción del músculo detrusor hace que la presión de la vejiga supere a la presión de cierre uretral. La causa de este tipo de pérdidas reside en una **hiperactividad de la vejiga** (18).

### 1.1.4. Prevalencia

Resulta difícil reflejar con exactitud los datos concernientes a la prevalencia de la Incontinencia Urinaria debido a la gran variabilidad de definiciones, población de estudio, y metodología de los diferentes estudios epidemiológicos (8, 15, 19). Aun así, cabe destacar el reemplazamiento en el año 2002 de la antigua definición de IU, *“pérdida involuntaria de orina que implica un problema social o de higiene”* por *“queja respecto de cualquier escape involuntario de orina”*. Con esta nueva definición se abandonó la alusión a aspectos relacionados con la calidad de vida, facilitando así la homogeneidad de las investigaciones (1, 11, 20, 21).

La población más afectada por la IU son las mujeres (15), siendo la prevalencia en España de entre el 15 y el 50% y a nivel internacional entre el 21 y el 60%<sup>8</sup>. Salinas et al. realizaron una revisión bibliográfica mediante la cual estimaron la prevalencia media de IU de la mujer y el varón en España. La figura 1.2 refleja los resultados de

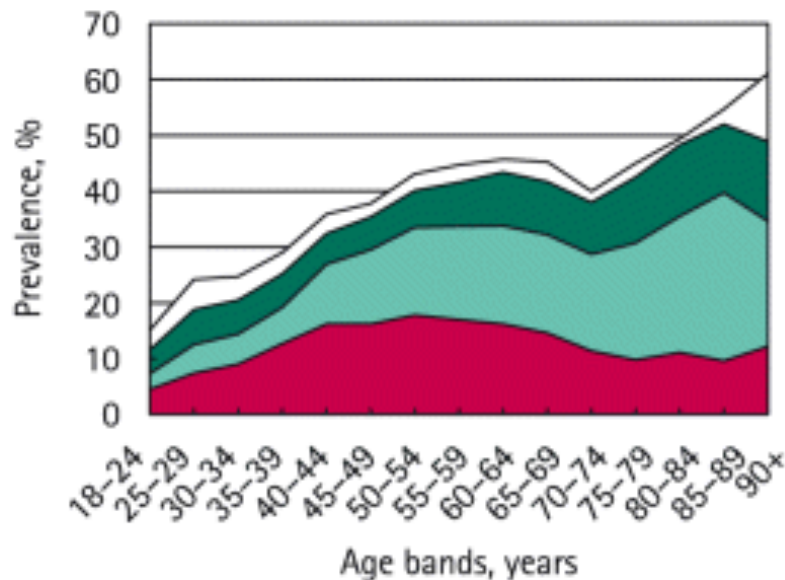
dicho estudio. Se estimó como prevalencia media en mujeres un 24%, frente a un 7% en varones (8, 11).



**Figura 1.2.** Prevalencia de la Incontinencia Urinaria en España en mujeres y en varones (4)

Además, **la prevalencia aumenta con la edad** (4, 5, 8, 11, 15, 16) apareciendo un pico entre los 40 y los 50 años en el que la prevalencia aumenta a un 30-40%, y otro hacia los 80 años, con una prevalencia de hasta un 50% (4, 5, 8, 11). Su incidencia se ha visto incrementada en los últimos años, debido en parte al aumento de la esperanza de vida de la población (4, 8). Asimismo, el tipo de IU prevalente varía con la edad. En mujeres jóvenes es más común la IUE, mientras que en edades más avanzadas lo habitual es encontrar IUU e IUM (8, 11, 16). La figura 1.3 muestra la

prevalencia de la IU en mujeres según la edad y tipo estudiada por Hunskaar et al. en cuatro países europeos, en la cual se observa una mayor prevalencia de IUE con un pico hacia los 50 años, y un aumento de casos de IUM y sobre todo IUU a edades más elevadas, existiendo un pico alrededor de los 85 años.



**Figura 1.3** Tipo de IU en mujeres por franjas de edad (IUE rojo, IUM verde claro, IUU verde, otros blanco) (11)

### 1.1.5. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo de la Incontinencia Urinaria se encuentran:

#### A. Factores constitucionales y genéticos

El sexo (ser mujer) (22), el aumento de la edad (15, 21, 22, 23, 24, 25, 26) y un elevado índice de masa corporal (15, 21, 23, 24, 26, 28, 29, 30) han probado ser factores de riesgo. Asimismo, la existencia de antecedentes familiares de IU aumenta las posibilidades de padecerla (21, 31, 32, 33).

#### B. Factores ginecológicos y obstétricos

Diversos estudios han detectado como factores de riesgo el embarazo (21, 25, 30), los partos vaginales (los últimos especialmente relacionados con la IUE y la IUM) (15, 21, 23, 25, 27, 30, 32, 33) y el número de hijos nacidos (21, 24, 31). Los partos por cesárea presentan un riesgo menos elevado que los partos vaginales - aunque algunos autores describen que esta ventaja desaparece tras la segunda sección por

cesárea (15) - pero constituyen un factor de riesgo en comparación con mujeres nulíparas (21, 27, 33). Otros factores de riesgo podrían ser la menopausia (25, 31), el uso de la terapia de reemplazo hormonal durante la pre, post o menopausia (5, 15, 21) y una historia de histerectomía (27, 30), aunque existe controversia con respecto a estas asociaciones (21, 23, 32).

### **C. Factores de comorbilidad**

La presencia de Diabetes Mellitus (21, 31, 34), patologías cardíacas (26, 29), e infecciones urinarias recurrentes (25, 27) provoca que el paciente posea una mayor posibilidad de padecer IU. El asma (26, 29), la artritis (26, 29), los problemas tiroideos (26) el estreñimiento (21) y la depresión (29, 35, 36, 37) son otros posibles factores de riesgo todavía inconclusos.

### **D. Factores del estilo de vida**

En cuanto a la actividad física, existen estudios que sugieren que el ejercicio de alto impacto o profesiones que requieren levantar mucho peso pueden causar que las mujeres estén más predispuestas a la incontinencia urinaria, especialmente a la IUE. Sin embargo, los datos son insuficientes para emitir conclusiones (23, 29).

La asociación entre el tabaquismo y la incontinencia urinaria es conflictiva (21, 23, 26, 32, 38).

### **E. Factores funcionales**

Entre éstos se encuentran la limitación del movimiento y los problemas de visión en ancianos (21, 22, 32).

## **1.1.6. Valoración**

Los médicos de atención primaria desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y el manejo inicial de la IU. En países como España, la mayoría de personas que consultan su problema de IU deciden hacerlo en primer lugar con su médico de familia (4, 39, 40).

Estos profesionales pueden dirigir el manejo inicial de la IU, realizando una evaluación básica, emitiendo un diagnóstico de presunción y disponiendo de la primera línea de tratamiento. En el caso de ser necesaria una evaluación más compleja, ya sea por la

particularidad de la IU o por el fracaso del manejo inicial, se remiten los pacientes a un especialista (39, 40).

### **A. Historia clínica**

Durante esta fase se recogen datos sobre la presencia, frecuencia, duración, molestias y severidad de los síntomas. Además, se extrae información sobre los antecedentes médicos, como la existencia de tratamientos anteriores para trastornos del tracto urinario inferior, la comorbilidad (por ejemplo, el asma y la Diabetes Mellitus), la medicación actual y su posible influencia sobre la IU, y la historia menstrual y obstétrica. Todo ello, con el objetivo de mejorar los síntomas en la medida de lo posible. También se tienen en cuenta los datos en relación al estilo de vida (tabaquismo, ingesta de líquidos) y los deseos del paciente de recibir tratamiento, sus expectativas y objetivos, y su entorno (40, 41).

A fin de clasificar y evaluar la gravedad de la IU, así como la afectación de la misma sobre la Calidad de Vida, existen cuestionarios validados que pueden entregarse a los pacientes. Entre ellos se encuentran el **3 Incontinence Questions (3IQ)** para evaluar el tipo de IU (40, 42, 43), **el índice de gravedad** de la incontinencia de Sandvik (40, 44) y los cuestionarios **International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF)** y **King's Health** para la evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (45, 46).

### **B. Examen físico**

Mediante la exploración, se confirman los datos recogidos durante la anamnesis. Ésta consta de una exploración general y otra más específica, que incluye un examen abdominal, pélvico y perineal. Mediante un examen vía vaginal o rectal se evalúa la **fuerza** de la MSP. Igualmente, se provoca el **signo de la incontinencia** o test de estrés, para lo cual se solicita al paciente que tosa. Su objetivo consiste en la visualización de la pérdida por la uretra (40, 41, 47).

### **C. Pruebas**

Un instrumento que ayuda a recoger información adicional es el **diario miccional**. Se trata de un registro en el que el paciente lleva un control de la ingesta de líquidos y la micción. Se suele realizar durante 2, 3 ó 7 días y proporciona datos útiles acerca de la frecuencia de la micción, los volúmenes de orina, los episodios de incontinencia, e

incluso el uso de compresas (40, 41, 48). Normalmente, se registra durante las actividades de la vida diaria del paciente, por lo que proporciona información precisa, que sería difícil obtener de otra forma (48).

Otras pruebas complementarias utilizadas en el diagnóstico de la IU son el **análisis de orina** para descartar posibles infecciones, la medición del volumen de orina residual mediante **cateterismo** o **ecografía** y la **cistometría**, que permite la realización de diversas mediciones de la presión vesical durante la fase de llenado. Este último examen no es necesario para emitir un diagnóstico, pero puede proporcionar nueva información tras la anamnesis y el examen físico (5, 40, 41).

Cuando una evaluación compleja es requerida por parte de un especialista, durante la valoración habitual se hace particular hincapié en la identificación de posibles Prolapsos de Órganos Pélvicos durante el examen físico, y se llevan a cabo ciertas pruebas complementarias, como los **tests urodinámicos vesicales**, que se realizan con la intención de detectar la existencia de una disfunción urinaria, confirmar el tipo de IU (si los síntomas de la paciente son confusos) e identificar factores de riesgo, como la hiperactividad o mal funcionamiento del detrusor. Otras pruebas a realizar consisten en **técnicas de imagen** como el ultrasonido y los rayos X, **pad tests** y otros **estudios para evaluar la función renal** (40, 41).

#### **D. Valoración de fisioterapia**

Dentro del ámbito de la fisioterapia es necesaria una fase de recogida de datos para elaborar la historia clínica de la paciente, durante la cual se le preguntan los datos generales y obstétricos, se identifican factores de riesgo y se investigan los datos referentes a las disfunciones del suelo pélvico (miccionales, anorrectales y sexuales). Además, se evalúa el dolor.

Durante el examen físico se lleva a cabo una exploración articular lumbopélvica, otra de los músculos diafragma torácico y abdominales, y por último, la exploración del suelo pélvico. Ésta comienza con la observación de la zona perineal, de la contracción de la MSP, y la respuesta del periné al toser. A continuación, se realiza la palpación, tanto externa como interna (mediante un tacto vaginal). Se evalúa el tono muscular, y a través de la prueba PERFECT se valoran otras propiedades de la musculatura (la fuerza, mediante la escala de Oxford modificada, la resistencia, el número de



repeticiones, y el número de contracciones rápidas seguidas). Finalmente, se realiza una valoración neurológica de la zona perineal y la MSP (49).

### **1.1.7. Tratamiento**

Existen diversas estrategias terapéuticas para la IU, las cuales se clasifican en tratamiento conservador y tratamiento quirúrgico.

#### **A. Tratamiento conservador**

##### **A.1. Modificaciones generales del estilo de vida**

En diversos estudios se pueden encontrar las siguientes recomendaciones para ayudar en la mejoría de la IU: limitar la ingesta de líquidos por la noche, reducir el consumo de cafeína, abandonar el tabaco, hacer ejercicio, bajar de peso en mujeres con obesidad y tratar el estreñimiento (50). Por lo general, se deben llevar a cabo estas modificaciones del estilo de vida, aunque se requiere motivar al paciente, ya que los resultados se verán a largo plazo. Sin embargo, estas modificaciones deben ser acompañadas de terapia conductual, puesto que por sí solas no ofrecen suficiente mejoría de la incontinencia (51).

##### **A.2. Terapia conductual**

###### **A.2.1. Entrenamiento vesical**

Consiste en orinar de forma reglada, aumentando así el intervalo entre micciones. De esta manera, se consiguen eliminar los episodios de urgencia. Es útil llevar un diario miccional. De manera gradual, se aumenta el tiempo entre micciones, entre 15 y 30 minutos por semana, hasta alcanzar el objetivo (3-4 horas de intervalo). Existen evidencias de que el entrenamiento vesical reduce la frecuencia con la que se producen los escapes de orina en los diferentes tipos de incontinencia en adultos. Otras terapias, como los ejercicios de suelo pélvico, mejoran los resultados, cuando se combinan con este tipo de entrenamiento (52). Para la incontinencia urinaria de urgencia éste será el tratamiento recomendado (51).

### **A.2.2. Ejercicios para la musculatura del suelo pélvico (MSP)**

También conocidos como ejercicios de Kegel. Tienen por objetivo reforzar el mecanismo del cierre uretral. En principio sólo se utilizan para la IUE, aunque últimamente también se usan para la IUU. Consisten en realizar repeticiones isométricas con máximo esfuerzo de contracciones de la MSP. Para que la paciente pueda comprender lo que debe hacer se suele dar la orden de “imitar la detención del chorro de orina”. Deben evitarse las compensaciones como la contracción de los abdominales, glúteos y aductores. El tratamiento tiene una duración de varios meses. El protocolo que suele utilizar es el científicamente aprobado y creado por Kari Bo. Se trata de un programa en el que se realizan tres series de 8-12 repeticiones cada una, con una intensidad de contracción máxima, manteniendo cada una de las contracciones entre 6 y 8 segundos, dejando 6 segundos entre contracción y contracción. Cuando termina la serie se realizan 3-4 contracciones rápidas. Una vez a la semana la sesión debe ser dirigida por un fisioterapeuta, con una duración de 45 minutos. Existen otros programas, pero éste es el más utilizado. Los ejercicios para la MSP pueden combinarse con técnicas instrumentales como el biofeedback o la electromiografía para ayudar a la paciente a identificar correctamente los músculos pélvicos que debe relajar o contraer (17, 51).

El Colegio Americano de Médicos (ACP) recomienda que debido a su alta evidencia científica de eficacia se utilice el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico como primera línea de tratamiento para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Esto aumenta la continencia de la vejiga y la calidad de vida de los pacientes (51). Ofrecen mejores resultados cuando se realizan bajo un programa supervisado (50). El entrenamiento vesical más el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico será el tratamiento idóneo para la incontinencia urinaria mixta según el ACP (51). A corto plazo esta combinación ofrece mejores resultados que cuando se aplican por separado dichas técnicas, sin embargo, dichos resultados no se mantienen a largo plazo (50).

### **A.3. Farmacoterapia**

No se considera como primera línea de tratamiento. Tras 1-3 meses de terapia conductual sin mejoría de síntomas, puede considerarse la farmacoterapia como una opción de tratamiento (53).

#### **A.3.1. Fármacos para la IUU**

Su objetivo es aumentar la capacidad de la vejiga y reducir la contracción del músculo detrusor de la vejiga. Los **antimuscarínicos** han sido objeto de diversos estudios para resolver la IUU. Existen diversos fármacos dentro de este grupo: oxibutinina, darifenacina, cloruro de trospio y fesoterodina (51). Los efectos secundarios principales son los siguientes: síndrome de boca seca, estreñimiento, visión borrosa y mareos. Se utilizan para el tratamiento de la IUU, teniendo un nivel 1 de evidencia (54).

#### **A.3.2. Fármacos para la IUE**

Intentan incrementar la presión del cierre uretral mediante un aumento de los músculos liso y estriado de la uretra. Los **estrógenos** han mostrado tener cierto éxito cuando se combinan con ejercicios para fortalecer los músculos del suelo pélvico, pero no cuando son el único tratamiento. Los **antidepresivos tricíclicos** han demostrado tener un nivel 3 de eficacia para el tratamiento de la IUE, pero tiene graves efectos secundarios, entre ellos arritmia ventricular e hipotensión ortostática. La duloxetina (un inhibidor de la recaptación de serotonina-noradrenalina) hace posible reducir en un 50% la incontinencia urinaria en pacientes con IUE (55) y aumenta significativamente la calidad de vida, según el Cuestionario de Calidad de Vida de la Incontinencia (I-QOL) (56). Sus efectos secundarios son: náuseas, síndrome de boca seca, fatiga, insomnio, estreñimiento, dolor de cabeza, mareos, somnolencia y diarrea (57, 58).

#### **A.3.3. Fármacos para la IUM**

Los **antimuscarínicos** se utilizan como primera línea de tratamiento farmacológico para pacientes con IUM. Para la IUM, con un componente de esfuerzo predominante, también se puede usar **duloxetina** (54). La

combinación de los antimuscarínicos y la duloxetina podría ser una opción, pero aún quedan muchos estudios por realizar en ese campo. No se recomienda el uso de los fármacos que se utilizan para tratar la IUU en IUE, pero las **fórmulas vaginales de estrógenos** pueden mejorar este tipo de incontinencia (51).

#### **A.4. Técnicas instrumentales para el tratamiento de las disfunciones de suelo pélvico**

##### **A.4.1. Pesarios**

Son unos dispositivos plásticos que se colocan dentro de la vagina y que ayudan a corregir los prolapsos de órganos pélvicos (POP). Se utilizan en la IUE secundaria a laxitud del suelo pélvico o POP (como alternativa a la ciugía). Refuerzan el cuello vesical, proporcionando estabilidad a la unión uretrovesical. Existen diferentes modelos que se aplican y se retiran cada 6 semanas-3 meses. Los riesgos son mínimos (abrasiones, úlceras, secreción vaginal maloliente). Un 53% de mujeres notan mejoría después de utilizar pesarios. Los índices de continencia mejoran dependiendo del tipo de incontinencia. En IUE son del 47% y en IUU del 36% (59).

##### **A.4.2. Biofeedback**

Es una técnica en la cual se obtiene información de las funciones fisiológicas a través de la monitorización. Dicha información se recibe de forma visual o auditiva e indica la intensidad de la contracción de los músculos del suelo pélvico y la duración de la contracción. Como resultado, se obtiene información clara de las funciones fisiológicas (actividad neuromuscular y autonómica) sobre las que se precisa intervenir (60). Puede utilizarse conjuntamente con el entrenamiento de los músculos del suelo pélvico para mejorar la eficacia de los ejercicios y para enseñar a los pacientes la correcta ejecución de los mismos (61).

##### **A.4.3. Electroestimulación funcional**

Como la mayoría de técnicas a las que se hace referencia en este trabajo, la electroestimulación no suele utilizarse de forma aislada, sino como parte de un plan de tratamiento combinado con otras técnicas. Produce una contracción eléctricamente estimulada de la MSP, con lo que se obtiene la activación de

dichos músculos y la inhibición de la vesícula. Es útil en personas que tengan dificultades para contraer la MSP o que la tengan debilitada. También se utiliza en pacientes en los que la IU curse con dolor, gracias a su efecto analgésico. Debe tenerse en cuenta que tiene algunas contraindicaciones, tales como el embarazo, hemorragia, menstruación, neoplasias próximas, infección, prolapso genital o dispositivos intrauterinos con componentes metálicos. Tiene un bajo nivel de evidencia científica, ya que aunque puede ofrecer cierta mejoría en un 20% de las mujeres, los resultados no se mantienen a lo largo del tiempo (59, 62).

## **B. Tratamiento quirúrgico**

### **B.1. Cirugías para el soporte de la pared de la vagina**

#### **B.1.1. Bandas libres de tensión**

Consiste en la inserción de una banda de polipropileno a través de la vagina, alrededor de la uretra distal. Esta banda se deja sin tensión en la parte inferior, de modo que durante los aumentos de presión abdominal ejerza suficiente compresión sobre la uretra, previniendo así el escape de orina. Este procedimiento es el más utilizado dentro del tratamiento quirúrgico de la IU, ya que es poco invasivo y es muy efectivo. Las tasas de curación son del 66-91%, y las de satisfacción del 85% (63).

#### **B.1.2. Colposuspensión**

Se estiran los tejidos próximos a la uretra y al cuello de la vesícula hacia la cavidad pélvica, consiguiendo así la estabilidad de la uretra. Es utilizada en pacientes con IUE secundaria a hipermovilidad uretral. Aunque actualmente esta intervención se realiza mediante laparoscopia, la más ampliamente estudiada y todavía en uso es la colposuspensión de Burch. Presenta una tasa de curación del 73-92% y un éxito del 81-96% (63).

### **B.1.3. Cabestrillos suburetrales**

Pueden ser tanto de material autólogo como sintético. Se utilizan en pacientes que previamente han sido sometidos a una cirugía para IU, habiendo fracasado. Se pasa un lazo por debajo de la uretra o el cuello vesical y se estabiliza la uretra anclándolo a la pared abdominal o a las estructuras pélvicas. Los materiales autólogos suelen tener una mayor tasa de éxito, siendo de un 73-77%. Un 90% de los pacientes están satisfechos con los resultados (64).

## **B.2. Cirugías para el tratamiento a fin de aumentar el cierre del esfínter**

### **B.2.1. Inyectables uretrales**

Procedimiento utilizado para la mejoría de la IUE. Es poco invasivo y consiste en inyectar una sustancia por vía transuretral o transvaginal de forma retrógrada, normalmente acompañado de control endoscópico.

Tiene un nivel bajo de evidencia. Los únicos que han probado una mejoría son los mioblastos y fibroblastos autólogos, y el implante dérmico porcino (62).

