

Intervención conductual en la vejiga
hiperactiva y su impacto en la calidad de vida

Natalia Muñoz Galán

UDC / 2019



Tesis Doctoral UDC / 2019

Intervención conductual en la vejiga
hiperactiva y su impacto en la
calidad de vida

NATALIA MUÑOZ GALÁN

Dirigida por:

M^a del Pilar García de la Torre

Manuel Peralbo Uzquiano

Intervención conductual en la vejiga hiperactiva y su impacto en la calidad de vida

Autora: Natalia Muñoz Galán

Tese de doutoramento UDC / 2019

Directores: Dra. M^a del Pilar García de la Torre

Dr. Manuel Peralbo Uzquiano

Programa Oficial de Doutoramento en Desenvolvemento Psicológico, Aprendizaxe e Saúde (Interuniversitario)¹



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

¹ Programa regulado polo RD 99/2011

La doctora **M^a DEL PILAR GARCÍA DE LA TORRE** del área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos y el Doctor **MANUEL PERALBO UZQUIANO** del área de Psicología Evolutiva y de la Educación, de la Facultad de Ciencias de la Educación de la UDC,

Como directores de la tesis presentada por:

Dña. **Natalia Muñoz Galán**

Titulada: Intervención conductual en la vejiga hiperactiva y su impacto en la calidad de vida

Hacen constar que:

Dicha tesis reúne los requisitos teóricos, científicos y metodológicos que debe tener un trabajo de investigación de esta índole, dando su visto bueno para su lectura y defensa.

A Coruña, 26 de Marzo de 2019

Dra. M^a del Pilar García de la Torre
Directora

Dr. Manuel Peralbo Uzquiano
Director

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a la Dra. María del Pilar García de la Torre en su labor de dirección y asesoramiento durante toda la etapa de Doctorado que ha supuesto un aprendizaje continuo aún habiendo momentos duros que con su ayuda ha sido más fáciles de llevar. Asimismo, agradezco al Dr. Manuel Peralbo Uzquiano su trabajo de dirección, tutorización y asesoramiento a lo largo del trabajo. También extendiendo estos agradecimientos al grupo de Investigación Persona-Ambiente de la Universidad de A Coruña, al que pertenezco, por su confianza en mí al incorporarme en él, así como por su apoyo recibido.

En segundo lugar, agradezco a todas aquellas personas que han participado en el estudio, a los estudiantes de la Universidad Senior y a las mujeres que se han prestado de forma desinteresada a formar parte de este trabajo y que, sin su colaboración no hubiese sido posible la realización de la tesis doctoral.

En tercer lugar, doy las gracias a MIS PADRES, MI HERMANA Y MI ESPOSO, que siempre están ahí para apoyarme, aconsejarme y aguantarme. Sin ellos no hubiese sido posible la realización y culminación de este trabajo. A mi hijo Darío que me ha acompañado, sin enterarse durante 13 meses en esta aventura.

Finalmente, agradezco a mi amiga Nerea, a Ángel y Eloísa, que han confiado en mí, escuchado, apoyado y animado en los momentos más difíciles y a mi larga familia.

En definitiva, MUCHAS GRACIAS a todos los que me habéis acompañado y ayudado en este viaje.

Natalia

Título: Intervención conductual en la vejiga hiperactiva y su impacto en la calidad de vida

Resumen:

La vejiga hiperactiva (VH) es una patología poco conocida y que se presenta en ambos sexos, pero principalmente en mujeres. Hay que distinguir entre VH e incontinencia urinaria (IU), entendida la primera como un complejo sintomático que incluye la urgencia urinaria con o sin incontinencia, frecuencia y nocturia. El término de VH sólo puede utilizarse si no hay infección urinaria ni otra enfermedad. La VH implica una alteración de la calidad de vida pues afecta a distintas áreas de la vida de las personas que la padecen. Por ello en este trabajo se investiga la relación de la VH con su impacto en la calidad de vida y otras variables psicológicas asociadas como la ansiedad y la depresión. Se evalúa también la presencia de problemas de sueño y la existencia de alteraciones en las relaciones sexuales en personas con VH. En esta investigación hemos desarrollado un tratamiento cognitivo conductual para tratar la VH y mejorar las variables mencionadas de las mujeres afectadas. Para realizar el estudio se llevó a cabo muestreo por cuotas o accidental entre los estudiantes de la Universidad Senior de la Universidad de A Coruña en los campus de A Coruña y de Ferrol, utilizando un diseño de investigación cuasiexperimental, de series repetidas interrumpidas de grupos no equivalentes. Los principales resultados muestran la eficacia del programa de intervención desarrollado en las mujeres participantes en el estudio, con mejoras en los síntomas de VH. Asimismo, se demostró la relación entre VH y calidad de vida, así como su relación con otras variables como la ansiedad, depresión y el sueño. No se encontró relación entre la VH y la función sexual femenina ni con la edad.

Title: Behavioral intervention in overactive bladder and its impact in the quality of life.

Abstract:

The overactive bladder (OB) is an uncommon pathology that can appear in both men and women, even though it is more prevalent in women. It is necessary to make a distinction between *urinary incontinence* and *overactive bladder*. OB includes urinary urgency, paired sometimes with incontinence, frequency and nocturia.

The terminology of overactive bladder can only be used if there is neither urinary incontinence nor any other disease. Suffering of overactive bladder is frequently related with a quality of life disorder. The existence of such disorder motivates the writing of this thesis, investigating the connection between the overactive bladder and its impact on the quality of life, as well as other psychological variables related, likewise anxiety or depression.

The central focus of this thesis is the evaluation of the quality of life in women suffering from overactive bladder, verifying the existence of a sleeping disorder, the influence on having or not sexual relationships and stablishing a cognitive behavioural treatment to improve their daily routine. In order to do so, we made a sampling over the students of the Senior University of A Coruña and Ferrol, using a quasi-experimental investigation line, based on the repetition of interrupted series of non-equivalent groups.

The main results show the effectiveness of the intervention program (treatment) in women, improving the symptoms of OB. It is moreover demonstrated the connection between the Overactive Bladder and the quality of life, as well as its relationship with other variables such as anxiety, depression and sleepiness. There was not a relation with Feminine Sexual Function or age.

Título: Intervención conductual na vexiga hiperactiva e o seu impacto na calidade de vida.

Resumo:

A vexiga hiperactiva (VH) é unha patoloxía pouco coñecida e que se presenta en ambos os sexos, pero é máis prevalente en mulleres. Hai que distinguir entre VH e incontinencia urinaria (EU), sendo a definición da primeira entendida como un complexo sintomático que inclúe a urxencia urinaria con ou sen incontinencia, frecuencia e nocturia. Este termo de VH só pode utilizarse se non hai infección urinaria nin outra enfermidade. Padecer VH implica ver alteradas as esferas que compoñen á persoa, especialmente a calidade de vida. Por este motivo realízase este traballo, onde se investiga a relación de padecer vexiga hiperactiva co seu impacto na calidade de vida e outras variables psicolóxicas asociadas como a ansiedade e a depresión. Pretendemos avaliar a calidade de vida nas mulleres con vexiga hiperactiva, comprobar a presenza de problemas de soño por mor de padecer VH, relación entre vejiga hiperactiva e ter ou non alteracións na función sexual, establecer un tratamento cognitivo conductual para tratar a VH e mellorar os ámbitos da vida das mulleres afectadas. Para realizar o estudo levouse a cabo unha mostraxe por cotas ou accidental entre estudantes da Universidade Senior da Universidade da Coruña nos campus da Coruña e de Ferrol, utilizando un deseño de investigación cuasiexperimental, de series repetidas interrompidas de grupos non equivalentes. Para a análise dalgunhas das variables utilizouse grupo control. Os principais resultados mostran a efectividade do programa de intervención nas mulleres, mellorando na Vexiga Hiperactiva. Así mesmo, demostrouse a relación entre Vexiga Hiperactiva e calidade de vida, así como a súa relación con outras variables como a ansiedade, depresión e o soño, non así con outras variables como a Función Sexual Feminina ou coa idade.

"Siempre hice algo para lo que no me sentía completamente lista. Creo que así es como uno crece. Cuando llega ese momento de 'Wow', no estoy segura de sí puedo hacerlo' y consigues trascenderlo, entonces tienes un gran avance".

Marissa Mayer, directora ejecutiva de Yahoo

PREFACIO

La tesis aquí presentada, se enmarca dentro del Programa Oficial de Doctorado en Desarrollo Psicológico, Aprendizaje y Salud. Este programa se articula alrededor de dos líneas de investigación: por un lado, la línea A enfocada a la investigación en Psicología del Desarrollo y de la Educación; y por otro lado, la línea B en Psicología de la salud.

Esta investigación, el estudio e intervención de la Vejiga Hiperactiva (VH) se engloba perfectamente en las áreas del programa de doctorado ya que se ha desarrollado una intervención en el marco de la Psicología de la Salud en una muestra de un segmento concreto del ciclo vital, la vejez.

La elección de la temática se vio influida por mi formación como enfermera. Ser enfermera implica abarcar todas las esferas de la unidad de la persona, incluso cuestiones que para algunos puedan parecer mínimas o insignificantes, pero que para otras personas pueden suponer un gran trastorno en sus vidas.

A lo largo de mis estudios me interesé de un modo especial por el gran problema que tiene la sociedad de hoy en día ante el envejecimiento de ésta, ya que al colectivo de los mayores no se les da la importancia que merecen e incluso en ocasiones no se les presta atención, se consideran de algún modo “desahuciados”. Por ello decidí adentrarme en ese mundo y realizar un Máster Interuniversitario en Geriatria y Gerontología en las Universidades de A Coruña y Santiago de Compostela. Realicé las dos especialidades que lo conforman (clínica y social) porque se complementan mutuamente.

A la par que realizaba estos últimos estudios, desarrollaba mi carrera como profesional de la Salud. La adquisición de múltiples conocimientos y el trabajo hospitalario en múltiples esferas y en la Atención Primaria, me ha valido para darme cuenta de que hay múltiples caminos que están sin explorar y en los que

podría aportar una pequeña semilla que ayudara a superar pequeños obstáculos a las personas aquejadas por ellos.

A raíz de lo anterior pensé que realizar una Tesis Doctoral me permitiría ahondar en alguno de tantos temas que hay por desarrollar. Pero, realmente, ¿qué es lo que me llevó a decidirme por investigar y desarrollar una Intervención Conductual a la Vejiga Hiperactiva? El hecho de ser una patología con una muy elevada prevalencia entre las mujeres, y a pesar de ello, ser un problema que no ha recibido demasiada atención y cuyas intervenciones no siempre resultan exitosas. Además, esta enfermedad provoca complicaciones en la vida diaria que hacen que la calidad de vida se vea muy afectada. Una intervención conductual tendría las ventajas de poder ser aplicada en el domicilio de las pacientes y de no tener las complicaciones que pueden conllevar los tratamientos farmacológicos. En efecto, estamos hablando de la Vejiga Hiperactiva y, ¿si a esto se le pudiera poner solución con un tratamiento no farmacológico y que las mujeres pudieran poner en práctica en su hogar con la enseñanza específica? De aquí salió la idea de hacer una intervención conductual.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Capítulo 1. La tercera edad	39
Introducción	39
1. Conceptualización	39
2. Evolución histórica de la concepción social de la vejez.....	42
3. Envejecimiento de la población.....	46
4. Cambios asociados a la vejez.....	49
5. De la vejez o envejecimiento a adultos mayores	54
Resumen	59
Capítulo 2. Trastornos en la tercera edad.....	63
Introducción	63
1. Patologías.....	64
2. Principales trastornos en la tercera edad.....	67
2.1. Trastornos del sueño	67
2.2. Trastornos psiquiátricos.....	69
2.1.1. Ansiedad.....	70
2.1.2. Depresión	74
2.1.3. Escalas para medir la ansiedad y depresión.....	79
2.3. Trastornos sexuales.....	82
2.4. Trastornos urinarios en el adulto mayor	87
Resumen	91
Capítulo 3. Vejiga hiperactiva.....	95
Introducción	95
1. Definición y características clínicas de la VH.....	96
1.1 Definición y síntomas.....	96
1.2 Valoración diagnóstica	98
1.3 Escalas de valoración	101
2. Epidemiología.....	112
3. Etiología.....	114
4. Repercusiones	119
4.1 Impacto económico.....	120
4.2 Impacto en la persona	122
5. Tratamiento	127
5.1 Tratamiento farmacológico	127
5.1.1 Fármacos anticolinérgicos.....	128
5.2 Tratamiento no farmacológico	131
5.3 Otras terapias.....	136
Resumen	141

Capítulo 4. Calidad de Vida.....	145
Introducción	145
1. Calidad de vida en la tercera edad	146
2. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	148
3. Calidad de vida y sus dimensiones	154
4. Modelos de calidad de vida.....	157
4.1 Modelo ecológico de la competencia de Lawton	157
4.2 Modelos comportamentales.....	159
4.3 Modelos de bienestar.....	160
4.4 Modelo de desempeño del rol.....	161
4.5 Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida	161
4.6 Modelo de homeostasis de la calidad de vida	162
5. Escalas de valoración de calidad de vida	164
5.1. Resumen de escalas	164
5.2 Escalas de calidad de vida más utilizadas	171
5.2.1. WHOQOL-BREF.....	171
5.2.2. SF-36	172
5.2.3. SEIQoL-DW	177
5.2.4. Escala FUMAT.....	178
5.2.5. Escala de calidad de vida de Schalock y Keith	178
5.2.6. EuroQoL-5D.....	179
Resumen	180
Capítulo 5. Marco Metodológico de la Investigación.....	185
Introducción	185
1. Planteamiento de la investigación.....	186
1.1. Antecedentes. Investigaciones previas	187
1.2 Preguntas de investigación.....	189
2. Objetivo general y objetivos específicos	190
3. Método.....	197
3.1 Contexto de la investigación.....	197
3.2 Diseño de la investigación	198
3.3. Procedimiento de recogida de la información.....	201
3.3.1. Selección de la muestra	201
3.1.2 Criterios de selección de la muestra del grupo experimental y grupo control	202
3.3.2. Evaluación Inicial	203
3.3.3. Tratamiento.....	207
3.3.4. Evaluación pos tratamiento	213
3.3.5. Seguimiento.....	213
3.4. Técnicas e instrumentos de recogida de información	214
3.4.1 Escala OAB-V8.....	215

3.4.2 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HAD	215
3.4.3 Cuestionario de Oviedo del Sueño	217
3.4.4 Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)	217
3.4.5. Cuestionario Calidad de Vida S-F 36	218
3.4.6 Entrevistas	218
3.5 Variables	218
Capítulo 6. Análisis de los datos	223
Introducción	223
1. Estrategias de análisis para el desarrollo del estudio empírico	224
1.1. Análisis referidos al grupo experimental	225
1.1.1. Diario miccional	226
1.1.2. Registro de situaciones estresantes.....	228
1.1.3. Evaluación subjetiva de la práctica de relajación	229
1.2. Análisis estadísticos a realizar	230
2. Análisis de datos	235
2.1. Vejiga hiperactiva.....	235
2.1.1. Estadísticos descriptivos	235
2.1.2. Comprobación de los supuestos de normalidad y homogeneidad	237
2.1.3. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva.....	239
2.1.3.1. Análisis inferencial Grupo Experimental. Vejiga Hiperactiva	239
2.1.3.2. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva. G.E. Vs. G.C.	241
2.1.3.3. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva. Otras variables	243
a) Vejiga Hiperactiva y Edad	243
b) Vejiga Hiperactiva e índice de masa corporal.....	246
c) Vejiga Hiperactiva y Ansiedad.....	250
d) Vejiga Hiperactiva y Depresión	258
e) Vejiga Hiperactiva e índice de la función sexual femenina.....	266
f) Vejiga Hiperactiva e insomnio.....	270
g) Vejiga Hiperactiva e hiperinsomnio.....	275
h) Vejiga Hiperactiva e Satisfacción Subjetiva del Sueño.....	279
2.1.3.4. Síntesis de los resultados: Vejiga Hiperactiva y demás variables.....	284
2.2. Calidad de Vida.....	288
2.2.1. Función física.....	290
2.2.1.1. Estadísticos descriptivos	290
2.2.1.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	292
2.2.1.3. Análisis inferencial.....	293
2.2.1.4. Análisis de correlaciones	295
2.2.2. Rol físico	296
2.2.2.1. Estadísticos descriptivos	296
2.2.2.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	298

2.2.2.3. Análisis inferencial.....	299
2.2.2.4. Análisis de correlaciones.....	301
2.2.3. Dolor Corporal.....	302
2.2.3.1. Estadísticos descriptivos.....	303
2.2.3.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	305
2.2.3.3. Análisis inferencial.....	306
2.2.3.4. Análisis de correlaciones.....	307
2.2.4. Salud General.....	308
2.2.4.1. Estadísticos descriptivos.....	309
2.2.4.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	311
2.2.4.3. Análisis inferencial.....	312
2.2.4.4. Análisis de correlaciones.....	314
2.2.5. Vitalidad.....	315
2.2.5.1. Estadísticos descriptivos.....	315
2.2.5.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	317
2.2.5.3. Análisis inferencial.....	318
2.2.5.4. Análisis de correlaciones.....	320
2.2.6. Función Social.....	321
2.2.6.1. Estadísticos descriptivos.....	321
2.2.6.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	323
2.2.6.3. Análisis inferencial.....	324
2.2.6.4. Análisis de correlaciones.....	326
2.2.7. Rol emocional.....	327
2.2.7.1. Estadísticos descriptivos.....	328
2.2.7.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	330
2.2.7.3. Análisis inferencial.....	331
2.2.7.4. Análisis de correlaciones.....	332
2.2.8. Salud Mental.....	333
2.2.8.1. Estadísticos descriptivos.....	334
2.2.8.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.....	336
2.2.8.3. Análisis inferencial.....	337
2.2.8.4. Análisis de correlaciones.....	339
3.3. Calidad de Vida y Vejiga Hiperactiva.....	340
3.3.1. Síntesis de los resultados: Calidad de Vida.....	342
Capítulo 7. Discusión de resultados.....	349
Capítulo 8. Conclusiones generales y líneas de futuro.....	369
Referencias bibliográficas.....	377
ANEXO 1. Cuestionario OAB-V8.....	431
ANEXO 2. Cuestionario HAD. Ansiedad y Depresión.....	435
ANEXO 3. Entrevista al Grupo Experimental.....	439

ANEXO 4. Resultados entrevista	443
ANEXO 5. Clase 0. Introducción. Documento Powerpoint	451
ANEXO 6. Cuestionario De Oviedo del Sueño	461
ANEXO 7. Cuestionario FSFI – Índice de Función Sexual Femenina	467
ANEXO 8. Cuestionario SF 36 - Calidad de Vida	473
ANEXO 9. Clase 1. Edad, sexo, raza y ansiedad y depresión. Documento Powerpoint.....	481
ANEXO 10. Diario miccional	489
ANEXO 11. Clase 2. Comorbilidad, obesidad, gestación y patología de suelo pélvico. Documento Powerpoint.....	493
ANEXO 12. Registro de situaciones estresantes.....	499
ANEXO 13. Evaluación subjetiva de la práctica de relajación.....	503

