



Universidad de Concepción

Dirección de Postgrado

Facultad de Medicina- Programa de Magíster de Salud Sexual y Reproductiva

**EXPERIENCIA Y SIGNIFICADOS DE MUJERES CON  
DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO, ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN**

Tesis para optar al grado de Magíster en Salud Sexual y Reproductiva

VALENTINA SOLEDAD ARANEDA GATICA

CONCEPCIÓN-CHILE

2016

Profesora Guía: Mercedes Carrasco Portiño

Profesora Co-guía: Carolina Bascur Castillo

Dpto. de Obstetricia y Puericultura

Facultad de Medicina

Universidad de Concepción

## ÍNDICE

1. Resumen	pág. 3
2. Abstract	pág. 4
3. Introducción	pág. 5
4. Marco Teórico	pág. 6
5. Objetivos	pág. 13
6. Material y Método	pág. 14
7. Resultados	pág. 16
8. Discusión	pág. 28
9. Limitaciones	pág. 32
10. Conclusiones	pág. 33
11. Proyecciones o propuestas	pág. 34
12. Referencia bibliográfica	pág. 35
13. Anexo 1. Ficha selección de perfil y contacto de las entrevistadas	pág. 39
14. Anexo 2. Ficha de Información para personas participantes del estudio	pág. 40
15. Anexo 3. Consentimiento informado	pág. 41
16. Anexo 4. Acta de evaluación Comité Ético Científico	pág. 42

## ÍNDICE DE TABLA Y FIGURA

<b>Tabla 1.</b> Características de las mujeres incorporadas en el estudio	pág. 17
<b>Figura 1.</b> Modelo de determinantes en la búsqueda de atención en salud y en la permanencia en el sistema sanitario en mujeres con incontinencia de orina	pág. 28

## I. RESUMEN

**Objetivo:** Comprender los determinantes de la búsqueda de atención de mujeres con incontinencia de orina y de su permanencia en el sistema sanitario para su tratamiento.

**Método:** Estudio cualitativo de método fenomenológico y de tipo interpretativista – explicativo, a través de un muestreo teórico, de máxima variación, que tuvo como criterios de inclusión ser mujer mayor de 18 años y atenderse en un hospital de alta complejidad por diagnóstico de incontinencia de orina de esfuerzo, urgencia o mixta que aún no ha sido tratada.

**Resultados:** Se identifican características que pueden influir como facilitador u obstaculizador en la búsqueda de atención en salud. Pueden ser propias de las mujeres (frecuencia y cuantía de los síntomas, mecanismos de adaptación, creencias sobre las causas de la incontinencia de orina), como de su entorno, es decir, la reacción de sus parejas, familiares, amistades o compañeros de trabajo frente a la condición de pérdida involuntaria de orina de la mujer. También se reconocen características asociadas al primer nivel atención, (recursos humanos o técnicos de los centros de atención primaria), así como del segundo nivel atención, como los relacionados a las unidades especializadas en piso pélvico de los hospitales de alta complejidad.

**Conclusión:** Se establece un modelo dinámico que reconoce el proceso de búsqueda de atención de la incontinencia de orina y la permanencia en el sistema sanitario, a través de una serie de determinantes (facilitadores y/u obstaculizadores) en distintos niveles (individuales, del entorno, del primer nivel de atención en salud y del nivel de atención especializada), que resulta una herramienta útil para mejorar la calidad de la atención en las disfunciones de piso pélvico.

**Palabras claves:** Investigación cualitativa, Incontinencia de orina, Accesibilidad a servicios de salud, Calidad de vida.

## II. ABSTRACT

**Objective:** To understand the determinants in women with urinary incontinence's decision to seek health care and stay in the system for their treatment.

**Methods:** Interpretative phenomenological study, using grounded theory method whose inclusion criteria was to be a woman, aged 18 or older, and have been diagnosed with urinary incontinence (stress, urge or mixed) in a tertiary care hospital but not treated.

**Results:** We identify characteristics that can ease or hinder women seeking health care. Such characteristics can come from the same woman (frequency and quantity symptoms, coping strategies, and beliefs on the causes of her incontinence) and from her environment (her partner, family, or coworker's reaction to her condition). There are also characteristics associated to primary care (human and/or technical resources in primary care centers), and to secondary care (the specialized units in pelvic floor that are present in tertiary care hospitals).

**Conclusion:** We established a dynamic model that examines the whole process of seeking urinary incontinence treatment and staying in the health system, by means of several determinants that ease and/or hinder the process at different levels (personal, environmental, primary care and specialized care levels). This is a useful tool in improving the quality of treatments of pelvic floor dysfunctions.

**Keywords:** Qualitative research, Urinary incontinence, Health services accessibility, Quality of life.

### III. INTRODUCCIÓN

La disfunción del piso pélvico abarca una serie de patologías con una alta prevalencia en mujeres (1). Se estima que al menos un 24% de las mujeres mayores de 18 años presentan incontinencia urinaria (2-3). Aunque estas patologías no suponen un riesgo vital para las mujeres, son fenómenos multidimensionales que repercuten en una amplia variedad de aspectos que determinan una influencia negativa en la calidad de vida (4).

Lo que ocurre desde que la enfermedad aparece hasta que la mujer busca atención para solucionar su problema pocas veces es considerado. Es conocido que la mujer portadora de incontinencia retarda la consulta por diversas causas que habitualmente atribuimos a la vergüenza, sin embargo existe una serie de otros factores que influyen en esta conducta (5).

El modelo teórico de Anderson, se ha utilizado para identificar el proceso en la toma de decisión de búsqueda de atención en salud en mujeres con disfunción del piso pélvico, a través de factores o determinantes (6-7). Sin embargo, no se ha desarrollado en mujeres latinoamericanas.

Desde la creación de la Unidad de Piso Pélvico, en el año 2012, a la fecha, van más de 400 usuarias, provenientes de principalmente del Servicio de Salud Concepción y Arauco que han sido incorporadas como pacientes activas de la Unidad. La gran demanda por diagnóstico y tratamiento de estas usuarias está evidenciando una problemática sanitaria, social y psicológica; pues las mujeres ingresan a la Unidad tardíamente, habiendo transcurrido bastante tiempo desde la identificación de los síntomas a la consulta.

Si bien se ha identificado en la literatura extranjera una serie de variables que influyen en la búsqueda y acceso a la atención (8), reconocer estas variables en las usuarias de la Unidad, a través de su experiencia de vivir con una disfunción del piso pélvico, es de relevancia tanto para los profesionales de la salud como para las mujeres, pues permitiría mejorar la pesquisa de la patología y brindar una atención oportuna y de calidad.

## IV. MARCO TÉRICO

### DISFUNCION DEL PISO PÉLVICO

La pelvis es un espacio que se continúa con la cavidad abdominal y contiene los órganos de distintos sistemas, tanto del sistema urinario (vejiga y uretra), sistema genital o reproductivo (útero, anexos y vagina en la mujer), y sistema digestivo en su extremo más distal (recto y ano). Estas estructuras se apoyan y se anclan en el piso pélvico (9). El piso pélvico es una de las estructuras más complejas del cuerpo humano, está conformado por elementos músculos-aponeuróticos que se integran bajo el control del sistema nervioso y permiten el cierre de la parte inferior del abdomen, comportándose como una hamaca flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno y el recto (10). Su principal componente es el músculo elevador del ano, un músculo que cubre la mayor parte de la pelvis y está formado por tres fascículos en forma de “U” o “V” abierta hacia anterior, lo cual permite el paso de los extremos distales de los sistemas urinario, genital y digestivo (9). El mantenimiento de la anatomía normal depende directamente de la integridad funcional y estructural de la musculatura del piso pélvico y del tejido conectivo subyacente (11).

La disfunción del piso pélvico (DPP) es un término que describe un amplio rango de problemas clínicos funcionales agrupados anatómicamente (12), responsable de patologías uroginecológicas, coloproctológicas y sexuales (10). Los mecanismos fisiopatológicos propuestos incluyen denervación del piso pélvico, trauma directo a la musculatura pélvica, síntesis anormal y degradación del colágeno y defectos de la fascia endopélvica (11). Estos mecanismos fisiopatológicos van a generar trastornos en el piso pélvico que incluyen incontinencia urinaria (IU), prolapso de los órganos pélvicos (POP) e incontinencia fecal (IF) (1,11,13).