### **B.2.2. Esfínter artificial**

Al igual que los cabestrillos suburetrales están indicados en pacientes con intervención quirúrgica previa para la IU que ha fracasado, debido a su alta morbilidad. Se coloca un manguito de presión en el cuello de la vejiga, que está lleno de líquido y mantiene cerrado el esfínter al ejercer presión sobre él. Al apretar el paciente una bomba de control, que está colocada en los labios vulvares, el líquido se desvía hacia un globo situado en el abdomen del paciente, lo que produce la apertura del manguito de presión, permitiendo la salida de la orina. El problema de este método es que, según estudios realizados, después de 9 años el 56% de las mujeres vuelven a tener los mismos problemas. La media de duración del dispositivo es de 11 años (53).

A continuación se representan, en las figuras 1.4. y 1.5., el proceso de valoración y de tratamiento del manejo inicial y especializado de la IU, propuesto a partir de la Cuarta Consulta Internacional para la recomendaciones sobre la Incontinencia.

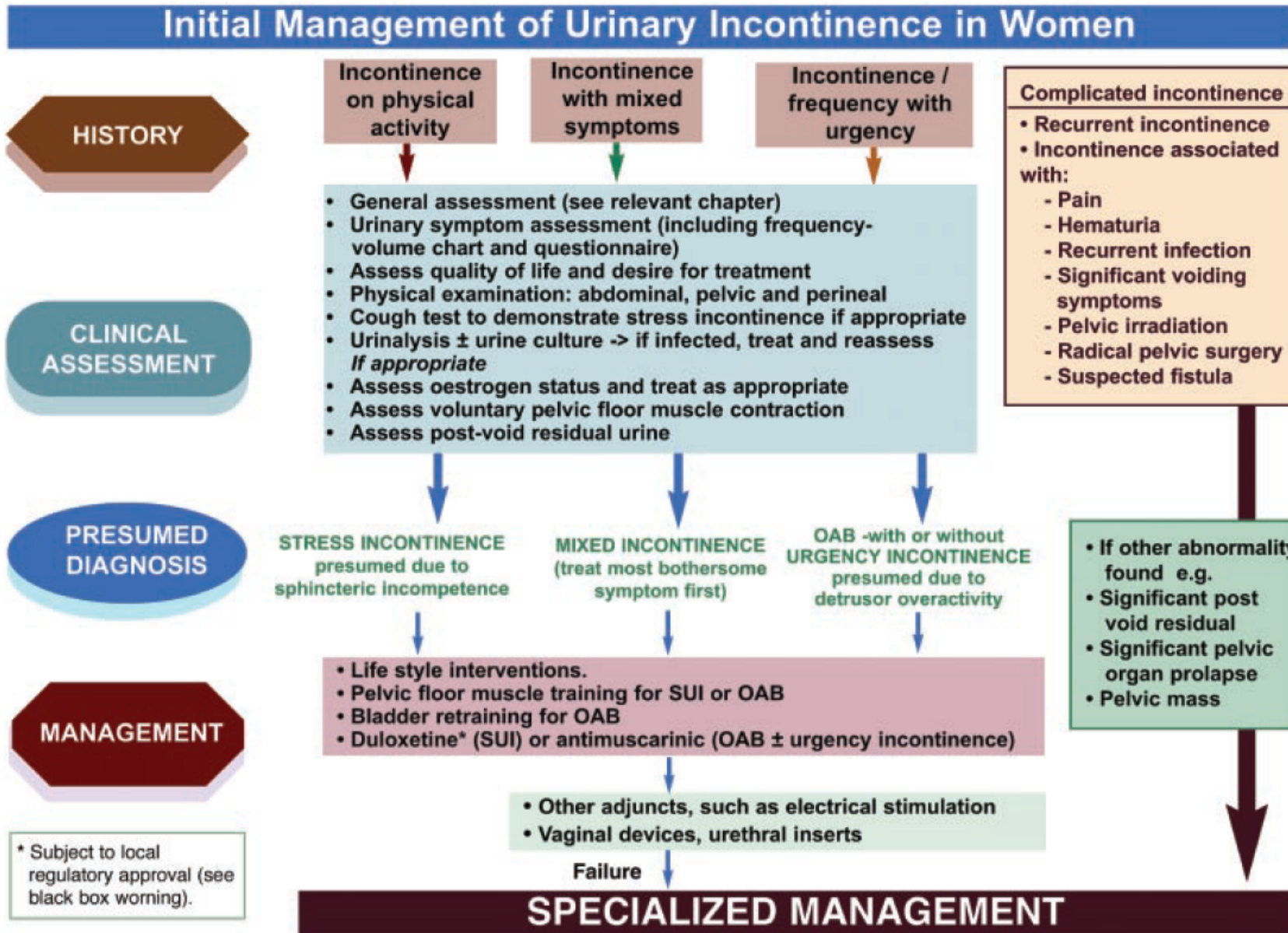


Figura 1.4. Manejo inicial de la Incontinencia Urinaria en las mujeres (41)



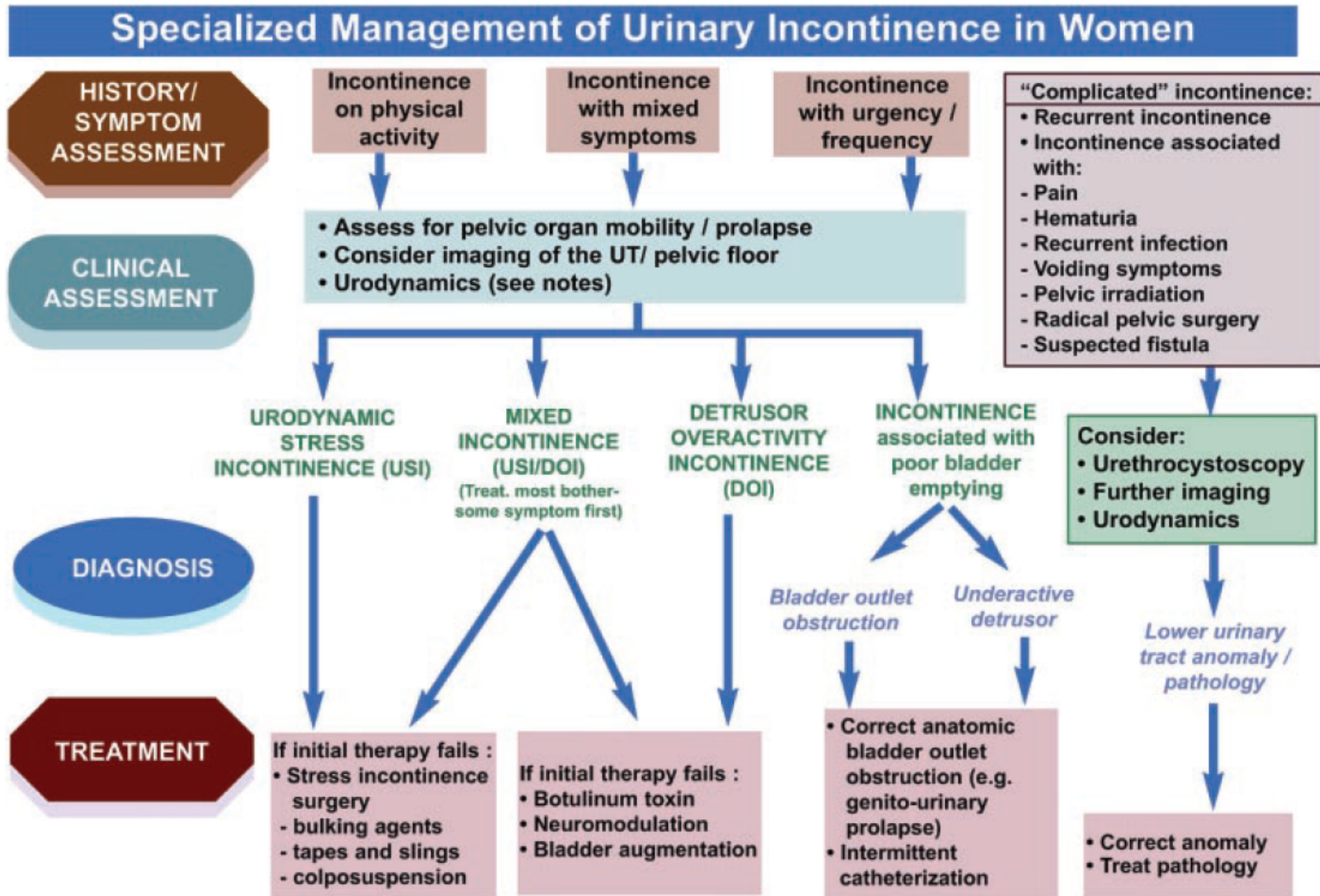


Figura 1.5. Manejo especializado de la Incontinencia Urinaria en las mujeres (41)



## 1.1.8. Percepciones de las mujeres con Incontinencia Urinaria

### A. Búsqueda de atención sanitaria

La IU tiene una gran repercusión sobre la calidad de vida de las pacientes que la sufren. *“Está asociada con la ansiedad, vergüenza, aislamiento social y la disminución de actividad física”* (65). Sin embargo, el índice de mujeres que buscan atención sanitaria es bajo (menos de la mitad) (4, 5, 16, 65, 66). Existen diferentes factores que pueden influir en este comportamiento, como la vergüenza, el grado de severidad y las falsas creencias en cuanto a la normalidad de la IU. Al aumentar la edad, la severidad y el impacto de la IU en la calidad de vida, se incrementa el número de personas que acuden a los profesionales sanitarios en búsqueda de ayuda (65, 66).

Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido planteó el proceso de decisión para buscar ayuda profesional de la siguiente forma: en primer lugar, los pacientes con IU se supervisan ellos mismos, y el proceso puede resolverse o por el contrario, pueden reconocer la existencia del problema. Inmediatamente después, procuran entender las posibles causas del síntoma. Si no son capaces de identificarlas, llevan a cabo una búsqueda de información, tras lo cual vuelven a valorarse, y dependiendo de dicha valoración deciden la seriedad con la que deben tratar el problema. Si no se considera como una amenaza vital, sopesan recibir el tratamiento, así como los síntomas y el impacto en su calidad de vida respecto al coste del tratamiento para tomar la decisión. Si el proceso se percibe como una amenaza mayor, los pacientes deciden buscar ayuda o postergarla (67).

### B. Manejo y experiencias con la Incontinencia Urinaria

En una revisión sistemática de una población multirracial, se identificaron dos campos en cuanto a las percepciones de las mujeres con respecto a la IU: el **manejo de la IU** y las **experiencias con la IU**. En el **primer grupo** se incluyeron las estrategias propias (la necesidad de adherencia a rutinas en cuanto a la vestimenta, restricción de líquidos o localización de los baños en lugares públicos con anterioridad), la búsqueda de tratamiento (siendo ésta influenciada por la minimización de síntomas leves, normalización de la IU, vergüenza o frustración ante los tratamientos ofrecidos) y la

comunicación con los profesionales de la salud (que en ocasiones daban poca importancia a los síntomas de las pacientes y utilizaban terminología médica poco clara para las pacientes). **El segundo** contenía los apartados de miedo (ya fuera a cambios corporales o la percepción que otras personas tenían hacia las pacientes), restricción de las actividades, estigmatización, mantener el problema en secreto (por miedo al rechazo o la comprensión por parte de otras personas) y la normalización o racionalización de los síntomas (por ejemplo, la edad y los partos). Además, algunos pacientes mencionaron que los médicos no tomaron su asunto con seriedad, y también la preferencia de hablar de este asunto con otras mujeres (68).

En un estudio realizado en China, resultaron dos aspectos principales: el **miedo** de las mujeres a lidiar con la IU y las **estrategias adoptadas** para hacer frente a los síntomas. Específicamente, las mujeres expresaron su miedo a que otros lo supieran, a malgastar recursos y a que la situación empeorara. Respecto a las estrategias adoptadas, las pacientes realizaron diversos intentos hasta encontrar, ya fuera por ellas mismas o a través de amigos, aquéllas que les ayudaban a manejar la incontinencia (69).

Bradway extrajo en 2004 tres elementos principales sobre la percepción de las pacientes con IU: **estrategias para vivir con la IU**, que incluye estrategias para el manejo diario, la integración y la aceptación de la IU; **recuerdos de la IU**, que se centra en la narración de historias y el recuerdo del primer episodio de IU; y **respuestas a la IU**, basado en el impacto de la IU, incluyendo miedos y sentimientos (65).

En otro estudio sobre las experiencias de mujeres con IU, se extrajeron dos conclusiones. La primera fue el **sentimiento de vulnerabilidad** causado por diversos factores: un cuerpo sin control, la concepción de la IU como un tema tabú y las experiencias poco satisfactorias con los profesionales de la salud. En segundo lugar, se destacó el **esfuerzo de las mujeres por adaptarse a su situación** mediante la preparación para las pérdidas y la planificación del tipo de actividades a realizar, la búsqueda de la causa de la IU para racionalizar y normalizar su presencia, la aceptación de vivir con IU, familiarizarse y aprender a vivir con el problema (65).

Según Bradway, las mujeres que han sufrido IU durante un largo plazo (más de cinco años) relatan sus historias siguiendo un **patrón narrativo** y dichas narraciones pueden ejercer una función importante a la hora de comprender las vivencias y el significado que la IU tiene para ellas. Las narraciones de las pacientes son heterogéneas, pero se detectaron tres tipos de argumentos que las mujeres utilizaron al relatar sus experiencias: la narración de búsqueda de IU, la narración de restitución y redención de la IU, y la narración de víctimas de la IU. La tabla 1.1 refleja de forma explicativa los aspectos más destacables de cada patrón (70).

<p><b>The UI Quest Narrative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Matter-of-fact identification and acknowledgement of UI.</li> <li>• UI is bothersome, but part of life.</li> <li>• Learning from it and figuring out management strategies.</li> <li>• Keeps going and lives with it.</li> <li>• Has advice for others.</li> </ul>
<p><b>The UI Restitution Narrative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Specific and nonspecific UI stories mixed with life and laughter.</li> <li>• Works with the UI.</li> <li>• Has a positive view of help from others.</li> <li>• Does not like UI, but lives with it.</li> <li>• Compares self with others and realizes some things are worse than UI.</li> <li>• In the end, feels "happy" (fine, ok, etc).</li> <li>• Inclusion (for some) of redemption sequences.</li> </ul>
<p><b>The UI Victim Narrative</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• UI happens <i>because</i> of...(surgery, sex, doctors).</li> <li>• Tries to forget it and/or fix it.</li> <li>• Unable to resolve or "get anywhere."</li> <li>• Keeps living, despite UI.</li> <li>• Tries to be positive about the future, but unsure of this.</li> </ul>

**Tabla 1.1.** Características de los tipos de argumentos en las narraciones de mujeres con IU (70)

En conclusión, las perspectivas de las mujeres con IU incluyen la puesta en marcha de estrategias propias y la búsqueda de ayuda profesional, las experiencias e historias relacionadas con la IU y el impacto que este problema tiene sobre su calidad de vida y sus sentimientos. Las pacientes con IU se sienten vulnerables ante su situación y mediante sus narraciones es posible comprender las experiencias y el significado que la IU tiene en sus vidas.

## 1.2. Razonamiento Clínico

### 1.2.1. Definición

El Razonamiento Clínico (RC) es una habilidad esencial de los profesionales de la salud que les permite tomar decisiones adecuadas en un contexto específico. Se define como *“el proceso mental y de toma de decisiones que tiene lugar durante el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de la patología del paciente”*. En el año 2000, Higgs y Jones añadieron a la definición de RC factores que influyen en el proceso: *“el proceso en el que el terapeuta, interactuando con otras partes (los pacientes, los cuidadores de atención domiciliaria, los miembros de los equipos de asistencia sanitaria) estructura los objetivos, las metas y las estrategias terapéuticas basadas en los datos clínicos, las preferencias del paciente, los conocimientos y el criterio del profesional”* (71, 72).

En años recientes, Higgs y Jones han actualizado dicha definición, considerando el RC como *“Proceso de pensamiento y toma de decisiones clínicas dependiente del contexto de la práctica profesional para orientar las acciones prácticas. Envuelve la construcción de narraciones para dar sentido a los múltiples factores e intereses relacionados con la tarea de razonamiento actual. Ocurre dentro de un conjunto de espacios problemáticos formados por marcos únicos del contexto de trabajo y de modelos de práctica del profesional, así como el contexto del paciente. Utiliza las dimensiones esenciales de la práctica: el conocimiento, la cognición y la metacognición. La toma de decisiones dentro del razonamiento clínico se produce en micro, macro y meta-juicios y pueden ser realizadas de manera individual o colaborativa. Este proceso envuelve habilidades de comunicación, conocimiento y reflexión”* (72).

### 1.2.2. Razonamiento clínico en la fisioterapia

Dentro del ámbito de la fisioterapia, el estudio del RC durante las últimas décadas ha sido impulsado considerablemente debido a la búsqueda de la autonomía del fisioterapeuta y el desarrollo de dicha profesión (71, 72, 73). La importancia del RC en la fisioterapia subyace en la vasta cantidad de decisiones que el terapeuta se encuentra destinado a realizar en su práctica diaria (73). El razonamiento clínico en

fisioterapia se define como *“el proceso de pensamiento y diferenciación de los hallazgos que sirve de base para el tratamiento fisioterapéutico”* (74).

### **1.2.3. Elementos del Razonamiento Clínico**

Existen tres elementos básicos en el proceso de razonamiento clínico. En primer lugar, el conocimiento del profesional, tanto el adquirido mediante su formación académica como por experiencias clínicas y vitales. El segundo es la cognición, que consiste en el análisis, la síntesis y la evaluación de datos. Por último, la metacognición, que permite a los profesionales reflexionar sobre sus propios pensamientos, criticar los procesos de razonamiento clínico que realizan y ser conscientes de lo que desconocen (71, 75).

### **1.2.4. Modelos de Razonamiento Clínico**

En la actualidad existen varios modelos de RC en fisioterapia, los cuales se incluyen dentro de dos paradigmas científicos: el empírico-analítico y el interpretativo.

#### **A. Paradigma empiricoanalítico**

Este paradigma, conocido también como paradigma científico o positivista, se basa en la objetividad y la capacidad de medir la verdad. Sus herramientas son la observación y el experimento, y los resultados pueden hacerse extensivos al resto del mundo, por lo que serán predecibles (75).

#### **A.1. Razonamiento hipotético-deductivo**

Dentro de este paradigma se encuentra, en primer lugar, el modelo de razonamiento hipotético-deductivo, que es un modelo analítico y consiste en la creación de hipótesis a partir de cierta información del paciente, tras lo cual se recogen, analizan e interpretan los datos del paciente. La creación de hipótesis y evaluación se van sucediendo hasta que son confirmadas o negadas. La finalidad de este modelo es conseguir la validación de los datos del paciente adquiridos mediante una medición fiable, teniendo en cuenta las limitaciones existentes. Este modelo es utilizado principalmente por profesionales inexpertos y por expertos cuando se presenta una situación compleja (73,76,77).

## **A.2. Reconocimiento de patrones**

El segundo modelo es el reconocimiento de patrones, donde el profesional de la salud es capaz de reconocer inmediatamente características observadas con anterioridad en otros casos, realizando un enlace entre una situación clínica y patrones almacenados en la memoria a largo plazo. Este modelo parte de lo específico hacia lo general, al contrario que el modelo hipotético-deductivo. Es considerado también un razonamiento hacia delante. Este modelo es utilizado por profesionales expertos, y les permite formular hipótesis diagnósticas muy rápidamente (73, 76, 77).

## **B. Paradigma interpretativo**

A mediados de la década de los 90, se comenzaron a considerar nuevos modelos de RC, con la intención de otorgar importancia a la perspectiva del paciente sobre su enfermedad, así como la colaboración del mismo en el tratamiento (71, 73, 78). En respuesta a ese cambio de concepto, surge el paradigma interpretativo, el cual propone que la verdad o el conocimiento están relacionados con el contexto en el que se encuentra, por lo que en una única situación pueden existir diferentes realidades y perspectivas. En él se incluyen las perspectivas de los profesionales, así como las de los pacientes, y sus instrumentos son la descripción e interpretación de fenómenos como un todo. En el ámbito de la fisioterapia, existe una importante carencia en cuanto a este paradigma (74, 77).

### **B.1. Razonamiento clínico colaborativo**

En este paradigma encontramos el modelo de razonamiento clínico colaborativo, desarrollado por Edwards, Jones y cols. En este modelo se realza la labor del paciente y la colaboración entre éste y el terapeuta. Es esencial la interacción entre ambas partes en el proceso de razonamiento clínico, así como la consideración del impacto de los factores biopsicosociales en el proceso. Una de las ventajas del modelo de razonamiento clínico colaborativo es que influye positivamente tanto al terapeuta, que aumenta sus conocimientos y experiencia, como al paciente, cuyas ideas o creencias erróneas con corregidas y aprende conductas saludables. Al fomentar la participación del paciente en el proceso, la eficacia del tratamiento mejora y la perspectiva del paciente sobre la enfermedad se transforma por medio del aprendizaje (71).

## B.2. Razonamiento clínico centrado en el paciente

Otro modelo basado en la colaboración e interacción es el modelo de razonamiento clínico centrado en el paciente, descrito por Higgs y Jones. Este modelo hace hincapié en la importancia del contexto del problema del paciente, el cual se verá influenciado por la toma de decisiones del paciente, y esto a su vez afectará a las circunstancias personales de dicho paciente. Otros factores que repercuten sobre el proceso de razonamiento clínico son el impacto de la naturaleza del problema y la situación o el medio en el que se toman las decisiones (71). La figura 1.6. representa el modelo de razonamiento clínico colaborativo descrito por Edwards.