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Población en Galicia por rango de sexo y edad	49
Tabla 2 Características del envejecimiento del sistema cardiocirculatorio y respiratorio	51
Tabla 3 Características del envejecimiento del sistema genitourinario	52
Tabla 4 Características del envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos	53
Tabla 5 Cambios en el patrón del sueño de los adultos mayores	67
Tabla 6 Cambios en la estructura del sueño con la edad	68
Tabla 7 Trastornos del sueño más frecuentes en adultos mayores	68
Tabla 8 Teoría Tridimensional de la ansiedad	74
Tabla 9. Factores relacionados con la depresión	76
Tabla 10 Estudios de ansiedad y depresión relacionados con Vejiga Hiperactiva	79
Tabla 11 Factores relacionados con el patrón sexual	84
Tabla 12 Disfunciones sexuales	85
Tabla 14 Tipología de incontinencia urinaria (IU)	88
Tabla 15 Valoración Diagnóstica	99
Tabla 16 Escalas de valoración que afectan a la VH	101
Tabla 17 Causas transitorias o agudas de incontinencia urinaria y clínica de VH	119
Tabla 18 Tratamientos para la vejiga hiperactiva	127
Tabla 19 Definiciones de calidad de vida	150
Tabla 20 Constructos de salud	152
Tabla 21 Componentes de la calidad de vida	155
Tabla 22 Niveles que afectan a la calidad de vida	156
Tabla 23 Determinantes de la calidad de vida según el modelo ecológico	158
Tabla 24 Cuestionarios genéricos para valorar la calidad de vida en adultos	164
Tabla 25 Escalas de valoración de calidad de vida en niños y adolescentes	167
Tabla 26 Instrumentos de medición de CV en adultos con enfermedad específica	167
Tabla 27 Instrumentos de CV para enfermedades específicas en niños/adolescentes	169
Tabla 28 Características de la escala WHOQOL-BREF	172
Tabla 29 Contenido y significado de la escala SF-36	173
Tabla 30 Características de los estudios evaluados que incluyen el SF-36 español	175
Tabla 31 Preguntas de investigación	189
Tabla 32 Objetivos, hipótesis, y subhipótesis	193
Tabla 33 Diseño de dos grupos no equivalentes	201
Tabla 34 Distribución población por sexo	202
Tabla 35 Datos de identificación de la muestra	205
Tabla 36 Esquema del paquete de tratamiento	208
Tabla 37 Variables	220
Tabla 38 Variables a analizar en los anexos 1, 2, 6, 7 y 8	233

Tabla 39 Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Vejiga Hiperactiva.....	235
Tabla 40 Estadísticos descriptivos Grupo Control. Vejiga Hiperactiva.....	236
Tabla 41 Resultado del análisis de la normalidad y homogeneidad. K-S y Levene. VH	238
Tabla 42 Vejiga Hiperactiva (VH). Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental	239
Tabla 43 Prueba de U de Mann_Whitney. Grupo Experimental vs. Grupo Control	242
Tabla 44 Estadísticos descriptivos Vejiga Hiperactiva-Edad	244
Tabla 45 Prueba de U de Mann_Whitney. VH-Grupos de edad.....	245
Tabla 46 Estadísticos descriptivos Vejiga Hiperactiva-ICM.....	247
Tabla 47 Prueba de Kruskal-Wallis. VH-IMC.....	249
Tabla 48 Prueba de U de Mann_Whitney. VH-Pretest-IMC	250
Tabla 49 Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Ansiedad.....	251
Tabla 50 Estadísticos descriptivos. Grupo control. Ansiedad.....	253
Tabla 51 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Ansiedad.	254
Tabla 52 Ansiedad. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental.....	255
Tabla 53 Prueba de U de Mann_Whitney. Ansiedad. Grupo Experimental vs. Grupo control ..	257
Tabla 54 Correlación de Pearson. VH-Ansiedad	257
Tabla 55 Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Depresión	258
Tabla 56 Estadísticos descriptivos. Grupo control. Depresión	260
Tabla 57 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Depresión	262
Tabla 58 Depresión. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental	263
Tabla 59 Prueba de U de Mann_Whitney. Ansiedad. Grupo Experimental vs. Grupo control ..	265
Tabla 60 Correlación de Pearson. VH-depresión	266
Tabla 61 Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Función Sexual Femenina.....	267
Tabla 62 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Función Sexual Femenina.	268
Tabla 63 Función Sexual Femenina. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental.....	269
Tabla 64 Correlación de Pearson. VH-Relación sexual femenina.....	270
Tabla 65 Estadísticos descriptivos. Insomnio	271
Tabla 66 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Insomnio.....	273
Tabla 67 Insomnio. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental.....	273
Tabla 68 Correlación de Pearson. VH- Insomnio.....	274
Tabla 69 Estadísticos descriptivos. Hiperinsomnio.....	275
Tabla 70 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Hiperinsomnio.	277
Tabla 71 Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental. Hiperinsomnio.....	278
Tabla 72 Correlación de Pearson. VH- Hiperinsomnio	279
Tabla 73 Estadísticos descriptivos. Satisfacción Subjetiva del Sueño	280
Tabla 74 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Satisfacción Subjetiva del Sueño.....	282
Tabla 75 Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental. Satisfacción Subjetiva del Sueño.....	282
Tabla 76 Correlación de Pearson. VH- Satisfacción Subjetiva del Sueño	283
Tabla 77 Síntesis de los resultados del análisis de Vejiga Hiperactiva y demás variables.	286
Tabla 78 Dimensiones de la calidad de Vida. Cuestionario SF-36.....	288

Tabla 79 <i>Fórmulas para puntuar y transformar las escalas</i>	289
Tabla 80 <i>Función física: Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	290
Tabla 81 Estadísticos descriptivos Grupo experimental. <i>Función física</i>	290
Tabla 82 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Función física</i>	293
Tabla 83 <i>Función física. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	294
Tabla 84 <i>Correlación de Pearson. VH-Función Física</i>	296
Tabla 85 <i>Rol físico: Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	296
Tabla 86 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Rol físico</i>	297
Tabla 87 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Rol físico</i>	299
Tabla 88 <i>Rol Físico. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	300
Tabla 89 <i>Correlación de Pearson. VH-Rol físico</i>	302
Tabla 90 <i>Dolor Corporal: Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	302
Tabla 91 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Dolor Corporal</i>	303
Tabla 92 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Dolor</i>	305
Tabla 93 <i>Dolor corporal. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	306
Tabla 94 <i>Correlación de Pearson. VH-Dolor Corporal</i>	308
Tabla 95 <i>Salud General: Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	309
Tabla 96 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Salud General</i>	309
Tabla 97 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Salud General</i>	312
Tabla 98 <i>Salud General. Prueba t para muestras relacionadas. Grupo Experimental</i>	313
Tabla 99 <i>Correlación de Pearson. VH-Salud general</i>	314
Tabla 100 <i>Vitalidad. Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	315
Tabla 101 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Vitalidad</i>	315
Tabla 102 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Vitalidad</i>	318
Tabla 103 <i>Vitalidad. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	319
Tabla 104 <i>Correlación de Pearson. VH-Vitalidad</i>	321
Tabla 105 <i>Función Social. Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	321
Tabla 106 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Función Social</i>	322
Tabla 107 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Función Social</i>	324
Tabla 108 <i>Función Social. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	325
Tabla 109 <i>Correlación de Pearson. VH-Función Social</i>	327
Tabla 110 <i>Rol emocional. Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	327
Tabla 111 Estadísticos descriptivos Grupo experimental. <i>Rol Emocional</i>	328
Tabla 112 <i>Resultado del análisis de la normalidad. Rol emocional</i>	330
Tabla 113 <i>Rol emocional. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	331
Tabla 114 <i>Correlación de Pearson. VH-Rol emocional</i>	333
Tabla 115 <i>Salud mental. Texto de los ítems e información sobre su puntuación</i>	333
Tabla 116 <i>Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Salud mental</i>	334
Tabla 117 <i>Resultados del análisis de la normalidad. Salud Mental</i>	337
Tabla 118 <i>Salud mental. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental</i>	338

Tabla 119 <i>Correlación de Pearson. VH-Salud mental</i>	340
Tabla 120 <i>Correlación de Pearson. VH-Calidad de Vida Global</i>	341
Tabla 121 <i>Síntesis de los resultados del análisis de Calidad de Vida</i>	343

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Evolución de la concepción social de la ancianidad.....	46
<i>Figura 2:</i> Escala visual analógica.....	110
<i>Figura 3:</i> Modelo de homeostasis de la calidad de vida.....	163
<i>Figura 4:</i> Elementos principales en la determinación de los objetivos.....	191
<i>Figura 4:</i> Planteamiento de la investigación.....	199
<i>Figura 5:</i> Variables de estudio.....	219
<i>Figura 6.:</i> Relación de pruebas estadísticas utilizadas con la VH y otras variables asociadas	234
<i>Figura 7:</i> Relación de pruebas estadísticas utilizadas con calidad de Vida y VH.....	234
<i>Figura 8:</i> Experimental VH (pretest)	
<i>Figura 9:</i> Experimental VH_4.....	236
<i>Figura 10:</i> Control VH (pretest)	
<i>Figura 11:</i> Control VH_4.....	237
<i>Figura 12:</i> BloxPlot Pretest GE vs GC	
<i>Figura 13:</i> BloxPlot VH_4 GE vs GC.....	242
<i>Figura 14:</i> Bloxplot de VH pretest- ≤ 65 años	
<i>Figura 15:</i> Bloxplot de VH post test- ≤ 65 años.....	244
<i>Figura 16:</i> Bloxplot de VH pretest- > 65 años	
<i>Figura 17:</i> Bloxplot de VH posttest- > 65 años.....	245
<i>Figura 18:</i> Bloxplot de VH pretest- IMC	
<i>Figura 19:</i> Bloxplot de Posttest - IMC.....	249
<i>Figura 20:</i> Experimental Ansiedad (pretest)	
<i>Figura 21:</i> Experimental Ansiedad_1.....	252
<i>Figura 22:</i> Experimental Ansiedad_2	
<i>Figura 23:</i> Experimental Ansiedad_3.....	252
<i>Figura 24:</i> Experimental Ansiedad_4.....	252
<i>Figura 25:</i> Control Ansiedad pre test	
<i>Figura 26:</i> Control Ansiedad_4.....	253
<i>Figura 27:</i> BloxPlot AnsiedadPretest GE vs GC	
<i>Figura 28:</i> BloxPlot Ansiedad_4 GE vs GC.....	256
<i>Figura 29:</i> Experimental Depresión (pretest)	
<i>Figura 30:</i> Experimental Depresión_1.....	259
<i>Figura 31:</i> Experimental Depresión_2	
<i>Figura 32:</i> Experimental Depresión_3.....	259
<i>Figura 33:</i> Experimental depresión_4.....	260
<i>Figura 34:</i> Control Depresión pre test	
<i>Figura 35:</i> Control Depresión_4.....	261
<i>Figura 36:</i> BloxPlot Depresión Pretest GE vs GC	
<i>Figura 37:</i> BloxPlot Depresión_4 GE vs GC.....	264
<i>Figura 38:</i> Experimental FSF (pretest)	
<i>Figura 39:</i> Experimental FSF_1.....	267
<i>Figura 40:</i> Experimental FSF_2	
<i>Figura 41:</i> Experimental FSF_3.....	268

<i>Figura 42: Experimental Insomnio (pretest)</i>	
<i>Figura 43: Experimental Insomnio_1</i>	271
<i>Figura 44: Experimental Insomnio_2</i>	
<i>Figura 45: Experimental Insomnio_3</i>	272
<i>Figura 46: Experimental Insomnio_4</i>	272
<i>Figura 47: Experimental Hiperinsomnio (pretest)</i>	
<i>Figura 48: Experimental hiperinsomnio_1</i>	276
<i>Figura 49: Experimental Hiperinsomnio_2</i>	
<i>Figura 50: Experimental Hiperinsomnio_3</i>	276
<i>Figura 51: Experimental Hiperinsomnio_4</i>	276
<i>Figura 52: Experimental SSS (pretest)</i>	
<i>Figura 53: Experimental SSS_1</i>	280
<i>Figura 54: Experimental SSS_2</i>	
<i>Figura 55: Experimental SSS_3</i>	281
<i>Figura 56: Experimental SSS_4</i>	281
<i>Figura 57: Experimental FF (pretest)</i>	
<i>Figura 58: Experimental FF_1</i>	291
<i>Figura 59: Experimental FF_2</i>	
<i>Figura 60: Experimental FF_3</i>	291
<i>Figura 61: Experimental FF_4</i>	292
<i>Figura 62: Experimental RF (pretest)</i>	
<i>Figura 63: Experimental RF_1</i>	298
<i>Figura 64: Experimental RF_2</i>	
<i>Figura 65: Experimental RF_3</i>	298
<i>Figura 66: Experimental RF_4</i>	298
<i>Figura 67: Experimental DC (pretest)</i>	
<i>Figura 68: Experimental DC_1</i>	304
<i>Figura 69: Experimental DC_2</i>	
<i>Figura 70: Experimental Dolor DC_3</i>	304
<i>Figura 71: Experimental DC_4</i>	304
<i>Figura 72: Experimental SG (pretest)</i>	
<i>Figura 73: Experimental SG_1</i>	311
<i>Figura 74: Experimental SG_2</i>	
<i>Figura 75: Experimental SG_3</i>	311
<i>Figura 76: Experimental SG_4</i>	311
<i>Figura 77: Experimental V (pretest)</i>	
<i>Figura 78: Experimental V_1</i>	317
<i>Figura 79: Experimental V_2</i>	
<i>Figura 80: Experimental V_3</i>	317
<i>Figura 81: Experimental V_4</i>	317
<i>Figura 82: Experimental FS (pretest)</i>	
<i>Figura 83: Experimental FS_1</i>	323
<i>Figura 84: Experimental FS_2</i>	
<i>Figura 85: Experimental FS_3</i>	323
<i>Figura 86: Experimental FS_4</i>	323

<i>Figura 87:</i> Experimental RE (pretest)	
<i>Figura 88:</i> Experimental RE_1	329
<i>Figura 89:</i> Experimental RE_2	
<i>Figura 90:</i> Experimental RE_3	329
<i>Figura 91:</i> Experimental RE_4	330
<i>Figura 92:</i> Experimental SM (pretest)	
<i>Figura 93:</i> Experimental SM_1	335
<i>Figura 94:</i> Experimental SM_2	
<i>Figura 95:</i> Experimental SM_3	336
<i>Figura 96:</i> Experimental SM_4	336

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO

La vejiga hiperactiva es un tema que se podría considerar de investigación reciente. Dado que siempre se ha confundido con la incontinencia urinaria, esta patología se comenzó a estudiar de unos años hacia la actualidad. Uno de los primeros documentos dedicados íntegramente al diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva fue publicado en 2009 en México (Velázquez, Solano, López y Rodríguez, 2009). En 2012, la *American Urological Association* (Asociación Americana de Urología), publicó la primera guía con el mismo tema (Gormley et al., 2014). En España, hasta el año 2015, no existía ningún documento que recogiera información sobre la VH y que resultara útil a los profesionales de la salud en su práctica clínica diaria. La investigación más reciente acerca de este tema en España es el Libro Blanco de Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España (Baena et al., 2017). En esta investigación se recogen los aspectos tanto médicos como económicos de la incontinencia urinaria y de la vejiga hiperactiva. Sus autores defienden que son patologías con una alta prevalencia y un gran impacto en la economía, así como en la calidad de vida de las personas afectadas.

Actualmente una de las dificultades que nos encontramos al estudiar la VH es que no existen demasiadas referencias específicas al tema, a pesar de que consideramos que la importancia de su estudio es indudable, tanto por su elevada prevalencia como por su alto impacto en la vida de las personas que la padecen.

Los síntomas que produce la vejiga hiperactiva se consideraban hasta no hace mucho, como signos propios del envejecimiento, sobre todo en las mujeres. Además, se confundía la VH con la incontinencia urinaria. La evidencia nos muestra, como veremos en los próximos capítulos de este trabajo, que ambas patologías son diferentes (aunque existe comorbilidad en muchos casos) y que no son exclusivas de la vejez.

En los siguientes apartados de esta tesis también analizaremos cómo la VH afecta muy negativamente a la calidad de vida y a otras variables psicológicas como a la ansiedad o la depresión, a la calidad del sueño e incluso a la función sexual.

Además de analizar las variables mencionadas anteriormente, hemos desarrollado un tratamiento conductual orientado a disminuir o mejorar los síntomas de la VH y de sus consecuencias en una muestra de mujeres adultas mayores.

Vejiga hiperactiva y calidad de vida son dos elementos indisociables en esta investigación, por ello nuestros esfuerzos por comprender ambos términos. La tesis doctoral se divide en dos partes claramente diferenciadas, el *marco teórico*, que comprende los cuatro primeros capítulos y, la segunda parte, *marco empírico*, que integra los otros 4 capítulos.

El *capítulo 1*, se inicia con un análisis histórico y conceptual sobre de tercera edad, acercándonos al estudio de la Geriatria y Gerontología (ramas especialistas en este grupo). Analizamos el envejecimiento y en los diferentes factores que influyen en este detallando los cambios que se producen en las personas cuando envejecen.

En el *capítulo 2* se reflexiona acerca de las principales patologías que afectan a la tercera edad, desarrollando los principales trastornos que padece este colectivo. Dentro de este apartado, se desarrollan los trastornos del sueño, los trastornos del estado de ánimo más frecuentes (sobre todo la ansiedad y la depresión), trastornos sexuales (ya que es un tema poco tratado en edades mayores), y por último los trastornos urinarios (siendo uno de los problemas más frecuentes). Variables que serán analizadas en nuestra propuesta empírica.

En el *capítulo 3* se ofrece una presentación del trastorno de Vejiga Hiperactiva como una patología poco estudiada y de reciente interés por parte de los investigadores dado que a menudo se confunde con otro problema del sistema urinario denominado incontinencia urinaria. Nos adentramos en la definición de la VH y sus características clínicas, su etiología, epidemiología y diagnóstico clínico. Se analiza el impacto de la VH tanto a nivel económico como a nivel individual, así como los diferentes tratamientos que existen hasta el momento.

En el *capítulo 4* se conceptualiza el término calidad de vida, como parte esencial de nuestro trabajo. Se realiza un análisis de los datos demográficos y prevalencia de la ancianidad en España a partir de índice global de envejecimiento, relacionándolo con la calidad de vida. En este capítulo introduciremos este concepto de vida y lo relacionaremos con salud enmarcándolo dentro de la

tercera edad, intentando vislumbrar la diferencia entre conceptos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Explicaremos las principales dimensiones en que podemos entender la calidad de vida y desarrollaremos los principales modelos, para describir, en último término las escalas que nos permiten valorarla dada la importancia de este aspecto en nuestra investigación, pues utilizaremos alguna de ellas en la parte empírica de nuestro trabajo.

La parte empírica se estructura en cuatro capítulos. Los dos primeros están centrados en el planteamiento de la investigación y los dos últimos dedicados a la conclusiones y discusión de resultados.

Así en el capítulo 5 referido al marco metodológico de la investigación se da cuenta de los principales elementos tenidos en cuenta en el diseño y desarrollo del marco empírico. En este capítulo se especifican las preguntas de la investigación, los objetivos y se describe el método de investigación, incluyendo la descripción de la muestra, de la intervención desarrollada para mejorar la sintomatología de la VH y de los instrumentos utilizados para la recogida de datos.

En el *capítulo 6* está dedicado al análisis de datos. Dado el número amplio de variables a utilizar se exponen, primeramente, las estrategias de análisis para el desarrollo del estudio, antes del análisis cuantitativo de los datos, un análisis de instrumentos de recogida de información de auto registro y que supuso un análisis detallado de información de la muestra participante.

En el *capítulo 7* se exponen las reflexiones acerca de los datos obtenidos en comparación con las investigaciones realizadas sobre el tema.

Finalizamos el trabajo con el *capítulo 8*, donde extraemos las conclusiones generales del estudio, incluyendo en este apartado las principales aportaciones y limitaciones, así como posibles líneas de trabajo futuro.

DESCRIPTORES

Vejiga Hiperactiva

Calidad de vida

Ansiedad

Depresión

Sueño

Sexualidad



MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Capítulo 1.