La incontinencia urinaria se refiere a la evacuación involuntaria de orina a través de la vagina o el recto, constituyendo un problema social e higiénico (1). La Sociedad Internacional de Continencia (ICS) definió los diferentes tipos de incontinencia urinaria: incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria de urgencia (IUU) e

incontinencia urinaria mixta (IUM) (14). La incontinencia urinaria, se relaciona con un grupo de otras molestias conocidas como LUTS (por su sigla en inglés), como son el aumento de frecuencia miccional, nocturia, urgencia miccional, disuria, etc. En conjunto, constituyen la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo vésico-esfinteriano (15).

Las patologías del suelo pélvico son muy prevalentes, según Walker & Gunasekera (1) la prevalencia media del prolapso de órganos pélvicos es del 19,7%, la incontinencia fecal es de 7% y la incontinencia urinaria es de 28,7%, y aunque estas patologías no suponen un riesgo vital para estas mujeres, sus consecuencias sociales y económicas pueden ser importantes; sus síntomas pueden causar alteraciones significativas e interferir con las actividades de la vida diaria incluyendo la capacidad de funcionamiento físico, social y sexual (16).

La patogénesis de la disfunción del piso pélvico no está totalmente aclarada, aunque se ha comprobado que es de etiología multifactorial (12). Se han identificado como factores de riesgo que varían según el tipo de incontinencia urinaria. El embarazo y el parto se establecen los factores de riesgo para la incontinencia urinaria de esfuerzo. Aunque el parto vaginal y parto por cesárea aumenta el riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo, el riesgo es mayor en las mujeres que dan a luz por vía vaginal. La histerectomía se ha asociado principalmente con el desarrollo de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Otros factores de riesgo son la infección del tracto urinario recurrentes, la historia familiar, fumar cigarrillo y beber café (17).

Las disfunciones del piso pélvico son fenómenos multidimensionales que afectan a la mujer en una amplia variedad de aspectos. Rara vez ocasionan morbilidad grave o mortalidad; en su lugar, provocan síntomas que afectan a las actividades cotidianas de una mujer e influyen negativamente en su calidad de vida (3). Para el tratamiento de la patología del piso pélvico es fundamental comprender el papel que juega el periné en éstas (10). Los tratamientos pueden ser de tipo conservador, médico y quirúrgico y el éxito de una intervención quirúrgica puede ser medido con la calidad de vida que

presenten las usuarias antes y después de la cirugía, cómo lo evidenció la revisión realizada por Flores et al. (13).

## **CALIDAD DE VIDA**

El término calidad de vida es de reciente aparición y ha sido divulgado principalmente dentro de las Ciencias Médicas. Es un concepto amplio, influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Se reconocen en ella tres dimensiones principalmente: dimensión física, psicológica y social (4).. Para estimar estas dimensiones, que son variables complejas, se emplean instrumentos relacionados con los aspectos que podrían estar afectados. En el caso de las disfunciones del piso pélvico, existen varios instrumentos validados internacionalmente que se usan para determinar el impacto de la enfermedad y los efectos de los tratamientos.

Varios estudios han demostrado que la incontinencia urinaria disminuye la calidad de vida de las mujeres (18). En un estudio realizado el año 2011 por Segedi et al. determinó que las mujeres con disfunción del piso pélvico, tenían más probabilidades de sentirse cohibidas, menos probabilidades de sentirse físicamente atractivas, más probabilidades de tener dificultades al mirarse desnudas al espejo, estaban más propensas a sentirse no activas sexualmente y poseían menos probabilidades de sentirse femenina, al ser comparadas con mujeres sin disfunción del piso pélvico, lo cual generó una correlación positiva entre la disminución de la calidad de vida y la imagen corporal en mujeres con disfunción pélvica (19).

La sintomatología de la incontinencia de orina genera alteraciones en la calidad de vida que van desde moderado a alto, limitando a las personas en la realización de actividad física e incluso tareas domésticas. La IUM es la que reporta peor calidad de vida entre las mujeres y según la prevalencia entre la IUU y la IUE en la IUM, son los síntomas de la IUU los que generan mayor impacto en la calidad de vida. El bienestar de las mujeres con IUU se ve más afectado (casi al doble) que en las pacientes con IOE (14).

La frecuencia de salida involuntaria de orina provoca problemas psico-emocionales mucho más intensos que las secuelas físicas, con múltiples y grandes efectos que limitan las actividades diarias, la interacción social, afectando la autopercepción del estado de salud (20).

Las mujeres trabajadoras, reportan miedo a perder su empleo o de cambiar de cargo, como consecuencia de las restricciones y limitaciones al realizar actividades que demandan esfuerzos físicos y constantes interrupciones, como acudir al baño frecuentemente para miccionar o asearse. (21)

Por otro lado las mujeres con incontinencia urinaria refieren poseer un bajo autoestima y sentir temor al coito, generando un aumento de la ansiedad sexual y disminución del deseo sexual (22). La prevalencia de IU en el coito es del 36,2%, y una significativa cantidad de mujeres reporta un impacto moderado o alto en su calidad de vida.(16). En relación a los escapes urinarios, las mujeres se sienten distraídas al tratar de retener la orina durante las relaciones sexuales (23). Si se compara la calidad de vida de las mujeres sexualmente activa con y sin fugas urinarias coitales, la calidad de vida de las primeras se ve más afectada que las del segundo grupo, aunque este último tenga otras sintomatologías urinarias (2).

El desarrollo de las actividades diarias también se ve afectado puesto que las mujeres con IU se ven obligadas a restringir sus actividades tales como, viajar, ir de compras, y realizar ejercicio debido a la pérdida involuntaria de orina y el miedo a salir a la calle (23) De igual forma, verbalizar los síntomas a terceras personas como amigos, compañeros de trabajo e incluso a la familia, les parece embarazoso y vergonzoso, pues que les atemoriza recibir comentarios negativos en relación a su problema (21).

## **BÚSQUEDA DE ATENCION EN SALUD**

Como causas de las disfunciones del piso pélvico, la mitad de las mujeres determinan que es producto de un mal funcionamiento de la vejiga o del suelo pélvico, una quinta parte de ellas percibe que la incontinencia es a causa del estilo de vida, culpando al

aumento de peso, a la ingesta de exceso de líquido, o a que esperaron demasiado para ir orinar cuando sienten deseos. Un porcentaje similar cree que IU fue resultado de factores más allá de su control, como los factores hereditarios, el proceso de envejecimiento, las enfermedades, las cirugías, los medicamentos pero principalmente por el número de embarazos y nacimientos a edad temprana, atribuyendo entonces la pérdida de orina a causas normales y esperables en la vida de todas las mujeres (24, 25)

En lugares como Los Países Bajos, las mujeres con IU consideraban que esta patología correspondía a una inevitable condición femenina que la caracterizaba como sucia, impura y vieja. Al ser considerado como una “inevitable condición femenina”, las mujeres aceptaban la patología como normal, no como una dolencia o enfermedad (18).

Estas cogniciones relativas a la disfunción del piso pélvico, podrían ser un impedimento al momento de búsqueda de ayuda, existiendo una discrepancia entre la alta prevalencia e impacto de la patología y la relativamente baja proporción de mujeres que buscan atención de forma oportuna (26).

La literatura ha reportado que una causa por la cual las mujeres no buscan tratamiento para la IU es la vergüenza (24). Los sentimientos de vergüenza que experimentaban las mujeres inhibían la búsqueda de ayuda (18) y si a la vergüenza se le sumaba el factor de diferencia generacional con respecto a las actitudes de revelación de información sobre asuntos personales también dificultaban que las mujeres mayores buscaran consejos médicos (27). Lo anterior se contrapone a un estudio de Teunussen et al. (28) en donde se estableció que para las adultas mayores la vergüenza no era un factor clave en la decisión sobre si procede o no buscar ayuda para la IU. El sentimiento de vergüenza y la influencia cultural, se ven reflejado en las creencias de las mujeres musulmanes, constituyendo entonces una razón por la que no podían hablar con nadie acerca de la IU, ni siquiera con el médico de cabecera. (29).

La comunicación que establecía la mujer sobre su patología, se reducía a un número selecto y determinado de personas, generalmente lo verbalizaba con su pareja o parientes femeninos o amigas que habían tenido la experiencia de un parto por lo menos, ya que ellas sabían que el parto en gran medida había sido el causante de la disfunción del piso pélvico (18).. Entre las mujeres musulmanas, alrededor de la mitad de ellas no hablaba con nadie acerca de la incontinencia, ni siquiera con su marido, porque se avergonzaban (29). Esta escasa comunicación, indica que, dependiendo de la cultura, los problemas del piso pélvico serían un tema tabú en menor o mayor grado. Otro motivo que impediría la consulta médica corresponde al tiempo con el que cuentan las mujeres, ya que ellas indicaron que tenían menos oportunidades de dedicar tiempo a su propia salud puesto que tenían cosas más importantes en sus mentes, como el cuidado de sus hijos (18) . Por el contrario, se determinó que la estigmatización sería un factor que llevaría a las mujeres con IU a buscar ayuda con el fin de prevenir o aliviar una respuesta negativa de los demás (30).