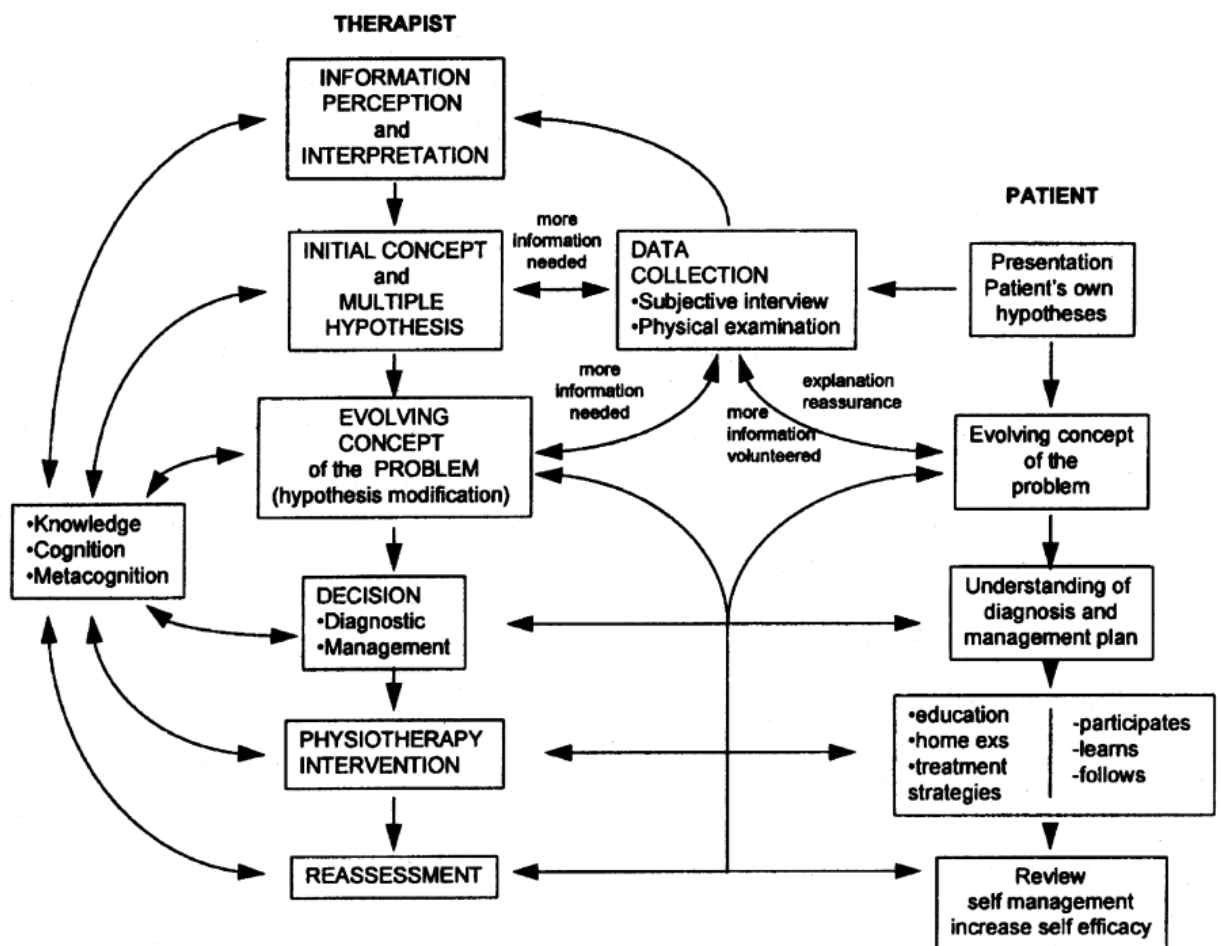


Figura 1.6. Decisiones tomadas de forma colaborativa entre terapeuta y paciente (Edwards 1995) (75)

## B.3. Razonamiento clínico narrativo

El razonamiento clínico narrativo es otro modelo en el marco del paradigma interpretativo. Este modelo busca comprender al paciente (sus creencias,

experiencias, sentimientos, contexto) y su problema, la forma única en la que lo vive, mediante la narración (73, 77, 79, 80). Dos pacientes que presenten la misma patología pueden experimentar el dolor o la discapacidad de manera muy dispar (79). Para que exista un Razonamiento Narrativo son imprescindibles la colaboración e interacción entre el terapeuta y el paciente y un proceso de razonamiento que les guíe hacia un plan de tratamiento consensuado (77). Este modelo se explicará con mayor detenimiento más adelante.

### **1.2.5. Tipos de aprendizaje**

Las acciones en la práctica clínica como resultado de un razonamiento pueden conducir al aprendizaje, tanto al paciente como al fisioterapeuta. Según la literatura, hay dos formas de aprendizaje: la instrumental y la comunicativa. La **instrumental** tiene como objetivo las relaciones causa-efecto, llevando a predicciones sobre eventos que pueden ser observados. El aprendizaje **comunicativo**, en cambio, busca expandir la perspectiva y aumentar el entendimiento de una situación, mediante un proceso de aprendizaje entre el profesional y el paciente. El razonamiento diagnóstico (que incluye el modelo hipotético-deductivo y el de reconocimiento de patrones) y el razonamiento narrativo representan respectivamente estos dos procesos de aprendizaje (73, 79).

### **1.2.6. Estrategias de Razonamiento Clínico**

Son los focos de pensamiento y actuación que los fisioterapeutas presentan durante el proceso de atención al paciente. Se diferencian en estrategias de diagnóstico y estrategias de tratamiento (71).

#### **A. Estrategias de diagnóstico**

- Razonamiento diagnóstico: es la elaboración de un diagnóstico según la disfunción y la limitación funcional, teniendo en cuenta los mecanismos de dolor, la patología del tejido y demás factores potenciales.
- Razonamiento narrativo: busca la perspectiva del paciente, sus acciones, intenciones y motivaciones e incluye la comprensión de la experiencia del paciente de su enfermedad, su relato, contexto, creencias y cultura. Esto significa llegar a comprender por qué el paciente piensa y se siente así.



## **B. Estrategias de tratamiento**

- Razonamiento relativo al procedimiento: es la determinación y verificación de los procedimientos terapéuticos.
- Razonamiento interactivo: es el establecimiento y desarrollo de la relación entre el terapeuta y el paciente.
- Razonamiento colaborativo: se trata de utilizar un enfoque consensuado dirigido a la interpretación de hallazgos, el planteamiento de objetivos y prioridades y la implementación y progresión del tratamiento.
- Razonamiento docente: es la planificación, realización y evaluación de la docencia de forma individualizada y en función del contexto.
- Razonamiento predictivo: es la visualización de situaciones futuras con pacientes y la exploración de sus decisiones e implicaciones consecuentes.
- Razonamiento ético: incluye la comprensión y resolución de dilemas éticos (71, 72, 73, 78).

Por lo general, los profesionales incluyen elementos de diferentes estrategias en su práctica profesional. Por ejemplo, para realizar un buen diagnóstico puede utilizarse el razonamiento diagnóstico, añadiendo elementos de razonamiento narrativo (71, 77).

### **1.2.7. Razonamiento narrativo**

Polkinghorne (1988) dijo: *“La experiencia es significativa y el comportamiento humano se genera mediante lo significativo. La narración es la forma principal mediante la cual la experiencia humana se hace significativa”* (81)

Según Mattingly y Fleming, existen tres tipos de razonamiento: de procedimiento, interactivo y condicional. El **razonamiento de procedimiento** representa el modelo hipotético-deductivo, el **razonamiento interactivo** se refiere al entendimiento que el terapeuta adquiere del paciente interaccionar con él, y el **razonamiento condicional** es un proceso multidimensional que incluye la reflexión del terapeuta desde los dos enfoques anteriores (81, 82). El Razonamiento Narrativo (RN) realiza su énfasis en el razonamiento interactivo. Éste se basa en la interacción entre el terapeuta y el paciente con el objetivo de comprender y amplificar los elementos importantes para el paciente en el proceso de recuperación (83).

Según Jones y Rivett, el RN es un *“proceso de indagación, análisis y tratamiento reflexivo”* mediante el cual el profesional comprende al paciente: su problema, su perspectiva y el contexto de tal problema. Esta tarea de razonamiento en búsqueda de la experiencia única del paciente se denomina *“la construcción de significado”*. Este modelo requiere la participación, confianza, comprensión y comunicación entre ambas partes (74, 77). Mediante dicha comunicación se lleva a cabo un proceso de aprendizaje en el que tanto el terapeuta como el paciente finalmente serán capaces de enfrentarse a situaciones complejas, reflexionando y siendo conscientes de sus perspectivas y su modo de pensar, y adoptando perspectivas más constructivas (73).

En el contexto de la fisioterapia, el RN consiste en la *“comprensión de los relatos del paciente con la finalidad de ampliar la perspectiva sobre las experiencias del paciente concernientes a la discapacidad o el dolor y consecuentemente sus creencias, sentimientos y comportamientos”* (73). La experiencia del paciente con su enfermedad es la clave para que el terapeuta pueda comprender la influencia de cierto diagnóstico en la vida del paciente. La medicina narrativa propone que los terapeutas pueden tratar no solo la enfermedad, sino la experiencia con la enfermedad en su globalidad (83).

En la narración de su historia, el paciente puede enfocarse más en unos aspectos que otros e incluso no encontrar expresión para ciertos elementos. Es necesario tener en cuenta que el relato del paciente está influenciado por la interpretación de los eventos a lo largo del tiempo (73, 80).

El RN es fundamental a la hora de realizar un diagnóstico y tratamiento adecuados (71, 73, 74). En primer lugar, el fisioterapeuta estudia las hipótesis, interpretaciones, la razón del desarrollo y posibles consecuencias que el paciente ha creado acerca de su problema. A raíz de esa información, es posible que se generen nuevas hipótesis o que se refuercen o debiliten las hipótesis ya creadas (71). En contraste con el método hipotético-deductivo, el terapeuta busca confirmar sus hipótesis mediante el consenso con el paciente, no mediante pruebas (71, 73).

#### **A. Patrones de historias**

Mattingly y Fleming identificaron dos tipos diferentes de patrones que pueden presentar las narraciones. El primer tipo es la **“conversación del historial médico”**,

la cual está relacionada con la experiencia del paciente, su narración, y que siempre es retrospectiva. En segundo lugar se encuentra la **creación de historias**, donde el terapeuta imagina el futuro del paciente y cómo ambos pueden trabajar juntos para llegar a ese punto. Estas historias son siempre prospectivas. Se considera que la vida del paciente es interrumpida por un problema o enfermedad. El razonamiento narrativo consiste en una unión entre el pasado y el futuro de la persona, teniendo como nexo las sesiones terapéuticas. Dichas sesiones deben ser, por tanto, relevantes y significativas para la vida del paciente en global (81, 84).

### **B. Elementos del Razonamiento Narrativo**

Algunos elementos del razonamiento narrativo descritos en la literatura son: la importancia de la historia en el proceso de razonamiento, el conocimiento del contexto del paciente, tener en cuenta sus necesidades funcionales, el énfasis en la colaboración con el paciente y proporcionar consejo y ejercicios como parte del tratamiento (77).

La **colaboración entre terapeuta y paciente** es esencial. El RN concede importancia a una comunicación eficaz en la que ambas partes se encuentran involucradas. El terapeuta da al paciente la oportunidad de expresar los diferentes aspectos de su enfermedad (incluyendo los personales y emocionales), asegurándose que tiene suficiente tiempo para hablar, y tomar en consideración sus intereses, habilidades y motivación al trabajar juntos para tomar decisiones sobre el tratamiento, las cuales se llevarán a cabo mediante consenso. Además, el terapeuta habla con el paciente sobre el impacto de la enfermedad en su vida durante el transcurso de las sesiones terapéuticas y ayuda al paciente a realizar cambios apropiados respecto a su perspectiva de la enfermedad.

La comprensión de la experiencia del paciente es más efectiva cuando el terapeuta posee **cualidades** como la escucha activa, la empatía, la sinceridad, la reflexión y la regulación de emociones, así como técnicas comunicativas (mantener el contacto visual, evitar interrupciones, realizar preguntas con final abierto). Por último, el terapeuta prestará atención, además de a la historia del paciente, al modo en el que se comunica y se comporta (por ejemplo, el tono de voz que utiliza o la confianza que deposita en él) (71, 83, 85, 86.)

Se ha detectado en la literatura que la IU conlleva grandes repercusiones en las mujeres a nivel de su calidad de vida y que es un tema en el que influyen las percepciones de las pacientes. Sus narraciones parecen ayudar a los profesionales de la salud a entender sus percepciones y el problema de la IU.

Por otro lado, el razonamiento narrativo se trata de un modelo colaborativo que otorga especial importancia a las narraciones y construcción de significado sobre la enfermedad de los pacientes. Se consideró pertinente, por tanto, utilizar el modelo de razonamiento narrativo para profundizar en el entendimiento del fenómeno de la IU. Debido a la falta de bibliografía en cuanto a este asunto, se procedió a realizar la presente investigación.

---

## **2. OBJETIVOS**

---

## **2.1. Objetivos**

### **2.1.1. Objetivos principales**

- A. Comprender las perspectivas, experiencias, creencias y sentimientos de mujeres con IU mediante sus relatos.
- B. Analizar el uso del Razonamiento Narrativo por parte de los fisioterapeutas en mujeres con Incontinencia Urinaria.

### **2.2.2. Objetivos secundarios**

- A. Analizar las similitudes y diferencias entre las pacientes en cuanto al significado único que dan a la IU.
- B. Conocer los elementos que favorecen el proceso de razonamiento narrativo en el ámbito de la IU.

---

## **3. SUJETOS Y METODOLOGÍA**

---

### 3.1. Diseño

Este estudio consiste en una **investigación cualitativa**. Se llevó a cabo desde un **paradigma interpretativo**, con la finalidad de generar conocimiento a través de la descripción e interpretación de la realidad en su contexto, a partir de las perspectivas de las personas que la viven (73, 77). Se utilizó el **método fenomenológico**, teniendo como eje central de la indagación la experiencia de los participantes (87). El tipo de diseño fue flexible y emergente, por lo que a lo largo de la investigación, los propios elementos de la metodología fueron modificables (88).

Debido a las situaciones presentadas a priori que ocasionarían una limitación de la muestra (factor tiempo y recursos humanos) se presenta éste como un estudio inicial.

### 3.2. Sujetos de estudio

Los sujetos de estudio fueron mujeres con Incontinencia Urinaria en tratamiento de fisioterapia y fisioterapeutas de la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Rehabilitación del Hospital Universitario de Guadalajara. Se empleó un muestreo teórico por objetivos hasta alcanzar la saturación de la información.

Los **criterios de homogeneidad** fueron los siguientes:

Se escogieron **profesionales con experiencia** tanto en la fisioterapia en general como en la especialidad de Suelo Pélvico que trabajaran en la Unidad de Suelo Pélvico del Servicio de Rehabilitación del Hospital de Guadalajara. A su vez, se escogieron pacientes que fueran **mujeres**, debido a la gran prevalencia e importancia de la IU en este grupo de personas (15). Dichas mujeres comenzaron el tratamiento de fisioterapia **mientras que se realizaba el estudio**, ya que la investigadora debía estar presente en la primera sesión, en la que se llevaba a cabo la entrevista entre el fisioterapeuta y la paciente. Las pacientes seleccionadas tenían un rango de **edad entre 40 y 65 años**, ya que a esas edades se produce un pico de prevalencia de IU (4, 5, 8, 11) y es una etapa en la que normalmente ya han tenido lugar eventos ginecológicos como embarazos, partos e incluso la menopausia, que son posibles factores de riesgo del síntoma de la IU (15, 21). Además, se seleccionaron pacientes que tuvieran una historia de **más de 5 años padeciendo incontinencia**, que es lo que algunos autores han considerado como IU a largo plazo, ya que estas personas



tienen experiencia con su problema y les ha supuesto una afectación en sus vidas durante un período de tiempo considerable (14, 70). Por último, las pacientes seleccionadas no habían sido sometidas a **intervenciones quirúrgicas** por causa de la Incontinencia Urinaria. La tabla 3.1. ofrece un resumen de los criterios de homogeneidad del estudio.

<b>FISIOTERAPEUTAS</b>	<b>PACIENTES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mínimo de 5 años de experiencia profesional</li> <li>❖ Mínimo de 1 año en la especialidad de Fisioterapia del Suelo Pélvico</li> <li>❖ Trabajando en la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital Universitario de Guadalajara</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Mujeres</li> <li>❖ Comenzando el tratamiento de fisioterapia durante el transcurso del estudio</li> <li>❖ Entre 40 y 65 años</li> <li>❖ Más de 5 años con IU</li> <li>❖ Sin haber sido intervenidas quirúrgicamente debido a la IU</li> </ul>

**Tabla 3.1.** Resumen de los criterios de homogeneidad de fisioterapeutas y pacientes

Como **criterios de heterogeneidad**, se seleccionaron pacientes con **diferentes tipos de IU**, **diferente grado de actividad** en su vida diaria y diferencias en cuanto a **eventos ginecológicos** (menopausia, embarazos, partos, etc.).

### 3.3. Recogida de datos

#### 3.3.1. Variables de estudio

**A. Variables descriptivas de la población de estudio.** Se recogieron las siguientes variables:

**A.1. Fisioterapeutas:** Años de experiencia profesional en fisioterapia, años de experiencia en suelo pélvico, años trabajados en la unidad de suelo pélvico del Hospital Universitario de Guadalajara.

**A.2. Pacientes:** edad, profesión, tipo de IU, eventos ginecológicos (número de embarazos, número de partos, número de abortos, presencia de menopausia, presencia de sobrepeso, patologías relacionadas, realización de deportes, años de evolución de la IU, estrategias contra pérdidas (número de compresas o salvaslips diarios), tratamiento previo de fisioterapia para la IU.

**B. Variables relativas al razonamiento narrativo en la IU.** Estas variables dependieron del análisis posterior de datos, y quedaron reflejadas como categorías, por lo tanto, se desconocían a priori.

### **3.3.2. Técnicas de recogida de datos**

Se utilizaron varias técnicas para la recolección de datos, que fueron:

**A. Observación participante.** Mediante este método se observaron las conversaciones, técnicas y comportamiento de los fisioterapeutas y las pacientes en un escenario real, teniendo la investigadora la oportunidad de interactuar con los participantes (89). Se eligieron la **primera y segunda sesiones de tratamiento** de cada paciente con los fisioterapeutas para obtener una visión global del proceso de razonamiento clínico y las narraciones de las pacientes, ya que en la primera sesión tenía lugar la entrevista y en la segunda sesión se realizaba el examen físico y se comenzaba el tratamiento de Suelo Pélvico. Para llevar a cabo la observación, **se diseñaron dos plantillas de observación**, una para la primera sesión y otra para la segunda. La primera plantilla fue ligeramente modificada durante la investigación para ajustarse a las sesiones de observación. La confidencialidad de los participantes se mantuvo en las plantillas mediante el uso de códigos.

**B. Notas de campo.** Se tomaron notas que contenían descripciones de situaciones observadas y citas textuales de los participantes.

**C. Entrevistas en profundidad.** Se llevaron a cabo **entrevistas semiestructuradas** con una duración aproximada de 30 minutos. **Se diseñaron dos guiones** para las entrevistas: uno para las pacientes y otro para los fisioterapeutas. Éstos estaban conformados por 10 preguntas abiertas. Las entrevistas se realizaron días después de las observaciones, con la finalidad de analizar los datos recogidos y modificar en caso de necesidad preguntas del

guión. Fueron **grabadas** y **transcritas** manteniendo la confidencialidad de datos mediante un sistema de códigos.

### 3.3.3. Recursos

Los **recursos humanos** utilizados fueron: una investigadora principal, dos investigadores secundarios, y los participantes.

Los **recursos materiales** fueron: papel, bolígrafo y un dispositivo para grabar archivos de audio.

### 3.3.4. Procedimientos

Como paso previo, se realizó una **revisión de la bibliografía**, a partir de la cual **se diseñaron las plantillas** de observación y los guiones de las entrevistas. Se contactó con las dos fisioterapeutas de la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital de Guadalajara, las cuales accedieron a participar en el estudio. Mediante ellas se realizó el proceso de **selección de la muestra** de pacientes, ya que estuvieron en contacto con la investigadora y le hicieron saber cuándo comenzaban el tratamiento de fisioterapia pacientes apropiadas para el estudio. Se les entregó, tanto a las fisioterapeutas como a las pacientes, una **hoja informativa** del estudio, así como un **consentimiento informado** que todas firmaron y entregaron.

La **recogida de datos** tuvo lugar entre el 19 de marzo y el 14 de mayo de 2015. Con cada paciente se llevó a cabo el siguiente procedimiento: se realizó la observación participante de la primera sesión (entrevista fisioterapeuta-paciente) y de la segunda sesión (tratamiento). Tras un espacio aproximado de entre una y dos semanas, se realizó la entrevista en profundidad.

En cuanto a las fisioterapeutas, se les observó en cada sesión con sus pacientes. Al finalizar las observaciones participantes y las entrevistas en profundidad con las pacientes, y después de varios días, se realizaron las entrevistas en profundidad. Las observaciones participantes tuvieron lugar en la **Unidad de Suelo Pélvico del Hospital de Guadalajara**, al igual que las entrevistas en profundidad con las fisioterapeutas. Las entrevistas con las pacientes se realizaron en dos salas diferentes

de la mencionada unidad en privado, con el objetivo de que las pacientes pudieran expresarse libremente.