La tercera edad



Capítulo 1. La tercera edad

Introducción

La tercera edad es un colectivo muy amplio presente en nuestra sociedad, así como complejo. En los apartados que se presentan a continuación se recogen las partes más importantes acerca de este grupo. Iniciaremos nuestra presentación con el concepto de tercera edad, para posteriormente hacer un breve recorrido histórico sobre el concepto. Se realiza una conceptualización en donde se explica el colectivo de la tercera edad y los inicios del estudio de la Geriátrica y Gerontología (ramas especialistas en este grupo), previo a ofrecer una visión histórica de la concepción social de la ancianidad, desde los pueblos primitivos hasta la actualidad. Nos centraremos en el envejecimiento y en los diferentes factores que influyen en este y, finalizaremos explicando de manera detallada los cambios que se producen en las personas cuando envejecen en los diferentes sistemas que componen el cuerpo humano y el cambio de concepción en el tiempo, de términos como son anciano y adulto mayor.

1. Conceptualización

La tercera edad o senectud es un término antropológico-social que hace referencia a las últimas décadas de la vida, en la que el individuo se aproxima a la edad máxima que el ser humano puede vivir. En esta etapa del ciclo vital, se produce un natural deterioro de todas las estructuras que se habían desarrollado en las etapas anteriores, por lo que hay cambios en todos los niveles de la persona

(que van desde lo físico hasta lo social). Aunque determinar un momento concreto de inicio del envejecimiento es complejo puesto que no todas las personas envejecen al mismo ritmo, se suele hablar de vejez a partir de los 65 años (Organización Mundial de la Salud 2015). Los términos para referirse a la vejez son muy variados y así podemos encontrarnos con senectud, ancianidad, vejez, mayores, adultos mayores, segunda juventud y tercera edad. A lo largo de este estudio utilizaremos los términos anteriores indistintamente refiriéndonos al mismo grupo de edad.

Los términos geriatría y gerontología tienen sus raíces en la cultura antigua; ya en la época del Imperio Romano se escribieron estudios médicos y filosóficos referidos a la ancianidad, y gran número de vocablos, como geron-gerontos (viejo-anciano) han dado origen a los términos geriatría y gerontología (García, Torres y Ballesteros, 2004).

La Gerontología es la ciencia que estudia el proceso de envejecimiento del hombre desde todos sus aspectos: biológicos, socioeconómicos y culturales (García et al., 2004; Macías, Guillén y Ribera, 2001; Millán, 2006). Su origen es griego y está formado por dos elementos: geron, que significa viejo, anciano, y latrickos referido al tratamiento médico. Los gerontes, en la antigua Esparta, eran un consejo de 22 ancianos que tenían una edad superior a los 60 años que formaban la llamada Gerusia (consejo asesor del Rey) y a los cuales, les correspondía la gestión de la Ciudad-Estado.

El término, sin embargo, no se introducirá en el mundo científico hasta 1903, de la mano de Michael Elie Metschnikoff (1845-1916), sociólogo y biólogo ruso, al proponer la Gerontología como la ciencia orientada al estudio del envejecimiento.

La Gerontología se divide tradicionalmente en tres ramas: experimental, social y clínica (Macías et al., 2011; Millán, 2006).

La Gerontología Experimental es la ciencia básica que trata de estudiar los factores causantes del envejecimiento, así como las intervenciones que promuevan un envejecimiento óptimo y saludable.

La Gerontología Clínica estudia las alteraciones de la salud en relación con el envejecimiento. Dentro de esta rama se puede englobar la especialidad médica de Geriátría, aunque es complicado decidir dónde acaba la Gerontología y comienza la Geriátría. La Comisión Nacional de la Especialidad española utiliza la siguiente definición anglosajona para Geriátría: "...rama de la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y sociales de la salud y enfermedad en los ancianos" (Orden SCO/2603 de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica la especialidad de Geriátría). El término apareció en 1907 por primera vez en Estados Unidos en una obra escrita por I.L. Nascher, *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment* (Geriátría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento); en aquel momento, hablar de geriátría significaba atender a los enfermos, crónicos e inválidos (Prieto, 1999). El estudio sobre envejecimiento y personas mayores fueron iniciados dentro de la Edad Moderna por los estudios de Adolphe Quetelet (1796-1874) y Francis Galton (1822-1911), si bien es al primero de ellos el que se considera como el primer Gerontólogo de la historia, pues realiza diferentes estudios de la evolución de la vida humana aplicando la curva de Gauss.

A pesar de la obra de Nascher, el origen de la Geriátría como disciplina se podría situar en Gran Bretaña en los años 1930-1935 de la mano de la enfermera Majorie Warren (1897-1960), que desde el Hospital West Middlesex de Londres demostró que la intervención personalizada sobre las laceraciones de las personas mayores, con una perspectiva rehabilitadora integral, incluyendo el nivel social, mejoraba su morbilidad y mortalidad (Morley, 2004).

En 1939, se crea el Club Europeo sobre los Problemas del Envejecimiento y en 1943, en Gran Bretaña, la fundación Nuffield, como espacio en el que dar soporte a las investigaciones en Gerontología. Sin embargo, no es hasta finales de la Segunda Guerra Mundial cuando alcanza el estado de campo científico propio (en 1946 se aprueba en el Reino Unido la especialidad de geriátría). En estos tiempos, la OMS definiría la salud como "el completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", lo que permitió que la orientación de las ciencias de la salud no fuera únicamente curativa, sino que éstas contemplasen los aspectos de promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación.

En España, en 1947, se creó la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, constituida, entre otros, por Gregorio Marañón, Grande Covián y Bertrán Báguena. Pero hasta el año 2008 no se reguló la especialidad de Geriatría en nuestro país.

Posteriormente se crea, en Lieja, la Sociedad Internacional de Gerontología (1950) y la Asamblea Especial de Envejecimiento de las Naciones Unidas en 1982, lo que pone en evidencia el gran impulso que recibió esta especialidad en el último cuarto del siglo XX.

La Gerontología Social estudia la influencia de los factores sociales en el envejecimiento de la población, considerando sus repercusiones en el entorno del anciano; en este sentido, es difícil, en una concepción moderna, separar lo sanitario de lo social, pues la calidad de vida siempre va a estar influenciada por factores sociales (Millán, 2006).

Es de resaltar la evolución del término: vejez, tercera edad, adultos mayores, tal como se puso de manifiesto en el II Encuentro Iberoamericano de adultos mayores de 1999 celebrado en La Habana, organizado por la Asociación Internacional de Geriatría.

2. Evolución histórica de la concepción social de la vejez

La concepción social de la vejez ha sido tratada de diferente manera a lo largo de la historia; sin embargo, como se ha visto al inicio del capítulo anterior, actualmente no existe una edad concreta para determinar su inicio. En los últimos años, el aumento de la población de los mayores se ha convertido en un problema de gran importancia, dado que cada día la esperanza de vida es mayor, lo que conlleva aumento del gasto sanitario y otros problemas sociales, repercuten en la sociedad.

Por ello, resulta interesante mostrar un análisis de las diferentes etapas por las que ha pasado este colectivo a lo largo de las distintas civilizaciones durante la historia de la humanidad; logrando alcanzar hoy en día el concepto distintivo que

tenemos dedicado a este colectivo y que no tiene carácter discriminatorio (García et al., 2004; Millán, 2006). Estas etapas son las siguientes:

a) Pueblos primitivos

En las tribus primitivas la supervivencia diaria estaba por encima de todo. Las duras condiciones del hábitat comportaban la subsistencia de los más fuertes; así, la vejez era alcanzada por pocos, ya que las personas mayores debido a su debilitamiento físico, les resultaba complicado hacerse con los requerimientos vitales. En las sociedades donde se alimentaba jóvenes y ancianos, estos últimos estaban más considerados. A su vez, las personas mayores, al ser los que más experiencia tenían en la observación de la naturaleza, eran los elegidos para cuidar la salud de la tribu.

b) Civilizaciones antiguas

La búsqueda de la explicación sobre el origen de las enfermedades evolucionó hacia la idea de que éstas eran consecuencia del incumplimiento de los deseos divinos o de algún tipo de transgresión moral. Bajo una perspectiva moral y filosófica se desarrolló un empirismo asistencial, sobre todo dietético e higiénico, a la vez que se dictaban las normas de conducta hacia pobres, enfermos y aquellos afectados por la vejez. Los cuidados a los ancianos eran dispensados en el contexto familiar y existía un gran respeto hacia los mayores.

c) Inicio de la era cristiana

La descomposición política y social de la era romana postcristiana produjo una disminución de los privilegios de los ancianos. El poder del pater familias, quien decidía sobre la vida y bienes de los de su casa, se vio restringido. Se liberaba de oficio al esclavo viejo e inválido y se le dejaba sin recursos. En esta época, varios médicos se preocuparon de las afecciones de la vejez, entre ellos Galeno. Por otra parte, la práctica de la caridad estableció una continuidad asistencial a los ancianos desvalidos. Así, en las comunidades eclesíásticas surgieron los “gerontokomios”, hogares para ancianos integrados en establecimientos conocidos como “xenodocheion”, destinados a atender a todo tipo de necesitados.

d) Edad Media

Representó un retroceso en la evolución social de la humanidad y ello repercutió en la situación de las personas mayores. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos. Se crearon hospicios y hospitales, donde se practicaba la caridad cristiana como prenda para la futura salvación, no por un interés en mejorar la vida de los ancianos. Los ancianos estaban excluidos de la vida pública. Al mismo tiempo que la práctica de la caridad movía la asistencia a los ancianos, en las postrimerías de la Edad Media resurgió el razonamiento científico-médico adormecido desde los escritos galénicos, que facilitarían el avance de los conocimientos geronto-geriátricos (Barton y Mulley, 2003; Frank y Elizondo, 1987).

e) Renacimiento y Edad Moderna

El avance de la burguesía y un incipiente capitalismo hicieron variar el sistema de valores de la sociedad dando importancia a los contratos y escrituras comerciales, y no a las armas. Todo ello influyó en la situación de los ancianos, quienes, por acumulación de riquezas, podían llegar a ser realmente poderosos. Existían dos tendencias. Una religiosa y espiritualista, y otra materialista. En la primera la vejez se consideraba el momento de asegurar la salvación. La visión materialista criticaba a los viejos que se enriquecían y acaparaban poder; la sexualidad del viejo era comentada con cierta repugnancia. En aquella época aparecieron dos comunidades religiosas destacadas por su labor en pro de los ancianos: las Hijas de la Caridad y los Hermanos de San Juan de Dios.

f) Revolución industrial. Siglo XVIII y XIX.

En estos siglos aumentó la población mundial gracias a factores como la higiene, la medicina y la mejor alimentación. Esta afirmación es cierta a medias, ya que se refiere preferentemente a las clases adineradas las cuales, a pesar de las enfermedades que causaban los excesos de la buena mesa, la falta de actividad y el vicio, vivían diez años más que las personas de clase inferior. Entre la burguesía, los ancianos participaban en la vida pública y en las diversiones de su clase. En una economía basada en el

lucro, la estructura familiar con el “abuelo” en su cúspide era muy importante. En cuanto a las clases obreras, aunque en menor medida que en la burguesía, los ancianos también aumentaban. Por primera vez en la historia, la literatura se interesaba por los ancianos. En el campo, la situación era ligeramente diferente. Entre los campesinos acomodados, la familia patriarcal continuaba y el padre conservaba un gran poder que podía llegar a ser tiránico. Para los demás, la situación era de mera subsistencia, o era frecuente deshacerse de los ancianos, cuando éstos ya no podían colaborar en los trabajos, ingresándolos en los asilos (García et al., 2004).

g) La historia reciente

En 1946, el *National Health Service* del Reino Unido crea la especialidad de Geriatria y ofrece en sus hospitales plazas para esta disciplina, que se desarrolló rápidamente en este país. En España, en 1948 se fundó la Sociedad Española de Gerontología, que agrupó a figuras señeras de la época (Gregorio Marañón, Grande Covián, Pedro Pons, Beltrán Báguena, Blanco Soler). Este impulso no tuvo continuidad hasta 1978 que Alberto Salgado Alba fundó el primer servicio de Geriatria español en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid e impulsó el reconocimiento de la Geriatria como especialidad médica. En la actualidad la Geriatria es una especialidad médica homologada en la mayoría de los países occidentales.

En la Figura 1 hacemos un resumen de los principales hechos históricos de las etapas señaladas.

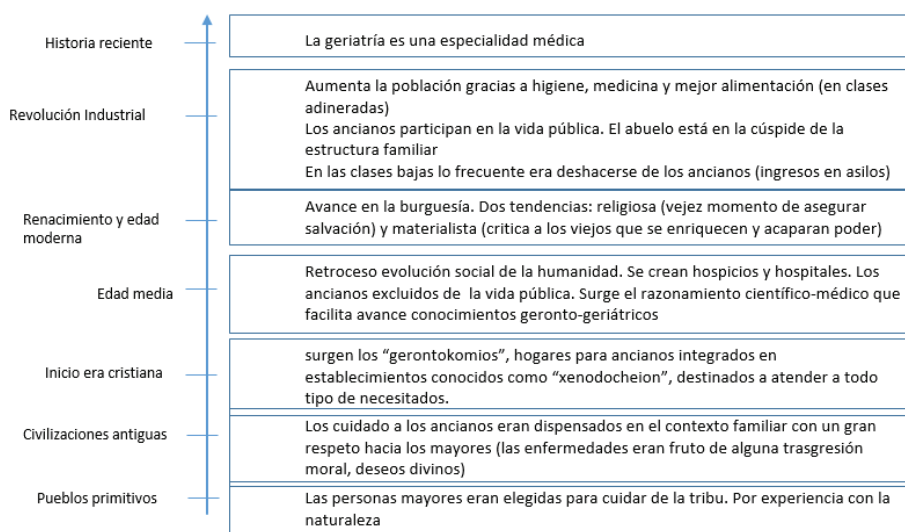


Figura 1. Evolución de la concepción social de la ancianidad

Fuente: elaboración propia

3. Envejecimiento de la población

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo, y universal condicionado por factores hereditarios y ambientales. La característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud y/o imposibilidad de adaptarse a los requerimientos externos e internos que producen sobrecarga biológica, psicológica y social (Macías, 2007; Millán, 2006).

Encontrar una única definición del envejecimiento es difícil, de modo que dependiendo de la perspectiva del investigador podemos encontrar múltiples definiciones para este concepto.

Numerosos gerontólogos han aportado su definición de lo que considera envejecimiento. De Febrer de los Ríos y Soler (1989, 1996, 2004) han realizado un análisis de la definición aportada por varios gerontólogos. Entre ellos destacan a:

- F. Verzar, gerontólogo austríaco, que lo define como una capacidad de adaptación.
- Para G.H. Hunt, exdirector del Instituto Nacional del Envejecimiento de Estados Unidos, la considera como un proceso degenerativo y progresivo producido por el paso de tiempo del organismo o alguna de sus partes provocando la necesidad de adaptación al entorno.
- B. Kutner, gerontólogo social americano, afirma que el envejecimiento social es un proceso que obliga a los individuos a cambiar de rol y status con el transcurrir de los años.
- Ajuriaguerra, psiquiatra español, considera que es un proceso diferencial, en tanto que cada persona envejecerá en función de cómo haya vivido. En este sentido, para este autor si la persona ha vivido de manera activa, autónoma, sociable, ... la vejez, dentro de las limitaciones propias de la edad, lo seguirá siendo.

Parece haber un consenso en considerar que el envejecimiento se va a caracterizar por una disminución de la capacidad funcional con una dificultad de adaptación ante los requerimientos externos, de gran variabilidad de acuerdo a las distintas personas, siendo difícil discernir, en ocasiones, entre lo normal y lo patológico (Millán, 2006). Numerosos autores (De Febrer et al., 1989, 1996, 2004; García, Rodríguez y Toronjo, 2003; Giró, 2005) identificaron diferentes factores que lo caracterizan y que resumimos a continuación:

- Factores biológicos: producidos por los cambios que afectan al organismo de las personas como consecuencia de la edad y que afectan a la apariencia física, a la capacidad de respuesta motriz y a la capacidad intelectual, producido principalmente porque las funciones nerviosas se ralentizan afectando al proceso de recepción de estímulos y, por tanto, en la elaboración y emisión de las respuestas. Desarrollaremos posteriormente y en mayor profundidad estos cambios.
- Factores sociales: Las personas mayores son percibidas por la sociedad como sujetos a los que no hay que tener en cuenta por sus necesidades ya sean de carácter afectivo, social o económico; pues son personas consideradas en decadencia e inútiles.

Las teorías actuales que explican el envejecimiento tienen en común la idea de que éste se produce por la acumulación de daño a nivel molecular. Pero hay un gran debate sobre si existe una programación genética que determine la producción de ese daño (Chmielewski, 2017; Sergier y Dontsova, 2015).

El desarrollo de este proceso de envejecimiento ha sido rápido en los últimos años. De todos es conocido que el grupo de personas mayores (>65 años) se ha incrementado si bien, no de manera homogénea; en este sentido, aunque existe un porcentaje de personas cada vez mayor con edades superiores mayores de 80 años, el crecimiento en los últimos tramos de edad biológica es menor; también, si atendemos al sexo, las mujeres tienen una vida más longeva que los hombres y, por último, existe una gran caída de la natalidad y de los índices de fecundidad lo que ha provocado lo que se ha denominado envejecimiento demográfico.

Cardona y Peláez (2012) realizaron un estudio, de corte descriptivo retrospectivo, proyectando el envejecimiento de la población desde el año 1950 hasta el 2050 debido al aumento de la velocidad del crecimiento de la población adulta. Dicha investigación reveló que el envejecimiento de la población pasará de un 8% en 1950 de adultos mayores de 60 años al 22% en 2050, mientras que los menores de 15 años pasarán de un 34% a mediados del siglo XX a un 20% cien años después. A nivel mundial, el índice de envejecimiento (IE) pasará de 15 mayores de 65 años por cada 100 jóvenes menores de 15 años en 1950 a 83 en 2050; en América Latina y el Caribe este índice pasará de 9 a 14 adultos mayores por cada 100 jóvenes y en Colombia de 8 a 96, casi equiparando estos dos grupos poblacionales. Según el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, se estima que en 2006 había 688 millones de personas con edades superiores a los 60 años en el mundo, y proyecta que para 2050 habrá 2 billones, superando, por primera vez en la historia de la humanidad, a los menores de 15 años (p.338).

En el caso de España (Abellán, Ayala y Pujol, 2018), los datos sobre el proceso de envejecimiento también son alarmantes; de acuerdo al Padrón Continuo del Instituto Nacional de Estadística (INE) a 1 de enero de 2017 había 8.764.204 personas mayores (≥ 65 años), un 18,8% sobre el total de la población (46.572.132). Según la proyección de este organismo, en 2066 habrá más de 14

millones de personas mayores; lo que supondrá un 34,6% del total de la población (de 41.068.643 habitantes). La década de los 30 y 40 registrará los mayores incrementos, con la llegada de las cohortes del baby-boom.

Aparte de los datos de España, interesa ver específicamente aquellos pertenecientes a la comunidad de Galicia. De esta manera, las cifras más recientes son las que se muestran a continuación de manera esquemática.