El poseer estrategias o herramientas para mitigar los efectos de la pérdida de orina involuntaria, a través del uso de toallas absorbentes, es otra causa en el retraso de la consulta en salud de las mujeres, pues las mujeres adaptan sus comportamientos lo cual permitiría sobrellevar los síntomas y creer resolverlos por su propia cuenta (20, 24) Meleville et al (24) establece que las mujeres con incontinencia urinaria poseen menor tasa de búsqueda de ayuda médica lo cual se puede explicar por sus creencias sobre las causas de su propia pérdida de orina. La búsqueda de ayuda se determina sobre todo por el impacto experimentado y la presencia de síntomas concomitantes. Cuando la paciente percibe su incontinencia como poco grave o preocupante, y tienen una falta de conocimiento sobre causa y las opciones de tratamiento, por lo general no busca ayuda en salud. Cuando perciben un aumento de la gravedad o la angustia o requieren materiales para la incontinencia, por lo general buscan ayuda (28).

El uso que las personas dan a los servicios de salud ha originado modelos que predicen o definen el proceso de búsqueda de atención en salud, como por ejemplo el Modelo de Comportamiento Andersen (1995), el cual propone que el uso diferencial de servicios de

salud depende de tres categorías de variables: predisponentes, facilitadores y de necesidad.(6) Los factores predisponentes, son aquellos que definen el uso de los servicios como la edad, el sexo, la religión, la experiencia previa, la educación; los factores facilitadores o de apoyo, son aquellos que indican la disponibilidad y capacidad para obtener los servicios de salud, determinados por el nivel de ingresos, la previsión y las características poblacionales de acceso a salud; y finalmente los factores de necesidad que son aquellos que determinan el nivel de enfermedad, o las causas que determinan el inmediato uso de los servicios, mediados por el estado de salud que percibe la persona (7).

### **SALUD GINECOLÓGICA EN CHILE**

En el año 1994, Chile implementó el “Programa de Salud de la Mujer” el cual tiene por propósito “contribuir al desarrollo integral, físico, mental y social de la mujer, en todas las etapas de su ciclo vital..” (31). El Programa ha definido una serie de accionares en relación a la salud ginecológica de las mujeres, las cuales van desde la Atención Primaria (con su enfoque de promoción, prevención y atención integral) pasando por la atención especializada hasta la atención en el nivel terciario, donde se reconoce la creación de unidades de piso pélvico en diferentes ciudades del país, incluido Santiago, Valparaíso y Concepción, y en ésta última desde el año 2012, donde a la fecha cuentan con más de 400 mujeres en control.

## V. OBJETIVOS

### **Objetivo general:**

Comprender los determinantes de la búsqueda de atención de mujeres con incontinencia de orina y de su permanencia en el sistema sanitario para su tratamiento.

### **Objetivos específicos:**

1. Conocer las percepciones de las mujeres sobre su experiencia con una disfunción de piso pélvico.
2. Descubrir el/los motivos por los cuales las mujeres con disfunción del piso pélvico buscan atención de salud.

## VI. MATERIAL Y MÉTODO

**Clasificación y tipo de estudio:** Estudio de tipo cualitativo de método fenomenológico y de tipo interpretativista – explicativo. Como método fenomenológico, describió los aspectos individuales y subjetivos del significado de la experiencia, desde la perspectiva de las pacientes que viven con una disfunción del piso pélvico y su posterior diagnóstico. Procurará explicar los significados en que las mujeres están inmersas en su vida cotidiana y no en las relaciones estadísticas a partir de determinadas variables, el predominio de tales o cuales opiniones sociales, o la frecuencia de algunos comportamientos (fenomenología).

**Diseño muestral (Población y muestra):** La población a investigar fue constituida por la totalidad de mujeres que ingresaron a la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente desde enero a marzo del 2016, con diagnóstico de incontinencia de orina de esfuerzo, urgencia o mixta.

El muestreo fue teórico y como estrategia de muestreo se utilizó el de máxima variación, siendo el criterio de suficiencia el que definirá el tamaño de la muestra. Lo anterior permitió contar con el criterio de validez de pertinencia (32). Los criterios de inclusión fueron: contar con el perfil de unidad de muestreo (mujeres mayores de 18 años que se atiendan en la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente desde enero a marzo del año 2016), poseer factibilidad de acceso (disponibilidad horaria) y firmar el consentimiento. Como criterio de exclusión se definió: haber finalizado un tratamiento para la Incontinencia Urinaria o poseer cualquier patología psiquiátrica o neurológica que obstaculizara una adecuada comunicación durante la entrevista o alteración en el discurso emitido.

**Recolección de datos:** La estrategia de identificación de personas participantes se realizó mediante una ficha de selección en la consulta en la Unidad de Piso Pélvico con una profesional no médica (Matrona, profesional cuya disciplina en Chile es la salud sexual y reproductiva) (anexo1). Luego se citó a las usuarias de acuerdo a su

disponibilidad horaria. Previa firma del consentimiento informado se realiza la entrevista en una sala privada del Hospital. Como técnica de recogida de información se utilizó la entrevista en profundidad semiestructurada, donde se abordaron dimensiones asociadas a su experiencia con la DPP y motivaciones para recibir atención por un equipo de salud

**Análisis de datos:** Las entrevistas fueron grabadas y transcritas literalmente para posteriormente realizar una lectura comprensiva de éstas, para luego realizar la codificación de los datos, lo cual fue útil al momento de realizar la triangulación. A continuación, se recodificaron los elementos comunes, A continuación, se recodificaron los elementos comunes, priorizándose aquellos con mayor peso de significación, permitiendo una mejor interpretación y asegurándose la viabilidad del proceso analítico. Finalmente, se realiza una segunda triangulación de tres de las cuatro investigadoras, permitiendo remover todo sesgo potencial y asegurar la confiabilidad en las observaciones. La triangulación entre los miembros del equipo de investigación, la saturación del discurso y la auditoría externa permiten contar con el criterio de calidad de confiabilidad.

**Consideraciones éticas:** antes de llevar a cabo este estudio se procedió a evaluación y aprobación por el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción (CEC SSC). Para ello se debió entregar una ficha informativa para las mujeres entrevistadas, donde se describía el objetivo del estudio y los aspectos que podrían generar mayor inquietud como: datos personales, la calidad de confidencialidad de la información proporcionada y derechos como participantes del estudio, entre otros (anexo 2). Previa a la realización de la entrevista, las mujeres incorporadas en el estudio debieron firmar un consentimiento informado al igual que el entrevistador y el delegado de la Dirección del Hospital Guillermo Grant Benavente. A quienes participaron del estudio se les entregó una copia del consentimiento informado, quedando el original en manos del equipo de investigación (anexo 3) y a disposición del CEC SSC (anexo 4).

## VII. RESULTADOS

Las edades de las entrevistadas fluctuaron entre los 30 y 60 años siendo el rango etario más frecuente el de 40 a 50 años. El nivel educacional va desde educación básica (n=2), educación secundaria (n=4) y educación superior (n=4). Más de la mitad (n=6) tenía un trabajo remunerado (Profesoras, Técnico de enfermería, Asesora del hogar y Comerciante), y el resto se dedicaban a labores domésticas sin remuneración. Nueve de diez tienen hijos y el número promedio es de 3 (mínimo 0 máximo 4). En total se registran 22 nacimientos, 77% de los cuales fueron partos vaginales con episiotomía, y el peso de los recién nacidos osciló entre 2.075 y 4.800 gramos, registrándose 8 de 4.000 gramos o más. El tiempo transcurrido desde la identificación de los síntomas a la primera consulta fluctuó entre 4 meses y 19 años, siendo el rango de tiempo más frecuente el de 1 a 5 años (n=5) (ver tabla n°1).