### 3.4. Consideraciones éticas

Se les entregó a todas las participantes una **hoja informativa** explicando el objetivo y procedimientos del estudio así como un **consentimiento informado** que todas firmaron y entregaron. Durante todo el transcurso de la investigación se mantuvo la **confidencialidad** de las participantes mediante un sistema de códigos. Los códigos de las fisioterapeutas se constituyeron mediante la inicial de cada fisioterapeuta y un número en función del orden en el que se realizó la recogida de datos (F1, F2). En el caso de las pacientes, se les denominó de acuerdo a la fisioterapeuta asignada seguido de la inicial de la paciente y el número perteneciente al orden de la recogida de datos (F1P1, F1P2, F2P1). Las participantes fueron informadas en cuanto a la **voluntariedad** de su participación en el estudio, mediante la hoja informativa y se les dio la oportunidad de formular preguntas sobre cualquier duda que les surgiera.

### 3.5. Análisis de los datos

En la primera fase, (comprensión), se realizó una lectura comprensiva de las transcripciones de las entrevistas y las notas de campo. Tras la primera lectura, se procedió a la codificación de los datos por parte de la investigadora principal y dos investigadores secundarios, los que codificaron dichos datos mediante consenso. La siguiente fase fue la síntesis, que consistió en agrupar los códigos en familias. Tras esta fase se llevó a cabo la teorización, en la que se revisaron los códigos y las familias y se aprobaron por consenso. Por último, se realizó una fase de recontextualización, en la que se relacionaron los conceptos resultantes de las fases anteriores.

### 3.6. Técnicas de verificación

Con el objetivo de alcanzar la mayor fiabilidad posible y en aras del rigor de la investigación, se utilizaron la triangulación y el uso de citas directas.

A. La **triangulación** se realizó desde distintos enfoques:

- a. Por un lado, se llevó a cabo una **triangulación de investigadores**, es decir, se recurrió a dos investigadores secundarios para analizar los datos junto con la investigadora principal.
  - b. En segundo lugar, se realizó una **triangulación metodológica**, teniendo en cuenta que se utilizaron varias técnicas de recogida de datos (observación participante y entrevista en profundidad) para recoger datos de un mismo fenómeno (90).
- B. También se utilizaron **citas directas**. Mediante las grabaciones y posteriores transcripciones, lo que permitió obtener la información directamente de las pacientes.

---

## **4. RESULTADOS**

---

En este apartado se exponen los resultados obtenidos mediante el análisis de los datos recogidos. Se realizaron observaciones participantes de 3 pacientes y 2 fisioterapeutas y se entrevistó en profundidad a las mismas. En las tablas 4.1. y 4.2 se describen las variables descriptivas de las pacientes y las fisioterapeutas, respectivamente. Debido a la limitación de tiempo y recursos humanos, no se alcanzó la saturación de la información.

Los investigadores identificaron 32 códigos que se agruparon en 4 familias, que son: Método de Intervención en Fisioterapia, Paciente, Fisioterapeuta y Elementos de Razonamiento Narrativo. Estas familias representan los aspectos esenciales del razonamiento narrativo dentro del contexto de la IU, extraídos de las percepciones tanto de las fisioterapeutas como de las pacientes. La figura 4.1 representa gráficamente las 4 familias del Razonamiento Narrativo en las mujeres con Incontinencia Urinaria y las categorías pertenecientes a cada una de ellas.

A continuación, se presenta una explicación de los códigos y las familias resultantes del estudio, con citas textuales de las participantes, y de las notas recabadas por la investigadora, así como la relación entre las diferentes familias. Las citas textuales vienen sucedidas por los pseudónimos de las participantes correspondientes (inicial y número pertenecientes al profesional, seguido, en el caso de las pacientes, de la inicial y número de la paciente) para las entrevistas. Las notas de campo se expresan del mismo modo, añadiendo la inicial de sesión (S) y el número, según se haya dedicado la sesión a la entrevista (1) o al examen físico y tratamiento (2).

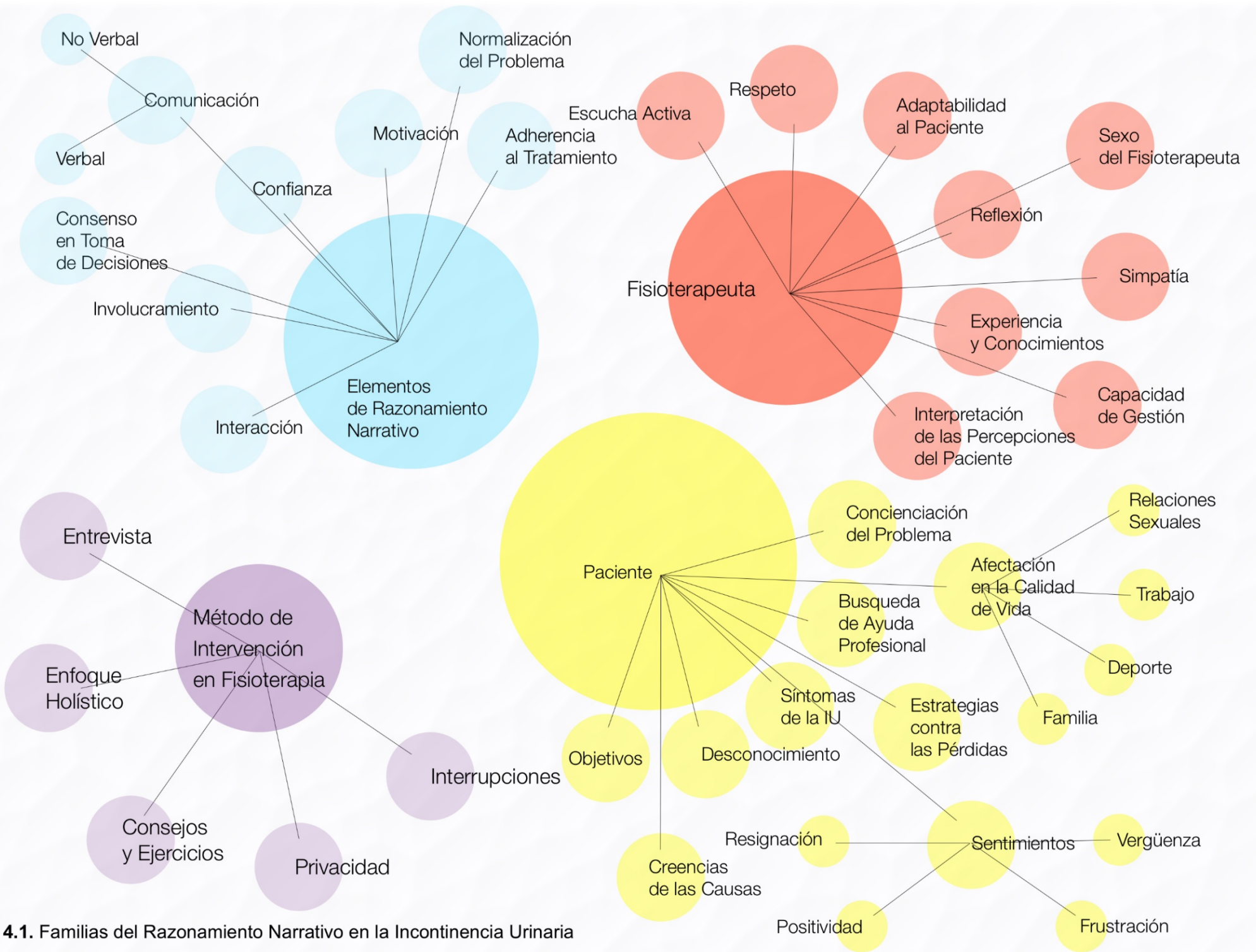
	Edad	Profesión	Tipo de IU	Eventos ginecológicos				Evolución	Patologías asociadas	Estrategias contra pérdidas	Tratamiento previo
				Embarazos	Partos	Abortos	Menopausia				
<b>F1P1</b>	57 años	Maestra de educación infantil	IUE	0	0	0	Sí, hace 5 años	Al menos 5 años	No	2-3 compresas/día	No
<b>F1P2</b>	43 años	Ama de casa (Ex profesora de aerobio)	IUE	5	2	3	No	7 años	Uretra hipermóvil	3 salvaslips/día	Sí
<b>F2P1</b>	49 años	Auxiliar administrativo (en paro)	IUU	3	2	1	Menstruación irregular desde hace 3-4 años	12 años	No	1-2 compresas/día	Sí

**Tabla 4.1.** Variables descriptivas de las pacientes

	Experiencia profesional en fisioterapia	Experiencia profesional en Disfunciones del Suelo Pélvico	Experiencia profesional en la Unidad de Suelo Pélvico del Hospital de Guadalajara
<b>F1</b>	14 años	2 años	2 años
<b>F2</b>	10 años	8 años	8 años

**Tabla 4.2.** Variables descriptivas de las fisioterapeutas





**Figura 4.1.** Familias del Razonamiento Narrativo en la Incontinencia Urinaria

## 4.1. Descripción de los códigos y las familias

### Familia 1: Método de Intervención en Fisioterapia

Esta familia hace referencia a los elementos del Método de Intervención en Fisioterapia (MIF) que los fisioterapeutas consideran importantes para realizar un buen proceso de Razonamiento Narrativo, y los elementos del entorno, mencionados por las fisioterapeutas y las pacientes, que favorecen este método.

El primer código identificado fue la **entrevista**. Las profesionales expresaron la importancia de la entrevista como instrumento para identificar el problema de la paciente y dirigir el resto del MIF.

*“...Es el 90% yo creo de datos que me sirven para saber el tipo de incontinencia o prolapso o dolor, o sea, pues eso encajar el problema en su sitio y saber... y ponerle un nombre por así decirlo y de ahí a planificar el tratamiento. Eso para mí la primera sesión de recogida de datos es lo más importante de toda... lo que es la valoración de fisioterapia. Cierto es que luego la valoración: observación, palpación y demás pruebas complementarias ayudan, o sea, y corroboran lo que en un principio ya he visto, pero la primera sesión y los datos, la recogida de datos, es fundamental en este tipo de patologías, de tratamiento”. F1*

Además, mencionaron que es esencial dedicar suficiente tiempo a ésta, y recoger los datos lo antes posible en el proceso de atención al paciente.

*“Sí, para mí me parece fundamental como te he dicho porque he visto que en alguna ocasión por determinadas circunstancias no he podido dedicarle el tiempo necesario, o sea, el tiempo de la media hora o 45 minutos que dedico y efectivamente, he visto que se escapan datos, que desconozco cosas que no le he preguntado al paciente, o que no me ha contado o no he recogido en su día, y efectivamente, eso me cambia el plan de tratamiento y las preguntas para ver la evolución, etc.” F1*

En segundo lugar, las fisioterapeutas consideraron fundamental realizar una intervención fisioterapéutica con un **enfoque holístico**, es decir, viendo al paciente en conjunto, teniendo en cuenta todas las esferas de su vida.

*“Para mí concretamente, yo soy de la teoría o de la... mi forma de entender la fisioterapia, al igual que cualquier otro aspecto del mundo sanitario, de la atención personalizada del paciente, que hay que tener en cuenta todas las esferas de la paciente, desde lo físico, lo psíquico, lo emocional, como afecta el problema a sus aspectos personales, vitales, familiares, sociales, etc. Y por supuesto, el aspecto físico y de salud, claro que sí.” F2*

Las fisioterapeutas mostraron interés por el contexto o entorno de las pacientes, teniendo en cuenta las repercusiones que éste pudiera ocasionar en el tratamiento de fisioterapia.

*“Su madre ahora mismo está ingresada, hoy en el hospital, pues no puede hacer los ejercicios que debería, no puede hacer una dieta para bajar peso, que le sobra muchísimo peso, ... Ahora mismo no puede, porque su vida está muy alterada” F2*

En tercer lugar, se identificaron como código los **consejos y ejercicios** que las fisioterapeutas proporcionaron a las pacientes. Dichos consejos fueron considerados importantes por las fisioterapeutas para corregir falsas creencias de las pacientes y ayudarles a cambiar hábitos de vida.

*“En su caso, le comenta que el té no es saludable, y le aconseja sobre el deporte y el estilo de vida. Remarca que la creencia que se nos ha dado siempre de que ‘hay que usar y fortalecer los abdominales para todo’ no es correcta, y que debemos trabajar otros músculos, refiriéndose al suelo pélvico y al transversal del abdomen.” F1P2 S1*

Se observó también que ambas fisioterapeutas enviaron ejercicios a las pacientes para realizar en casa, explicándoles que mejorarían al llevarlos a cabo.

*“La fisioterapeuta le aconseja durante el tratamiento que practique los cierres cortos, ya que eso es lo que le va a ayudar específicamente a ella con su problema. En concreto le dice que haga 5 cierres rápidos muchas veces al día. En las recomendaciones, le recuerda que realice en su casa cierres cortos y que beba bastante.” F2P1 S2*

El siguiente código, **privacidad**, apunta a lo vital que es el entorno en el que se produce el MIF. Tanto fisioterapeutas como pacientes hicieron mención de esto,

refiriéndose a que en el ámbito de la IU se tratan temas íntimos de las pacientes y, por tanto, es necesario crear un ambiente en el que se sientan cómodas.

*“Manteniendo un ambiente que permita, que garantice la intimidad del paciente, puesto que es un campo este muy especial, y en el que el paciente pues se tiene que desnudar, tiene que haber tactos vaginales, a veces rectales ...” F2*

*“Sí, de hecho, el primer día cuando vine [a la consulta del médico rehabilitador] había cuatro personas en la consulta, que es una consulta muy pequeña, estaba yo y cuatro personas más, yo estaba muy tensa. Porque además considero que claro, que al ser una cosa pues como cuando vas al ginecólogo, que no te gusta que estén ahí escuchando ni tu vida ni tus problemas personas que no sé, que no sabes tampoco qué función tienen...” F1P1*

Por último, dentro de esta familia se identificó el código **interrupciones**, que también se considera parte del entorno en el que se desarrolla el MIF. En este código se distinguieron interrupciones internas y externas a la relación fisioterapeuta-paciente, pudiendo afectar a ambas partes de la relación. Por ejemplo, la fisioterapeuta puede verse distraída por una interrupción y perder el tema de conversación con la paciente, o una paciente puede sentirse cohibida si es interrumpida por la fisioterapeuta u otra persona. Seguidamente se expone un ejemplo de interrupción externa:

*“A mí me parece que... es un tema muy importante las interrupciones... A mí, procuro evitarlas, interrupciones del teléfono... Yo estoy sola en la consulta, por lo tanto, tengo que atender al teléfono, si llaman a la puerta, si me llama la doctora o si entra una compañera y me dice algo... como a casi todos nos pasa. Eso me parece que es un factor que no es deseable... pero hay que intentar evitarlo al máximo.” F2*

En esta **familia** se tuvieron en cuenta diferentes elementos del **Método de Intervención en Fisioterapia**. Se dio especial importancia a la entrevista, para conocer la historia y el problema de las pacientes; al conocimiento de las esferas de la vida de las pacientes, para proporcionarles un tratamiento que incluya dichas esferas; a las recomendaciones y ejercicios por parte de la fisioterapeuta; y se consideró esencial conservar un ambiente apropiado, incluyendo la privacidad, y evitando interrupciones. Una aplicación apropiada de los elementos de esta familia permite a los fisioterapeutas comprender las experiencias y percepciones de las

pacientes, así como su entorno, y les facilita un ambiente en el que exista una buena interacción y, por lo tanto, un buen RN. Además, un entorno apropiado facilita a las pacientes el sentirse con confianza para expresar sus experiencias.

## **Familia 2: Paciente**

Esta familia gira en torno a las narraciones de las pacientes, y se centra en sus percepciones y experiencias con la IU, así como la afectación que ésta tiene sobre ellas, tanto a nivel físico como en otros aspectos. La cuestión a la que se procura dar respuesta en este apartado es cómo viven las pacientes su problema, lo que constituye la esencia del Razonamiento Narrativo.

El primer código trata de la **concienciación del problema**, que es el proceso a través del cual las mujeres se dieron cuenta y aceptaron que tenían un problema de IU. En dos de los casos las pacientes fueron conscientes de su problema.

*“Lo empecé a notar después del parto, bueno, después de un aborto que tuve del último parto y me di cuenta cuando empecé a volver a hacer deporte, que el primer día que salí a correr llegué calada hasta las rodillas”. F1P2*

Sin embargo, en el caso restante, la paciente no consideró que tuviera un problema (pensó que era algo natural) hasta la menopausia, momento en el que se agudizó. Desde entonces, comenzó a ser un problema para ella, aunque no lo veía como un gran problema, y comenzó a concienciarse del mismo durante el transcurso de las sesiones de fisioterapia.

*“Pues la verdad es que no lo sé precisar bien, o sea, ha sido más acusado, como me preguntaba el otro día la fisio o me indicaba, más a partir de la menopausia, de los cambios hormonales... No es que me dé grandes problemas, pero es algo que considero que hay que tratar, porque bueno, pues me crea ciertas molestias y si es posible mejorarlas, pues para eso vengo a rehabilitación... Y bueno, pues, como que estoy tomando ahora más conciencia del problema que cuando vine.” F1P1*

El segundo código de esta familia fue la **búsqueda de ayuda profesional**. Dos de las pacientes dejaron transcurrir un tiempo tras la aparición del problema antes de acudir a los profesionales de la salud, por diferentes motivos. Estos motivos fueron el

pensamiento de que la paciente podía controlar la situación por ella misma, y la creencia de que la IU no constituía un problema. En el tercer caso, una mala experiencia en la consulta del urólogo hizo a la paciente refrenarse de recibir tratamiento.

*“Yo... pensé que yo lo iba a controlar, porque sabía de este problema pues de otras mujeres.” F1P2*

*“Yo no me lo había planteado” F1P1*

*“Bueno, la primera vez que fui me acababa de incorporar de la baja de maternidad, lo que pasa es que ‘puff’, no sé, fue todo tan complicado, no sé, una experiencia un poco rara, aquello me pareció como tétrico... Fui aquí, al... yo creo que era la consulta de urología, me imagino que me mandaría el médico, pero me hizo unas pruebas extrañas, me mandó hacer unas cosas muy raras y dije bueno... lo dejé, dije “no es tan grave”. Y yo pensé que con el tiempo se pasaría...” F2P1*

Finalmente, dos de las pacientes tomaron la iniciativa de cambiar la situación, debido a la afectación de la IU en sus vidas, y a la paciente restante, la buena experiencia de su hermana con la Unidad de Suelo Pélvico le motivó a buscar ayuda profesional.

*“... Fue una sensación de decir: “tengo que cambiar mi armario, tengo que cambiar mis costumbres”, y ya dije: “hasta aquí”. Ya para mí era... no sé, un caos todo. Donde iba si tenía un baño cerca, si iba a hacer un viaje no beber, y dije: “esto tiene que solucionarlo un especialista”. F1P2*

*“Simplemente que cuando yo he comentado algo en casa ella me ha dicho: ‘¿Por qué no vas a rehabilitación de suelo pélvico? Porque además lo hacen muy bien...’ Y bueno, posteriormente ha sido lo que me ha ayudado a venir.” F1P2*

El siguiente código, **síntomas de la IU**, queda definido como el significado único que las mujeres con IU dan a sus síntomas. Mediante el relato de éstos, las mujeres expresaron la gravedad e importancia que ellas le dan, así como las sensaciones que les producen. A continuación, se expone un ejemplo de IUU.

*“... Cuando digo que tengo ganas de hacer pis, es que ya lo tengo que hacer, y no siempre está cerca. A lo mejor yo vengo y digo: ‘sí, iría al baño’, estás viniendo a casa o lo que sea... ‘Iría al baño’. Pero es que es entrar por la puerta, y es que tiene que*

*ser ya. O sea, si pudiese apartar las escaleras y encontrarme con un baño, pues sería lo ideal.” F2P1*

El siguiente código se trató de las **estrategias contra las pérdidas** de orina que utilizaban las pacientes. Todas las pacientes utilizaban compresas o salvaslips. Además de eso, hicieron mención de otras estrategias, como llevar ropa de repuesto, y los tampones pesarios. Resaltaron la seguridad que proporcionan estas estrategias y, en el caso de la paciente más joven, la importancia de que no se noten.

*“Bueno, de hecho, empecé a usar salvaslips para tener un poco confianza y seguridad de que no me iba a traspasar la orina.” F1P1*

*“Entonces pues bueno, yo cuando salgo digo, pues bueno, ¿me tengo que llevar algo por si acaso? Lo echo en el coche y... porque hay veces que no llevas, pero bueno.” F2P1*

Se identificó un código referente a las **creencias de las causas de IU**, es decir, las percepciones que las pacientes tienen sobre agentes causantes y predisponentes de la IU. Los elementos que se extrajeron en este campo fueron: el deterioro del cuerpo producido por la edad, la condición física (en concreto, la influencia de deportes con cierto impacto sobre el Suelo Pélvico) y eventos ginecológicos (partos, abortos, menopausia).

*“No, no sé, porque yo creo que hay problemas que uno se va habituando, por ejemplo, a la vista. Dices: “pues ya no veo bien”, “pues me pongo las gafas” y lo consideras como algo que va sucediendo con normalidad, pues cierto deterioro”. F1P1*

*“Yo creo que depende... la forma física de cada persona, cómo hayan sido sus partos... En mi caso, por ejemplo, siempre he sido monitora de aeróbic y he llevado mucho impacto, entonces a lo mejor ya estaba predispuesta... Y en mi caso, yo creo que, de hecho... como el aborto fue provocado, que no fue espontáneo, yo creo que ahí sí que te descabalan del todo...”. F1P2*

Un código fundamental para las pacientes fue la **afectación en la Calidad de Vida** que produce la IU. Las pacientes expresaron que su vida se había visto afectada debido a la IU y mencionaron aspectos concretos en los que se veían limitadas. Una de las pacientes compartió no sentir una limitación en su vida diaria; sin embargo,



posteriormente comentó las repercusiones que experimentaba en su trabajo y en las relaciones sexuales debido a la IU, brindando importancia a las relaciones sexuales.