Tabla 1
Población en Galicia por rango de sexo y edad

Rango de edad	Total	Hombres	Mujeres
55-59	192.527	93.787	98.740
60-64	172.725	83.567	89.158
65-69	162.902	77.429	85.473
70-74	173.472	69.674	82.329
75-79	113.807	49.260	64.547
80-84	120.493	47.875	72.618
≥85	116.734	38.322	78.412
Total	2.708.339	1.304.392	1.403.947

Fuente: elaboración propia a partir del IGE (2018)

4. Cambios asociados a la vejez

El ser humano, a lo largo de la vida, va sufriendo diferentes *cambios* anatómicos fisiológicos debido al proceso biológico del envejecimiento, lo que nos permite conocer las diferencias entre los adultos mayores y el resto de la población adulta (Salech, Jara y Michea, 2012). Los cambios que se producen son múltiples y atendiendo a esto hay que analizar cuáles son normales, ya que de este modo se pueden diferenciar de procesos patológicos. Dichas modificaciones se van a analizar en tres ramas distintas (biológicas, psicológicas y sociales) (García et al., 2004; Macías Fernández, 2007; Millán, 2006; Sharp y Dohme, 2004).

Los *cambios biológicos* son aquellos que afectan a la estructura anatómica fisiológica. Estos cambios se producen en todo el organismo, por lo que es necesario mostrarlos de manera que se abarque cada aparato del cuerpo humano.

- A nivel celular: desde el punto de vista macroscópico se observa una disminución de peso y volumen de los órganos. Microscópicamente se demuestra un retraso en la división

diferenciación y crecimiento celular (Cruz Lendínez, 2007, p. 58). Existe una pérdida de agua intracelular, así como el aumento del tejido adiposo.

- Envejecimiento de la dermis, la cual se caracteriza por:
 - elasticidad y la deshidratación; aparecen las arrugas por la pérdida de colágeno y la falta de hidratación;
 - la atrofia de las glándulas sebáceas y sudoríparas produce sequedad en la piel, obstaculizando el proceso normal de sudor (por esta razón disminuye el olor corporal).
 - La piel es más pálida por la falta de coloración, apareciendo manchas de color oscuro (denominadas léntigo) comúnmente en manos y cara, la coloración de la piel es más pálida;
 - aparición de verrugas seniles (más comunes en las mujeres)
- Envejecimiento del cabello y de las uñas: en relación con el primero se producen dos efectos. El primero tiene que ver con la disminución de la velocidad de crecimiento y, el segundo, se produce una falta de coloración debido a la ausencia de melanina en el folículo piloso es la causa de la falta de coloración. Tanto la aparición de las canas como el propio debilitamiento y caída del cabello son signos muy ligados, en general, a factores genéticos, cambios hormonales y predisposición racial. Por lo que hace referencia a las uñas (sistema tegumentario) se caracterizan por una mayor dureza y espesor y por la presencia de estrías longitudinales debido principalmente a la alteración de la matriz ungüeal.
- Músculo esqueléticas: por un lado, el envejecimiento óseo se produce a través de modificaciones como la disminución y desmineralización de la masa ósea (osteoporosis) producida principalmente por la falta de movimiento, deficiente absorción de calcio y la pérdida de minerales; a nivel general hay una disminución de la talla, causada por el estrechamiento de los discos vertebrales; aparece cifosis dorsal que altera la estática del tórax; existe una

alteración del equilibrio corporal, alineación y marcha. Por otro lado, el envejecimiento muscular se caracteriza por una pérdida de la fuerza, disminución de la masa muscular, redistribución de la grasa total del organismo, así como disminución de la tensión muscular en los movimientos. Por último, en el envejecimiento articular se produce un deterioro de las superficies articulares, deshidratación del tejido cartilaginoso y un crecimiento óseo irregular en los bordes de las articulaciones.

- Cambios a nivel de sistema cardiocirculatorio y respiratorio: en la siguiente tabla 3 se muestran los cambios más significativos durante el envejecimiento en ambos sistemas.

Tabla 2

Características del envejecimiento del sistema cardiocirculatorio y respiratorio

Características del envejecimiento del sistema cardiocirculatorio y respiratorio	
Corazón y vasos	Disminución de peso y volumen del corazón
	Reducción de la elasticidad de los vasos
	Aumento de los depósitos en las paredes vasculares
	Aumento del calibre de la aorta
	Aparición de rigideces valvulares
	Esclerosis de los vasos medianos y pequeños
	Reducción de la red capilar
	Insuficiencia del fuelle aórtico
	Aumento del calibre de la aorta
	Aumento de las resistencias periféricas
Pulmones	Disminución de la tensión venosa
	Disminución de la velocidad de circulación
	Reducción del gasto cardiaco
	Disminución del peso y volumen
	Reducción del número de alveolos
	Dilatación de los bronquiolos y conductos alveolares
	Disminución de la distensibilidad de la pared torácica
	Alteraciones del parénquima pulmonar
Disminución en la función respiratoria	
Sangre	Reducción de la actividad ciliar
	Disminución del reflejo tusígeno
	Disminución del oxígeno a nivel tisular
	Disminución de la difusión alveolo capilar
Sangre	Alteración de los hematíes
	Reducción de la tasa de hemoglobina
	Disminución de la respuesta leucocitaria.

Fuente: Elaboración a partir de García Hernández, Torres Egea y Ballesteros Pérez, 2004 y Sharp & Dohme, 2004).

Elaboración propia

- *Aparato digestivo:* Si bien se puede decir que no existen cambios significativos en el envejecimiento hay que destacar la aparición del epitelio columnar (embrionario) en la parte inferior del esófago, la

frecuencia de aparición de varicosidades y el engrosamiento de la túnica muscular del colon (Moreno Astorga, 2006). Hay una disminución de la motilidad, atrofia de la mucosa gástrica, la reducción del tono muscular de la pared abdominal y la disminución de la capacidad del estómago para producir ácido clorhídrico (Martínez Martín, 2005). En el intestino grueso hay una disminución del peristaltismo. En cuanto a la zona de la boca hay pérdida de las piezas dentarias, deshidratación de las encías y reducción de la secreción de saliva.

- Genitourinarios: son múltiples las modificaciones que sufren tanto el aparato genital como el urinario. De todas las que se han visto hasta el momento, éstas son de importancia destacable para comprender el problema que se ha estudiado. Para ello, en la tabla 4 se muestran los cambios que en ellos se producen.

Tabla 3
Características del envejecimiento del sistema genitourinario

Características del envejecimiento del sistema genitourinario	
Sistema Urinario	Disminución del peso y volumen del riñón
	Reducción del número de nefronas
	Esclerosis de los glomérulos
	Dilatación de los túbulos
	Aumento del tejido intersticial
	Reducción del tono muscular de la vejiga
	Disminución del filtrado glomerular
	Disminución del flujo hemático y plasmático
Aumento de la resistencia vascular	
Sistema genital	Mujer
	Disminución del vello púbico
	Atrofia de la mucosa vaginal
	Disminución del tamaño de la vulva, labios menores y clítoris
	Acortamiento de la vagina
	Disminución del tamaño de los ovarios
	Disminución de la secreción hormonal
	Hombre
	Disminución del vello púbico
	Distensión de la bolsa escrotal
Disminución del tamaño de los testículos	
Aumento del tamaño de la próstata	

Fuente: *Elaboración a partir de García Hernández, Torres Egea y Ballesteros Pérez, 2004 y Sharp & Dohme, 2004).*

Elaboración propia

- Sistema endocrino y del sistema inmunitario: en el primer caso, se caracteriza por un descenso en la producción de las hormonas, menor respuesta orgánica frente a esta secreción (Cruz Lendínez, 2007) y una disminución de la tolerancia a la glucosa. En el segundo caso, hay

una respuesta reducida frente a los estímulos antigénicos, una disminución de los anticuerpos y una alteración de las funciones linfocitarias T por atrofia del timo; lo que en su conjunto produciría una propensión a las infecciones.

- Sistema nervioso y órganos de los sentidos: en la tabla 4 se muestran resumidamente los cambios más importantes que afectan a estos dos sistemas:

Tabla 4
Características del envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos
Características del envejecimiento del sistema nervioso y órganos de los sentidos

Sistema Nervioso		Disminución de tamaño y peso del cerebro
		Pérdida de función neuronal
		Enlentecimiento generalizado del movimiento
		Aumento del tiempo de conducción nerviosa
		Aparición de un ligero temblor senil
		Alteraciones características del sueño
Órganos de los sentidos	Gusto y olfato	Disminución del rojo de los labios
		Disminución del número de papilas gustativas
		Adelgazamiento de las membranas mucosas
		Atrofia de la lengua
		Fragilidad dental y sequedad de encías
		Deterioro de la raíz del diente
		Degeneración del nervio olfatorio
Órganos de los sentidos	Vista	Disminución de la agudeza y amplitud del campo visual
		Atrofia de la musculatura palpebral
		Pérdida de elasticidad cutánea
		Palidez de las conjuntivas
		Disminución del tamaño pupilar
		Agrandamiento del cristalino
		Disminución de la secreción lagrimal
Órganos de los sentidos	Oído	Pérdida de la agudeza auditiva
		Degeneración del nervio auditivo
		Aumento del pabellón de la oreja
		Engrosamiento de la membrana timpánica
		Proliferación de pelos
		Depósito de cerumen

Fuente: Fuente: Cruz Lendínez (2007), García Hernández, Torres Egea y Ballesteros Pérez, 2004 y Sharp & Dohme, 2004).
Elaboración propia

- Psíquicos: podríamos entenderlos como aquellos cambios que modifican el comportamiento y afectan a la autopercepción y las reacciones frente al envejecimiento. Debemos valorar estas modificaciones teniendo en cuenta los cambios que se producen no solamente en las estructuras cerebrales, sino también a nivel anatómico y fisiológico del sistema

nervioso, así como de los diferentes órganos de los sentidos explicados anteriormente. Cruz Lendínez (2008) señala que a nivel de inteligencia parece que no se produce una disminución de la eficacia intelectual, aunque si puede haber una reducción de la eficiencia que se constata especialmente en una pérdida de capacidad para resolver problemas nuevos. El factor tiempo, referido a la inmediatez, condiciona a capacidad de respuesta. Las tareas del lenguaje, que se suelen incluir en la medición de la inteligencia y abarcan información, el vocabulario y la expresión verbal y no verbal, pueden no estar alteradas, pero sí sufrir modificaciones. La creatividad y capacidad imaginativa se mantienen. La afectación más generalizada es la memoria, afectando más a sucesos recientes que a los de largo plazo. La personalidad en su conjunto parece no alterarse en el anciano, a menos que se produzcan modificaciones patológicas (p.62-63).

- Cambios sociales: estudia la dimensión del rol del anciano en la sociedad, desde la concepción individual hasta el papel de grupo de ancianos en la propia comunidad.

5. De la vejez o envejecimiento a adultos mayores

Como hemos visto la vejez o el envejecimiento está asociado a cambios propiciados principalmente por el paso del tiempo. Son cambios que se dan de manera continua y de manera irreversible y, que están condicionados no solamente por variables socioeconómicas o culturales, sino también por la historia de vida de cada persona.

Hasta hace poco nuestra sociedad consideraba *Adulto Mayor* a toda persona que está en la última etapa de la vida, y posterior a la adultez y, que se consideraba que se iniciaba a partir de los 65 años; sin embargo, no es menos cierto, que las coyunturas socioeconómicas de los países han provocado que nos encontremos a personas con edad inferior a esa edad y que están consideradas como personas “prejubiladas” con todas sus capacidades

físicas, psicológicas y sociales y que podríamos incluir en esta clasificación de adultos mayores.

Habida cuenta de que hoy en día la expectativa de vida de la población es cada vez más alta, **el concepto** vejez suele utilizarse (de acuerdo a la gerontología) para aquellos con edad superior a los 70 años, si bien, ello no quiere decir, que no sean considerados como unos sujetos totalmente activos.

En Europa no queda claro la conceptualización utilizada, así el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008) señala:

Los resultados del Eurobarómetro, realizado por la Comisión Europea con motivo del Año europeo de la tercera edad y la solidaridad entre las generaciones, respecto al término preferente para referirse a las personas mayores como colectivo mostró una falta de acuerdo entre los países de la Unión Europea. Los dos términos preferidos fueron el de «personas mayores» (España, Alemania Oriental, Grecia, Italia, Luxemburgo y Portugal), y «ciudadanos de tercera de edad» (Reino Unido, Irlanda, Alemania Occidental). Países como Dinamarca y Holanda se decantaron por el término «ancianos», mientras que Bélgica y Francia por «jubilados» (p.22).

Sobre el tema existen numerosos conceptos, sin que se tenga claro una denominación única que identifique este colectivo. Un análisis a la literatura existente revela un uso de diferentes términos: envejecimiento, vejez, viejos/as; tercera edad, cuarta edad, personas mayores; mayores, gente mayor; ancianidad, ancianos; jubilación, jubilados, pensionistas, gerontología...

La visión modernista e individualista, centrada en la sociología de la población, parte de la edad como criterio. Desde este punto de vista se considera el *envejecimiento* como un proceso vital en el que se va ganando edad, con sus implicaciones biológicas, sociológicas y culturales. Por otra parte, la *vejez* que además de la visión modernista, analiza el término desde una visión cronológica, identifica que se ha llegado legalmente a este estado cuando es el momento de abandonar el mercado de trabajo (la jubilación) entendido lógicamente a la edad de jubilación marcada legalmente; si bien este término de vejez se ha asociado normalmente a la palabra "viejo", entendido como "incapaz". Visión que hoy en

día se está eliminando. Así mismo, estamos asistiendo a un momento en que la esperanza de vida aumenta apareciendo nuevos conceptos. En este sentido, la Unión Europea, en los años 90, estableció que el término *tercera edad*, que la podríamos aplicar a aquella población que se encuentra en un intervalo de edad de 65-80 años y, la *cuarta edad*, representaría a aquellas personas con edades superiores a los 80 años. Al referirnos a personas *mayores*, *mayores o gente mayor*, deberíamos tener en cuenta los diferentes rangos de edad respecto al concepto genérico de “mayor” (Sánchez, 1993), utilizando la palabra “mayor” para aquellas personas que tienen edades avanzadas. No menos confuso es el término *anciano/a* refiriéndonos como personas que han superado el límite de esperanza de vida. Hemos de considerar que la OMS considera a las personas entre 64-74 años como personas de edad; como ancianas las de 75-90, y mayores de 90 años como “muy viejas” (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2008).

Sin embargo, la *jubilación* realmente se ha convertido en el punto central que integra una nueva visión, siendo el punto central a partir del cual se empiezan a utilizar los términos comentados; no sin cierta equivocación, pues no hay que asimilar la proporcionalidad de persona jubilada y proceso de envejecimiento, olvidando que el hecho de estar inactivo, retirado, desvinculado del trabajo (con todo el carácter negativo que de estos términos se desprenden) no significa que estas personas no sean agentes activos de la sociedad. No olvidemos la dinámica económica en la que nos encontramos ha provocado numerosos procesos de jubilación forzosa con una edad anterior a los 65 años.

Hoy día las políticas internacionales están orientadas en la idea de que es necesario un cambio en la concepción de la vejez. Se ha de considerar a ésta como una etapa de la vida activa, es decir, una etapa en la que es posible lograr el máximo de autonomía individual, con la posibilidad de que la persona se autorealice (Belenguer y Aliaga, 2000).

La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrado en el año 2002 en Madrid (OPS1/OMS) a la que asistieron 142 países de la Naciones Unidas evaluaron el desarrollo de las recomendaciones realizadas en el Plan de Acción de Envejecimiento de la primera Asamblea que se había desarrollado en 1982, proponiendo un nuevo plan de acción orientado a la mejora de calidad de vida

de la población adulta mayor. Adoptando el término de envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de la salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Bermejo (2006) señala que dicho concepto no hay que asimilarlo tanto a actividad laboral, sino que está más orientado a cómo las personas participan de manera continua en cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Este concepto actualmente hay que combinarlo con otros como la calidad de vida y el bienestar físico y mental.

Por tanto, la idea o el concepto de *adulto mayor*, está unido al desarrollo de su funcionalidad y autonomía. Desde un punto de vista funcional, el adulto mayor sano según la OMS (1985) es aquel que es capaz de enfrentar ese proceso de cambio a un nivel de adaptabilidad funcional y de satisfacción personal.

La funcionalidad hace referencia a la capacidad de las personas para cumplir con aquellas acciones que forman parte de su quehacer diario, de manera independiente, de cuerpo y de mente. Fillebaum (1984) asocia la salud de los adultos mayores a esta independencia funcional.

La OPS (1999) ponía de manifiesto que el ser humano, como ser social, a lo largo y en las diferentes etapas de su vida está intercambiando experiencias y conocimientos con su medio, por lo que el aprendizaje no es solo de los grupos jóvenes de la población. Carstensen (1990), Marín (1993), Sanhueza, Castro y Merino (2005) y Selvi (1986) ponían de manifiesto la necesidad de que los adultos continúen con este proceso de aprendizaje como educandos, pero adecuándose a las características personales de esta etapa de su vida.

La Universidad Senior de la UDC, realiza programas educativos destinados a potenciar la funcionalidad entre este grupo de personas y que pueden o no estar en desuso: la capacidad para crear, relacionarse, comunicar, aprender, auto-realizarse, dar y recibir afecto..., en fin, encontrar un sentido a esta etapa de la vida. Si bien mucho de los estudiantes de la universidad Senior son mayores de 65 años, no lo son todos y por ello, hemos de huir del estereotipo de que jubilación y vejez son sinónimos; todo lo contrario, por la dinámica social en la que nos movemos actualmente, nos encontramos con un gran número de

personas que han sido prejubiladas, por lo que estos términos son más que sinónimos son disociados. Esto unido al aumento de la esperanza de vida, la calidad de ésta, ... no hace converger estas nociones. La formación permanente, y en especial, la relativa a los programas universitarios para personas mayores han registrado un considerable aumento, siendo 55 universidades españolas las que ofertan y cuentan con planes de estudio dando cuenta de lo que la Comisión Europea establece que:

«la adquisición y actualización continua de conocimientos, actitudes y competencias tienen la consideración de una condición indispensable para el desarrollo personal de toda la ciudadanía y de la participación en todos los ámbitos de la sociedad [...]» (Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, 2008, p.35).

Hemos de considerar que, para nuestro estudio, y partiendo del criterio edad, de acuerdo con la clasificación hecha por el Ministerio de Educación (2008), tomaremos como clasificación de las personas o adultos mayores de acuerdo a los siguientes intervalos: entre 55 y 65 años, entre 65 y 75 años y más de 75 años.

Resumen

Como se ha visto a lo largo del capítulo, el estudio de las personas mayores y como consecuencia de la aparición de la Geriatria y Gerontología, se da desde la época romana, e incluso con anterioridad. El concepto de persona mayor ha variado a lo largo de los tiempos, desde los inicios de los pueblos primitivos hasta la actualidad de hoy en día; cambiando el concepto. Se ha pasado de ser un colectivo rechazado y separado de la sociedad, a constituir su estudio una ciencia en sí misma. En este capítulo hemos puesto énfasis en los cambios que las personas mayores sufren en el organismo o en partes de él como consecuencia del envejecimiento y como éste afecta desde el sistema circulatorio a los sentidos. Se han dado pautas de los factores que influyen en él y se ha puesto de manifiesto la problemática de contar actualmente con una población envejecida y los diferentes topónimos existentes para identificar las diferentes etapas de la vejez, motivado principalmente por el aumento de la esperanza de vida y de la calidad de la misma. Por último, hemos reseñado que, dadas las definiciones y clasificaciones del adulto mayor son múltiples, para nuestro estudio vamos a optar por la clasificación que se realiza desde Ministerio de Educación, Política Social y Deporte (2008), que los divide en los siguientes grupos de edad: entre 55 y 65 años, entre 65 y 75 años y más de 75 años.

Capítulo 2.

Trastornos en la tercera edad



Capítulo 2. Trastornos en la tercera edad

Introducción

En este capítulo no vamos a tratar todas las patologías que ya quedaron reseñadas en el capítulo anterior, sino que nos centraremos en aquellas que afectan a la tercera edad y que son de interés para nuestra investigación en función del grupo de personas con el que vamos a trabajar y que se detalla en la parte empírica.