**Tabla 1: Características de las mujeres incorporadas en el estudio.**

N°	Actividad	Edad	Nivel educativo	Situación sentimental	Número de hijos/as	Tipo de parto	Peso de recién nacidos/as (gramos)	Tiempo transcurrido hasta la 1° consulta
E1	Comerciante	39	Tercero medio	Convive con su pareja	3	Parto normal con episiotomía	3950	19 años
						Parto normal con episiotomía	3840	
						Cesárea	3100	
E2	Profesora y voluntaria	33	Superior	Soltera sin pareja	No ha iniciado actividad sexual			2 años
E3	Dueña de casa	43	Cuarto medio	Convive con su pareja	3	Parto vaginal	3100	5 años
						Parto vaginal	2750	
						Parto vaginal	3000	
E4	Técnico en enfermería	48	Superior	Soltera sin pareja	1	Parto vaginal con episiotomía	3350	6 años
E5	Técnico en enfermería	53	Cuarto medio	Soltera sin pareja	2	Parto vaginal con episiotomía	4400	4 meses
						Parto vaginal con episiotomía	aprox.3000	
E6	Dueña de casa	46	Tercero medio	Casada	3	Parto vaginal con episiotomía	aprox.3000	1 año y medio

						Parto vaginal con episiotomía	aprox.3000	
						Parto vaginal con episiotomía	Aprox. 4000	
E7	Asesora del hogar	52	Octavo básico	Separada	3	Parto vaginal con episiotomía	4000	1 año
						Parto vaginal con episiotomía	4000	
						Parto vaginal con episiotomía	3250	
E8	Dueña de casa	37	Cuarto medio	Casada	2	Parto vaginal con episiotomía	3810	>1 año
						Parto vaginal con episiotomía	3480	
E9	Profesora	41	Superior	Convive con su pareja	1	Parto vaginal con episiotomía	4800	6 años
E10	Dueña de casa	42	Octavo básico	Casada	4	Parto vaginal	aprox.3000	<1 año
						Parto vaginal	aprox.4000	
						Fórceps	Aprox.4000	
						Cesárea	Aprox.4000	

Fuente: elaboración propia

Del análisis de contenido de las 10 entrevistas se aprecian claramente una serie de relatos que nos permiten obtener los siguientes resultados. Se identificaron relatos sobre las vivencias de las mujeres con incontinencia de orina en diversos aspectos de su vida personal y social.

En relación a esos resultados, se reconoce el **SIGNIFICADO ASOCIADO A LA VIVENCIA DEL HABER EXPERIMENTADO EL DIAGNÓSTICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA**, en donde algunas mujeres indicaron haberlo vivido con **NORMALIDAD**, a pesar de haber recibido información sobre los factores que podrían originar la alteración y su posterior tratamiento.

*“Ehhh mire lo tomé normal porque el matrón que me atendió la primera vez que vine pa’ acá cuando me llamaron, porque a mí el treinta de noviembre me llamó el doctor, el matrón y me dijo que eso venía por fuerza, cuando uno hace mucha fuerza, los hijos muy grandes, que era normal. Entonces no, no me asustó porque me lo explicó bien.”*

(E7)

Bajo el mismo contexto, las mujeres se mostraron con una actitud optimista al recibir el diagnóstico, pues sabían que su patología tenía tratamiento y resolución.

*“... no se me pasó nada por la mente, porque como sé que esto tiene cura y todo eso, entonces... eso”*

(E1)

*“... me sentí incomoda... mal, porque nadie quiere pasar por esta situación po’, yo me sentí como que chuta estoy perdida en esto, pero bueno la solución está, ir a médico y tratarlo”*

(E5)

Otras mujeres relataron estar experimentando una situación ajena, es decir, se enfrentaban a su condición de salud desde la distancia, es decir, no la sentían propia.

*“...Mi mamá tuvo prolapso y se operó, entonces igual, me causa extrañeza que me hayan dado el mismo diagnóstico, porque en Lota al menos tenía incontinencia urinaria y acá a ella le dieron prolapso”*

(E2)

*“... me sentí mal, porque eeehh yo escuchaba antes que a las tías, suponte tu que tenían incontinencia y yo decía cómo va a ser así y justamente con los hijos que uno va teniendo...”*  
(E1)

*“... lo tome normal es que me considero muy joven como para tenerlo o que igual veo mujeres jóvenes que en consultorios se han operado jóvenes entonces igual me llamaba la atención, porque uno veía generalmente a las abuelitas pero no imaginaba que me iba a dar tan joven”*  
(E4)

Por otro lado, los relatos identificados en relación a las vivencias de las mujeres con incontinencia urinaria permitieron identificar **FACTORES FACILITADORES Y OBSTACULIZADORES EN EL PROCESO DE LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN Y LA PERMANENCIA EN EL SISTEMA DE SALUD**. De dicha información se reconocieron diversas características ubicados en cuatro niveles: En el primer nivel se reconocen aquellas propias de las mujeres, en el segundo nivel se identifican aquellas características asociadas a su entorno, en el tercer nivel aquellas asociadas a la atención primaria de salud y en el último nivel se reconocen las características asociadas a la atención secundaria o especializada de salud.

## **PRIMER NIVEL**

**Características propias de las mujeres:** el primer nivel identificado hace mención a las características personales que pueden influir en la búsqueda personal de atención en salud, tanto facilitando su acceso como obstaculizándolo.

- 1) Valoración de la frecuencia y cuantía de los síntomas:** las mujeres poseen una doble orientación para esta característica, pues su efecto en la búsqueda de atención puede ser facilitador u obstaculizador dependiendo de la intensidad de los síntomas.

**Facilitador:** Aumento de la intensidad de los síntomas asociados a la pérdida involuntaria de orina provocaría la necesidad de obtener atención.

*“porque yo soy una persona muy buena para reírme y notaba que tenía muchos escapes urinarios, ¿ya?, eh, no tenía yo la resistencia de aguantar como antes o si de estornudaba, si me*

*reía o hacia una fuerza, un chorrillo. Obviamente eso me causó una incomodidad y una preocupación” (E5)*

*“...Busque ayuda porque ahora ya es demasiado...” (E1)*

*“...Es que andaba orinada todo el día” (E3)*

*“Me hago entera, y cuando ando en terreno me he tenido que volver, y ahí se tiene que cambiar pantalones... sobre todo en el verano que es donde tomo más agua... no si entonces siempre tengo ropa en mi trabajo, de todo.” (E4)*

**Obstaculizador:** Tener escapes de orina en situaciones que no suponen una alteración de la vida diaria.

*“la incontinencia urinaria es solo cuando estornudo, al tener relaciones no hay escape de orina, entonces si siento placer” (E3)*

**2) Incertidumbre:** característica identificada con orientación facilitadora en la búsqueda de atención en salud. Las mujeres relataron temor a que su condición empeorara, es decir, que transitara a una patología de peor pronóstico o se intensificaran los síntomas.

*“... hasta que ya le empecé a tomar un poquito más de peso porque al final después dije yo, voy a andar en la calle y me voy hacer completa” (E8)*

*“... sentí miedo cuando pensé que podía haber sido algún cáncer que tuviera que ver con esa índole...”(E9)*

**3) Creencias sobre las causas:** característica identificada con orientación obstaculizador en la búsqueda de atención, pues creer que la causa de su problema de salud ginecológico es efecto propio del envejecimiento y de haber tenido partos vaginales.

*“... lo vi como algo normal en ese entonces, no le di la mayor importancia producto también de la inmadurez y de la juventud de ese entonces...” (E9)*

*“... es que me llamaba la atención, porque uno veía generalmente a las abuelitas pero no imaginaba que me iba a dar tan joven.” (E4)*

**4) Postergación:** característica identificada con orientación obstaculizadora en la búsqueda de atención, ya que las mujeres naturalizaron la postergación de sus necesidades frente a las de otra persona de su entorno.

*“Porque mojas la cama y al final y te haces la loca no más pero igual es penca porque sale el olor que no es normal a lo que es tener la relación sexual, es diferente... no siento nada...”(E8)*

*“yo no lo consideraba tan necesario, tengo muy poco tiempo, entonces mi tiempo libre generalmente los fines de semana y ese tiempo en el fin de semana se dedica el sábado a hacer las cosas de la casa y el día domingo a preparar mi trabajo para la semana”(E9)*

**5) Mecanismos de adaptación:** característica reconocida con orientación obstaculizadora en la búsqueda de atención, pues las mujeres se adaptaron a los efectos de la incontinencia urinaria, realizando técnicas o estrategias para mitigar los síntomas que incluso generaron realizar cambios de hábitos de vida. Se destaca el uso de toallas higiénicas, disminuir ingesta de líquidos y concurrir a lugares que cuenten con baño cercano.