*“Es como que limitas toda tu vida si eres una persona, como en mi caso, activa”. F1P2*

*“Desde empecé por el salvaslip, luego un poco más, ‘ay que no llego’, cada vez que salgo no sé qué, mmm, hay veces que vamos de viaje y digo ‘madre mía, una hora y media, ¿cómo vamos a parar ya?’... La verdad es que hay veces que es incómodo”.*

F2P1

*“No, no, yo hago la vida normal, en el trabajo y todo”. F1P1*

Los aspectos que las pacientes vieron afectados fueron el deporte, la familia, las relaciones sexuales y el trabajo. Debido a la importancia que las pacientes dieron a dichos aspectos se presentan ejemplos de cada uno de ellos.

*“Me apunté a spinning y me bajé de la bici calada, entonces pues colgué el chándal, dejé todo el deporte”. F1P2*

*“Yo, por ejemplo, que voy al monte, que voy cargada con una mochila, que tengo dos niños que cuando saltan hacia ti, te das cuenta que si los coges es que se te escapa. O yo toda la vida he jugado con ellos en el parque, o haciendo cosas, pero te tienes que controlar.” F1P2*

*“En las relaciones sexuales. O sea, para mí ha sido un cambio brutal, o sea el notar un dolor que no te pasaba nunca. Entonces la sensación de que tu pareja pues no le importa, te comprende tal y cual, pero a ti... como persona para ti dices: “bueno, ¿qué ha pasado? O sea, he estado, toda mi vida no he tenido problemas y ahora... Eso por ejemplo sí que, sí que creo que es de las cosas que más me afecta”. F1P2*

*“Trabaja en una escuela con niños de 3 años. Dicho trabajo requiere de ella esfuerzos como agacharse, levantarse y cambiar mesas de lugar. Cuando los realiza, ‘a veces lo noto más y a veces menos, pero sé que en esos momentos se me escapa’... A veces no puede ir al baño hasta que llega a su casa, alrededor de las 16:00 h. Comenta que no puede dejar a los niños para ir al baño porque ‘se arma un follón en clase’.” F1P1 S1*



Se observó que las pacientes con menor edad y más activas percibieron una mayor afectación en su Calidad de Vida, viéndose limitadas muchas de las actividades de su vida diaria que solían realizar anteriormente a la IU.

El siguiente código que se estableció son los **objetivos** que las pacientes se marcaron respecto al tratamiento de fisioterapia. Estos objetivos hicieron a las pacientes buscar ayuda profesional, y se consideraron un instrumento favorecedor de la adherencia al tratamiento. Se trataron de desprenderse de las medidas contra las pérdidas, volver a hacer deporte y que desapareciera el dolor durante las relaciones sexuales, y controlar la sensación de urgencia.

*“Pues bueno, decía la fisio que desprenderme de las ayudas que ahora mismo tengo para solucionar el problema. O sea, que funcionara en condiciones y fortalecer el músculo y que no necesitara eso”. F1P1*

*“Volver a hacer deporte. Es que es por lo que he decidido dar el paso. Porque claro, además, todo está relacionado. Yo creo que, si vuelvo a hacer deporte, en las relaciones no me volverá a doler. O sea, que es porque hay una mejoría. Entonces para mí el poder coger mis zapatillas y poder correr o el coger la bici e ir por caminos ahora que tengo unos niños en edad que empiezan a ir en bicicleta yo creo que para mí sería lo más satisfactorio.” F1P2*

*“Hombre, pues... poder controlar un poquito. O sea, yo no digo aguantar cinco horas, que tampoco me parece sano, pero por lo menos, que cuando yo diga “ahora no, espérate un minuto”, por lo menos pueda esperar un poquito hasta que llegue al baño, porque eso es lo que más rabia me da.” F2P1*

Las pacientes manifestaron su **desconocimiento** ante el tratamiento de fisioterapia (tanto su existencia como en qué consiste) y en cuanto a medidas a tomar ante la aparición de la IU. El desconocimiento, por tanto, fue el siguiente código extraído. Tal desconocimiento hizo que estas pacientes intentaran solucionar el problema por ellas mismas de la forma equivocada, y que tuvieran ciertas expectativas en cuanto al tratamiento de fisioterapia que no se correspondieron con la realidad.

*“Yo pues... el desconocimiento pues hacía más abdominales, abdominales que no tenía que hacer... Intentaba pues no hacer el impacto, sino solo salir a caminar... Yo creo que además es el desconocimiento, porque haciendo deporte como he hecho*

*toda mi vida, es el músculo olvidado. O sea, yo creo que, que hasta ahora que empiezan a haber gimnasios o salas, que tú lo lees en los carteles: 'Fortalecimiento de Suelo Pélvico', 'Hipopresivos'... O sea, son dos palabras que llevan 2 años con nosotros." F1P2*

*"... Tenía total desconocimiento a que tenía que pasar por la médica rehabilitadora, y me sorprendió que me tuvieran que hacer una exploración, o sea, lo pasé mal el primer día por eso, porque yo pensé que esto sería...no sé, me imaginaba yo como las embarazadas cuando van a hacer la gimnasia que aquí seríamos un grupito pequeño de mujeres y que te enseñarían a hacer unos ejercicios, pero sin una exploración tan íntima como la que te hacen cuando vienes a la médica rehabilitadora o a la fisio. Eso lo desconocía totalmente. Ni la pregunté a mi hermana siquiera porque daba por hecho como que era eso, como un grupo de personas que hacen un tipo de terapia en común con unos ejercicios que te enseñan a hacerlos y que vienes a practicarlos." F1P1*

El siguiente código se trata de la afectación que las **creencias de la sociedad** tienen sobre las mujeres con IU y el tratamiento de fisioterapia. Estas creencias en muchos casos son falsas, y las fisioterapeutas intentan corregirlas. Según las fisioterapeutas, existen diferentes fuentes de información en la sociedad, como internet y otros medios de comunicación, personas del entorno de las pacientes, y especialistas, que desorientan a las pacientes en cuanto a qué es lo correcto.

*"Pues, por ejemplo, lo de... durante la micción, interrumpir el chorro... Es una creencia bastante común, que incluso pues aparece en los medios de comunicación, o en las revistas, o en los libros, o lo mandan algunos médicos, o enfermeras, o fisioterapeutas... y es algo que tiene una base física, porque realmente cortar el chorro del pis es un cierre del suelo pélvico, pero no mientras [sic] la micción. No durante la micción. Hay que hacerlo fuera de la micción. Por ejemplo, eso sería algo que hay que corregirlo. Luego también hay que corregir falsas creencias de cada cuánto hay que ir a orinar, o sea, en cuanto a la frecuencia con la que hay que acudir al servicio para vaciar la vejiga. Hay ideas muy dispares... y lo que hay que hacer es aclararle a la paciente cada cuánto es conveniente orinar...". -F2*

Por otro lado, las pacientes pueden verse afectadas por la percepción de la sociedad en cuanto a la IU. Ellas son, en general, reticentes a hablar con otras personas acerca de la IU, al menos al principio, por miedo a la actitud con la que responderán: "Al

*principio te inventas... 'me duele la rodilla', o 'es que estoy cansada', o sea que sí que es verdad que es un poquito tabú, hasta que ya la gente de tu entorno, les dices: 'no corro porque no puedo', 'no salto porque no puedo, porque me pasa esto'." F1P2* Según ellas, *"no está bien visto que alguien se mee porque se ría o porque estornude o porque esté constipado o porque bueno, pues, lo que son las circunstancias normales en las que pasa esto". F1P1.*

Por último, la IU y todo lo relacionado con ella, descrito en los códigos anteriores, produce diferentes **sentimientos** en las mujeres que la padecen. Además, las pacientes eligieron tener diferentes actitudes frente al problema. En este código, se describen los sentimientos predominantes que experimentaron las pacientes con IU, así como la actitud que tomaron ante el problema.

En algunos momentos, las pacientes sintieron frustración:

*"A veces me cabreo un montón conmigo misma. Salgo y... a ver qué va a pasar. Me da mucha rabia tener que visitar todos los baños". F2P1 S1*

En otros momentos, sintieron vergüenza:

*"... Yo creo que lo primero es como avergonzarte. "Se me escapa". "Es que no puedo hacer esto porque se me escapa el pis, porque salto". F1P2*

Se observaron dos tipos de actitudes ante la IU. La primera fue una postura de resignación, en la que la paciente pensó que no existían otras opciones y que tenía que seguir viviendo su vida, y la segunda, positividad, ya que la paciente tuvo una actitud positiva respecto a la búsqueda de soluciones y a encarar el futuro con esperanza. Seguidamente, se expone un ejemplo de sendas posiciones, en el orden que han sido explicadas:

*"Es que no puedo hacer otra cosa. O sea, es que, bueno, tengo este problema, he venido al médico, estoy haciendo lo que puedo, y no me voy a encerrar en casa a ver cuándo tengo ganas, porque entre otras cosas, creo que tampoco me beneficia estar en casa y tener el baño ahí a dos metros Entonces, tengo que seguir mi vida, ¿qué me tengo que aguantar un poco y no llego? Pues me tengo que aguantar un poco y no llego, ¿qué voy a hacer? Entonces, pues bueno, yo creo que es la única alternativa...". F2P1*

*“Hombre, a ver, yo creo que o te hundes, ¿sabes? Porque si empiezas a pensar... Lo que pasa que yo prefiero darle la vuelta a la tortilla y decir: “Bueno, pues me ha tocado. A otras no les ha tocado, pues habrá que buscar el remedio, intentar solucionarlo, ¿Qué no se puede? Pues habrá que buscar otras cosas”. Entonces yo, como me considero una persona muy positiva, creo que mi posición es tirar para adelante. Y buscar soluciones.” F1P2*

En la **familia Paciente**, se ha observado que no todas las mujeres viven la IU de la misma forma. Los elementos de esta familia son de vital importancia, ya que, partiendo de las narraciones de las pacientes, los fisioterapeutas pueden comprender las percepciones de ellas y es posible realizar un MIF que se ajuste a las necesidades específicas de cada paciente. Los fisioterapeutas deben utilizar sus cualidades a la hora de obtener el tipo de información descrita en esta familia. Asimismo, esta familia permite construir los cimientos de un buen Razonamiento Narrativo, que se basa en la comprensión del problema del paciente y la colaboración con él.

### **Familia 3: Fisioterapeuta**

Esta familia está centrada en la figura del profesional de fisioterapia, e incluye las cualidades y características que, tanto las fisioterapeutas como las pacientes, consideraron importantes que un fisioterapeuta de poseer para realizar un buen proceso de razonamiento narrativo, y las que la investigadora observó durante el proceso.

Primeramente, se identificó la **escucha activa** como cualidad de las fisioterapeutas. Tanto por observación como por ratificación de las pacientes, se percibió esta cualidad, que incluyó la retroalimentación por parte de las fisioterapeutas de lo que las pacientes expusieron, y una actitud de atención hacia los discursos de las pacientes. Además, se consideró la escucha activa como una herramienta útil para individualizar los tratamientos.

*“Asiente con la cabeza e interviene con palabras cortas (sí, ajá) durante las intervenciones de la paciente. En ocasiones, resume lo que la paciente dice con el fin de extraer una conclusión, asegurándose de que ha comprendido su exposición, por*

*ejemplo: 'Entonces la sensación de urgencia la tienes más o menos controlada, ¿no?'. F1P2 S1*

En segundo lugar, las fisioterapeutas valoraron mucho el **respeto** hacia las pacientes, entendido como la consideración hacia las mismas y la seriedad con la que se estima el problema de la IU. Valoraron la importancia de usar el tratamiento de usted con las pacientes.

*"Bueno, pues desde luego crear un ambiente de comunicación, tratar con respeto al paciente, si es una persona mayor pues comenzar tratándole de usted por supuesto, si quieres pasar al tuteo pues pedir permiso, es decir, "bueno si te parece nos podemos tutear", también eso le crea a ella, al paciente, una relación de confianza, si te puede tutear. Pero siempre con respeto". F2*

El siguiente código fue la **adaptabilidad al paciente**, refiriéndose a la flexibilidad por parte del fisioterapeuta a adaptar, cuando sea necesario, aspectos como la hora, estructura o contenido de las sesiones de tratamiento, en función de las circunstancias, necesidades y ritmo de aprendizaje del paciente. Esta cualidad, según las fisioterapeutas, puede favorecer la relación fisioterapeuta-paciente.

*"Pueden aparecer muchas situaciones personales que requieran cambios en el horario, adaptación un poquito a las situaciones familiares y de las circunstancias que vayan surgiendo y yo pues intento tener una buena relación, o sea, una buena disposición para que luego haya una respuesta más favorable en el tratamiento". F2*

*"Aunque dentro del tratamiento de la paciente se incluye la electroestimulación, la fisioterapeuta considera oportuno dedicar la sesión de hoy a aprender y recordar los tipos de cierres, dejando para más adelante esa parte del tratamiento". F2P1 S2*

También se identificó como código el **sexo del fisioterapeuta**, haciendo alusión a la preferencia de las pacientes, a hacer tratadas por alguien de su mismo género. Los motivos de esta preferencia son, la creencia de que las mujeres van a comprenderles mejor, y el hecho de no tener la sensación de sentirse indefensas.

*"Y sí que es cierto que me parece importante, aunque en estos tiempos, ya hay hombres y mujeres, yo prefiero que sea una mujer... Para otra cosa me da igual, pero para esto, es igual que el ginecólogo, yo... prefiero para estas cosas que sea una*

*mujer. No sé por qué, pero yo creo que también se pone más en tu lugar, en las cosas. Entonces, yo prefiero que sea una mujer” “Es que la verdad, es que lo mismo, cuando te mira el ginecólogo... es que estás en una posición totalmente indefensa, y dices, no sé, que prefiero que sea una mujer”. F2P1*

El código **reflexión** trata de la capacidad del fisioterapeuta de considerar con detenimiento y profundizar en los problemas del paciente. Esta habilidad se manifestó al guiar (las fisioterapeutas) las conversaciones con las pacientes, realizando una escucha activa y realizando preguntas en cuanto a los aspectos en los que quisieron profundizar. Se observó que este código se encuentra relacionado con la creación de hipótesis en el proceso de razonamiento narrativo. A continuación, se exponen dos ejemplos en cuanto a la reflexión, extraídos de las notas de las observaciones participantes.

*“Explica a la paciente que la presión que siente en el útero puede ser debido a los embarazos... La fisioterapeuta escucha a la paciente y realiza preguntas con respecto al tema... hasta llegar a una conclusión”. F1P2 S2*

*“... La fisioterapeuta pregunta a la paciente si tiene la menopausia. Entonces la paciente le contesta que tiene reglas irregulares. La fisioterapeuta profundiza, realizando preguntas al respecto, como si tiene sofocos, desde hace cuánto tiempo los tiene, si éstos le despiertan por la noche, etcétera”. F2P1 S1*

Otro código identificado en esta familia fue la **simpatía**, es decir, un carácter de amabilidad e interés por las pacientes. Ésta se estimó, desde el punto de vista de las fisioterapeutas, como un medio para crear un ambiente de confianza en el que ellas pudieran sentirse cómodas y compartir información relevante.

*“O sea... simplemente con preguntarle preguntas de “qué tal el fin de semana”, ser simpática entre comillas, porque al final eso hace que, pues que te cuente o que no te cuente:” F1*

La **capacidad de gestión** de las fisioterapeutas es otro código, que hace referencia a cómo las fisioterapeutas manejan la agenda, el tiempo, y las circunstancias dentro del entorno en el que se mueven. Se consideró que tienen suficiente tiempo para realizar una intervención adecuada, y que dispusieron de flexibilidad para realizar cambios oportunos en la agenda.

*“Creo que aquí estoy bien, o sea, se dispone bien del tiempo. Afortunadamente tampoco tenemos, o sea, tenemos presión, pero confían bastante en nosotros, me refiero, nos gestionamos la agenda, nos gestionamos nuestro trabajo y yo me niego a ciertas cosas”. F1*

La **experiencia y conocimientos de las profesionales** aparecieron como código fundamental, tanto para fisioterapeutas como para pacientes. Los conocimientos teóricos fueron vistos como básicos para trabajar en el ámbito de la IU, y la experiencia fue esencial para las fisioterapeutas en el proceso de aprendizaje. Según una fisioterapeuta: *“Supongo que la propia experiencia hace que comprenda más. Porque cuando yo comencé a trabajar en esto, pues eran cosas nuevas, los síntomas algunos eran incluso desconocidos, ¿no? Entonces me costaba comprenderlo. Entonces cuando no conoces a alguien, el hecho de tratar a uno, otro, otro y otro al final hace que comprendas más al propio paciente y a lo que le pasa”. F1*

Además, a las pacientes les pareció que la experiencia es una cualidad muy importante en un fisioterapeuta para realizar una buena valoración y realizar las correcciones necesarias durante el tratamiento: *“Hombre, al final pues la experiencia, que eso pues cuanto más tratéis pues al final digo yo que enseguida veréis si tenemos un Punto Gatillo, si... si hacemos mal los ejercicios...”. F1P2*

El último código de la familia Fisioterapeuta fue **la interpretación de las percepciones de las pacientes** por parte de las fisioterapeutas. Con este código se valoraron cómo las fisioterapeutas pensaban que las pacientes a las que trataban percibían su enfermedad. Estas interpretaciones se correspondieron con los discursos emitidos por las pacientes tanto en las observaciones participantes como en las entrevistas en profundidad. Esta habilidad de interpretar la forma en la que las pacientes viven la enfermedad fue importante para que las fisioterapeutas comprendieran a las pacientes. Sin embargo, es importante que siempre se correspondan con la realidad.

En esta **familia, Fisioterapeuta**, se obtuvieron resultados en cuanto a cualidades que los fisioterapeutas necesitan a la hora de llevar a cabo el razonamiento narrativo. Al adquirir los fisioterapeutas estas cualidades, pueden utilizarlas para realizar un mejor MIF, comprender los diferentes aspectos del problema de las pacientes, así como hacerles sentirse respetadas y que forman parte de una interacción en la que ellas

son protagonistas. La familia Fisioterapeuta, al igual que la familia Paciente, jugará un papel fundamental en el proceso de Razonamiento Narrativo, ya que las cualidades de éste facilitarán la interacción y relación de confianza con el paciente.

#### **Familia 4: Elementos del Razonamiento Narrativo**

Esta familia está centrada en el modelo de RN, y contiene los elementos que se consideraron básicos para realizar con éxito dicho proceso de razonamiento en el abordaje de la IU desde la fisioterapia. Debido a que se trata de un modelo colaborativo, esta familia se basa en la relación entre fisioterapeuta y paciente.

En primer lugar, se identificó el código **interacción**. Este código se refiere a la importancia de la existencia de una relación bidireccional, en la que ambas partes aportan, reciben e interactúan entre sí. Para ello, fue necesaria la disposición a participar por parte de las pacientes y que las fisioterapeutas les ofrecieran la oportunidad de hacerlo.

*“Pues siempre actuando o interactuando con la paciente, continuamente desde el primer momento que empiece el tratamiento. Una cosa que desde mi punto de vista es muy importante es la primera sesión en la que... explico en qué va a consistir el tratamiento, el motivo de hacer un tratamiento u otro. Pido su colaboración, y la adherencia del tratamiento, explico la importancia de hacer el seguimiento”.* F2

Cuando la interacción tuvo lugar, existió un trabajo en equipo y un entendimiento por ambas partes.

*“La fisioterapeuta nota que, al pedir la contracción de la MSP, la paciente contrae los aductores. Al corregirle y realizarlo de nuevo, le comenta: ‘¿Tú notas la diferencia?’, a lo cual la paciente le responde: ‘Sí, las piernas’.”* F2P1 S2

Bajo el punto de vista de una de las profesionales, una buena interacción con las pacientes puede incluso llevar a una mayor mejoría de éstas.

*“...Yo tengo la sensación, pero como en toda la fisioterapia, que el factor subjetivo es fundamental. Entonces el hecho de que ellos vengan conformes al tratamiento, contentos y que vayan viendo al mismo tiempo cómo... O sea, creo que sí que hay una parte de incluso mejora cuando la interacción fisioterapeuta paciente es buena.”*

F1



El segundo código trata del **involucramiento** o implicación de ambas partes en el proceso de intervención fisioterapéutica. Se consideró que, para que el tratamiento tuviera éxito, era importante que, tanto la fisioterapeuta como la paciente, debían estar concentradas y dispuestas a realizar los esfuerzos necesarios, teniendo una actitud activa y no pasiva, y realizando el seguimiento oportuno.

*“...Cualquier cosa que me pregunta intento explicárselo e ir un poquito más allá de lo que es el tratamiento exclusivamente necesario...”* F2

*“La paciente... está centrada en el tratamiento, prestando atención a la fisioterapeuta mientras que ésta le da instrucciones, y siguiéndolas”.* F1P1 S2

El siguiente código es el **consenso en la toma de decisiones**. El razonamiento narrativo incluye el llegar a un consenso con el paciente al tomar decisiones sobre los objetivos y el tratamiento. Sin embargo, ni en la observación participante ni en las entrevistas en profundidad tuvo lugar dicho consenso.