La OMS¹ se hace eco en que un 20% de las personas mayores de 60 años sufre algún desorden de tipo mental o bien neurológico que representan el 17,4% de los años vividos con discapacidad, siendo entre los más usuales la demencia y la depresión (que afectan en torno al 5%-7% respectivamente); la ansiedad afectaría a un 3,8% de la población. Otra de las disfunciones resultantes del envejecimiento en las personas mayores se caracteriza por tener problemas de sueño y afecta al 17% y se caracteriza por ser más “frágil”, teniendo una menor eficiencia de sueño². Además de estas patologías, en este capítulo trataremos los trastornos urinarios afectando al 30% de las mujeres y al 15% de los hombres que es producida principalmente por la vejiga hiperactiva y debilidad de los músculos de la pelvis³. Hemos de decir que, si bien la

¹ Datos recuperados de la OMS: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

² Recuperado del Instituto del Sueño: <https://www.iis.es/trastornos-del-sueno-personas-mayores-insomnio-ancianos-tratamiento/>

³ Patrick J. Shenot, MD, Associate Professor and Deputy Chair, Department of Urology, Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University. Recuperado de: <https://www.msmanuals.com/es-es/hogar/trastornos-renales-y-del-tracto-urinario/trastornos-de-la-micci%C3%B3n/incontinencia-urinaria-en-adultos>

incontinencia urinaria es muy común entre las personas de edad avanzada, no por ello forma parte de la evolución de la edad asociado a la vejez. Por último, trataremos los problemas sexuales (tema muy poco tratado en edades de mayores).

1. Patologías

Todas las personas esperan tener una vejez sana y sin problemas. Sin embargo, muchos trastornos y enfermedades pueden hacer que las labores de la vida diaria sean más difíciles y limiten la independencia. Algunos pueden empeorar la calidad de vida e incluso acortarla. Conocer dichas condiciones puede ayudar a las personas a vivir una vida lo más sana posible (Sharp et al., 2004). Por ello es necesario diferenciar los cambios que son normales a medida que las personas cumplen años (ya explicados en el apartado anterior), de aquellos que son una patología. Aquellas enfermedades para las cuales no hay descubierta una cura definitiva y que su tratamiento es el consumo constante de fármacos, así como de tratamientos paliativos son las denominadas enfermedades crónicas. Para Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina (2010) dichas patologías son las que producen la mayor parte de la mortandad y discapacidad a nivel mundial. Señalan que en torno al 46% de la población mundial padece alguna enfermedad crónica y, cerca del 60% de los 58 millones de muertes anuales son causadas por este tipo de enfermedades; siendo las enfermedades cardiovasculares las que producen el 30% frente a lo que contrariamente se cree que es el cáncer (representando 7 millones de muertes anuales en el mundo).

El Instituto Nacional de Estadística (INE) ha identificado que 1 de cada 6 personas en España adolece de algún tipo de enfermedad crónica. Castro, Gómez, Negrete y Tapia (1996) y Durán, Valderrama, Uribe, González y Molina, (2010) señalaban que, en los países desarrollados, las principales enfermedades crónicas de las personas mayores son las enfermedades osteomusculares, las deficiencias sensoriales (auditivas y visuales) y la incontinencia urinaria – hipertrofia de próstata-; asimismo, las afecciones más limitantes son el Alzheimer

o demencia senil y las enfermedades cerebrovasculares (ictus). Se consideran que las enfermedades crónicas más comunes son: la hipertensión arterial (HTA), la diabetes mellitus, el cáncer, la enfermedad obstructiva crónica, la artrosis, la artritis, las enfermedades cardiovasculares (infartos), como las cardiopatías isquémicas, la dislipemia. De Andrés, Acuña y Olivares (2014), señalan como característica de esta edad una alta prevalencia del dolor en las diferentes afecciones.

La OMS señala que, aunque la población de personas mayores tiene una buena salud mental, no por ello no existe el riesgo de que se puedan presentar cuadros de enfermedades mentales, así como patologías neurológicas, diabetes, hipoacusia o la artrosis. Este problema es más acusado actualmente, pues según los datos de la propia organización⁴ entre 2015 a 2050 un 22% de la población mundial tendrá una edad superior a los 60 años (de 900 millones a 2000 millones de personas) que podrán tener enfermedades mentales o problemas físicos asociados a su edad. Pero, entre las enfermedades con mayor incidencia son la hipertensión arterial, la diabetes y las enfermedades cerebrovasculares.

Como decíamos, la que tiene mayor incidencia en la población es la *Hipertensión Arterial (HTA)*, siendo un problema de salud pública a nivel mundial y que puede asociarse a otras complicaciones que pueden dar lugar a la muerte. En términos generales se estima que en torno del 30 al 45% de la población general la sufre; siendo uno de los principales motivos de consulta en atención primaria y que, con la edad, suele hacerse más crónica. Se estima que el 48% de las personas mayores de 60 años están afectados según los estudios realizados en los centros de atención primaria (PRESCAD) (Roca, 2014; Vargas, Chávez y Taracaya, 2016). Investigadores como Tuesca-Molina, Guallar-Castillón, Banegas-Banegas y Graciani-Pérez (2006) señalaban que la mortalidad debido a la HTA puede verse incrementada cuando se le añaden agentes de riesgo como el tabaquismo, el hipercolesterolemia y la hiperglucemia. En los ancianos, aunque la tensión arterial suele ser elevada, no por ello debe dejarse de controlar pues puede provocar problemas cardíacos severos.

⁴ Información recuperada de la OMS: <http://origin.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Otra de las enfermedades es la *diabetes*. Esta patología es importante en las condiciones de salud de la población mayor, ya que las empeora. Se calcula que aproximadamente un cuarto de las personas mayores de 65 años tiene diabetes y la mitad de los adultos están en un estado prediabético. Estas cantidades se incrementan rápidamente a medida que pasan las décadas. Ser diabético incrementa el riesgo de padecer complicaciones: pérdida acelerada de la musculatura, enfermedades coexistentes, hipertensión, enfermedades coronarias y síndromes coronarios entre otros (ADA, 2018). En España, afecta al 5% de la población total (2 millones), mientras que según estimados en el año 2000, 35 millones de personas la padecían en América. Se estima que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 64 millones, y a nivel mundial los afectados con esta patología ascenderá a 300 millones (De la Paz, Proenza, Gallardo, Fernández y Mompié, 2012).

Por último, es importante destacar las *enfermedades cerebrovasculares*, ya que es una clínica bastante frecuente y tercera causa de muerte de la población mayor en los países occidentales. Pero, ¿Qué se entiende por enfermedad cerebrovascular? Es toda aquella patología en la cual hay un área del cerebro, transitoria o permanentemente afectada por isquemia o sangrado, y en la cual uno o más vasos sanguíneos del cerebro son los primariamente afectados por el proceso patológico. Ictus es el término que se usa en general (Alcalde Tirado, 1997). La Organización mundial de la Salud sitúa la incidencia promedio mundial de la enfermedad en alrededor de 200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. La incidencia global del ictus en España se estima que puede oscilar entre 120-350 casos cada 100.000 habitantes/año; multiplicándose por un 10% en la población mayor de 75 años, así como entre un 5-11% de la población mayor de 65 años refiere antecedentes de ictus. (Díaz-Guzmán et al., 2008).

2. Principales trastornos en la tercera edad

2.1. Trastornos del sueño

Es muy común tener problemas del sueño a cualquier edad, pero hay que resaltar que a medida que se envejece su frecuencia aumenta. A la hora de realizar una valoración clínica de las alteraciones del sueño hay que tener en cuenta que el anciano presenta cambios que son resultado de tres factores: Los cambios fisiológicos; enfermedades que el sujeto ha ido acumulando a lo largo de su vida y las secuelas derivadas de la misma; factores ambientales o de riesgo a los que ha estado sometido el individuo con el aspecto concreto que se analiza. Por ello, para diferenciar lo fisiológico de la patología, hay que reconocer los rasgos normales del sueño.

Las personas, con la edad, cambian sus hábitos con respecto a la higiene del sueño. Cuestiones como el tiempo en que se tarda en dormir, el tiempo de sueño total, varían por lo que, a continuación, se plantean de forma esquemática los diferentes cambios (Alcalde Tirado, 1997; Macías Fernández, 2007).

Tabla 5
Cambios en el patrón del sueño de los adultos mayores

Cambios de patrón del sueño de los adultos mayores		
	Subjetivos	Objetivos
Tiempo en la cama	Aumenta	Aumenta
Tiempo de sueño total	Disminuye	Igual o menor
Tiempo en dormirse	Aumenta	Varía(aumenta)
Despertares nocturnos	Aumentan	Aumentan
Cabezadas diurnas	Aumentan	Variable
Rendimiento del sueño	Disminuye	Disminuye

Fuente: Alcalde Tirado (1997).

Elaboración propia

Pero no solamente se producen cambios en el patrón de sueño, sino que también estos cambios pueden afectar a la estructura del sueño. El sueño consta de dos fases: NREM y REM que pueden verse afectadas por la edad. En la tabla 6 señalamos los cambios que pueden afectar a la estructura del sueño.

Tabla 6
Cambios en la estructura del sueño con la edad

Cambios en la estructura del sueño con la edad		
Estadio		Hallazgo polisomnigráfico
NREM	1	Aumentado
	2	Variable (suele descender)
	3 y 4	Disminuidos
REM		Disminuido. Inicio precoz. Períodos de igual duración.

Fuente: Elaboración propia

Hay que resaltar, que puede haber variaciones de lo que se consideraría un patrón normal, de esta manera aparecen las patologías del sueño. Existen múltiples trastornos del sueño, pero aquellas en las cuales nos vamos a centrar son las que ocurren en la tercera edad y que recogemos en la tabla 7:

Tabla 7
Trastornos del sueño más frecuentes en adultos mayores

Trastornos del sueño más frecuentes en adultos mayores
Síndrome de apneas-hipopneas del sueño
Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las piernas durante el sueño
Insomnio
Síndrome de la fase adelantada del sueño
Trastorno de la conducta del sueño REM

Fuente: elaboración propia

Hacemos una breve descripción de los mismos:

- a) Síndrome de apneas-hipopneas del sueño: Rey de Castro (2007) la define como “un trastorno respiratorio que ocurre durante el sueño y se caracteriza por obstrucciones totales y/o parciales intermitentes de la vía aérea alta que perturben la ventilación y los patrones normales de dormir” (p.174). Este síndrome afecta a 1 de cada 4 personas mayores.
- b) Síndrome de piernas inquietas y movimientos periódicos de las piernas durante el sueño: son movimientos repetitivos que ocurren cada 5-40 segundos, agrupados en episodios que van desde minutos a horas (Calle, Montes y Toro, 2016). Está caracterizado por la impresión molesta de hormigueo continuo en los músculos, generalmente en los muslos o en los gemelos lo que produce que la persona se revuelva en la cama o bien se levante para aliviarse. Se estima que hasta un 45% de los ancianos pueden sufrirlo. Afectan al 35% de las personas a partir de los 65 años (Echávarri y Erro, 2007).

- c) Insomnio: trastorno del sueño más frecuente. La prevalencia es del 14% al 32%. Si bien entre un 30 y un 40% lo ha presentado alguna vez en su vida. Padecer este problema conlleva a una mayor irritabilidad, cansancio, trastornos de la atención y de la memoria, aumenta el riesgo de caídas y de dependencia a psicofármacos, así como empeora las relaciones familiares y sociales (Boix et al., 2009; López-Torres, et al., 2013; Montgomery y Shepard, 2010; Sánchez-Cárdenas, Navarro-Gerrard, Nellen-Hummel y Halabe-Cherem, 2016). No es una enfermedad, sino un síntoma y se manifiesta por dificultad en el inicio, despertar temprano, fraccionamiento o mala calidad del sueño. Según la duración, existen tres tipos: el transitorio que dura no más de dos semanas, el insomnio a corto plazo, el cual dura de dos a cuatro semanas y, el crónico que dura más de cuatro semanas (Sánchez et al., 2016).
- d) Síndrome de fase adelantada de sueño: este problema consiste de acuerdo a Gállego, Toledo, Urrestarazu y Iriarte (2007) en que “los periodos de conciliación del sueño y de despertar son muy tempranos o precoces con respecto a los horarios normales o deseados” (p.27). Las personas que adolecen de este síndrome, que afecta por igual a hombres y mujeres y, en torno al 1% en los adultos mayores y que es más acuciado a medida que se avanza en edad (es probable que sea por el acortamiento del ritmo circadiano producido por el aumento de la edad). Por otro lado, si las personas se acuestan tarde, principalmente por factores exógenos, se padece una carencia de sueño, ya que su ritmo circadiano les despierta igualmente pronto.
- e) Trastorno de conducta del sueño REM (TCRS): Echávarri y Erro (2007) señalan que este trastorno “se caracteriza por la ausencia de atonía muscular que caracteriza a esta fase del sueño, los pacientes experimentan una intensa actividad motora durante el sueño REM que oscila de movimientos simples a cuasi intencionados y violentos” (p.157).

2.2. Trastornos psiquiátricos

A medida que pasan los años y se produce el envejecimiento de las personas, aparte de todo lo que ocurre en lo expuesto en los apartados anteriores, se

produce un envejecimiento psicológico. Éste se manifiesta en el efecto del paso del tiempo sobre las diferentes funciones psicológicas como: forma en la que se percibe la realidad, la relación con uno mismo y con los de su alrededor, así como la integración de dichos elementos en la personalidad única e integral de cada uno, y que condiciona toda su estructura y los componentes cognoscitivos, afectivos y volitivos; existiendo una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que puede afectar en sus vidas (Aida, 2012).

Dos de las patologías más frecuentes en el adulto mayor son la ansiedad y depresión. Se estima que cada año, un 20% de la población sufre problemas comunes de desórdenes mentales, sobre todo las dos mencionadas (Cuijpers, Cistea, Karyotaki, Reinjnders y Huibers, 2016). Debido a esto y a sus grandes consecuencias a nivel de la calidad de vida, y con sumo interés la relación existente con padecer vejiga hiperactiva, a continuación, se desarrolla un apartado dedicado a cada una de ellas.

2.1.1. Ansiedad

Para desarrollar este apartado es necesario comenzar con la definición del término prioritario. A veces se confunde la angustia y ansiedad, utilizándose en numerosas ocasiones como sinónimos, desde un punto de vista fenomenológico, cuando en realidad son diferentes. Angustia proviene de “angor” cuyo significado está ligado a opresión; la ansiedad tiene sus raíces en la palabra “anxietas” que significa inquietud o incomodidad. Mientras la angustia se liga a un temor o miedo hacia algo futurible, predominando los síntomas físicos como paralización y sobrecogimiento ante un determinado fenómeno la ansiedad, por el contrario, está más asociada a un temor a lo actual y está asociada a síntomas psíquicos con sensación de ahogo y peligro inminente, provocando reacciones de sobresalto y una mayor predisposición a buscar soluciones (López-Ibor, 1969, Macías, 2007). Actualmente, es difícil mantener estas diferencias, dado que dentro de la ansiedad se agrupa aquella sintomatología psíquica o cognitiva, como son los síntomas conductuales y físicos (Sierra y Zubedat, 2003). El trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia, señalando entre sus

principales características, la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (*American Psychiatric Association*, 1994, 2013).

El Glosario Psiquiátrico Americano, séptima edición, 1997, (como se citó en Macías, 2007) define la ansiedad como:

aprehensión, tensión o inquietud por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. Fundamentalmente de origen intrapsíquico, se distingue del miedo, que es la respuesta emocional a una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo. Puede ser vista como patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable (p.184).

Por su parte, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la *American Psychiatric Association* (DSM-IV TR) define la ansiedad como un episodio, distímico y no especificado:

trastorno de pánico con o sin agorafobia, agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico, fobia específica (antes simple), fobia social (trastorno de ansiedad social) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias (DSM-IV, 1995).

El CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) define la ansiedad como un episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia.

Con el desarrollo de la Psicología, la psicología científica aborda la ansiedad; mientras que la angustia es tratada más desde un punto de vista psicoanalítico o humanista. Desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se entiende la ansiedad en términos de rasgo (tendencia a responder de manera ansiosa ante un peligro o amenaza) y estado (fase emocional y pasajera y variable en cuanto a su intensidad y duración). Se parte de que un individuo con un alto rasgo de ansiedad se mostrará de forma ansiosa.

Es interesante matizar que en ninguna clasificación existen subtipos específicos por la edad (Antón, Gálvez y Esteban, 2006).

Se estima que la prevalencia de la ansiedad es de un 7-16%; afectando generalmente más a mujeres que a hombres estableciendo una relación de afectación de 3:2 respectivamente (Hunger, Hilzinger, Kock, Mander, Sander, Bents y Schweitzer, 2016). Estos datos se pueden completar con otros estudios que se han realizado acerca del tema y focalizando en datos sobre adultos; encontrando variabilidad entre las distintas investigaciones. Concretamente, un estudio clásico llevado a cabo con personas mayores, se encontró que un 17% de hombres y un 21,5% de mujeres mostraban síntomas de ansiedad (Himmelfarb y Murrell, 1984); otros estudios encontraron que un 19% de las personas de edad tienen niveles significativos elevados de preocupación (Wisocki, Hunt y Souzas, 1993); por otro lado, el *Epidemiological Encatchment Area* (ECA) recoge que un 6% de las personas mayores reunían criterios de diagnóstico de la ansiedad (Regier et al., 1988); si bien, con respecto a este último estudio, posteriormente se ha demostrado que infra estimaba las tasas de ansiedad por motivos metodológicos (Fisher & Noll, 1996). Finalmente se concluye que al menos un 20% de cumple criterios de ansiedad (Montorio, Nuevo, Losada y Márquez, 2001).

En un estudio reciente, desarrollado por Alonso et al. (2018) estima que los trastornos de ansiedad afectan al 10% de la población mundial. Se calcula que los trastornos de ansiedad afectan al 5,3% de la población en entornos africanos mientras que lo hace en un 10,4% en los entornos europeos.

Pero, ¿cómo sabe nuestro organismo que estamos en una situación de ansiedad? ¿Qué signos y síntomas produce la ansiedad? Desde una perspectiva fisiológica, los neurocientíficos comenzaron a cartografiar la estructura del sistema nervioso implicado en este problema. Se piensa que la amígdala, que es una estructura que pertenece al sistema límbico y que se encuentra alojada en el lóbulo temporal del cerebro, puede transmitir las emociones y sensaciones que constituyen la respuesta a la ansiedad. La amígdala capta y procesa estas señales de las áreas del cerebro que detectan peligro o emergencia. Las pruebas sugieren que la amígdala envía señales a diferentes partes del sistema nervioso para desencadenar una respuesta. De esta manera, activado el sistema nervioso simpático, por lo que la hipófisis segrega una hormona denominada CFR (factor liberador de corticotropina). Esta sustancia inicia una cascada de otras

hormonas, como por ejemplo la adrenalina y noradrenalina; todo ello causa los signos y síntomas que se nombrarán más adelante (palpitaciones, taquicardia, etc., entre otras) (Beneit y Serrano, 2007).