*“Cuando voy al centro me pongo varias toallas o ando con otro calzón en la cartera, más toallas higiénicas... Claro, por ejemplo, trato de tomar en la mañana harto líquido a si es que estoy toda la mañana mea, eso significa que ayer me cambié como 3 o 4 veces ropa y cuando salgo trato de no tomar líquido”(E3)*

*“... estoy pendiente de que tengo que ir al baño, me preocupa mucho eso de no hacerme, por higiene, todo eso igual es complicado, si voy a un restorán, tengo que ver si tienen baño o no, porque si me tomo una bebida o un jugo, después tengo que ir al baño ligerito, entonces igual esa es una preocupación extra que uno tiene...” (E2)*

## SEGUNDO NIVEL

**Características asociadas al entorno de las mujeres:** En segundo lugar, se reconocen las características del entorno en relación a la reacción de sus parejas, familiares, amistades o compañeros de trabajo frente a la condición de pérdida involuntaria de orina de la mujer. Del mismo modo, se reconoce que existen algunos que actuarían de manera facilitadora de la búsqueda de la atención en salud como también obstaculizándola o ambas.

**1) Reacción frente a la pérdida involuntaria de orina:** los terceros con conocimiento de la pérdida de orina de la mujer pueden reaccionar de formas completamente opuestas.

**Facilitador:** Se identifica el **menosprecio** como una reacción facilitadora para la búsqueda de ayuda en salud, pues la mujer para evitar volver a experimentar situaciones de burlas e ironías por parte del entorno, recurriría a la asistencia sanitaria con el fin de buscar una solución a su problema.

*“Entonces ahora vienen las burlas, ahhh ¡mi mamá se meó!, ya salen las burlas, tienes hijos grandes y se burlan ¡ah mi mamá se hizo pipí!” (E3)*

*“mi pareja también lo toma para la chacota” (E3)*

**Obstaculizador:** Se reconoce a la **apatía** como una reacción obstaculizadora para la búsqueda de atención, pues la mujer no prestaría atención a su condición de salud ya que el resto reacciona de igual manera.

*ehhh... no, no lo he conversado tanto como a profundidad, porque como que le da lo mismo, no le importa, no le interesa.” (E1)*

*“en el momento del acto sexual como cuidadoso sí, pero en el sentido de que vaya a ver médico no porque los hombres son como ellos no sienten, no le dan mayor importancia” (E9)*

**2) Apoyo social:** se reconoce el apoyo social como un factor facilitador en la búsqueda de atención, las terceras personas con conocimiento de la pérdida de orina en la mujer la orientan en relación a la necesidad de buscar atención.

*“Lo he conversado con mis hijos y lo saben y piensan que hay que tratarlo nada más pues’ y tomarlo con humor, nada más, se ríen, conversamos, si, no, ni un problema” (E5)*

*“...él sabe que yo vengo para acá que me estoy tratando tenemos buena comunicación, conversamos todo, incluso me apoya me dice que el bien es para ti” (E10)*

## **TERCER NIVEL**

**Características asociadas al primer nivel atención:** en el tercer nivel se identifica aquellos elementos relacionados con los recursos humanos o técnicos de los centros de atención primaria. Del mismo modo, se reconoce que existen algunos que actuarían de manera facilitadora de la búsqueda de la atención en salud como también obstaculizándola o ambas.

**1) Recurso humano:** se identifica como factor facilitador en la búsqueda y la permanencia en el sistema de salud la existencia de un profesional de referencia en la atención ginecológica.

*“... como uno no sabe, siempre recurre a los hospitales, fui a la matrona, ella me explico que me tenían que trasladar para acá...” (E7)*

*“... Yo fui al CESFAM donde me atiende y le conversé a la matrona, y la matrona me derivó acá...”(E1)*

**2) Recursos técnicos:** se identifica como factor facilitador en la búsqueda y permanencia en el sistema de salud la existencia de programas específicos para la atención preventiva y promocional en ginecología.

*“...cuando me tocó el control con la matrona para hacerme los exámenes rutinarios que uno tiene que hacerse yo ahí le conté y ahí me derivaron para acá...” (E10)*

*“...me fui a hacer el PAP, me atendió la matrona y le conté las molestias que tenía...” (E9)*

**3) Entrega de información del equipo:** se identifica como factor obstaculizador en la búsqueda y permanencia en el sistema de salud, la inexistencia de campañas informativas sobre disfunción del piso pélvico para sensibilizar a la población de riesgo.

*“...más formación es necesario, vi charlas de incontinencia solo en el hospital, deberían hacerlo en el consultorio porque hay gente que le da vergüenza....” (E10)*

## **CUARTO NIVEL**

**Características propias del segundo nivel atención:** el cuarto nivel identificado se relaciona con las unidades especializadas en piso pélvico de los hospitales de alta complejidad. Del mismo modo, se reconoce que existen algunas características que actuarían facilitando la coordinación con el primer nivel de atención, así como la permanencia del sistema sanitario.

**1) Entrega de información del equipo:** la entrega de información que el equipo de salud realiza con las usuarias puede tener una orientación facilitadora u obstaculizadora en la permanencia de la mujer en el sistema sanitario.

**Facilitador:** La entrega de **información respecto a su diagnóstico y las causas de éste** se reconoce como una característica facilitadora para la permanencia de la mujer en el sistema sanitario.

*“el médico me dijo que era porque mi vejiga estaba igual que un globo desinflado, entonces, cuando se llenaba, era mucho lo que acumulaba, que no aguantaba y soltaba toda la orina.”*  
(E2)

*” Se sueltan como, los médicos dicen que son los elásticos delgados de la vejiga, y ahí es donde se produce la incontinencia...”(E4)*

**Obstaculizador:** El **escaso tiempo de la consulta de especialista** se reconoce como una característica obstaculizadora para la permanencia en el sistema sanitario, es decir, las mujeres reconocieron que la brevedad de la consulta con el médico especialista es un factor que condiciona la posibilidad de aclarar sus dudas y obtener información en relación a su estado de salud, lo cual constituiría un factor obstaculizador.

*“me atendió un especialista que ya ni recuerdo bien el nombre y yo tuve que hacer las preguntas ¿Qué es lo que tengo? ¿Qué es lo que es? ¿Cuál es el tratamiento que se puede llevar a cabo? ¿Esto hay que operar? entonces yo también entiendo que ellos están con una carga horaria que no te permite tener ese tiempo para entregar información, a veces el paciente entra, te atienden y te derivan, no te entregan mayor información”* (E9)

**2) Profesionalismo del equipo:** el grado de profesionalismo del equipo determinaría la permanencia de la usuaria con incontinencia de orina en el sistema sanitario, a través de dos características.

**Facilitador:** la **empatía y compromiso reconocido en el equipo de la unidad especializada** se reconocen como características que facilitarían la permanencia en el sistema sanitario.

*“ella tiene buena llegada con sus pacientes, uno puede conversar con ella, hacer preguntas, y como le digo dar las gracias y... me queda una sesión y no, bien pues”* (E5)

*“la kine es la única que está aquí y ella atiende a muchas personas pero ella es una excelente”* (E10)

**Obstaculizador:** La entrega de conceptos erróneos frente a la atención podría relacionarse con un factor obstaculizador de la permanencia de las mujeres con disfunción del piso pélvico en el sistema sanitario. Esto se podría relacionar con la necesidad de **capacitación continua y excelencia de los profesionales** por parte del equipo de la unidad especializada.

*“me atendió la matrona y me dijo que era algo estético, como no me estaba afectando en el caso de la orina, no tenía problema con ello, entonces me dijo que nada y ya después con el tiempo cuando comencé a sentir dolor, ahí vine a médico” (E5)*

**3) Tiempos de espera para la atención:** se identifica como un factor obstaculizador para la permanencia en el sistema sanitario, identificado como la necesidad de disminuir los tiempos de espera para la atención por especialista, así como el incumplimiento de las horas de control en la unidad hospitalaria.