*“Los objetivos y el plan de tratamiento parecen propuestos por la fisioterapeuta... no se observa un consenso entre ésta y la paciente”.* F1P2 S1

A pesar de que las fisioterapeutas resaltan la importancia de conocer el contexto y objetivo de los pacientes, también explican que no existe consenso.

*“Bueno, no sé si aquí se consensua. No diría yo que esto es un consenso. O sea, nosotros tenemos una hoja de tratamiento, con una serie de sesiones, una serie de tratamientos a llevar a cabo, con bastante flexibilidad, pero que hay que cumplir. Y lo que sí... por lo tanto no es un consenso, un acuerdo”.* F2

El cuarto código de esta familia es la **confianza** presente en la relación fisioterapeuta-paciente. Dentro de este código se incluyó la tranquilidad y confort que las fisioterapeutas transmitieron a las pacientes, y el trato cercano con el que las fisioterapeutas llevan a cabo la atención a las pacientes. Estos elementos, según las fisioterapeutas, generaron un ambiente de confianza, en el que las pacientes pudieran expresarse.

*“... Me ha ido tratando, vamos, como si fuese de toda la vida, como si supiese mi problema... es en el sitio que más a gusto me he sentido, porque en los demás van como más a matacaballos: te miran, te hacen el volante y te mandan a otro y ese otro*

*te manda una prueba, pero éste es el que te escucha y el que te va a tratar.... Es el que está contigo.” F1P2*

También se incluye en este código la seguridad que las pacientes depositaron en las fisioterapeutas al compartir información en cuanto a temas privados para ellas. Por último, se consideró la confianza como un aspecto clave para la interacción entre fisioterapeuta y paciente.

El quinto código trata de la **motivación** del paciente, que quedó definido como el ánimo para participar activamente en el tratamiento. Las fisioterapeutas estimaron como algo positivo el transmitir ánimo a las pacientes.

*“La fisioterapeuta le transmite... ánimo: ‘Wow, ¡qué bien! Muy bien, son muy buenos cierres’.” F2P1 S2*

Una de las profesionales mencionó que la motivación del paciente podía reflejarse incluso en la mejoría de los síntomas.

*“Y si tú le animas desde el primer momento, siendo realista... Esas esperanzas que le creas, esas expectativas que le creas al paciente pues creo que van a ayudar a motivación del paciente, y la motivación se la ve también en la mejoría de los síntomas... Por el factor subjetivo, o porque tiene más adherencia al tratamiento y realiza los ejercicios como le mandamos, o por ambas, pero yo creo que eso hace que mejore más”. F1*

El siguiente código fue la **comunicación**, que constituyó una base para la relación entre fisioterapeuta y paciente. Este código incluyó la comunicación verbal y la no verbal.

En cuanto a la comunicación verbal, se dio especial importancia a las preguntas (en concreto, las preguntas con final abierto) como técnica para facilitar a las pacientes que compartieran información.

*“Realiza preguntas para que la paciente explique su experiencia, por ejemplo: ‘¿Y le afecta mucho este problema?’.” F2P1 S1*

La comunicación no verbal fue transmitida mediante gestos, tono y velocidad de la voz, postura, y otras expresiones como la risa y el llanto. Mediante este tipo de

comunicación se expresaron estados de ánimo, y el grado de comodidad de las pacientes y las fisioterapeutas.

*“Al principio, le cuesta mantener el contacto visual, lo cual va cambiando a medida que avanza la sesión. Durante gran parte de la entrevista mantiene los brazos cruzados”.* F1P1 S1

*“Volumen y tono de voz adecuados... tomando notas de su sintomatología y manteniendo el contacto visual con la paciente”.* F2P1 S1

Otro código fue la **adherencia al tratamiento**. Este código consistió en conseguir la adhesión de las pacientes al tratamiento de fisioterapia: que realizaran los ejercicios y aplicaran las recomendaciones que las fisioterapeutas les dieron fuera de las sesiones, y que acudieran y trabajaran en las sesiones. Las pacientes expresaron la dificultad que les suponía realizar los ejercicios en casa, debido a olvidos, dejadez, o falta de tiempo. Las pacientes que habían recibido tratamiento previo coincidieron en que experimentaron una mejoría al realizar los ejercicios, pero al acabar el tratamiento, perdieron continuidad realizándolos. Una paciente explica el motivo de pérdida de continuidad de la siguiente manera: *“Cuando tú vas al médico y te pone a dieta o te pone unos ejercicios o lo que sea, es como que tú tienes una obligación... desde el momento que tú dejas de hacer el tratamiento, te relajas. Entonces, teniendo la obligación de venir y hacerlo porque te va a preguntar, pues uno se... Se pone las pilas, pero cuando dices “no, lo tienes que hacer, y hay que educarte, y tal y cual” pues, mmm, dices: bueno... luego, lo hago mañana.”* F2P1 Según su opinión, fue esencial el seguimiento realizado por la fisioterapeuta para fomentar su adherencia al tratamiento.

A pesar del esfuerzo, las pacientes fueron conscientes que el trabajo realizado en las sesiones no era suficiente, y que necesitaban trabajar en casa también. *“Es un trabajo que tengo que hacer no sólo aquí, sino yo personalmente, de los ejercicios que practique en casa...”.* F1P1

Las fisioterapeutas también expresaron la transcendencia por parte de las pacientes de estar adheridas al tratamiento: *“... Me parece muy importante que... haya un compromiso por parte del paciente para hacer las cosas que tú le vas pautando, y un compromiso para asistencia a las sesiones, para hacer el tratamiento en casa. Y eso,*

*desde luego, yo procuro que el paciente lo conozca muy bien, lo voy, digamos, se lo voy preguntando a lo largo del tratamiento". F2*

Por último, se estableció el código **normalización del problema**, que se refiere a tratar los problemas de las pacientes de forma natural. Una de las estrategias utilizadas por las fisioterapeutas fue ayudarles a saber que existen muchas otras personas que tienen el mismo problema que ellas. *"Que tenemos muchísima lista de espera, que como tú hay un montón de gente, que..." Para que la persona no se sienta la única con este problema, porque realmente vienen con esa sensación mucha gente, muchos pacientes. Y yo creo que eso ayuda, ¿sabes? ...Ellos se sienten más tranquilos, o sea, pues eso, 'mal de muchos, consuelo de tontos', pero sí, se conforman...". F1*

Además, las pacientes se sorprendieron ante la normalización del problema que ha comenzado a aparecer estos últimos años en los medios de comunicación: *"O sea, los anuncios de la tele que hace la Concha Velasco o alguna otra actriz, bueno, pues resultan para mí un poco novedosos, como... ¿Es esto tan habitual que hay que usar compresas porque ya necesitas? No sé. Me sorprendió cuando vi los anuncios cómo se ha creado una industria en torno a esto, que es para aliviar y naturalizar el problema de cierta incontinencia." F1P1*

Esta **familia** está basada en los **elementos de Razonamiento Narrativo**, que procuran hacer del razonamiento clínico un proceso colaborativo entre el fisioterapeuta y el paciente. Se identificaron diferentes elementos que favorecieron el proceso de interacción, que fueron el involucramiento por ambas partes, tomar las decisiones en consenso, generar una relación de confianza, motivar al paciente, que exista la comunicación en ambos sentidos y normalizar el problema.

Estos elementos ejercen una influencia positiva sobre la adherencia del paciente al tratamiento. Mediante el uso de los elementos de esta familia aumentará la eficacia del MIF, trabajando el fisioterapeuta y la paciente en equipo en todas sus fases, llegando a unos objetivos consensuados y llevando a cabo un tratamiento individualizado en el que ambas partes interaccionan. En este proceso, tanto el fisioterapeuta como el paciente se verán beneficiados, viéndose implicados en el tratamiento, proporcionando y recibiendo feedback.

Tras la descripción de los códigos y las familias, se exponen a continuación los resultados concernientes a la comprensión de las narraciones de las pacientes con IU y el uso del razonamiento narrativo por parte de las fisioterapeutas.

## 4.2. Narraciones de mujeres con IU

Mediante las narraciones de las pacientes se extrajeron resultados acerca de sus percepciones, experiencias, creencias y sentimientos acerca de la IU. A continuación se exponen las similitudes y diferencias que las pacientes expresaron en cuanto a estos elementos.

La IU fue **percibida** de forma diferente por cada paciente. Para una de las pacientes supuso una gran limitación en su vida. Para otra de las pacientes, no supuso un gran problema. Para la tercera paciente, la IU fue un problema que le afectaba, pero vivía con él y seguía realizando sus actividades. Estas diferencias estuvieron relacionadas, según las pacientes, con el estilo de vida de las mismas. Es decir, cuanto más activas, mayor afectación tenía la IU en su calidad de vida. También se encontró una diferencia en la forma de percibir la IU según el tipo de la misma: dependiendo de si era de esfuerzo o de urgencia, las pacientes vieron que el problema aparecía al realizar esfuerzos, por lo que sintieron una limitación en cuanto a sus actividades, o detectaron el síntoma de urgencia, por lo que el problema fue la frecuencia con la que tenían que ir al baño y la incapacidad de llegar a éste sin experimentar pérdidas.

En cuanto a las **experiencias** de las pacientes con la IU, la búsqueda de ayuda profesional supuso un paso en general difícil para ellas. No fue habitual recurrir a los profesionales de inmediato, y algunas tuvieron malas experiencias con los médicos. Las experiencias con las fisioterapeutas fueron satisfactorias, aunque en uno de los casos no se correspondía con las expectativas que la paciente había creado. Se halló que lo más común respecto a las estrategias contra las pérdidas fueron las compresas y los salvaslips. Otras estrategias como los pesarios fueron secundarias y no tuvieron éxito entre las pacientes. La mayoría de experiencias relatadas por las pacientes estuvieron relacionadas con la calidad de vida. Las pacientes dieron importancia a estas experiencias, que fueron limitantes para ellas. Los campos más afectados fueron el deporte, la familia, el trabajo y las relaciones sexuales.

En el ámbito de las **creencias**, se hallaron dos tipos de resultados. Por un lado, se obtuvieron conclusiones sobre las creencias de las pacientes en cuanto a las causas de IU. Estos resultados fueron dispares. En todos los casos, las pacientes asociaron la causa de la aparición o agudización de la IU con eventos ginecológicos. Otras creencias respecto a las causas fueron el deporte y el deterioro por la edad.

El segundo tipo de creencias observadas fueron las opiniones de la sociedad acerca de la IU. Bajo el punto de vista de las fisioterapeutas, existen diversas presunciones falsas en la comunidad que giran en torno a la IU. Las pacientes consideraron que no está bien visto en la sociedad que las personas experimenten pérdidas de orina, y esta creencia les refrenó a contar su problema en muchos casos.

Todos los elementos anteriores provocaron en las pacientes ciertos **sentimientos**. Éstos fueron la frustración, debido a la impotencia que experimentaron ante las pérdidas, y la vergüenza de reconocer el problema y que las pérdidas o compresas/salvaslips fueran percibidas por otros.

### 4.3. Razonamiento narrativo en la IU

A continuación, se exponen los resultados extraídos de las entrevistas realizadas a las fisioterapeutas y las pacientes, y de la observación de la interacción entre ellas en cuanto al RN en el ámbito de la IU.

El RN fue identificado como modelo que utilizaron las fisioterapeutas en su intervención a las mujeres con IU. A pesar de no conocer en profundidad el modelo de RN, ambas lo usaron en su práctica profesional.

Las fisioterapeutas hicieron hincapié en la importancia de las **narraciones de las pacientes** para guiar las fases del MIF. Expresaron que, mediante la comprensión de dichas narraciones, era posible evitar errores de diagnóstico y ofrecer un tratamiento más individualizado. Dentro de las narraciones, las fisioterapeutas dieron importancia a conocer el contexto de las pacientes y la afectación que la IU tenía en sus vidas, como base para establecer unos objetivos y un tratamiento significativos para cada paciente.

Las fisioterapeutas también expresaron la importancia de un **ambiente apropiado** para la interacción con las pacientes. Especialmente valoraron ofrecer privacidad a las pacientes, evitar interrupciones y generar un ambiente de confianza en el que las pacientes quisieran compartir sus experiencias.

Se identificaron **elementos clave para el proceso de razonamiento narrativo**, que fueron la interacción, el involucramiento, el consenso en la toma de decisiones, la confianza, la motivación, la comunicación (verbal y no verbal), la normalización del problema y la adherencia al tratamiento. Cabe destacar que las fisioterapeutas prescindieron de realizar una toma de decisiones en consenso. Aunque le dieron importancia a conocer a las pacientes y sus problemas, no consensuaron los objetivos y el plan de tratamiento.

Por último, se establecieron ciertas **cualidades y características de los fisioterapeutas** que favorecieron el proceso de RN. Dichas cualidades fueron, según indicaron las fisioterapeutas y las pacientes, la escucha activa, el respeto, la adaptabilidad a las pacientes, el sexo del fisioterapeuta, la reflexión, la simpatía, la capacidad de gestión, la experiencia, los conocimientos y la interpretación de las percepciones de las pacientes. Se subraya el sexo del fisioterapeuta, que fue una preferencia mencionada en las entrevistas.

#### **4.4. Relación entre las familias**

Durante el análisis de los datos se encontraron interacciones entre las familias. A continuación se exponen estas relaciones.

En primer lugar, se halló una relación entre el MIF y la familia paciente. Mediante las entrevistas que se realizaron como parte del MIF, fue posible para las fisioterapeutas aprender sobre las experiencias, percepciones, creencias y sentimientos de las pacientes. Ésta es una relación de retroalimentación, ya que los relatos de las pacientes permitieron a su vez dirigir la valoración y el resto de fases del MIF. Esta interacción fue favorecida por un trato desde un enfoque holístico hacia las pacientes. El ambiente en el que se produjo el MIF permitió a las pacientes abrirse y contar sus experiencias a las fisioterapeutas o, por el contrario, no sentirse cómodas y crear

sentimientos negativos en ellas como la vergüenza. El ambiente fue hallado vital también para favorecer el proceso de RN. Por ejemplo, un ambiente de privacidad puede ayudar a una paciente a sentirse con suficiente confianza como para expresar sus percepciones y preocupaciones acerca de la IU.

Por otro lado, los consejos y ejercicios ofrecidos durante el MIF, ayudaron a fomentar la adherencia al tratamiento, como elemento de razonamiento narrativo.

La familia paciente, además de estar relacionada con el MIF, se conectó con los elementos de RN mediante los objetivos de las mujeres que, según los modelos colaborativos, deberían ser consensuados con las fisioterapeutas, de modo que ambas trabajaran hacia una misma dirección.

La familia fisioterapeuta se relacionó con el MIF, ya que la capacidad de reflexión y gestión por parte de las fisioterapeutas hicieron posible la realización de un buen proceso de intervención en fisioterapia.

La familia de elementos del razonamiento narrativo se encontró estrechamente unida tanto a fisioterapeutas como a pacientes, y a la relación entre ellas. Esta familia representa la interacción entre ellas. Además, sobre esta familia influyeron las cualidades de las fisioterapeutas. Por ejemplo, existió una buena comunicación entre las mismas, en parte, gracias a la escucha activa que proporcionaron las fisioterapeutas.

Por último, la relación entre fisioterapeutas y pacientes fue fundamental para el éxito de la intervención terapéutica. Las fisioterapeutas demostraron tener cualidades que ayudaron a las pacientes a corregir falsas creencias y a cambiar sus perspectivas sobre la IU.



---

## **5. DISCUSIÓN**

---

La intención de esta investigación fue lograr la comprensión del fenómeno de la Incontinencia Urinaria desde el prisma del Razonamiento Narrativo. Tras realizar una búsqueda bibliográfica, se encontraron algunas investigaciones que examinaban la IU centrándose en las narraciones de las pacientes. Sin embargo, el número de estudios localizados fue escaso y no fueron realizados desde el enfoque de la fisioterapia. No se encontraron estudios que indagaran en cuanto al modelo de RN con relación a la IU, ni que tuvieran en cuenta la perspectiva de los profesionales de la salud. Por lo tanto, el tema de estudio fue seleccionado por ser un campo susceptible de investigación.

Este estudio muestra la IU en mujeres como un fenómeno complejo en el que existen diferencias de la percepción del problema. Su significado se construye a través de experiencias, las pacientes son influenciadas por creencias propias y de la sociedad y conlleva una afectación a nivel emocional.

A su vez, esta investigación pone de manifiesto la importancia del RN para abordar este fenómeno desde la fisioterapia, resaltando la comprensión del significado de la IU para las pacientes mediante sus narraciones y la interacción entre fisioterapeuta y paciente durante todo el proceso de intervención. A pesar del desconocimiento de este modelo entre los fisioterapeutas, es utilizado y sus componentes son considerados de valor en la IU.

De las narraciones de las mujeres con IU se extrajo que existen diferencias en las percepciones que las pacientes tienen sobre su problema. Esta experiencia única de cada persona concuerda con lo que en la literatura se define como “la construcción de significado” (Jones y Rivett, 2004). Cada paciente entiende e interpreta su problema de forma personal a través de sus experiencias.

Estas diferencias pueden verse incrementadas, según las pacientes, con el estilo de vida. La bibliografía no arroja información relevante sobre este aspecto. Los resultados de diferentes estudios sobre la influencia del estilo de vida en la Calidad de Vida de pacientes con IU son inconsistentes (2). Sin embargo, los resultados de este estudio muestran una relación directa entre el nivel de actividad de la persona y el grado de percepción del problema.

Otro factor a tener en cuenta en el modo en el que perciben las pacientes su problema puede ser el tipo de IU. De acuerdo con los relatos de las pacientes, la IUU parece más complicada de controlar y resulta en mayores pérdidas. Esto se corresponde con la afirmación de Coyne et al. de que las pacientes con IUU experimentan un mayor número de episodios de incontinencia y peor Calidad de Vida que aquéllas con IUE (16).

Las experiencias que las pacientes relatan reflejan la dificultad que implica acudir a los profesionales de la salud en busca de ayuda, y finalmente acuden debido a la agravación de síntomas y la afectación de la calidad de vida. La bibliografía apoya estos hallazgos, señalando que el índice de mujeres que buscan atención sanitaria es menor de la mitad de las que padecen IU (4, 5, 16, 65, 66) y que lo hacen al aumentar la edad, la severidad y el impacto en la calidad de vida (65).

Las razones por las que pacientes demoran acudir a los profesionales sanitarios en este estudio son la creencia de poder controlar la situación sin ayuda externa y la creencia de que la IU es un trastorno natural de la edad. Además, las malas experiencias con el personal sanitario ocasionan a veces que las pacientes no deseen recibir tratamiento. La literatura describe como razones para no consultar el problema con los profesionales la normalización de la IU y la minimización de síntomas (68, 91), así como los problemas de comunicación con los profesionales de la salud (68). No se han localizado estudios en cuanto a la creencia de controlar la IU sin ayuda de profesionales. Sería indicado investigar con mayor profundidad si esa creencia fue inducida por la vergüenza u otros factores.

Según Hunskaar et al. la IU tiene una repercusión más allá del estado físico de la persona (11). Las pacientes de la presente investigación sufren un gran impacto en su calidad de vida, especialmente en las esferas del deporte, la familia, el trabajo y las relaciones sexuales. Hägglund asocia la IU con “la ansiedad, la vergüenza, el aislamiento social y la disminución de la actividad física” (65). La literatura describe como repercusiones de la IU en las mujeres la afectación y el abandono de la vida sexual, síntomas de depresión, disminución de actividades físicas y deporte y la limitación en la participación en los eventos sociales, así como el abandono del puesto de trabajo (92, 93). Por último, existen implicaciones en la vida familiar, pero no se pudo localizar mayor información sobre este asunto, por lo que no es posible

contrastar los hallazgos de este estudio con la bibliografía (92). No se identificaron en las pacientes de este estudio síntomas de depresión.

Debido a los resultados obtenidos, este estudio plantea que las mujeres con IU pueden estar influenciadas en su manera de pensar y en su interacción con otras personas por sus propias creencias y las de la sociedad. Las opiniones de las pacientes acerca de las causas de la IU son el incremento de la edad, la menopausia, los partos y la presencia de factores predisponentes, como haber realizado deportes de cierto impacto (aerobic, correr). La literatura refleja estas mismas creencias en las mujeres con IU, creyendo la mayoría de mujeres que la IU se debe al paso de los años y a los partos (91, 94), y añadiendo otras creencias como factores personales o del estilo de vida (ingesta excesiva de líquidos, sobrepeso) y problemas de funcionamiento de la vejiga o de la MSP (95). Es posible no haber obtenido estos otros factores como resultado de este estudio por la limitación del tamaño de la muestra.

En cuanto a las creencias de la sociedad acerca de la IU, las pacientes son reticentes a contar su problema por posibles reacciones negativas de otras personas. Adicionalmente, las fisioterapeutas afirman la existencia de falsas creencias en cuanto a la IU. Según la literatura, la aceptación social de los individuos va de la mano de la continencia en algunas culturas (96). La IU, además, no se considera un tema del que se pueda hablar libremente, sino que permanece como un tema tabú (65, 91, 94). Según la percepción de la sociedad, no se proporciona suficiente información acerca de la IU (94). Este desconocimiento, unido a la privacidad que gira en torno al tema, puede provocar creencias erróneas en la sociedad.

Las fuentes de información de las falsas creencias citadas por las fisioterapeutas coinciden con las fuentes de información que suelen utilizar las mujeres para aprender sobre la IU. Por tanto, las falsas creencias pueden estar inducidas por estas fuentes de información. Este estudio considera que, desde el punto de vista de la fisioterapia, pueden corregirse falsas creencias sobre la IU.