Los síntomas producidos por un estado de ansiedad fueron explicados por Lang en 1971 con la “Teoría Tridimensional de la ansiedad”. Esta Teoría consiste parte del supuesto que el estado emocional de las personas se manifiesta a través de respuestas que pueden ser de tres tipos y que se pueden manifestar como consecuencia de la exposición a una determinada situación que actúan como estímulos ya sean externos (ambientales) como internos o cognitivos. Esta teoría ha sido tratada por otros autores (Beneit et al., 2007; García-Fernández et al., 2011; Fernández, Martín y Tobal, 1995; Martínez-Monteaudo, Inglés, Cano-Vindel y García-Fernández, 2012) y delimitan el tipo de respuestas en que se manifiesta la ansiedad a:

- Nivel cognitivo: sentimientos y pensamientos que surgen durante los estados de ansiedad. Entre estos tenemos los siguientes síntomas: temor, inseguridad, preocupación, dificultad para concentrarse y para tomar decisiones, pensamientos negativos o sentimientos de inutilidad.
- Nivel fisiológico: hay un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, lo que puede producir palpitaciones, taquicardia, dificultad para respirar tensión muscular, sudoración, dolor de cabeza y sensación de mareo.
- Nivel conductual: las personas con ansiedad manifiestan conductas a través del sistema motor como temblores, paralización, tartamudeo o dificultades al hablar, gesticulación o movimientos repetitivos de alguna parte del cuerpo; también lloran con facilidad, evitan o rehúyen las situaciones problemáticas, así como beber, comer demasiado.

La tabla 8 recoge un breve resumen de las respuestas y síntomas asociados a cada nivel referenciado.

Tabla 8
Teoría Tridimensional de la ansiedad

Teoría Tridimensional de la ansiedad		
Nivel	Respuesta	Síntomas
Nivel cognitivo	Sentimientos y pensamientos	Temor, inseguridad, preocupación, dificultad de concentración...
Nivel fisiológico	Incremento actividad del sistema simpático	Palpitaciones, taquicardia, dificultad respiratoria, sudoración...
Nivel conductual	Sistema motor	Temblor, paralización, tartamudeo, movimientos repetitivos...

Fuente: elaboración propia

2.1.2. Depresión

La depresión ha sido estudiada a lo largo de la historia por múltiples autores, lo que conlleva al origen de diversas teorías relacionadas con su inicio. Meyer (psiquiatra de origen suizo y afincado en EEUU) propuso un modelo basado en las interacciones del individuo con el medio, situando las causas en las reacciones del individuo ante situaciones conflictivas que tenía que afrontar. Por otro lado, la escuela psicodinámica liderada por Freud, postulaba que el origen de este trastorno se debía a que había algún problema en la expresión exterior de las pulsiones agresivas, por lo que estas se volvían hacia el interior, provocando así la enfermedad depresiva (Korman y Sarudiansky, 2011). Por última, un discípulo de Freud llamado Bowlby, entendía que el origen de dicha enfermedad se encuentra en el significado que tiene para el individuo el objeto perdido; remontándose a la infancia, la manera en que el niño aprenda a resolver sus pérdidas va a repercutir en la forma en que lo hará de adulto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la depresión como “un trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”⁶. Aguilar-Navarro y Ávila-Funes (2007) recoge la definición de la Sociedad Americana de Psiquiatría que describe la depresión en los mismos

términos, al considerarla como una dolencia que afecta a la mente y caracterizada por una gran tristeza, asociada a una disminución de interés para desarrollar actividades.

La *American Psychological Association* advierte que los cambios corporales en pacientes asociados a la tercera edad pueden incrementar la probabilidad de que una persona tenga depresión. Estos cambios, unidos a otros factores de corte social como la pérdida de amigos, seres queridos, o la incapacidad para participar en actividades sociales pueden contribuir a la depresión, el deterioro mental o incluso, la demencia. La depresión en el adulto mayor, de acuerdo a los estudios de Sotelo-Alonso, Rojas-Soto, Sánchez-Arenas e Irigoyen-Coria (2012), ponen de manifiesto que “los ancianos tienen dos o tres veces más probabilidades de morir, siendo más frecuente en personas que superan los 60 años de edad y mujeres” (p.5). Estos autores fijan una prevalencia mundial de entre el 15-20% de la población con sintomatología depresiva y de un 1% al 5%, con trastorno depresivo mayor. De acuerdo con las estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2012 había más de 350 millones de personas con trastornos depresivos (Zhang et al, 2016).

Por otro lado, el origen de esta patología se relaciona con múltiples factores recogidos en los trabajos de Blazer y Hybels (2005) y Macías (2007) y que también recoge la Guía práctica Clínica sobre la Depresión Mayor (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018) y que recogemos en la tabla 9 y que podrían agruparse en psicológicos, biológicos, familiares y sociales:

Tabla 9.
Factores relacionados con la depresión

Factores relacionados con la depresión			
Individuales	biológicos	Genéticos	se conoce que los genes están relacionados con la predisposición a padecer enfermedades psiquiátricas como la presión y los trastornos bipolares.
		sexo	las mujeres presentan determinadas diferencias biológicas con respecto a los hombres que las ponen en desventaja relacionada con un mayor riesgo de padecer una enfermedad depresiva (mayores niveles de monoaminooxidasa, cambios hormonales que provocan disforia, mayor vulnerabilidad a nivel tiroideo...).
		Edad	las personas mayores tienen mayor tendencia a padecer depresión debido a que en su mayoría son personas polimedicadas; y, tratamientos como corticoides y antihipertensivos son favorecedores de esta situación.
		Problemas crónicos de salud	Enfermedades médicas y discapacidades físicas
		Predisposición evolutiva	Las pérdidas importantes a edades tempranas, así como convivencia familiar conflictiva, repercuten en la aparición de ésta, incrementándose el riesgo si se sumamos la predisposición de los individuos a esta.
		Neurotrasmisores	la edad se asocia con depleción de los neurotransmisores, con menor número, y sensibilidad de los receptores. Son múltiples los cambios que se producen a este nivel y provoca un mayor riesgo de desarrollo de la patología mencionada anteriormente.
	Psicológicos	Otros trastorno psíquicos	ansiedad/ trastornos de conducta
		Afectividad negativa	el contexto social es una de las causas que pueden influir en su aparición, asociado a la afectividad negativa (sentimientos de abandono) que se acompañan a características emocionales (timidez social) y cognitivas (dificultades para concentrarse).
		Acontecimientos vitales estresantes	se evidencia un mayor número de ellos en el periodo previo a la aparición de los cuadros afectivos sobre todo después de los 65 años. Influyen sobre todo aquellos que están relacionados con la muerte de seres queridos, pérdida de salud y de autoestima.
Ambientales	Familiares	Conflictos relaciones familiares	Conflictos paterno-filiales
		Maltrato/abuso	Físico/emocional,...
	sociales	Dificultad de relación con iguales	Conflictos interpersonales, ausencia de amistades
		Acoso	Trato degradante, humillación, burla y/o rechazo, aislamiento
		Otras circunstancias	Sin hogar, institucionalizados en centros de tercera edad,...

Fuente: Adaptada de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018)

La depresión viene determinada por diferentes formas clínicas, siendo las más relevantes las siguientes (Aragónés et al., 2001; Goffman, 1998; *National Collaborating Centre for Mental Health*, 2009; Spanemberg y Juruena, 2004):

- *Depresión mayor*: puede presentarse como episodio único y recurrente con antecedentes de distimia o sin ellos. También, puede ser con melancolía y estar o no, acompañada de síntomas psicóticos. El DSM-IV-TR identifica como principales síntomas el insomnio o hiperinsomnia, la baja autoestima y pensamientos suicidas, pérdida de peso o su contrario, fatiga, pérdida de interés por realizar algún tipo de actividad, ... Este tipo de depresión puede ser de episodio único (la depresión la causa un hecho en la vida del paciente) o recidivante (dos o más episodios). Hay estudios que establecen este problema en una prevalencia de entre un 6-15% de los problemas mentales atendidos en atención primaria.
- *Distimia y depresión menor*: por un lado, la distimia tiene un curso crónico, pero de pronóstico menos grave que requiere de una duración de por lo menos dos años. Por otro lado, la depresión menor es un trastorno más leve y recurrente con una duración mínima de dos semanas, sin cumplir los criterios de gravedad para ser diagnosticada como una depresión mayor o una distimia, y a diferencia de ésta no se relaciona con el estrés desencadenante. Se caracteriza por una pérdida de las ganas de comer, insomnio o hiperinsomnia, fatiga, baja autoestima, sentimientos de desesperanza,...
- *Trastorno adaptativo-depresivo*: predominio en el sexo femenino. Puede llegar a ser una depresión mayor o menor, pero siempre tiene que existir un factor estresante psicosocial. Una vez que éste último desaparece no debe alargarse más de seis meses.

Otros tipos de depresión serían:

- *Depresión atípica*: caracterizada por una reactividad en el estado de ánimo y que suele empeorarse por las tardes produciendo un aumento en el apetito e hipersomnia.

- *Trastorno afectivo estacional (SAD)*: suele aparecer con el cambio de estación y está ligado a cambios de luz. Produce somnolencia y ganas de tomar alimentos ricos en hidratos de carbono. Otros indicios de padecer depresión de este tipo es la fatiga, desesperanza, movimientos lentos, tristeza e irritabilidad, ...
- *Trastorno bipolar o depresión maniaca*: destaca por episodios graves de depresión asociado a síntomas que afectan a funciones mentales, hiperactividad, irritabilidad, deseos de morir, cambios de peso y apetito, molestias físicas frecuentes, sentimiento de ineptitud, ...
- *Ciclotimia*: caracterizada por sufrir modificaciones del estado de ánimo de manera regular sin motivo aparente (por ejemplo, de la euforia a la tristeza).
- *Depresión psicótica*: cuando la depresión incluye algún tipo de psicosis.
- *Depresión postparto*: caracterizada por aparecer después de dar a luz (puede presentarse un año después del parto) y está producida por cambios a nivel corporal, en las relaciones laborales y sociales, preocupaciones sobre la capacidad para considerarse buena madre, cambios en los ciclos de sueño, ...

Para tratar esta patología, son múltiples las opciones que hay, sobre todo a nivel farmacológico. Entre otros encontramos los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAOs), los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), etc. (Dratcu, 2004; Pérez y García, 2001). A parte del tratamiento con fármacos, existen los tratamientos a nivel psicológico que a menudo se dividen en varias modalidades (terapia de conducta, terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal (Pérez y García, 2001). La OMS señala varias recomendaciones para su tratamiento, incidiendo entre otros (uso de depresores, activación conductual, psicoterapia, actividad física), en la que la *enseñanza de la relajación* se puede usar como tratamiento en adultos en aquellos sujetos que tienen un episodio depresivo o depresión.

2.1.3. Escalas para medir la ansiedad y depresión

En trastornos depresivos suelen utilizarse las escalas orientadas para medir la depresión, gravedad y la respuesta a los procedimientos de cura. A través de ellas se realiza un pronóstico de los enfermos permitiendo una gradación en cada uno de los ítems de las escalas y extraer una puntuación final. Las escalas más utilizadas son Beck Depression Inventory (BDI), Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), Montgomery Asberg depression Rating Scale (MADRS) y CES-D (siglas de en inglés de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (Radloff, 1977).

Son numerosas las escalas que hay. Durante el S.XX se desarrollaron numerosas. Santor, Gregus y Welch (2006) llegaron a contabilizar 280 instrumentos.

De la misma forma que existen numerosas escalas para medir la depresión, las hay para medir la escala. Hacer un listado de ellas en este trabajo no es nuestro objetivo, pero si hacer una breve relación de aquellas más utilizadas y que estén en relación con otra de las variables de nuestro estudio: la vejiga hiperactiva (que veremos en el capítulo siguiente). En la tabla 11, reflejamos un listado de los principales estudios realizados en esta temática y de sus principales características:

Tabla 10
Estudios de ansiedad y depresión relacionados con Vejiga Hiperactiva

Estudio	Diseño	Tamaño muestral	Ansiedad	Depresión	Resultados
Stewart, Van Rooyen, Cundiff, Abrams, Herzog, Corey (2003).	transversal	Depresión: N = 397 (211 mujeres y 186 hombres)	SF-36/CES-D/MOS	NA	La VH es más común en mujeres que hombres. Está relacionada con la calidad de vida y puntuaciones altas de depresión y peor calidad del sueño
Nicolson P, Kopp Z, Chapple CR, Kelleher C.(2008)	Estudio Cualitativo	Ansiedad y depresión: N = 18 (10 mujeres y 8 hombres)	Entrevista	Entrevista	La VH causa ansiedad, sensación de depresión y desesperanza. Pacientes avergonzados de buscar atención medica
Milsom I, Kaplan SA, Coyne KS, Sexton CC, Kopp ZS. (2012)	Basado en población	Depresión: N = 4.609 (3.078 mujeres y 1.531 hombres) Ansiedad: N = 4.557 (3.036 mujeres y 1.521 hombres)	HADS	HADS	Los síntomas de VHA pueden ser bastante molestos, especialmente para las mujeres, y pueden afectar negativamente la CVRS (calidad de Vida Relacionada con la salud), aumentar la ansiedad y la depresión. El factor de predicción más fuerte

Capítulo 2. Trastornos en la tercera edad

Estudio	Diseño	Tamaño muestral	Ansiedad	Depresión	Resultados
					de la molestia asociada a VH fue la urgencia urinaria
Sexton, Coyne, Thompson, Bavenda, Chen, Markland (2011)	basado en población	Depresión: N = 2.256 (1.350 mujeres y 906 hombres) Ansiedad: N = 2.209 (1.320 mujeres y 889 hombres)	HADS	HADS	La VH es común en adultos mayores y está asociada con un deterioro en la salud mental y la CVRS (Calidad de Vida Relacionada con la salud). Las tasas de comportamiento de búsqueda de tratamiento son bajas.
Ikeda, Nakagawa, Ohmoriatsuda, Hozawa, Masamune, Nishino, Kuriyama, Onhuma, Tsuji, y Arai (2011).	transversal	Depresión: N = 153 (80 mujeres y 73 hombres)	MMSE/GDS 30	NA	Este estudio muestra una asociación entre la VH y los síntomas depresivos y el consumo de alcohol en personas mayores (edad de 70 años o mayores)
Coyne, Sexton, Irwin, Kopp, Kelleher y Milsom (2008).	Basado en población	Depresión: N = 1.434 (932 mujeres 502 hombres)	CES-D	NA	examinar el efecto de la vejiga hiperactiva (VH) y otros síntomas del tracto urinario inferior (STUI) en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)
Irwin, Milsom, Kopp, Abrams y Cardozo, (2006)	Basado en población	Depresión y ansiedad: N = 1.272 (732 mujeres y 540 hombres)	Interview	Interview	Los síntomas de VH tienen un efecto significativo en el bienestar emocional y la productividad de los afectados, tanto en el hogar como en el trabajo.
Teloken, Caraver, Weber, Teloken, Moraes, Sogari y Graziottin (2006).	Basado en población	Depresión y Ansiedad: N = 160 (104 mujeres y 56 hombres)	King's Health Questionnaire	Kings Health Questionnaire	La VH afecta a ambos géneros y es una condición de salud importante, con un impacto grave en la calidad de vida y la función sexual.
Lim, Bak, y Lee (2007)	Basado en población	Ansiedad: (N = 172 mujeres)	NA	BAI	Con población entre 15 y 55 años Este estudio proporciona evidencia objetiva de que los pacientes con incontinencia mixta tienen un mayor grado de ansiedad que aquellos con incontinencia urinaria de esfuerzo pura, debido al estrés emocional adicional causado por varios síntomas de una vejiga hiperactiva.
Alves, Jácomo, Gomide, Garcia, Bontempo, y Karnikoskwi, (2014).	Cohorte	Ansiedad: (N = 166 mujeres)	NA	BAI	Se observó una mayor prevalencia de ansiedad leve, moderada y severa entre las mujeres mayores con síntomas de vejiga hiperactiva.

Estudio	Diseño	Tamaño muestral	Ansiedad	Depresión	Resultados
Coyne et al. (2011)	Prospective cohorte	Depresión: N = 1.485 (929 mujeres y 556 hombres) Ansiedad: N = 1.882 (1.325 mujeres y 557 hombres)	HADS	HADS	

Fuente: Elaboración Propia

Nota: SF-36, 36-items cortos del cuestionario; CES-D, Centro para la Escala de Depresión de Estudios Epidemiológicos; MOS, Resultados médicos de escala de sueños; NA, no aplicable; HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria; MMSE, Examen de estado mini-mental; GDS 30, Escala de Depresión Geriátrica; BAI, Inventario de ansiedad Beck. Adaptado de Melotti, Teatin, Suelene, Lima y Zanettini (2017).

Como podemos ver en la tabla anterior, solamente la escala denominada *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS), originalmente *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983) es utilizada para medir tanto la ansiedad como la depresión. Avanzamos que nosotros, en nuestro trabajo empírico, nos decantaremos por esta escala, pues responde a los objetivos que nos planteamos.

Por otro lado, ha sido utilizada y validada por numerosos autores: Quintana, Padierna, Esteban, Arostegui, Bilbao, y Ruiz (2003) con un α Cronbach de 0.86 (ansiedad) y 0.86 (depresión) demostrando que la escala tiene buena fiabilidad y validez con pacientes. Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón y Pastor y Reig (2007) obtuvieron índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest $\geq .70$ La sensibilidad y especificidad fue óptima para la escala total del HAD en adultos ($\geq .80$). Herrero, Balnch, Peri, De Pablo, Pintor, y Bulbena, (2003) validaron la escala nuevamente obteniendo una buena consistencia interna y validez externa.

Se trata de una escala que ha sido utilizada por numerosos autores y en distintas circunstancias. Cabrera, Martín-Aragón, Carmen Terol, Núñez y Pastor (2015) la han utilizado para la evaluación clínica en sujetos con fibromialgia, siendo recomendada por la Sociedad Española de Reumatología (SER); Caci et al. (2003) utilizaron la escala para detectar ansiedad y depresión en sujetos sanos; Carroll, Kathol, Noyes- Russell, Wald, et al. (1993) en pacientes con cáncer; Berard y Ahmed (1995), White, Leach, Sims, Atkinson, y Cottrell (1999) en adolescentes y jóvenes adultos; Hammer, Sanjeev, Butterworth, y Barczack, (1991) para detectar trastornos psiquiátricos en personas que se presentan con

autolesiones deliberadas; Vassilas, Nicol, y Short (1995) con pacientes con tratamiento para dejar el alcohol.

También ha sido validada en numerosos países, países árabes (El-Rufaie y Absood, 1995), China (Leung, Kan, y Hung, 1993), Holanda (Spinoven et al, 1997).

Respecto a la vejiga hiperactiva en relación a la ansiedad y depresión tenemos los estudios de Milsol, Kaplan, Coyne, Sexton y Kopp (2012) y Sexton et al. (2011) que analizan la prevalencia de la calidad de vida y la Vejiga Hiperactiva asociada a la ansiedad y depresión en mujeres americanas adultas. Otros estudios más recientes son los de Melotti, Teatin, Tanaka y Zanettini (2017) que realizan un estudio para determinar la ansiedad y depresión severa asociada a la Vejiga Hiperactiva.

2.3 Trastornos sexuales

Desde la antigüedad, tanto en la cultura oriental y occidental el tema de la sexualidad era un tema que despertaba interés, no sólo desde el punto de vista lúdico, sino el tratamiento de las distintas disfunciones sexuales. Históricamente, la sexualidad ha ido evolucionando hasta desarrollarse la rama específica: la sexología (Vera-Gamboa, 1998). Sin embargo, el asunto de la sexualidad en las personas mayores suscita incomodidad, incluso en los profesionales de la salud.

Si bien el término sexualidad puede significar numerosas cosas de acuerdo a las personas y el momento del ciclo vital en el que se encuentre, parece que está íntimamente unido al concepto de calidad de la relación que, en personas mayores, puede estar más en ésta que en la cantidad.

Freud, en el año 1908, reflejaba en su obra *La Moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*, que la sexualidad no puede reducirse a lo genital, que se va estableciendo a lo largo de la historia individual, y recibe influencia de los padres (como se citó en Llanes, 2013).