*“... también me sentí un poco ofuscada porque en un comienzo tenía hora para una fecha determinada, después me la cambiaron producto de que la matrona supuestamente se había ido de vacaciones después cuando regrese nuevamente me dijeron que no, que no era con la matrona que me correspondía, por lo tanto perdí un mes, me dieron otra fecha como no la anote se me paso la fecha, perdí la hora, la semana pasada vine otra vez, también para mí ha sido un poco angustiante quiero salir luego de esto pero me explicaba la señorita que por aquí por el sistema público esto va a tomar por lo menos un año y eso para mí ha sido como un poco angustiante, quiero operarme luego” (E9)*

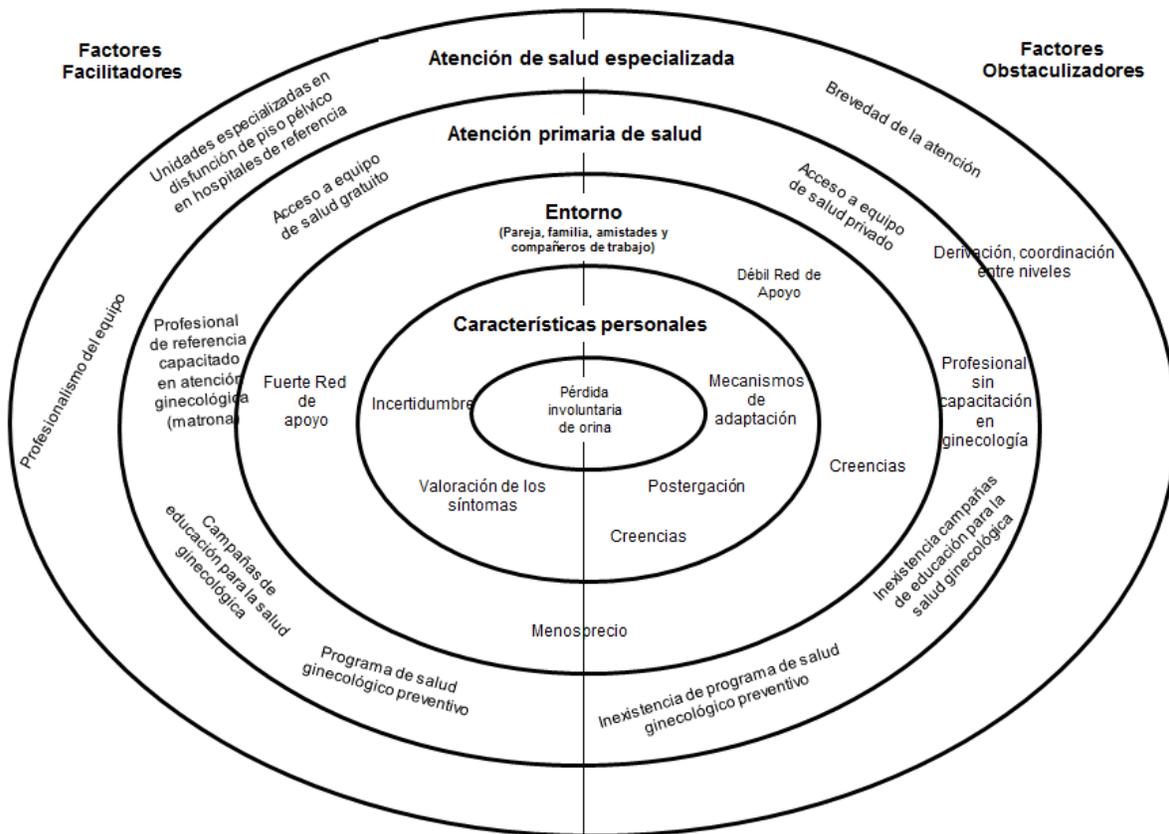
*“el tema de la mujer es súper importante entonces agilizar más los tiempos, me ponía en la situación y si tengo cáncer, imagínate me dijeron que tenía que esperar hasta enero para que me vea un médico,” (E9)*

*“estoy citada a las 8, ya van a hacer las 9 pero yo sé que la kine es la única que está aquí pero...” (E10)*

## VIII. DISCUSION

En el discurso de las mujeres incluidas en éste estudio, usuarias de la Unidad de Piso Pélvico de un hospital de alta complejidad del sur de Chile, se logra identificar un modelo que reconoce el proceso de búsqueda de atención y la permanencia en el sistema que incluye cuatro niveles: 1) de carácter individual, es decir, de las mujeres con incontinencia de orina; 2) integra al entorno de la mujer que padece la disfunción de piso pélvico, es éste casi con incontinencia de orina; 3) que involucra características de los centros de atención primaria de salud; y por último 4) que reconoce características de la atención especializada, en éste caso de la Unidad de Piso Pélvico. Dentro de los cuales se identifican características que pueden actuar como facilitadores u obstaculizadores (ver figura 1).

**Figura 1: Modelo de determinantes en la búsqueda de atención en salud y en la permanencia en el sistema sanitario en mujeres con incontinencia de orina.**



Andersen, estableció un modelo que relaciona tres tipos de factores para dar explicación al comportamiento en el uso de los servicios de salud: factores predisponentes (predisposición para utilizar los servicios), factores facilitadores (capacidad para obtener los servicios) y factores de necesidad (nivel de enfermedad). (26).

Una de las ventajas del modelo propuesto es su condición dinámica, ya que permite realizar acciones que consideran la progresión multidireccional, mediada por la combinación de factores facilitadores y/u obstaculizadores en distintos niveles. A diferencia del modelo de Anderson, donde los factores predisponentes no pueden ser modificados, es decir, son estáticos dentro de su propuesta (7).

Los elementos incluidos en el modelo de Andersen se relacionan en alguna medida con las características reconocidas en éste estudio. Las características personales corresponden a los factores predisponentes y de necesidad propuestos por Andersen. El modelo propuesto en ésta ocasión identifica aquellas características personales relacionadas con los conocimientos previos (creencias sobre la causa de los síntomas) o al experimentar la incontinencia de orina, tanto a través de su comportamiento (postergación y/o adaptación) y con la respuesta emocional (incertidumbre). Por tanto, detectar las creencias respecto a las causas de ésta disfunción permitiría a los equipos de atención primaria de salud corregirlas en la atención directa a las usuarias como fortalecer las campañas educativas para la salud ginecológica con especial énfasis en la población de riesgo (26,33). Cuestión que se reconoce en la literatura científica como una fortaleza de la atención primaria de salud (34).

La percepción sobre el propio estado de salud o factor de necesidad de Andersen hace alusión a la característica personal de la valoración de la frecuencia e intensidad de los síntomas de las mujeres con incontinencia de orina. La importancia de ésta característica radica en que ésta valoración puede ser facilitadora en la búsqueda atención cuando supone una alteración general en la calidad de vida. Sin embargo, también puede comportarse como un obstaculizador cuando no tiene un impacto significativo en las actividades de la vida diaria de la mujer (35-36).

En relación al segundo nivel en la búsqueda de atención en salud, éste involucra a terceras personas, ya sea la pareja, familiares, amistades y/o compañeros de trabajo. La importancia de éste nivel radica en que la reacción de terceros frente a la presencia de

la sintomatología de la pérdida involuntaria de orina puede ser un factor facilitador cuando conlleva el menosprecio de su condición a través de burlas como las identificadas en el relato de las participantes de éste estudio. Por tanto, las mujeres reconocen que buscan ayuda para no volver a experimentar éste rechazo a su estado de salud (21). Aunque del mismo modo podría ser un obstaculizador, especialmente en el caso de las mujeres insertas en un contexto cultural que las coarta, así como el desconocimiento o creencias erróneas por parte de terceros que puede derivar en apatía respecto a la sintomatología de la mujer (21, 29).

Respecto al tercer nivel del modelo dinámico propuesto, destacan como características facilitadoras la existencia de al menos un profesional de referencia, capacitado en atención ginecológica (p.e. matrona en Chile), así como la existencia de un programa de atención ginecológica preventivo que incluya campañas de educación para salud en éste ámbito (31). Su inexistencia provocaría el retraso en el acceso a los servicios de salud, empeorando su salud y calidad de vida (25).

En el último nivel del modelo propuesto, destaca la existencia de unidades especializadas y su coordinación con atención primaria de salud (25, 37) lo que facilitaría la permanencia en el sistema sanitario a través del tiempo de espera tras la derivación, la entrega de información respecto del diagnóstico y las causas que lo originan, cuestión que puede estar potenciada por la empatía y compromiso de los integrantes de las unidades, y podría ser un obstáculo si no se recibe capacitación continua y excelencia en la atención (38)

El modelo propuesto se diseñó en función de mujeres que han accedido al nivel secundario de atención, por tanto, se desconocen las experiencias de aquellas mujeres con factores de riesgo que aún no reciben atención preventiva y promocional de la salud, que podrían enriquecer el modelo propuesto (39). Esta es una limitación de éste trabajo.

Se establece un modelo dinámico que reconoce el proceso de búsqueda de atención de la incontinencia de orina y la permanencia en el sistema sanitario, a través de una serie de determinantes (facilitadores y/u obstaculizadores) en distintos niveles (individuales, del entorno, del primer nivel de atención en salud y del nivel de atención especializada),

que resulta una herramienta útil para mejorar la calidad de la atención en el caso de las disfunciones de piso pélvico.

## **IX. LIMITACIONES**

La presente investigación tuvo limitaciones relacionadas con la metodología durante la recolección de datos y el tamaño de la muestra, ya que las 10 entrevistas fueron realizadas por personas externas a la investigación (pero con conocimientos profesionales en el área de la ginecología) y no todos los discursos obtenidos se saturaron al momento de dar por finalizado el muestreo.