Debido a la IU, las mujeres experimentan sentimientos de vergüenza y frustración. Frustración debido a la impotencia ante las pérdidas y vergüenza de reconocer el problema y que otros perciban las compresas o salvaslips. Estas afirmaciones son apoyadas por la literatura, en la que se describen sentimientos como el miedo, la vergüenza, la frustración, la inseguridad, la desesperación y la impotencia (65, 68, 91,

93, 97). En la mayoría de los casos los sentimientos de miedo y vergüenza se encuentran relacionados con el hecho de que otros conozcan el problema y se burlen de ellas, o que se percaten del mismo por el mal olor (91, 97). Los sentimientos de impotencia, desesperación, frustración e inseguridad van unidos con los momentos en los que las pacientes experimentan pérdidas y sienten que no pueden controlarlas (65) En esta investigación no se menciona el olor como causa de la vergüenza. Puede que las pacientes no hayan experimentado este tipo de problema, no le hayan dado importancia o no lo hayan comentado durante el estudio. En cualquier caso, es importante tener en cuenta la posible afectación de la esfera emocional en las mujeres con IU, y ser sensible al realizar una intervención de fisioterapia.

La presente investigación aporta información sobre el uso del RN por parte de los fisioterapeutas en la IU. Se observó la utilización de este modelo por parte de las fisioterapeutas a pesar del poco conocimiento que tenían acerca del mismo.

Aunque en muchas ocasiones los modelos utilizados en la práctica clínica son el hipotético-deductivo y el reconocimiento de patrones, del paradigma positivista (73), Jensen et al. demuestran que los fisioterapeutas expertos poseen un entendimiento de la práctica clínica centrada en el paciente y que utilizan un modelo colaborativo. Este entendimiento se traduce en *“escuchar detenidamente las historias de los pacientes, entender el contexto de sus vidas al diseñar e implementar programas de tratamiento, y enseñar y colaborar con los pacientes y sus familias acerca de la recuperación de la función y la mejora de la calidad de vida”* (83). Este modelo centrado en el paciente está estrechamente unido al modelo de razonamiento narrativo. En este estudio las fisioterapeutas, además de utilizar los dos modelos mencionados del paradigma positivista, hicieron uso del modelo de razonamiento narrativo. Dichas fisioterapeutas tienen una experiencia de al menos 10 años en la fisioterapia y cierta experiencia en el ámbito de la IU, por lo que no resulta extraño que apliquen sus conocimientos y experiencia desde el punto de vista del paradigma interpretativo. Se deduce que cuanto más experimentados son los fisioterapeutas, muestran mayor propensión al uso del razonamiento narrativo.

Esta investigación muestra que el tema de la IU es especialmente susceptible de ser manejado utilizando el razonamiento narrativo, debido a las grandes consecuencias que ocasiona en la calidad de vida de las mujeres y la dificultad que presenta para las

mujeres expresar sus experiencias y sentimientos por ser un asunto relacionado estrechamente con la intimidad de las personas. No se han encontrado, como se mencionó anteriormente, estudios sobre el razonamiento narrativo en las mujeres con IU en fisioterapia, por lo que no es posible contrastar este tipo de información.

Este estudio considera las historias de las pacientes como parte central de todo el método de intervención en fisioterapia. La literatura afirma que la comprensión del significado de la IU para las pacientes es crucial para realizar un buen tratamiento y, sin embargo, este significado normalmente es poco comprendido (70). Se propone mediante esta investigación realizar un enfoque holístico de las pacientes para comprender mejor dicho significado.

Un concepto que emerge de este estudio es la importancia de crear un ambiente en el que las pacientes se sientan cómodas para expresarse. En esta investigación se identificaron como factores ambientales la privacidad y evitar las interrupciones. En la bibliografía se explica la importancia del entorno para evitar distracciones, así como la importancia de respetar en todo momento la privacidad del paciente durante el tratamiento de fisioterapia (98). Debido a la naturaleza privada de la IU (91), es fundamental crear ese ambiente, tanto durante el tratamiento como durante la entrevista, momento en el que las pacientes relatan su historia.

Este estudio pone de manifiesto ciertos elementos esenciales en el razonamiento narrativo. Entre ellos, destaca la interacción continua con las pacientes. Jensen et al. afirman que la colaboración entre fisioterapeuta y paciente es fundamental en el proceso de razonamiento clínico, y que el paciente debe ser considerado como fuente de conocimiento (83). Otro elemento a resaltar es la toma de decisiones en consenso. En este estudio no se ha observado tal consenso, sin embargo, el razonamiento narrativo se distingue por la validación de hipótesis mediante el consenso entre fisioterapeutas y pacientes (73), y la toma de decisiones de forma colaborativa (78).

Se han identificado cualidades y características valoradas en los fisioterapeutas para realizar un mejor razonamiento narrativo en las mujeres con IU, entre las que se destacan la escucha activa, el respeto y la reflexión. La literatura apoya estos hallazgos, mostrando que son necesarias cualidades como la escucha activa, el respeto y la confianza mutuos para un modelo colaborativo, así como la reflexión para orientar la práctica clínica a cada paciente, teniendo en cuenta sus enfermedades,

experiencias y contexto (78). En esta investigación se expresa la preferencia de algunas pacientes de ser tratadas por una mujer. En la bibliografía también se encuentra esta preferencia. Habría que estudiar qué repercusiones ocasiona esto a nivel de la práctica clínica.

En resumen, la IU es un fenómeno complejo en torno al cual giran percepciones, creencias, experiencias y sentimientos de las mujeres que la sufren. Debido a que cada paciente construye su propio significado de la IU, el razonamiento narrativo se establece como un modelo apropiado en fisioterapia para comprender a las pacientes y establecer una relación interactiva con ellas.

## **5.1. Fortalezas y limitaciones del estudio**

Este estudio arroja información acerca de las experiencias de las mujeres con IU y la utilidad del razonamiento narrativo en fisioterapia para el abordaje de la misma. Existen estudios acerca de la importancia que tienen las narraciones de las mujeres con IU y su impacto en la calidad de vida. Sin embargo, no se habían descrito propuestas en cuanto a la aplicación de dichos relatos a la hora de realizar una intervención de fisioterapia adecuada. Ésta es la primera investigación acerca de la utilización del modelo de razonamiento narrativo en mujeres con IU. Además, se exponen estrategias y elementos utilizados por los fisioterapeutas para facilitar la interacción con estas pacientes.

Se procuró el máximo rigor durante la investigación, llevándose a cabo la triangulación de los datos por tres investigadores. Dichos datos se codificaron siempre por consenso, lo cual proporcionó fiabilidad al estudio.

Debido a la limitación de tiempo y recursos humanos, no se alcanzó la saturación teórica de la muestra, por lo que aún existen datos por recabar para completar esta investigación.

Por último, el presente estudio fue llevado a cabo únicamente en el Hospital Universitario de Guadalajara. Al tratarse de un estudio cualitativo circunscrito a dicho hospital, los resultados no son generalizables a otros grupos de población.

## 5.2. Recomendaciones

En primer lugar, se recomienda realizar una investigación con las bases que se han sentado durante la presente con el fin de completarla, alcanzando la saturación teórica de la muestra.

Este estudio propone como recomendación informar y enseñar a los fisioterapeutas acerca del modelo de razonamiento narrativo y cómo aplicarlo, especialmente en el ámbito de la incontinencia urinaria en las mujeres.

Además, se hallaron lagunas de conocimiento que deberían ser estudiadas:

- Evidencias de la relación entre el nivel de actividad de las pacientes y la gravedad con la que perciben el problema de la IU, ya que la información disponible en la actualidad es inconsistente.
- La información acerca de la afectación de la IU en la vida familiar necesita ser ampliada.
- Las repercusiones que tiene el ambiente durante la intervención de fisioterapia en la paciente, a nivel de confianza e interacción con el fisioterapeuta.
- El conocimiento de la preferencia de las pacientes de ser tratadas por una mujer debe ser ampliado. Sería aconsejable profundizar en las razones de dicha preferencia, así como la influencia que ser tratadas por un hombre en oposición a una mujer tiene en la interacción fisioterapeuta-paciente y en el tratamiento.

Debido a la escasez de investigaciones cualitativas desde la profesión de fisioterapia sobre la IU en contraste con otras profesiones como la enfermería, se recomienda aumentar la investigación en este campo. Los fisioterapeutas gozan de la ventaja de pasar gran cantidad de tiempo con las pacientes, permitiéndoles esto tener un conocimiento más profundo de las mismas. Como parte del desarrollo de la fisioterapia se señala la aplicación del razonamiento clínico, y en concreto del razonamiento narrativo, como ámbito de estudio en el que aún existen muchos hallazgos por descubrir.



---

## **6. CONCLUSIONES**

---

La IU es un fenómeno complejo que afecta especialmente a las mujeres. Cada una construye un significado único del problema. Debido a la naturaleza privada de este síntoma, existe cierta reticencia a acudir a los profesionales en busca de ayuda. Además, la perspectiva que las pacientes tienen de la IU puede verse influenciada por el desconocimiento, y por creencias propias y de la sociedad. Esta condición causa un gran impacto en los diferentes ámbitos de la calidad de vida. Todo ello produce ciertos sentimientos negativos que influyen en el estado emocional de las pacientes.

El modelo de razonamiento narrativo se basa en la importancia de las historias de las pacientes y el significado único que le dan al problema. Este modelo ha resultado ser de gran utilidad para realizar una intervención fisioterapéutica de calidad en mujeres con IU.

La figura del fisioterapeuta ejerce una gran influencia sobre el proceso de razonamiento narrativo. Algunas cualidades, como la escucha activa, el respeto y la reflexión, son claves para obtener la confianza de las pacientes y lograr una buena interacción con ellas.

Para conseguir el éxito en el proceso de intervención de fisioterapia, es fundamental dar prioridad a la comprensión de los relatos de las pacientes, tratarles con un enfoque holístico, ofrecerles recomendaciones y crear un ambiente en el que puedan expresarse con libertad.

---

## **7. BIBLIOGRAFÍA**

---

- (1) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Urology* 2003; 61: 37–49
- (2) Kwon BE, Kim GY, Son YJ, Roh US, You MA. Quality of Life of Women with Urinary Incontinence: A Systematic Literature Review. *Int Neurourol J.* 2010;14:133-8.
- (3) Corcos J, Beaulieu S, Donovan J, Naughton M, Gotoh M et al. Quality of life assessment in men and women with urinary incontinence. *J Urol* 2002; 168: 896-905.
- (4) Salinas Casado J, Díaz Rodríguez A, Brenes Bermúdez F, Cancelo Hidalgo M J, Cuellas Díaz A, Verdejo Bravo C. Prevalencia de la incontinencia urinaria en España. Grupo Observatorio Nacional de Incontinencia (ONI). *URODA* 2010;23(1):52-66.
- (5) Norton P, Brubaker L. Urinary incontinence in women. *LANCET* 2006; 367:57-67.
- (6) Zanetti Míriam RD, Castro RA, Rotta A L, Santos P, Sartori M, Girão M et al. Impact of supervised physiotherapeutic pelvic floor exercises for treating female stress urinary incontinence. *Sao Paulo Med. J.* [Internet]. 2007 Sep [cited 2015 Apr 22];125(5):265-269. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151631802007000500003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151631802007000500003&lng=en).
- (7) Suzuki Y. Preface by the WHO. In: Abrams P, Khoury S, Wein A, editors. *Incontinence*. Plymouth: Plymbridge; 1998. p. 13.
- (8) Rebassa M, Taltavul J M, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J et al. Urinary incontinence in Mallorcan women: Prevalence and quality of life. Grupo de la Incontinencia Urinaria en Mallorca. *Actas Urol Esp* 2013;37(6):354-361.
- (9) Modroño Freire M J, Sánchez Cougil M J, Gayoso Diz P, Valero Petrnain M, Blanco Ramos M, Cuña Ramosa F O. Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 65 años y su influencia en la calidad de vida. *Aten Primaria* 2004; 34(3):134-139.
- (10) Iglesias Guiu X. Patología del suelo pélvico. Incontinencia urinaria de la mujer. En: González-Merlo J, González Bosquet E, González Bosquet J. *Ginecología*. 9ª ed. España: Elsevier; 2014. P. 217-233.

- (11) Hunskaar S, Lose G, Sykes D, Voss S. The prevalence of urinary incontinence in woman in four European countries. *BJU Int* 2004;93(3):324-30.
- (12) Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp.* 2008;32(2):202-210.
- (13) Shamlivan T, Wyman J, Ramakrishnan R, Sainfort F, Kane R. Benefits and harms of pharmacologic treatment for urinary incontinence in women: a systematic review. *Annals Of Internal Medicine* [serial on the Internet]. (2012, June 19), [cited June 10, 2015]; 156(12): 861-874. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (14) Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2007, Oct), [cited June 10, 2015]; 16(10): 1946-1954. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (15) Cerruto MA, D'Elia C, Aloisi A, Fabrello M, Artibani W. Prevalence, Incidence and Obstetric Factors' Impact on Female Urinary Incontinence in Europe: A Systematic Review. *Urol Int* 2013; 90:1-9.
- (16) Coyne KS, Zhou Z, Thompson C, Versi E. The impact on health-related quality of life of stress, urge and mixed Urinary Incontinence. *BJU Int* 2003; 92:731-735.
- (17) Murillo González JA, Walker Chao C. Anatomía descriptiva y funcional de la cavidad abdominopelviana. En: Walker C. *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología*. 2ª Edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.p.1-52.
- (18) Hay-Smith J, Herderschee R, Dumolin C, Herbison P. Comparasions 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.
- (19) Minassian VA, Stewart WF, Wood GC, Urinary Incontinence in Women. Variation in Prevalence Estimates and Risk Factors. *Obstet Gynecol* 2008; 111(2, Part1): 324-331.
- (20) Eliasson K, Elfving B, Nordgren B, Mattsson E. Urinary incontinence in women with low back pain. *Manual Therapy* [serial on the Internet]. (2008, June), [cited June 10, 2015]; 13(3): 206-212. Available from: SPORTDiscus with Full Text.
- (21) Correia S, Dinis P, Lunet N. Urinary Incontinence and Overactive Bladder A Review. *Arq Med* 2009; 23(1):13-21.

- (22)** Offermans MPW, Du Moulin MFMT, Hamers JPH, Dasen T, Halfens RJG. Prevalence of Urinary Incontinence and Associated Risk Factors in Nursing Home Residents: A Systematic Review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28:288-294.
- (23)** Azuma R, Murakami K, Iwamoto M, Tanaka M, Saita N, Abe Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence and its influence on the quality of life of Japanese women. *Nursing & Health Sciences* [serial on the Internet]. (2008, June), [cited June 10, 2015]; 10(2): 151-158. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (24)** Lasserre A, et al. Urinary Incontinence in French Women: Prevalence, Risk Factors, and Impact on Quality of Life. *Eur Urol* (2009).
- (25)** Flores Sánchez G, Freijo Gutiérrez V, Pastor Pinazo R, Muñoz Moreno MF, Barrio Ibáñez M, Castilla Cubero JL et al. Estudio epidemiológico de la incontinencia urinaria femenina en edad laboral. *Rehabilitación* 2004; 38(4):162-167.
- (26)** Minassian V, Stewart W, Wood G. Urinary incontinence in women: variation in prevalence estimates and risk factors. *Obstetrics & Gynecology* [serial on the Internet]. (2008, Feb), [cited June 10, 2015]; 111(2 Part 1): 324-331. Available from: CINAHL Plus with Full Text. 30.
- (27)** Correia S, Dinis P, Lunet N. Urinary Incontinence and Overactive Bladder A Review. *Arq Med* 2009; 23(1):13-21
- (28)** Zunzunegui Pastor MV, Rodríguez-Laso A, García De Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lázaro De Mercado P, Otero Puime A. prevalencia de la incontinencia urinaria y factores relacionados en varones y mujeres mayores de 65 años. *Aten Primaria* 2003;32(6):337-42
- (29)** Tennstedt S, Link C, Steers W, McKinlay J. Prevalence of and risk factors for urine leakage in a racially and ethnically diverse population of adults: the Boston Area Community Health (BACH) Survey. *American Journal Of Epidemiology* [serial on the Internet]. (2008, Feb 15), [cited June 10, 2015]; 167(4): 390-399. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (30)** Hannestad YS, Lie RT, Rortveit G, Hunskaar S. Familial risk of urinary incontinence in women: population based cross sectional study. *BMJ* 2004; 329: 889-891.
- (31)** Sensoy N, Dogan N, Ozek B, Karaaslan L. Urinary incontinence in women: prevalence rates, risk factors and impact on quality of life. *Pak J Med Sci* 2013;29(3):818-822.

- (32)** Grady D, Brown J, Vittinghoff E, Applegate W, Varner E, Snyder T. Postmenopausal hormones and incontinence: the Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study. *Obstetrics & Gynecology* [serial on the Internet]. (2001), [cited June 10, 2015]; 97(1): 116-120. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (33)** Rortveit G, Daltveit A, Hannestad Y, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *New England Journal Of Medicine* [serial on the Internet]. (2003, Mar 6), [cited June 10, 2015]; 348(10): 900-907. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (34)** Brown J, Vittinghoff E, Lin F, Nyberg L, Kusek J, Kanaya A. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in women with type 2 diabetes and impaired fasting glucose: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2001-2002. *Diabetes Care* [serial on the Internet]. (2006, June), [cited June 10, 2015]; 29(6): 1307-1312. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (35)** Bradley C, Nygaard I, Mengeling M, Torner J, Stockdale C, Sadler A, et al. Urinary incontinence, depression and posttraumatic stress disorder in women veterans. *American Journal Of Obstetrics & Gynecology* [serial on the Internet]. (2012, June), [cited June 10, 2015]; 206(6): 502.e1-8. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (36)** Felde G, Bjelland I, Hunskaar S. Anxiety and depression associated with incontinence in middle-aged women: a large Norwegian cross-sectional study. *Int Urogynecol J*. 2012; 23(3): 299-306.
- (37)** Morrisroe SN, Rodriguez LV, Wang PC, Smith AL, Trejo L, Sarkisian CA. Correlates of 1-year Incidence of Urinary Incontinence in Latino Seniors Enrolled in a Community-Based Physical Activity Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(4):740-6.
- (38)** Wilson PD; Bo K, Hay Smith J, Nygaard I, Staskin D, Wyman J, Bourcier A. Conservative Treatment in Women. In: Badlani GH, Davila GW, Michel MC, De la Rose JJMCH, editors. *Continence. Current Concepts and Treatment Strategies*. London: Springer; 2009.p.571-624.
- (39)** O'Donnell M, Viktrup L, Hunskaar S. The role of general practitioners in the initial management of women with urinary incontinence in France, Germany, Spain and the UK. *Eur J Gen Pract*. 2007;13(1):20-6.
- (40)** Norton P A. Incontinencia urinaria femenina: epidemiología y evaluación. En: Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard IE, editores. *Obstetricia y ginecología de Danforth*. 10a ed. Norton; 2010. P. 870-876.

- (41)** Abrams P, Andersson KE, Birder L, Brubaker L, Cardozo L, Chapple C et al. Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and Treatment of Urinary Incontinence, Pelvic Organ Prolapse, and Fecal Incontinence. *Neurourol Urodyn*. 2010;29(1):213-40.
- (42)** Martin JL, Williams KS, Abrams KR, Turner DA, Sutton AJ, Chapple C, et al. Systematic review and evaluation of methods of assessing urinary incontinence. *Health Technol Assess* 2006;10(6).
- (43)** Brown J, Bradley C, Subak L, Richter H, Kraus S, Grady D, et al. The sensitivity and specificity of a simple test to distinguish between urge and stress urinary incontinence. *Annals Of Internal Medicine* [serial on the Internet]. (2006, May 16), [cited June 10, 2015]; 144(10): 715. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (44)** Hanley J, Capewell A, Suzanne H. Validity study of the severity index, a simple measure of urinary incontinence in women. *BMJ*. 2001;322(7294):1096-7.
- (45)** 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. *Med Clin (Barc)*. 2004;122(8):288-92.
- (46)** Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrañes J. Validez del cuestionario King's Health para la evaluación de la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria. *Grupo King's. Med Clin (Bar)*. 2000;114(17):647-52.
- (47)** Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence. *Am Fam Physician*. 2013;87(8):543-50.
- (48)** Ku JH, Jeong IG, Lim DJ, Byun SS, Paick JS, Oh SJ. Voiding Diary for the Evaluation of Urinary Incontinence and Lower Urinary Tract Symptoms: Prospective Assessment of Patient Compliance and Burden. *Neurourol Urodyn*. 2004;23(4):331-5.
- (49)** Walker Chao C, Ramírez García I, Rodríguez Escovar FP. Técnicas de evaluación de suelo pélvico. En: Walker C. *Fisioterapia en obstetricia y uroginecología*. 2ª edición. Barcelona: Elsevier Masson; 2013.p.121-146.
- (50)** Hashim H, Abrams P. Pharmacological management of women with mixed urinary incontinence. *Drugs* [serial on the Internet]. (2006, Mar), 66(5): 591-606



- (51)** Qaseem A, Dallas P, Forcica M, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: a clinical practice guideline from the american college of physicians. *Annals Of Internal Medicine* [serial on the Internet]. (2014, Sep 16),161(6): 429-440.
- (52)** Roe B, Ostaszkiwicz J, Milne J, Wallace S. Systematic reviews of bladder training and voiding programmes in adults: a synopsis of findings from data analysis and outcomes using metastudy techniques. *Journal Of Advanced Nursing* [serial on the Internet]. (2007), 57(1): 15-31.
- (53)** National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Commissioned by the National Institute for Health and Care Excellence (NHS). Urinary incontinence in women: the management of urinary incontinence in women. 2013 Sep
- (54)** Staskin D. Overactive bladder in the elderly: a guide to pharmacological management. *Drugs & Aging* [serial on the Internet]. (2005, Dec); 22(12): 1013-1028.
- (55)** Dmochowski RR, Miklos JR, Norton PA, et al. Duloxetine versus placebo for the treatment of North American women with stress urinary incontinence. *J Urol* 2003 Oct; 170 (4 Pt 1): 1259-63
- (56)** Millard RJ, Moore K, Rencken R, et al. Duloxetine vs placebo in the treatment of stress urinary incontinence: a four-continent randomized clinical trial. *BJU Int* 2004 Feb; 93 (3): 311-8
- (57)** Norton PA, Zinner NR, Yalcin I, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of stress urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2002 Jul; 187 (1): 40-8
- (58)** Van KP, Abrams P, Lange R, et al. Duloxetine versus placebo in the treatment of European and Canadian women with stress urinary incontinence. *BJOG* 2004 Mar; 111 (3): 249-57
- (59)** T Shamliyan, J Wyman, RL Kane. Nonsurgical Treatments for Urinary Incontinence in Adult Women: Diagnosis and Comparative Effectiveness. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2012 Apr. Report No.: 11(12)-EHC074-EF
- (60)** Newman D. Pelvic Floor Muscle Rehabilitation Using Biofeedback. *Urologic Nursing* [serial on the Internet]. (2014, July); 34(4): 193-202.