Parece obligado de todos modos distinguir entre los términos sexo y sexualidad. Para Muñoz, Augusto y Petit (2013) el primero hace referencia a la serie de

características físicas determinadas genéticamente, mientras que el segundo hace referencia a cómo se interpreta y cómo se vive desde un punto de vista psicosocial las particularidades biológico-sexuales de hombres y mujeres.

Dado que nuestro trabajo se centra en las personas mayores conviene definir lo que se ha denominado Salud Sexual Geriátrica como “la expresión psicológica de emociones y compromiso que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito” (Adela Herrera, 2003, p.150), siendo una definición comúnmente aceptada en el ámbito de la geriatría (Llanes, 2013).

Existen numerosas investigaciones que han analizado los problemas que pueden surgir en ambos sexos en relación a las relaciones sexuales. Macías (2007), puso de manifiesto que una de cada cuatro mujeres con edades superiores a 64 años tiene una vida sexual activa, pero solamente una de cada 10 tiene relaciones sexuales porque lo desee. Otros que han sobrepasado la edad de los 60 años han renunciado a tener este tipo de relaciones. La frecuencia del coito no debe ser la media de la actividad sexual, sino que debe abarcar una gama de actividades que van simplemente de estar con la pareja, hasta el orgasmo, ya que la libido incluye deseos, pensamientos, fantasías, satisfacciones y placeres de cada individuo. El estudio que realizó este autor reflejaba que, a partir de los 50 años, la mayoría de los hombres sufren una disminución natural de la intensidad de la respuesta sexual, predominando la impotencia a medida que avanza la edad. Esta prevalencia es del 2 al 5% en torno a los 40 años, elevándose hasta el 15-25% a los 70, presentando algún grado de disfunción eréctil el 52% de los mayores de 40 años. Aquellos que superan los 75 años con pareja mantienen una media de una actividad coital a la semana (15-25%). Las quejas más frecuentes en varones son la disfunción eréctil y la eyaculación retardada, mientras que en las mujeres son la dispareunia (8-30% de las mujeres postmenopáusicas), la pérdida de deseo sexual, la anorgasmia y el vaginismo.

Existen una serie de factores que directamente relacionados con el patrón sexual y la finalización de la actividad sexual producidos por el envejecimiento fisiológico que producen, como es lógico, cambios que afectan a la anatomía de los órganos sexuales y que van acompañados con cambios funcionales en las fases del

ciclo sexual. Adela Herrera (2003), Llanes Betancourt (2012) y Ribera y Cruz (1997) realizan una clasificación de los factores en tres grandes grupos: fisiológicos, hormonales y sociales:

El DSM-IV reconoce cuatro fases en el ciclo sexual humano: excitación, plateau, orgasmo y resolución. El cómo afectan estos factores a hombres y mujeres es diferente en la ancianidad. Lo vemos en la tabla 11.

Tabla 11
Factores relacionados con el patrón sexual

FACTORES			
Factores fisiológicos	Excitación	Hombres	Más tiempo. Se reduce respuesta visual y táctil
	Plateau o meseta		Más larga. Disminución elevación testicular
	orgasmo		Más corta. Menor líquido seminal
	resolución		Disminución volumen peneano más rápido. Período refractario alargado.
Factores fisiológicos	Excitación	Mujeres	Fase de expansión y lubricación vagina más alargada
	Plateau o meseta		Elevación útero disminuida, duración e intensidad de estimulación para lograr orgasmo aumentada
	Orgasmo		Contracciones musculares de orgasmo disminuyen. Pueden ser dolorosas
	resolución		Más alargada. Reducción capacidad multiorgasmo.
Factores hormonales	testosterona	Juega un papel secundario en la reducción capacidad sexual. Más importante las vías monoaminérgicas del sistema nervioso serán menos sensibilizadas por los andrógenos	
	autopercepción del atractivo sexual	Unas percepciones positivas del cuerpo favorecen la disposición de relaciones sexuales con la pareja. Existe una creencia en mujeres que, al perder la función reproductiva, se pierde la función sexual. Las mujeres perciben la sexualidad como una expresión de amor.	
Factores sociales	acceso a un apareja	caso por ejemplo de viudez, separaciones tardías, que pesa en contra de las mujeres al verse socialmente negativo que se establezcan nuevos matrimonios –el 90% de las personas con esta condición cesan en sus relaciones sexuales	
	Dificultad para acceder a la intimidad	Especialmente si los ancianos viven con sus hijos o están institucionalizados. O no existe ambiente para tener relaciones o está prohibido.	
	Jubilación laboral	Pérdida de contacto con compañeros de trabajo. Reorganización de la vida laboral	

Fuente: Adela Herrera (2003).
Elaboración propia

Vemos pues, que la sexualidad de las personas mayores depende de numerosos factores, a los que podríamos añadir de acuerdo con Leyva-Moral (2008) y Pérez Martínez (2007):

- Nivel de interés sexual: se corresponde con aquel que se haya tenido desde la juventud. Las personas que hayan sido activas desde entonces, pierden este deseo más tarde. Contrariamente ocurre con aquellas que

no han tenido muestras de interés nunca, con lo cual esta capacidad merma antes.

- Estado de salud: es un factor muy importante para lograr relaciones sexuales satisfactorias, ya que incide en la visión gratificante o no de la vida. Uno de los rasgos más características del adulto mayor es la comorbilidad o pluripatología. Padecer múltiples patologías implica que no puedas llevar a cabo unas relaciones sexuales del todo satisfactorias.

Además, se asocian creencias, actitud sexual, satisfacción con la vida, disponibilidad de pareja, dependiendo, en muchos casos, el cese de estas actividades de estas causas y no tanto de la edad cronológica.

Descritos los principales factores que afectan a la actividad sexual, procederemos a describir cuáles son las principales disfunciones sexuales de los adultos mayores. Recogemos en la tabla 12, los principales trastornos que son identificados en el DSM-IV-TR.

Tabla 12
Disfunciones sexuales

Disfunciones sexuales	
Trastornos del deseo sexual	Deseo sexual hipoactivo
	Trastorno por aversión al sexo
Trastornos de la excitación sexual	Trastorno de la excitación sexual en la mujer
	Trastorno de la erección en el varón
Trastornos orgásmicos	Trastorno orgásmico femenino
	Trastorno orgásmico masculino
	Eyacuación precoz
Trastornos sexuales por dolor	Dispareunia
	Vaginismo
Otras disfunciones sexuales	Trastorno sexual debido a enfermedad médica
	Trastorno sexual inducido por sustancias
	Trastorno sexual no especificado

Fuente: DSM-IV-TR
Elaboración Propia

En la vejez, de la misma forma que ocurre en otras etapas del desarrollo humano, el deseo sexual se sitúa en el límite de lo psicossomático, sin embargo, la sociedad en general tiene una idea preconcebida de que a esta edad no existen ni deseos ni actividad sexual. Pero no solamente por parte de los jóvenes sino incluso, por la propia gente mayor, pues despiertan un sentimiento de culpabilidad, anormalidad o vergüenza ante el deseo sexual. Existe un rechazo ante la sexualidad geriátrica, al considerar a la persona mayor como débil e

impotente y sin atractivo físico. La palabra *viejo*, se le asocia a anciano, abuelo, decrepito, senil, achacoso, añoso, gastado, estropeado, ajado, usado... sin embargo, tener una sexualidad sana es posible a esta edad e implica riqueza sensitiva y emocional.

Fruto de estos prejuicios se han creado muchos mitos sobre la sexualidad de los mayores que, en muchos casos, son aceptados por profesionales que trabajan en geriatría, y que son fruto muchas veces del creer popular y que han pasado de generación en generación, confundiendo la capacidad sexual en términos de cantidad y no en calidad y desarrollo de la persona. Algunas de estas creencias las recogemos en la tabla 13 (Gibson, 1992; Leyva-Moral, 2008; Lorenzo Viego, 2004; Torres Velasco, 2016).

Tabla 13
Falsas creencias sobre la sexualidad en la tercera edad

Falsas creencias
Durante la vejez es fisiológicamente imposible mantener relaciones sexuales
El sexo tiene una función exclusivamente reproductora
Es sexo se entiende únicamente con penetración
La actividad sexual se debilita con la edad.
Durante la vejez se pierde el interés sexual
El sexo durante la vejez es una perversión
La actividad sexual durante la vejez es perjudicial para la salud
Durante la vejez aparecen más desviaciones sexuales.
Las mujeres que se interesan por el sexo durante la vejez es porque durante su juventud fueron ninfómanas
Es frecuente el exhibicionismo y la pedofilia en aquellos viejos interesados por el sexo
Que los ancianos se interesen por el sexo es indecente y de mal gusto
Las personas ancianas no son sexualmente deseables, no tienen deseos sexuales y no son sexualmente capaces
La abstinencia prolonga la vida sexual
La masturbación durante la vejez es un signo de trastorno importante
Los hombres viejos pueden conservar el interés por la sexualidad, las mujeres no
Los ancianos enfermos dejan de interesarse por la sexualidad
La menopausia indica el fin de la sexualidad femenina

Fuente: Leyva Moral (2008) y Torres Velasco (2016)

2.4 Trastornos urinarios en el adulto mayor

El trastorno urinario por excelencia es la incontinencia urinaria (IU), considerada como un gran problema tanto médico como social. La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema higiénico-social que el individuo manifiesta, altamente prevalente en la población adulta y de dos a cuatro veces más común en mujeres que en hombres (Aguilar-Navarro, 2007; Aguilar-Navarro y Ávila-Funes, 2007).

Este problema afecta al menos al 50% de las mujeres de mediana edad en adelante, calculándose que afecta a 200 millones de personas en todo el mundo (Kilic, 2016). En el caso de Estados Unidos se calcula que afecta a unos 18,3 millones de mujeres, y se estima que se incrementará hasta los 28,4 millones en el 2050. A nivel económico se consumen 30 billones de dólares en esta patología (Whitcomb y Subak, 2011). Por otro lado, existen estudios en los que se muestra la prevalencia de IU en los diferentes estados europeos, siendo estos datos los siguientes: España del 23%, en Alemania del 41%, el 42% en Reino Unido y del 44% en Francia (Hunskaar et al., 2000; Kilic, 2016).

La incontinencia urinaria (IU) es entendida por algunos autores como Feria, Castillejos y Arroyo (2005) como una pérdida involuntaria de orina en cantidad o frecuencia suficiente para constituir un problema social y/o higiénico, y que se pueda demostrar objetivamente. La *Sociedad Internacional de Continencia (International Continence Society)* la define como cualquier pérdida involuntaria de orina, denominándola como la “epidemia silenciosa”. No es una condición que amenace la vida, pero si es un problema a nivel mundial en todos los grupos de edad, deteriorando la calidad de vida de las personas que la padecen, su autonomía y reduciendo su autoestima (Akyuz, Kok, Kilic y Guvenc, 2014; Robles, 2006). Se trata pues de un problema que afecta a la calidad de vida vinculada con la salud (mucho más allá de lo que puede causar la Hipertensión arterial o la diabetes, que vimos en el capítulo anterior).

Se trata de un problema médico y social que afecta especialmente a la población adulta y principalmente a mujeres (de dos a cuatro veces), constituyendo uno de los síndromes de la tercera edad.

Tras ver el grado de afectación que la IU tiene en diferentes países, es necesario destacar que ésta se clasifica en tres tipos (Dannercker, 2010; Lains, 2017):

- Incontinencia urinaria de estrés: consiste en un incremento de la presión abdominal en determinadas ocasiones (estornudos, tos, risa, etc.) y provoca pérdidas urinarias.
- Incontinencia urinaria de urgencia: pérdida involuntaria de orina combinada con la sensación de urgencia. Es un síntoma de la vejiga hiperactiva, de la cual se tratará en capítulos sucesivos.
- Incontinencia urinaria mixta: las personas padecen los dos tipos anteriores de incontinencia.

Sin embargo, en la literatura se pueden encontrar otras clasificaciones y de cuyas tipologías recogemos en la tabla 14 (Salinas y Martín, 2004; Robles,

Tabla 14
Tipología de incontinencia urinaria (IU)

tipología	definición	causas		prevalencia
IU por esfuerzo (IUE)	Pérdida de orina coligada a un esfuerzo físico (tosar, reír, correr)	Por hipermovilidad uretral	fallan los mecanismos que sujetan la uretra	Común en ancianas y es la más común de mujeres menos de 75 años. La IUE pura afecta al 10-20% de las mujeres incontinentes Postmenopáusicas
IU de urgencia (IUU)	Pérdida involuntaria cuando aparece súbitamente el deseo de miccionar	Hiperactividad detrusor neurogénica	Contracción involuntaria del detrusor vesical por enfermedad neurológica	Común en hombres mayores de 75 años (40-80%). Entre el 11-20% de las mujeres incontinentes tienen síntomas de IUU. Postmenopáusicas.
IU mixta (IUM)	Pérdida asociada a urgencia y esfuerzo	Hiperactividad detrusor idiopática	Contracciones sin causa detectable	Entre el 30-40% de las mujeres poseen síntomas de IUN. Común entre mujeres jóvenes y premenopáusicas.
IU Continua	Pérdida involuntaria y continua de orina	Puede ser provocado por una fístula, un déficit uretral.		
Eneuresis nocturna	pérdida involuntaria de orina durante el sueño.			Puede afectar a cualquier rango de edad

IU inconsciente (IUI)	Pérdida de orina sin deseo miccional e involuntaria	Sólo se produce cuando la vejiga está muy llena de orina, por obstrucción del tracto urinario inferior o por factores neuronales.	Frecuente entre los adultos mayores
Otras causas	Durante el coito, con la risa, después de la micción (goteo postmiccional), después de la maternidad (parto vaginal), enfermedades prostáticas (hombres), estreñimiento, apnea del sueño,...		

Fuente: elaboración propia a partir de Hannestad, Rortveit y Sandvik (2000), Salinas y Martin (2004), Robles (2006).

En términos generales, los estudios de Minassian, Drutz y Al-Badr (2003) la IUE pura tiene una prevalencia entre 10-20% de las mujeres incontinentes, mientras que entre el 30-40% tienen síntomas de IUM. Lo que se corresponde con el estudio EPINCONT realizado por Hannestad, Rortveit y Sandvik (2000) que mostraba que el 50% de las mujeres poseían síntomas de IUE, el 11% de IUU y el 36% de IUM. Estos datos fueron confirmados por Lose (2005).

Para su tratamiento se incluyen numerosas alternativas que normalmente se complementan entre sí: tratamientos terapéuticos mediante procedimientos farmacológicos o quirúrgicos, modificaciones del entorno facilitando la accesibilidad a los cuartos de baño, medidas higiénico-sanitarias (especialmente en personas obesas para evitar sobrepeso sobre el suelo pélvico, evitar esfuerzos, ingesta de líquidos, cambio de ropa –uso de prendas ligeras-, utilización de absorbentes), técnicas de modificación de conductas, rehabilitación del suelo pelviano,... si bien es cierto que no siempre se va a resolver el problema; sino que en muchas ocasiones lo que se consigue es disminuir la severidad del problema. Para ello, se actúa sobre diferentes puntos (Ribera y Cruz, 1997):

- Medidas generales: este apartado incluye tres líneas de actuación.
 - Modificación del hábitat o de las barreras arquitectónicas, intentando que el WC sea lo más accesible posible.
 - Medidas higiénico-dietéticas: se reducirá sobre todo el consumo de bebidas excitantes como es el caso del café, té, alcohol; así como en caso de que haya nicturia, se disminuirá el consumo de líquidos a partir de la merienda.
 - Medidas paliativas: uso de absorbentes y de colectores.

- Técnicas de modificación de conducta: persiguen restablecer el patrón normal de vaciamiento vesical, promoviendo así la continencia. Para ello se utiliza tanto el reentrenamiento vesical, como los ejercicios de Kegel. Ambas técnicas se desarrollarán en capítulos sucesivos debido a que son las utilizadas en el programa de intervención realizado.
- Otros tratamientos: aquí se engloban diferentes tipos de terapias; desde el tratamiento farmacológico, hasta técnicas más agresivas como es la cirugía.

Resumen

A lo largo de este capítulo se ha podido identificar cuáles son los trastornos/patologías más frecuentes en la tercera edad. La revisión de la literatura nos ha permitido confirmar que la actividad sexual existe en las personas mayores y, por lo tanto, es un error considerar que no están interesados en la actividad sexual, no habiendo una edad cronológica después de la cual la vida sexual ha de desaparecer. Factores de tipo fisiológico, hormonales y sociales pueden dar lugar a trastornos que afecten a la actividad sexual. A pesar de que todas las personas quieren envejecer de una manera sana, en muchas ocasiones esto no es posible de hecho el 46% de las personas tienen una enfermedad crónica. Aquellas enfermedades crónicas con más incidencia en los países desarrollados son la hipertensión arterial (HTA), enfermedades osteoarticulares, cardiovasculares, incontinencia urinaria, entre otros. Por último, son múltiples los trastornos de los adultos mayores además de los sexuales que les afectan como personas; siendo los más destacables: trastornos del sueño, trastornos psiquiátricos (ansiedad y depresión), y trastornos urinarios.

Capítulo 3.

La vejiga hiperactiva



Capítulo 3. Vejiga hiperactiva

Introducción

Existe un bajo nivel de consulta de la Vejiga Hiperactiva entre la población mayor motivado generalmente por factores relacionados con la educación, culturales y profesionales; lo que explicaría el bajo porcentaje de sujetos que reciben el tratamiento adecuado y que afecta a su calidad de vida. En este capítulo se intentará ofrecer una presentación del trastorno centrándose en aquellas cuestiones que se han considerado esenciales para conocer a fondo la vejiga hiperactiva. Como se verá, es una patología poco estudiada y de reciente interés por parte de los investigadores dado que a menudo se confunde con otro problema del sistema urinario denominado incontinencia urinaria. Esto es debido a que los síntomas identificativos de ambas son muy similares. Nos adentraremos en la definición de la VH y sus características clínicas, así como la valoración diagnóstica de esta patología, y las escalas de valoración más importantes, desarrollando la epidemiología y etiología respectivamente. Analizaremos, posteriormente, el impacto tanto económico como el que se da en las personas por padecer dicha enfermedad. Para finalizar, se detallarán los diferentes tratamientos, así como las diferentes terapias para tratar la VH, divididas en farmacológicas, no farmacológicas y otras terapias.

1. Definición y características clínicas de la VH

En la sociedad actual, sobre todo entre las mujeres, existe un problema que apenas se reconoce y que, a menudo, se relaciona con un trastorno de incontinencia urinaria; cuando en realidad, la denominación de dicha patología es vejiga hiperactiva (VH).

Las primeras investigaciones fueron realizadas por Dudley (1905). Su artículo recoge diversos métodos de tratamiento de la incontinencia de orina e incluye la vejiga hiperactiva clasificada dentro de la incontinencia activa. Describía que la hipertonía causaba la expulsión involuntaria de orina a través de la uretra, así como el mal funcionamiento del esfínter.

Casi un siglo después, especialmente a partir del año 2002, según la bibliografía recogida, se comienza a investigar más en profundidad esta patología, así como datos de prevalencia relacionadas con ella. Esto es debido a que dicha enfermedad siempre fue tratada más como incontinencia urinaria en vez del problema que era en realidad.

Para comprender la vejiga hiperactiva se necesita desglosar cada parte de esta patología. Para ello, en los apartados siguientes, se realiza un estudio de cada uno de los ámbitos que la compone, resaltando aquellos que se han considerado más importantes mencionar.