Otra limitación es en relación al modelo propuesto, el cual se diseñó en función de mujeres que han accedido al nivel secundario de atención, por tanto, se desconocen las experiencias de aquellas mujeres con factores de riesgo que aún no reciben atención preventiva y promocional de la salud, que podrían enriquecer el modelo propuesto (26)

## X. CONCLUSIONES

A través del discurso de las mujeres que han ingresado a la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente se ha establecido un modelo dinámico que reconoce el proceso de búsqueda de atención de las mujeres con incontinencia de orina y la permanencia de éstas en el sistema sanitario.

El modelo dinámico propuesto identifica diferentes niveles de acción en la pesquisa de elementos que favorecen u obstaculizan la búsqueda de atención para la incontinencia de orina como la permanencia en el sistema sanitario una vez dentro de éste.

El modelo propuesto contiene cuatro niveles que consideran en primer lugar las características propias de las mujeres con incontinencia de orina, es decir, factores individuales que podrían determinar, a favor o en contra, tomar la decisión de solicitar atención en su centro de salud familiar correspondiente. El segundo nivel identifica características del entorno de las éstas mujeres, es decir, determinantes asociadas al entorno más próximo como la pareja, su familia, amistades, y/o sus compañeros/as de trabajo. El tercer nivel considera aspectos determinantes de los centros de atención primera donde se atienden, y el último lugar, el nivel de la atención especializada de salud, en éste caso de las unidades de piso pélvico.

El modelo propuesto resulta una herramienta útil para mejorar la calidad de la atención en el caso de las disfunciones de piso pélvico.

## **XI. PROYECCIONES O PROPUESTAS**

El modelo propuesto se elaboró con el discurso de mujeres con incontinencia de orina que eran pacientes activas de la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción. Sin embargo, sería interesante reconocer las vivencias de aquellas mujeres con incontinencia de orina que aún no buscan atención en salud, es decir, que a pesar de tener síntomas, aún no consultan por éstos. Dicha información, podría enriquecer el modelo propuesto y así orientar al equipo de salud de forma más específica a la pesquisa de la patología.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Walker G, Gunasekera P. Pelvic organ prolapse and incontinence in developing countries: review of prevalence and risk factors. *Int Urogynecol J*. 2011; 22(2): 127-135
2. Swift S, Woodman O, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D et al. Pelvic Organ Support Study (POSST): The distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 795-806
3. Barber M. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2013;24:1783-90
4. Rodríguez E, Martínez J, Díaz D, Ros A, Abreu Y. Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. *Revista Habanera de ciencias médicas*. 2009; 8(3): 1-17.
5. 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: 818–822.
6. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1–10.
7. Llanos A, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga J. Factores Relacionados con la Utilización de Servicios de Salud en Costa Rica. *Rev. salud pública*. 2009; 11(3):323-335
8. Siddiqui N. Perceptions about female urinary incontinence: a systematic review. *Int Urogynecol J*. 2014;25:863-71
9. Carrillo K, Sanguinetti A. pelvic floor anatomy. *Rev. med. clin. Condes*. 2013; 24(2): 185-189
10. Pena J, Rodríguez A, Villodres A, Mármol S, Lozano J. Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(7): 719-731
11. Suarez G, Arias B, Schlesinger R, Cajigas J. Cirugía reconstructiva de piso pélvico y procedimientos quirúrgicos anti incontinencia urinaria: ¿ es necesario el enfoque multidisciplinario?. *Rev Urol Colomb*. 2008; 17 (1): 101-108

12. Obregon L, Saunero A. Disfuncion del piso pélvico: epidemiología. Rev obstet ginecol Venez. 2009; 69 (3): 172-178
13. Flores C, Pizarro J. Calidad de vida de las mujeres con alteración del piso pélvico: revisión de la literatura. Rev Chil Obstet Ginecol. 2012; 77(3): 175 – 182
14. Arañó P, Rebollo P, González D. Health-related quality of life impact in women with Mixed Urina. Actas Urol Esp. 2009; 33(4): 410-415
15. Chang L, Toner B, Fukudo S, Guthrie E, Locke R, Norton N, Sperber A. Gender, Age, Society, Culture, and the Patient's Perspective in the Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology. 2006; 130: 1435-46.
16. Espuña M, Puih M. Coital urinary incontinence: impact on quality of life as measured by the King's Health Questionnaire. Int Urogynecol J. 2008; 19: 961-625
17. Wu J. Prevalence and trends of Symptomatic pelvic floor disorders in U.S. women. Obstet Gynecol 2014;123:141-8
18. Bouwina R, Lagro-Janssen A. Women's perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview stud. Scand J Caring Sci. 2013; 27: 406–413
19. Segedi LM, Lliic KP, Curcic´ A, Visnjevac N. Quality of life in women with pelvic floor dysfunction. Vojnosanit Pregl. 2011; 68(11): 940-7
20. Higa R, Lopes MH, Turato ER. Psychocultural meanings of urinary incontinence in women: a review. Rev.Lat.Am.Enfermagem. 2008;16(4):779–786.
21. Higa R, Rivorêdo CRSF, Campos LK, Lopes MHM, Turato ER. Vivências de mulheres Brasileiras com incontinência urinária. Texto contexto – enferm. 2010;19(4):627-635
22. Shrestha B, Onta S, Choulagai B, Poudyal A, Pahari D, Uprety A, et al. Women's experiences and health care-seeking practices in relation to uterine prolapse in a hill district of Nepal. *BMC Women's Health*. 2014;14:20.
23. Akyuz A, Kok G, Kilic A, Guvenc G. In Her Own Words: Living with Urinary Incontinence in Sexual Lif. Sex Disabil. 2014; 32: 23
24. Melville J, Wagner L, Fan M, Katon W, Newton K. Women's Perceptions about the Etiology of Urinary Incontinence. J Womens Health. 2008; 17(7):1093-1098

- 25.Volkmer C, Monticelli M, Reibnitz KS, Brüggemann OM, Sperandio FF. Incontinência urinária feminina: revisão sistemática de estudos qualitativos. *Cien Saude Colet.* 2012; 17(10):2703-2715.
- 26.Minassian V, Yan X, Lichtenfeld M, Sun H, Stewart W. Predictors of care seeking in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2012; 31(4):470-474
- 27.Horrocks S, Somerset M, Stoddart H, Peters T. What prevents older people from seeking treatment for urinary incontinence?: A qualitative exploration of barriers to the use of community continence services. Fam Pract. 2004; 21(6):689-96
- 28.Teunissen D, van Weel C, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in older people living in the community: examining help-seeking behaviour. *Br J Gen Pract.* 2005; 55: 776-782
- 29.Van den Muijsenbergh M, Lagro-Janssen T. Urinary incontinence in Moroccan and Turkish women: a qualitative study on impact and preferences for treatment. *Br J Gen Pract.* 2006; 56: 945–949
- 30.Elstad E, Taubenbergen S, Botelho E, Tennstedt S. Beyond incontinence: The stigma of other urinary symptoms. *J Adv Nurs.* 2010; 66(11): 2460–2470
- 31.Programa de Salud de la Mujer, Chile, Minsal,1997
- 32.Valles S M. Técnicas cualitativas de investigacion social: reflexión metodológica y practica profesional. 1ª ed. España. Sintesis;1999
- 33.Buurman MB, Lagro-Janssen AL. Women’s perception of postpartum pelvic floor dysfunction and their help-seeking behaviour: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2013; 27(2):406-413.
- 34.Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. OMS.2008. capitulo 3.
- 35.Lamin E, Parillo L, Newman D, Smith A. Pelvic Floor Muscle Training: Underutilization in the USA. *Curr Urol Rep.* 2016; 17(10):1-7
- 36.Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(6):39–44

37. Byles JE. An evaluation of three community-based projects to improve care for incontinence- *Int Urogynecol J* 2005;16:29-38
38. Fasce E. Atributos del profesionalismo estimados por estudiantes de medicina y médicos. Análisis mediante el modelo de disponibilidad luxica. *Re Med Chile* 2009;137(6):746-752
39. Hirmas AM, Poffald AL, Jasmen SAM, Aguilera SX, Delgado BI, Vega MJ. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–9.