- (61)** Opera J, Socha T, Prajsner A, Poświata A. Physiotherapy in stress urinary incontinence in females Part ii. Biofeedback in stress urinary incontinence. *Physiotherapy / Fizjoterapia* [serial on the Internet]. (2011, Dec); 19(4): 37-42.
- (62)** Shamliyan T, Kane R, Wyman J, Wilt T. Systematic review: randomized, controlled trials of nonsurgical treatments for urinary incontinence in women. *Annals Of Internal Medicine* [serial on the Internet]. (2008, Mar 18); 148(6): 459-473.
- (63)** Pesce F. Current management of stress urinary incontinence. *BJU Int.* 2004;94 (Suppl1):8-13.
- (64)** National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS). Insertion of biological slings for stress urinary incontinence in women. NICE interventional procedure guidance 154. 2006 Jan.
- (65)** Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal Of Clinical Nursing* [serial on the Internet]. (2007, Oct), [cited June 10, 2015]; 16(10): 1946-1954. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (66)** Bradway C, Strumpf N. Seeking care: women's narratives concerning long-term urinary incontinence *Urol Nurs.* 2008;28(2):123-9.
- (67)** Shaw C, Brittain K, Tansey R, Williams K. How people decide to seek health care: a qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 2008;45(10):1516-24.
- (68)** Siddiqui NY, Levin PJ, Phadtare A, Pietrobon R, Ammarell N. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2014;25(7): 863-71.
- (69)** Li FL, Low LP, Lee DT. Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence. *J Clin Nurs.* 2007;16(3):610-2.
- (70)** Bradway C. Women's narratives of long-term urinary incontinence. *Urol Nurs.* 2005;25(5):337-44.
- (71)** Christensen N, Jones M, Edwards I. Razonamiento clínico en el diagnóstico y el tratamiento del dolor raquídeo. En: Boyling J, Jull G, editor. *Grieve Terapia Manual Contemporánea. Columna vertebral. 3ª ed.* Barcelona: Masson; 2006. p.391-403.
- (72)** Higgs J, Jones MA. Clinical decision making and multiple problem spaces. In: Higgs J, Jones MA, Loftus S, Christensen N, editors. *Clinical Reasoning in the health professions. 3rd edition.* Australia: Elsevier. 2008.p. 3-18.

- (73)** Edwards I, Jones M, Carr J, et al. Clinical reasoning strategies in physical therapy. *Phys Ther.* 2004;84:312–335.
- (74)** Hengeveld E. Procedimiento de análisis continuo: evaluación y razonamiento clínico. En: Bucher-Dollenz W, editor. *El concepto Maitland. Su aplicación en Fisioterapia.* España: Editorial Médica Panamericana; 2010.p.20-28.
- (75)** Jones M. Clinical Reasoning and pain. *Man Ther.* 1995;1(1):17-24.
- (76)** Pelaccia T, Tardif J, Tribby E, Charlin B. An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual-process theory. *Med Educ Online.* 2011;14:16.
- (77)** May S, Greasley A, Reeve S, Withers S. Expert therapists use specific clinical reasoning processes in the assessment and management of patients with shoulder pain: a qualitative study. *Australian Journal Of Physiotherapy* [serial on the Internet]. (2008, Dec), [cited June 10, 2015]; 54(4): 261-266. Available from: SPORTDiscus with Full Text.
- (78)** Edwards I, Jones M, Higgs J, Trede F, Jensen G. What is Collaborative Reasoning?. *Advances In Physiotherapy* [serial on the Internet]. (2004, June), [cited June 10, 2015]; 6(2): 70-83. Available from: SPORTDiscus with Full Text.
- (79)** Edwards I, Jones M, Hillier S. The interpretation of experience and its relationship to body movement: a clinical reasoning perspective. *Manual Therapy* [serial on the Internet]. (2006, Feb), [cited June 10, 2015]; 11(1): 2-10. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (80)** Jones M, Edwards I, Gifford L. Conceptual models for implementing biopsychosocial theory in clinical practice. *Manual Therapy* [serial on the Internet]. (2002, Feb), [cited June 10, 2015]; 7(1): 2-9. Available from: SPORTDiscus with Full Text.
- (81)** McKay E, Ryan S. Clinical Reasoning through Story Telling: Examining a Student's Case Story on a Fieldwork Placement. *British Journal Of Occupational Therapy* [serial on the Internet]. (1995, June), [cited June 10, 2015]; 58(6): 234-238. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (82)** Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, Hack LM. Expert Practice in Physical Therapy. *Physical Therapy.* 2000; 80(1):28-43.
- (83)** Cooper C. Narratives in Hand Therapy. *J Hand Ther.* 2011;24(2):132-8.

- (84)** Mattingly C. The narrative nature of clinical reasoning. *American Journal Of Occupational Therapy* [serial on the Internet]. (1991, Nov), [cited June 10, 2015]; 45(11): 998-1005. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (85)** Elwyn G, Gwyn R. Narrative based medicine: Stories we hear and stories we tell: analysing talk in clinical practice. *BMJ* 1999;16:318.
- (86)** Pinto R, Ferreira M, Oliveira V, Franco M, Adams R, Ferreira P, et al. Patient-centred communication is associated with positive therapeutic alliance: a systematic review. *Journal Of Physiotherapy (Elsevier)* [serial on the Internet]. (2012, June), [cited June 10, 2015]; 58(2): 77-87. Available from: SPORTDiscus with Full Text.
- (87)** Salgado Lévano AC. Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *LIBERABIT* 2007;13:71-78.
- (88)** Krause M. Temas de educación: La investigación cualitativa, un campo de posibilidades y desafío. 1995; 7: 19-39.
- (89)** Kawulich BB. Participant Observation as a Data Collection Method. *Forum Qualitative Social Research* 2005,[cited June 10, 2015];6(2), Art. 43. Available from: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/996>
- (90)** Pla M. Rigor in qualitative research. *Aten Primaria* 1999;24(5):295-8,300.
- (91)** Hägglund D, Wadensten B. Fear of humiliation inhibits women's care-seeking behavior for long-term urinary incontinence. *Scand J Caring Sci.* 2007;21(3):305-12.
- (92)** Seshan V, Muliira J. Dimensions of the impact of urinary incontinence on quality of life of affected women: a review of the English literature. *International Journal Of Urological Nursing* [serial on the Internet]. (2014, July), [cited June 21, 2015]; 8(2): 62-70. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- (93)** Koch LH. Help-Seeking Behaviors of Women with Urinary Incontinence: An Integrative Literature Review. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(6):39-44.
- (94)** Bush TA, Castellucci DT, Phillips C. Exploring Women's Beliefs Regarding Urinary Incontinence. *Urol Nurs.* 2001; 21(3):211-8.
- (95)** Melville JL, Wagner LE, Fan MY, Katon WJ, Newton KM. Women's Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. *J Womens Health (Larchmt).* 2008;17(7):1093-8.
- (96)** Wilson MM. Urinary incontinence: a treatise on gender, sexuality, and culture. *Clin Geriatr Med.* 2004;20(3):565-70.

- (97)** Li FL, Low LP, Lee DT. Chinese women's experiences in coping with urinary incontinence. *J Clin Nurs*. 2007;16(3):610-2.
- (98)** O'Sullivan SB. Clinical Decision Making. En: O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk GD, editors. *Physical Rehabilitation*. 6<sup>a</sup> ed. Philadelphia, PA: DavisPlus; 2014.p.1-29.

---

## **8. ANEXOS**

---

# Anexo 1

## HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

**ATENCIÓN:** Esta hoja contiene información relevante concerniente al estudio en el que a usted se le invita a participar. **Lea con atención y consulte sus dudas** con el investigador. Su participación en esta investigación es **voluntaria** y tiene derecho a retirarse si lo considera oportuno.

### Título del estudio

Razonamiento Narrativo en Mujeres con Incontinencia Urinaria

### Centro

Hospital Universitario de Guadalajara

### Investigador principal

Elena Calderón Morales

### Objetivos

Debido a la gran prevalencia existente de Incontinencia Urinaria, especialmente en mujeres, y entendiendo que esta situación suele ir acompañada de repercusiones tanto a nivel físico como en otros aspectos relacionados con la calidad de vida de las pacientes, se propone como objetivo de esta investigación el **conocer en profundidad las vivencias, percepciones, expectativas y necesidades de pacientes que sufren de Incontinencia Urinaria.**

Asimismo, se considera que El Razonamiento Narrativo, enmarcado en el contexto de Razonamiento Clínico, es una herramienta fundamental para comprender la Incontinencia Urinaria. El Razonamiento Narrativo resalta la importancia de entender las experiencias y percepciones del paciente en cuanto a su problema, y considera éstas como un aspecto esencial a la hora de realizar la actuación fisioterapéutica, ya que las vivencias del paciente pueden afectar en la evolución y resultados del tratamiento. Por lo tanto, se plantea como segundo objetivo **conocer la forma en la que los fisioterapeutas utilizan el Razonamiento Narrativo en la Incontinencia Urinaria.**

### Intervención

Su participación en el estudio constará de dos fases:

- ❖ La primera fase consistirá en la **observación participante** por parte del investigador de:
  - La entrevista inicial entre fisioterapeuta y paciente
  - Una sesión de tratamiento

En esta fase, el investigador observará los eventos y tomará notas de la información que considere oportuna.

- ❖ La segunda fase consistirá en una **entrevista en profundidad** entre el investigador y usted.

Dicha entrevista será individual y se grabará en formato de audio con la finalidad de analizar los datos a posteriori. Tendrá una duración de aproximadamente 45 minutos.

### **Beneficios y riesgos**

Este estudio no tendrá perjuicio alguno sobre su estado de salud. Los beneficios esperados son poder comprender a las pacientes con Incontinencia Urinaria con el fin de ofrecerles la mejor atención posible, así como conocer las estrategias que utilizan los fisioterapeutas para comprender a sus pacientes e implicarlos en el tratamiento y conseguir de cara al futuro optimizarlo, llegando a ser lo más individualizado posible.

### **Protección de datos**

Los datos recogidos serán tratados de **forma confidencial**. Estos datos se utilizarán única y exclusivamente para su análisis, durante el cual su identidad se mantendrá anónima.

### **Información de contacto**

En caso de cualquier duda o inconveniente a lo largo del estudio, podrá ponerse en contacto con el investigador por medio de teléfono o correo electrónico.

**Teléfono:** XXXXXXXXXX

**Correo electrónico:** [usuario@dominio.com](mailto:usuario@dominio.com)



## Anexo 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Yo, Dña \_\_\_\_\_, he leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte de manera alguna mi tratamiento de fisioterapia.

Fecha y firma del Participante

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA FISIOTERAPEUTAS**

Yo, Don/Dña \_\_\_\_\_, he leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que esto afecte de manera alguna a mi trabajo.

Fecha y firma del Participante

## Anexo 3

# PLANTILLA DE OBSERVACIÓN SESIÓN 1

Pseudónimos: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN DEL **ENTORNO** (SALA, MOBILIARIO, ESPACIO, TEMPERATURA, LUZ, MATERIAL, PRIVACIDAD, FUNCIONAMIENTO, ETC.):

---

DESCRIPCIÓN DE **PACIENTE, FISIOTERAPEUTA E INVESTIGADOR** (CARÁCTER Y CONDUCTA):

---

**DURACIÓN Y ESTRUCTURA** DE LA ENTREVISTA (CÓMO SE LLEVA A CABO LA RECEPCIÓN DE LA PACIENTE, INTERACCIÓN, DELINEACIÓN DEL PROBLEMA, PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PLAN DE TRATAMIENTO, DESPEDIDA)

---

### PACIENTE

DISCURSO (COMUNICACIÓN VERBAL):

¿HABLA FLUIDAMENTE Y SIN PROBLEMAS ACERCA DE LA IU? ¿QUÉ TONO DE **VOZ**, **VOLUMEN Y VELOCIDAD** UTILIZA AL HABLAR?

---

¿EN QUÉ **FORMA** EXPRESA SU **DISCURSO** (BUSCA AYUDA, QUEJA, CONFESIÓN DE SU PROBLEMA...)? ¿QUÉ **ACTITUD** PARECE TENER FRENTE A LA IU?

¿CUÁL ES SU **EXPERIENCIA** CON LA IU? ¿QUÉ **ASPECTOS BIOPICOSOCIALES** (CONTEXTO) MENCIONA?

¿SE DETECTA ALGUNA **INCOHERENCIA** EN SU DISCURSO?

ACTITUD (COMUNICACIÓN NO VERBAL):

¿PARECE **CÓMODA** EN LA CONVERSACIÓN? ¿POR QUÉ? ¿MANTIENE EL **CONTACTO VISUAL** CON LA FISIOTERAPEUTA? ¿QUÉ **GESTOS/POSTURAS/MOVIMIENTOS** REALIZA?

¿**ESCUCHA ACTIVAMENTE** A LA FISIOTERAPEUTA? ¿LE **INTERRUMPE**? ¿ESTÁ DISPUESTA A **COMPARTIR INFORMACIÓN**?

FISIOTERAPEUTA (ESTRATEGIAS DE RAZONAMIENTO NARRATIVO)

**Habilidades de comunicación** (CORDIALIDAD, RESPETO, EMPATÍA, ASERTIVIDAD)

COMUNICACIÓN **VERBAL**:

HABLA CON **CORDIALIDAD**, UTILIZA UN TONO Y VOLUMEN DE VOZ ADECUADOS

EVITA INTERRUPCIONES, HABLA A LA PACIENTE DEMOSTRANDO **RESPECTO**

**EMPATÍA:** REFRASEA DATOS DE LA PACIENTE. AFIRMA CON LA CABEZA O PALABRAS CORTAS.

DEFIENDE SUS OPINIONES RESPETANDO LAS DE LA PACIENTE. ES **ASERTIVA**.

COMUNICACIÓN **NO VERBAL:**

REALIZA UNA **ESCUCHA ACTIVA**. SUS **POSTURAS Y GESTOS** MUESTRAN INTERÉS Y CONFIANZA. ¿CUÁLES SON? MANTIENE EL **CONTACTO VISUAL**.

**Extracción de la información**

**EXPLORA EN PROFUNDIDAD EL PROBLEMA. REALIZA PREGUNTAS ABIERTAS**

**Reflexión e Interpretación**

LA FISIOTERAPEUTA **REFLEXIONA** SOBRE LA INFORMACIÓN QUE LA PACIENTE COMPARTE E **INTERPRETA** LAS VIVENCIAS DE LA PACIENTE A LA HORA DE REALIZAR UN DIAGNÓSTICO DE FISIOTERAPIA, Y PLANTEAR OBJETIVOS Y UN PLAN DE TRATAMIENTO SIGNIFICATIVOS PARA LA PACIENTE.

**COMPARTE** CON LA PACIENTE LA **INFORMACIÓN** QUE NECESITA Y **CORRIGE** POSIBLES **CREENCIAS FALSAS**.

#### INTERACCIÓN Y MODELO COLABORATIVO

**Participación:** ¿PARTICIPAN POR IGUAL EN LA CONVERSACIÓN? LA ENTREVISTA ES UNA **INTERACCIÓN** CON LA PACIENTE (NO UN INTERROGATORIO). ¿SE PLANTEAN JUNTOS LOS OBJETIVOS Y SE **CONSENSUA** EL PLAN DE TRATAMIENTO?

OTRAS *OBSERVACIONES* O COMENTARIOS:

## Anexo 4

# Plantilla de Observación Sesión 2

Pseudónimos: F1/P1

Hora: 19:30 h

Sesión número: 2

Fecha: 24/03/2015

Lugar: Hospital Universitario de Guadalajara

Descripción del **ENTORNO** (sala, mobiliario, espacio, temperatura, luz, material, privacidad, funcionamiento, etc.):

Descripción del **PACIENTE, FISIOTERAPEUTA e INVESTIGADOR** (conducta)

*Paciente:*

*Fisioterapeuta:*

*Investigador:*

Duración y estructura de la **SESIÓN**

*Seguimiento última sesión:*

*Tratamiento:*

*Explicaciones:*

*Otros:*

**PACIENTE:** el significado de su enfermedad

**HISTORIA** del paciente (experiencias pasadas, **perspectiva**, creencias, factores culturales, contexto, preocupaciones, calidad de vida, emociones y actitudes)

¿Qué **ELEMENTOS ENFATIZA** en su historia?

-  
-  
-  
-

¿Tiene un **PAPEL ACTIVO** en su tratamiento?

*Sí/No. ¿Por qué?*

**FISIOTERAPEUTA: Proceso de Razonamiento Narrativo**

Se **ESFUERZA** por **ENTENDER** la perspectiva del paciente

*Sí/No. ¿Cómo lo sé?*

**COMUNICA** sus **SUPOSICIONES** al paciente

*Sí/No. ¿Cuáles?*

Se **VALIDAN** dichas suposiciones por **CONSENSO**

*Sí/No. Ejemplos:*

**RELACIÓN** fisioterapeuta-paciente

¿Influyen las **PERSPECTIVAS** del paciente en el **TRATAMIENTO**?

*Sí/No. ¿Algún cambio del tto planeado?*

**COLABORACIÓN** fisio-paciente (comunicación y confianza)

*Comunicación:*

*Confianza:*

**COMENTARIOS**



## Anexo 5

### GUIÓN DE LA ENTREVISTA A PACIENTES

---

¿Cuál ha sido su experiencia con la Incontinencia Urinaria (IU)?

¿Asocia el comienzo de la IU con algún evento en concreto? ¿Cuál/es?

¿Acudió a los profesionales sanitarios de inmediato o esperó? ¿Cómo fue su experiencia?

¿Cree que la IU es algo normal de la edad? ¿Cómo ha llegado a esa conclusión?

¿Cómo le ha afectado en su calidad de vida (higiene, vida social/familiar...)? ¿Cómo afecta esto a su estado de ánimo (en el caso de que lo haga)?

¿Considera la IU como un tabú del que no puede/quiere hablar? ¿En qué sentido?

¿Cómo afronta la IU en su vida diaria? ¿Qué medidas toma?

¿Cuál es su actitud ante lo que le ocurre?

¿Cree que es importante que su fisioterapeuta y otros profesionales de la salud le escuchen? ¿Por qué es importante eso para usted?

¿Qué es lo que realmente le gustaría conseguir con el tratamiento de fisioterapia y otros tratamientos?

¿Se ha sentido escuchado durante la entrevista con la fisioterapeuta? ¿Siente que ha podido expresar la información que quería y sus preocupaciones? ¿Le ha inspirado confianza?

### GUIÓN DE LA ENTREVISTA A FISIOTERAPEUTAS

---

¿Cómo te ayuda la información que aporta el paciente (sobre su historia) a la hora de realizar tu diagnóstico y posteriormente tu plan de tratamiento? ¿Crees que se pueden evitar errores de diagnóstico y tratamiento al escuchar las experiencias de los pacientes? ¿Por qué?

¿Ves necesario en el marco de la Incontinencia ayudar a las pacientes a corregir falsas creencias? ¿Cuáles?

¿Cómo aplicas el conocimiento teórico y la experiencia que tienes de tratar IU a cada caso concreto?

¿Consideras importante tener en cuenta todos los aspectos de la vida de las pacientes con Incontinencia Urinaria: sus experiencias, intereses, motivaciones, percepciones y esferas social, laboral, etc.? ¿Cómo crees que afectan estas facetas en el tratamiento?

¿Cómo haces para que la valoración y el tratamiento de fisioterapia sean algo interactivo?

¿Cuáles son algunas variables que te impiden realizar un proceso completo de escuchar a la paciente e interactuar con ella? (por ejemplo, tiempo escaso)

¿Qué cualidades consideras esenciales como fisioterapeuta para entender y tratar a pacientes con Incontinencia Urinaria?

¿Piensas que se deben consensuar los objetivos y el plan de tratamiento con las pacientes? ¿Por qué?

El razonamiento narrativo se basa en un modelo colaborativo, de interacción entre fisioterapeuta y paciente basado en la comunicación y la confianza. ¿Piensas que utilizas este modelo en tu práctica profesional? Si es así, ¿qué aporta al tratamiento? ¿Y a tu relación con las pacientes?

¿Cómo piensas que tus pacientes perciben su problema de Incontinencia Urinaria?