### XIII. ANEXO 1

#### **FICHA DE SELECCIÓN DE PERFIL Y CONTACTO DE LAS ENTREVISTADAS**

##### **Criterios de selección**

- ✓ Ingresada en la UPP con diagnóstico (IO, IF, PG)
- ✓ Sin intervención quirúrgica de tipo ginecológica.
- ✓ Sin patología psiquiátrica o neurológica que le impida comunicarse o altere su discurso
  - ✓ Mayor de 18 años
- ✓ Usuaría acepta preselección

##### **ANTECEDENTES AL INGRESO**

N° \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ años

Teléfono de contacto: a) personal: \_\_\_\_\_ b) otro (*especificar*): \_\_\_\_\_

Centro o CESFAM de origen: \_\_\_\_\_

Fecha en que se incorporó a la UPP: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de Ingreso: \_\_\_\_\_

##### **ANTECEDENTES AL CONTACTO**

Fecha del contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Acepta participar de la entrevista: \_\_\_\_\_

Fecha y hora de la entrevista: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## XIV. ANEXO 2



### Ficha de Información para las personas participantes del estudio

Mediante la presente ficha se le invita a participar de la investigación titulada “Experiencia y significados de mujeres con disfunción del piso pélvico, controladas en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción”, conducida por Mercedes Carrasco Portiño (PhD) y la Matrona Especialista en Ginecología Carolina Bascur Castillo, ambas Docentes del Dpto. de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

El propósito de este estudio es explorar los significados que otorgan a la experiencia de una disfunción de piso pélvico las mujeres que ingresen a la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente.(HGGB) durante el año 2016.

Si usted accede a participar en este estudio, se le realizará una entrevista de aproximadamente 60 minutos, en donde sus respuestas serán gravadas y posteriormente transcritas, asignándole un número de identificación y convirtiéndola automáticamente en una entrevista anónima que no la perjudicará de ninguna manera.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez terminado el estudio si Ud. está interesada le podremos hacer llegar un resumen de los resultados y se le entregará un informe al Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él o posteriormente a la Investigadora responsable (Mercedes Carrasco Portiño) al email [mecarrasco@udec.cl](mailto:mecarrasco@udec.cl) o al teléfono 041-2204929. De la misma manera si tiene dudas respecto a sus derechos como participante de este estudio debe contactarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción presidido por la Dr. María Antonia Bidegain. Por otro lado, debe saber que puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso la/lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parece incómoda/o, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador(a) o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

El equipo de investigación

/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Iniciales y firma de la persona entrevistada

## XV. ANEXO 3



### Consentimiento Informado



Acepto participar voluntariamente en esta investigación titulada “Experiencia y significados de mujeres con disfunción del piso pélvico, controladas en el Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción”, conducida por la Mercedes Carrasco Portiño (PhD) y la Matrona Especialista en Ginecología Carolina Bascur Castillo, ambas Docentes del Dpto. de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Concepción.

Se me informó que el propósito de este estudio es explorar los significados que otorgan a la experiencia de una disfunción de piso pélvico las mujeres que ingresen a la Unidad de Piso Pélvico del Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) durante el año 2016 y que la información que proporcione será confidencial, anónima y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

He accedido a responder una entrevista que tiene una duración aproximadamente de 60 minutos, en donde mis respuestas serán gravadas y posteriormente transcritas, asignándole un número de identificación y convirtiéndola automáticamente en una entrevista anónima que no me perjudicará de ninguna manera.

Se me informó que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria y que una vez terminado el estudio me podrían hacer llegar un resumen de los resultados y que se le entregará un informe al Jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología.

Si tengo alguna duda sobre este proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación en él o posteriormente a la Investigadora responsable (Mercedes Carrasco Portiño) al email [mecarrasco@udec.cl](mailto:mecarrasco@udec.cl) o al teléfono 041-2204929. De la misma manera si tengo dudas respecto a mis derechos como participante de este estudio puedo contactarse con el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Concepción presidido por la Dr. María Antonia Bidegain. Por otro lado, también se me informó que puedo retirarme del proyecto en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas me parece incómoda/o, tengo el derecho de hacérselo saber a la investigadora o de no responderlas.

---

Nombre y apellidos de la persona entrevistada	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

Nombre y apellidos de la persona entrevistadora	Firma	Fecha
---	-------	-------

---

Nombre y apellidos de la persona delegada del Director del HGGB	Firma	Fecha
---	-------	-------

## XVI. ANEXO 4



**ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO**  
**COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444**  
**DE FECHA 14/08/2012.**

Concepción, 28 de Noviembre de 2014.

Sra.  
Valentina Araneda  
Investigador Responsable  
Presente.

Estimada Sra. Araneda

Junto con saludar, nos permitimos informar a usted que el Comité ético científico del Servicio de Salud Concepción, en reunión del 20 de Noviembre de 2014, revisó las correcciones efectuadas a las observaciones planteadas en el Acta de este Comité, correspondiente a la reunión del 12 de Junio de 2014, relativas al estudio titulado "Experiencia y significado de mujeres con disfunción piso pélvico controladas en el hospital Gmo. Grant Benavente de concepción" y resolvió aprobarlas por lo que considera que no hay impedimentos para su desarrollo en el hospital Dr. G.G.B. de Concepción, bajo su conducción como investigador responsable.

Miembros del Comité Ético Científico que participaron en la sesión del 20 de Noviembre de 2014 son:

C: 08 / 10

Nombre y apellidos	Profesión/Institución	Cargo CEC
Felipe León M.	Abogado / HGGB	Integrante permanente / Abogado
Juan Muñoz M.	Ingeniero Informático / HGGB	Integrante permanente
Juan Ricardo Saldaña C.	Ingeniero Comercial / HGGB	Integrante permanente / Secretario CEC
Mónica Zúñiga C.	Matrona	Integrante permanente / externa
Nelson Pérez T.	Médico Psiquiatra / HGGB	Integrante permanente / Vicepresidente CEC
Mirta Méndez B.	Enfermera Universitaria / SSC	Integrante permanente
María A. Bidegain S.	Médico Pediatra Nefrólogo/HGGB	Integrante permanente / Presidente CEC
Sylvia Asenjo M.	Médico Endocrinóloga / UdeC	Integrante permanente / externa

Excusas: Irma Alarcón Q., MC Felloy

Se procede a aprobar y timbrar con fecha 20 de Noviembre 2014 los siguientes documentos:

- Protocolo de Investigación titulado "Significados que las mujeres atribuyen a la experiencia de una disfunción del piso pélvico, en un hospital público de referencia regional", versión N° 02 de fecha 15 de Octubre 2014
- Información al participante y consentimiento informado para el estudio "Significados que las mujeres atribuyen a la experiencia de una disfunción del piso pélvico, en un hospital público de referencia regional", versión N° 02 de fecha 15 de Octubre 2014
- Ficha de selección de perfil y contacto de las entrevistadas, versión N°02 de 15 de Octubre de 2014

---

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC.      Página 1

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION(SICP-ICHG) CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.628 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION



## ACTA DE EVALUACION COMITE ETICO CIENTIFICO

COMITÉ CONSTITUIDO EN CONFORMIDAD A LA RESOLUCIÓN EXENTA N°2444  
DE FECHA 14/08/2012.

- Información al participante y consentimiento informado para el estudio "Significados que las mujeres atribuyen a la experiencia de una disfunción del piso pélvico, en un hospital público de referencia regional", versión N° 02 de fecha 15 de Octubre 2014 (Anexo 3)

**Nota:** No se aprueba el anexo 4 dado que en este tipo de estudio no puede participar una persona incapaz de otorgar su consentimiento.

Además, este Comité solicita que:

- 1.- El investigador utilice el formulario de consentimiento informado con el timbre y fecha de aprobación del comité en los pacientes que serán enrolados en su institución.
- 2.- Informar a lo menos una vez al año de su estado de desarrollo, como también de cualquier publicación o presentación a congresos que de él se generen
- 3.- La validez de esta aprobación es por un año.
- 4.- Una vez finalizado el proyecto, el comité y la Jefatura de la Unidad de Piso Pélvico del HGGB deberán ser informado de los resultados del estudio.
- 6.- Conservar toda la documentación en su poder por lo menos hasta 15 años cerrado el estudio

Atentamente

  
Ing. Ricardo Saldías Cerda  
Secretario CEC



  
Dra. M. Antonia Bidegain S.  
Presidenta CEC

Cc:

- Director Centro de Investigación
- Archivo CEC

---

EN CASO DE CUALQUIER DUDA SE LE SOLICITA CONTACTARSE CON EL CEC DEL SSC.      Página 2

ESTE COMITÉ CUMPLE CON LAS GUÍAS DE BUENA PRACTICA CLINICA DEFINIDAS POR LA CONFERENCIA INTERNACIONAL DE ARMONIZACION (GCP-ICH), CON LAS LEYES CHILENAS N° 20.120 Y N° 19.620 Y CON LAS NORMAS INSTITUCIONALES DEL SERVICIO DE SALUD CONCEPCION