1.1 Definición y síntomas

Para comprender qué es la VH primeramente es necesario aclarar el funcionamiento del tracto urinario inferior, así como la definición de incontinencia urinaria. Las fases funcionales del trato urinario inferior son principalmente el almacenamiento y el vaciamiento periódico de la orina que depende de un circuito neuronal en el cerebro y en la médula espinal (Kreder y Dmochowski, 2007). La fase de almacenamiento tiene por objeto acumular en la vejiga una determinada cantidad de orina (aproximadamente 400 ml), sin excesivo aumento de la presión que afecta a la función del tracto urinario superior. En la fase de vaciamiento se expulsa al exterior la orina almacenada, lo que requiere una contracción del músculo vesical coordinada con la apertura del mecanismo

esfinteriano. Dichas fases dependen de la actividad coordinada de dos unidades funcionales en el tracto urinario inferior: la vejiga y la salida. Esta última está compuesta por el cuello de la vejiga, la uretra y los músculos estriados del esfínter uretral. Dichas estructuras, a su vez, están inervados por tres nervios periféricos: el sacro parasimpático, el toracolumbar simpático y el nervio somático del sacro (Kreder y Dmochowski, 2007; Salinas y Martín, 2004).

Este trastorno puede deberse a una alteración del tracto urinario inferior para realizar un adecuado almacenamiento o vaciado de la orina, o una combinación de ambos. La alteración en el almacenamiento de orina puede causar un detrusor hiperactivo, por incompetencia de la salida vesical o de la uretra, o por una combinación de ambas. La hiperactividad del detrusor se puede asociar a alteraciones en el SNC que liberan al tracto urinario inferior de la influencia inhibitoria normal de la corteza cerebral o a una lesión irritante de la vejiga o del cuello vesical/uretra. La alteración en el vaciamiento de la orina provoca pérdidas de orina ocasionadas por fuerzas mecánicas sobre una vejiga distendida (incontinencia por rebosamiento). Esto puede asociarse con hipoactividad del detrusor, causada por una lesión neurológica que afecte a la inervación motora de la vejiga, o a una obstrucción crónica del cuello vesical/uretra, con un músculo vesical descompensado.

Descrita la IU, conviene ahora hacer la distinción con la Vejiga Hiperactiva (VH).

El término de Vejiga Hiperactiva en sí fue acuñado en 1997 (Abrams y Wein, 1997) definiéndolo en base a síntomas. La diferencia clínica fundamentalmente entre la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) y la VH es que la segunda siempre va precedida de deseo miccional. Así, la VH de acuerdo a la definición aportada por la *International Continence Society* (CIS, 2002) se refiere a “pacientes con urgencia miccional a con o sin incontinencia urinaria de urgencia generalmente acompañada de frecuencia y nicturia” (Castro, Espuña, Prieto y Badía, 2005, p. 131). Este término de VH sólo puede utilizarse si no hay infección urinaria ni otra enfermedad (Feria et al, 2005; Heidler, Mert, Temml y Madersbacher, 2011; Muñoz y García, 2015). Clásicamente se consideraba que la VH se podía diagnosticar siempre que el paciente presentara los síntomas de urgencia miccional y/o incontinencia de urgencia, sin causa aparente por otra patología o condición metabólica (Castro, Rebollo y González-Segura, 2009).

Lo síntomas más usuales se refieren a la urgencia miccional, incontinencia de urgencia, frecuencia miccional y nocturia (Abrams et al., 2003). La frecuencia la podemos entender como la necesidad de orinar más a menudo de lo normal y, la nocturia, que según la *International Continence Society* (ICS) se define como síntoma cuando el individuo se queja de que se despierta durante la noche una o más veces para orinar. La frecuencia miccional nocturna es la necesidad de orinar una o más veces durante la noche en el tiempo comprendido desde que el individuo se acuesta con la intención de dormir hasta el momento del despertar con la intención de levantarse. La nocturia se diferencia de esta última en que se considera solamente el tiempo en que el individuo está durmiendo.

1.2 Valoración diagnóstica

Debido a que la etiología la podemos considerar multifactorial creemos que es imprescindible realizar una estimación de las dimensiones que la componen. En la actualidad, no está suficientemente consensuada la extensión de dicha valoración, por lo que se realiza de forma individual y basándose en las particularidades de cada persona (clínicas, funcionales, expectativa de vida), así como los efectos que la incontinencia causa en cada caso (Verdejo Bravo, 2012); si bien las teorías inciden en que pueden tener dos orígenes: neurógeno y miogénico, destacando el primero entre la población mayor. Entre los mecanismos que contemplan son: alteraciones miogénicas (relacionadas con la denervación del músculo detrusor), alteraciones del suelo pélvico, fibrosis del detrusor, hiperactividad del detrusor con contractilidad alterada, aumento de fibras C, aumento de estimulación de los receptores muscarínicos, aumento de receptores purinérgicos (ATP) a nivel vesical u otras causas (inflamaciones, cistitis, infecciones, ...) (Verdejo et al., 2015)

Todas las personas con síntomas de vejiga hiperactiva (VH) se le debería de realizar un examen básico siguiendo las líneas propuestas por la *Agency on Health Care Policy and Research*, que incluye la historia médica, el examen físico, mediciones del volumen residual postmiccional, y uroanálisis (Montella, 2008). Estudios como el de Sexton et al. (2011) ponen de manifiesto que, en el

caso de pacientes adultos mayores, la VH se asocia al deterioro en la salud mental, por lo que deberían ser examinados.

La VH se trata de un síndrome clínico, por lo que no existen pruebas diagnósticas que nos permitan evidenciar científicamente la presencia de VH, realizándose normalmente un análisis de puntos clave para su diagnóstico y que incluyen desde una exploración física completa a la utilización de pruebas de radiodiagnóstico (ecografías, cistoscopias, urodinámicas, ...). Por lo que hace referencia a la historia médica se debe investigar sobre los siguientes elementos que recogemos en la tabla 15 (Kreder y Dmochowski, 2007; Montella, 2008; Verdejo Bravo, 2012; Verdejo et al, 2015).

Tabla 15
Valoración Diagnóstica

Autores	Valoración	Elementos
Kreder, Dmochowski, 2007	Historia médica	Hª médica general
Montella, 2008		Hábitos higiénicos-dietéticos Antecedentes patológicos Consumo de fármacos
Verdejo, 2012		Historia médica dirigida
		Tiempo evolución y aparición clínica Relación proceso agudo Frecuencia miccional Clínica incontinencia
	Valoración funcional básica	
	Exploración física	Examen abdominal Examen rectal Examen pélvico Examen neurológico
	Estudio analítico básico	Hemograma Bioquímica Orina

Fuente: adaptación de Verdejo (2012, 2015).

Elaboración propia

Realizamos a continuación una breve descripción de cada uno de ellos:

- **Historia médica general:** debe permitir descubrir las patologías más incidentes ligadas a la vejiga hiperactiva. Interesa investigar sobre:
 - Hábitos higiénicos dietéticos: están relacionados con el estilo de vida, el nivel de actividad física desarrollada o, por el contrario, de inacción, la rutina intestinal, la dieta pautada, la ingestión de líquidos....

- Antecedentes patológicos relevantes relacionados con patología neurológica (Parkinson), insuficiencia cardiaca, cirugías pélvicas...
- Consumo de fármacos fundamentalmente diuréticos, psicofármacos, antagonistas del calcio, entre otros.
- *Historia médica dirigida*: en la que se obtenga información acerca del tiempo de evolución y momento de aparición de la clínica de vejiga hiperactiva, su relación con un proceso agudo o prescripción de algún fármaco nuevo, la frecuencia de los escapes y su momento de presentación; la frecuencia miccional diurna y nocturna; la existencia de algún otro tipo clínico de incontinencia (esfuerzo, sin percepción del deseo miccional), así como la repercusión de la clínica urinaria (impacto sobre la calidad de vida, interferencia con actividades de la vida diaria, limitación en las relaciones sociales). El empleo del diario *miccional* ha demostrado ser muy eficaz tanto en la valoración clínica del paciente con VH, como para monitorizar la respuesta al tratamiento (Verdejo Bravo, p.30)
- *Valoración funcional básica*: es importante valorar la función mental para ver el grado de deterioro cognitivo a través de una entrevista. Interesa saber cuál es el estado de movilidad del paciente a fin de establecer relaciones causa-efecto con la VH.
- *Exploración física*: orientada a descubrir modificaciones anatómicas causantes de la vejiga hiperactiva. Lo más importante a realizar es la medición del residuo vesical postmiccional, que se desarrollará más adelante. Por lo tanto, deben realizarse los siguientes puntos:
 - Examen abdominal: para detección de masas abdominales o la existencia de globo vesical.
 - Examen rectal: sopesar el tono del esfínter anal, saturación de la ampolla rectal por heces o masa. En el hombre detectar las propiedades prostáticas.
 - Examen pélvico: posibilita mostrar prolapsos, vaginitis atrófica y síntomas de inflamación.
 - Examen neurológico básico: analizar la presencia o no de focos neurológicos, así como analizar la sensibilidad perianal y perineal.

- *Estudio analítico básico*: debe incluir la confección de un hemograma, una bioquímica básica (glucosa, iones, calcio, función renal), y un análisis de orina (sedimento y cultivo), con el objetivo de identificar cambios metabólicos (hiperglucemia o de los electrolitos) y posibles inflamaciones del tracto urinario (piuria, bacteriuria, hematuria, etc.) que pudiesen ser causa de la VH.

Existen numerosos instrumentos para realizar una valoración exhaustiva de las personas a fin de detectar la tenencia o no de la VH. En la tabla 15 exponemos los instrumentos de medida que se utilizan para llevar a cabo dichas evaluaciones.

1.3 Escalas de valoración

Los instrumentos de evaluación que se mencionen a lo largo de las siguientes páginas, abarcarán la valoración de diferentes aspectos que afectan a la VH, pues es difícil tratar esta problemática desde una única óptica, ya que los estudios realizados por los diversos autores la asocian normalmente a otras patologías. En este sentido existen escalas que valoran el sistema urinario, el origen cognitivo de la VCH o su relación con la calidad de vida. Las escalas que ofrecemos a continuación no son todas las que existen, pero si consideramos que son las que más se utilizan o se han utilizado. Las recogemos en la tabla 16.

Tabla16
Escalas de valoración que afectan a la VH

Autores/as		Escalas de valoración	Objetivo
Burgio (2009), Robles (2006), Verdejo Bravo, 2004)		Diario miccional	Contabilizar en tres días el número de micciones al día, el volumen de vaciado, los episodios de incontinencia y la causa
Asociación Española de Urología Adot, Esteban, Batista y Miranda		Diario miccional de 3 días con escala PPIUS.	Recoge los síntomas y permite valorar a la gravedad de la enfermedad y la mejora que obtiene con un tratamiento
		Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF	Cuestionario auto administrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida
		IPSS	Puntuación internacional de los síntomas prostáticos
		Cuestionario de síntomas urinarios ICIQ-MLUTS.	Pretende descubrir qué clases de síntomas tienen los hombres con molestias prostáticas, así como qué tipo de problema suponen para ellos estas molestias

Capítulo 3. Vejiga hiperactiva

Autores/as	Escala de valoración	Objetivo
España Pons, Puig Clota, Rebollo Álvarez (2006)	CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga)	Instrumento en forma de cuestionario corto autocontestado para detectar y evaluar los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior.
Coyné, Matza, Kopp, y Abrams (2006)	Cuestionario PPBC (Patient Perception of Bladder Condition)	Se obtiene una medida global de la condición de la vejiga informada por el paciente,
Verdejo Bravo (2004)	Medición del residuo vesical postmiccional	Determinación del volumen de orina residual entre 5 y 10 minutos después de la micción, efectuada mediante la colocación de un catéter vesical
Pfeiffer (1975), Adaptada castellano Martínez de la Iglesia, Duenas Herrero, Onis Vilches, Aguado Taberne, Albert Colomer y Luque (2011)	<i>Minixamen de Pfeiffer</i>	Escala de valoración cognitiva que facilita una exploración rápida y sistemática de la situación mental
Podsiadlo y Richardson (1991)	Test de "timed up and go"	valorar la movilidad de la persona
Cardozo, L. y Kelleher, C.J. (1997). Desarrollado en 1993 y publicado en 1997	King's Health Questionnaire" (KHQ)	Evaluar el impacto de los síntomas del tracto urinario inferior, incluida la incontinencia urinaria, en la calidad de vida relacionada con la salud
Piault, Evans, Espindle, Kopp Brubaker, y Abrams (2008)	The Overactive Bladder Satisfaction Questionnaire (OAB-S)	Desarrollado para evaluar la satisfacción de los pacientes con tratamiento para la vejiga hiperactiva, incluyendo medicaciones u opciones no farmacológicas
Coyné, Revicki, Hunt, Corey, Stewart, Bentkover, Kurth, Abrams (2002)	Overactive Bladder questionnaire (OAB-q)	Desarrollado para evaluar la percepción del paciente del impacto de los síntomas y la repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud de los síntomas de VH, son o sin incontinencia urinaria
La primera versión es de 2004. Posteriormente el mismo autor hace otra validación Coyné, Thompson, Lai y Sexton (2015)	OAB-q SF.	<i>Es la forma abreviada de OAB-q</i>
Coyné y Zycznski (2005) y validada al español Villacampa, Ruiz, Errando, Arlandis, Arumí, Lizarraga y Rejas (2013) y Brenes, Angulo, Ochayta, Rejas, Arumí, Cañadas y Lizarraga (2014)	Escala OAB-V8	Mantienen los 8 ítems de la OAB-q, pero se modifican las instrucciones para su cumplimentación quedando como una herramienta de detección. mide la magnitud de afectación por los principales síntomas de la vejiga hiperactiva.
versión abreviada de 3 ítems de la escala OAB-V8 de Coyné, Margolis, Bavendam, Roberts y Elinoff (2011). Adaptada al español por Arlandis, S., Ruiz, M.A., Errando, C., Villacampa, F., Arumí, D., Lizarraga, I. y, Rejas J. (2012)	Escala OAB-V3	Versión abreviada de 3 ítems de la escala OAB-V8 y adaptación de la OAB-q SF
Colman, Chapple, Nitti, Haag-Molkenteller, Hastedt y Massow (2008)	Escala de beneficio del tratamiento (Treatment Benefit Scale o TBS)	Mide los resultados informados por el paciente, es muy breve y valora el efecto del tratamiento sobre los síntomas de vejiga hiperactiva
Grupo EuroQol (1987),	Cuestionario EuroQol Cuestionario EurQol-5D	El EQ-5D es un instrumento genérico de medición de la

Autores/as	Escalas de valoración	Objetivo
Herdmana, Badia, y Berra (2001)		CVRS que puede utilizarse tanto en individuos relativamente sanos (población general)
Alfaro González et al.	<i>Escala Visual analógica (EVA)</i> <i>Escala Analógica Visual (EAV - Visual Analogue Scale (VAS) en inglés-</i>	un instrumento de medición que trata de medir una característica o actitud que se cree que se extiende a través de un continuo de valores y no puede ser medida directamente
Jackson S1, Donovan J, Brookes S, Eckford S, Swithinbank L, Abrams P.	<i>Bristol Lower Urinary Tract Symptoms (B-LUTS)</i>	fue diseñado para evaluar una amplia gama de síntomas, incluida la incontinencia, y el impacto en la función sexual y la calidad de vida.
Rosen, Brown, Heiman, Leiblum, Leston., Shabsigh, Ferguson, D'agostino (2000)	<i>Female Sexual Function Index (FSFI):</i>	obtener una medida de funcionamiento sexual en las mujeres desarrollado para evaluar dominios de funcionamiento sexual en ensayos clínico
McGahuey, Gelenberg, Laukes, Moreno, Delgado, McKnight, y Manber (2000).	<i>Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)</i>	para la evaluación de la disfunción sexual provocada por fármacos psicotrópicos, así como cambios en la disfunción sexual.
Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirkpatrick y Mishra (1997).	<i>International Index of Erectile Function (IIEF):</i>	Pretende desarrollar una medida breve, confiable y auto administrada de la función eréctil que fuese multiculturalmente válida para detectar cambios relacionados con el tratamiento en pacientes con disfunción eréctil
Casas Aranda, Guirao Sánchez, García-Giralda Ruiz, Alfaro González, Sandoval Martínez, García-Giralda Ruiz, (2007).	Cuestionario SyDSF-AP	escala que se creó con el fin de valorar la función sexual femenina y correlacionarla con su ciclo vital, situación socio familiar y estado de salud

Fuente: elaboración propia

Veamos brevemente las características de estos instrumentos:

- *Diario miccional*: se le denomina también *hoja de registro miccional*. En esta página, el paciente anota durante 3-7 días el intervalo y número de micciones al día, el volumen de vaciado, los episodios de incontinencia y la causa (Burgio, 2009; Robles, 2006; Verdejo Bravo, 2004; Brenes Bermúdez et al., 2013). Adot, Esteban, Batista y Miranda (s.f.) coordinan un volumen de la Asociación Española de Urología y proponen el diario miccional de 3 días (DM3d) con *escala PPIUS (Patient Perception of Intensity of Urgency Scale)*.

Jiménez Cidre, López-Fando Lavalle; Fuertes Salinas, Casado y Prieto Chaparro (2011) señalan que, el diario miccional, siendo la prueba más utilizada en los ensayos clínicos es la menos utilizada a nivel funcional. Posteriormente, Gómez de Vicente et al. (2016) encontraron

incongruencias en la aplicación a los mismos sujetos del DM3d con las escalas PPIUS.

- La Asociación Nacional de Urología (AEU) propone otros instrumentos como:
 - *Cuestionario de incontinencia urinaria ICIQ-SF* (cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida); la puntuación internacional de los síntomas prostáticos (IPPS); el cuestionario de síntomas urinarios ICIQ-MLUTS (pretende descubrir en los hombres los hombres con problemas prostáticos la incidencia que estás molestias les producen).
 - *Cuestionario PPBC (Patient Perception of Bladder Condition)* desarrollado por Coyne, Matza, Kopp, y Abrams (2006) obtiene una medida global de la condición de la vejiga informada por el paciente.
 - *Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CAVV)*, desarrollado por Espuña Pons, Puig Clota, Rebollo Álvarez (2006), es un instrumento en forma de cuestionario corto auto contestado para detectar y evaluar los pacientes con síntomas del tracto urinario inferior, sencillo, que consta de 8 ítems y que ha demostrado una adecuada factibilidad, validez y fiabilidad en la detección y la evaluación de las mujeres que acuden a las consultas especializadas de uroginecología. Los ítems se dividen en dos escalas: “molestias” y “síntomas”. La puntuación de cada una puede variar entre 0 y 12 puntos. La categorización se divide en: pacientes asintomáticos (0 puntos), leves (1-3), moderados (4-6), graves (7-9) y muy graves (10-12). El punto de corte se encuentra en ≥ 6 . A pesar de estos avances, esta escala aún no ha sido evaluada en nivel de asistencia más básicos, en los cuales, su utilidad sería mayor, como por ejemplo en consultas de ginecología, geriatría, entre otras.

Es la versión española de la escala *Bladder Control Self-Assessment Questionnaire (B-SAQ)* (Espuña, Puig y Rebollo, 2006; Espuña, Rebollo, Fábregas y Padrós, 2010).

- *Medición del residuo vesical postmiccional (RP)*: se pretende determinar la cantidad de orina residual entre 5 y 10 minutos después de orinar. Se realiza colocando un catéter vesical. La demostración de un residuo postmiccional elevado (valor patológico por encima de 100-200 ml), orientaría hacia un mecanismo obstructivo (fundamentalmente estenosis uretrales, hiperplasia prostática, impactación fecal), o de mala contractilidad vesical como responsables de la clínica de vejiga hiperactiva (Verdejo Bravo, 2004). La forma de medición del RP requiere de métodos como el cateterismo, radiológicamente o mediante placas posmiccionales, después de una urografía o cistografía (Méndez Rubio y Salinas Casado), lo que le hace inviable para su aplicación en nuestro estudio.
- *Miniexamen de Pfeiffer (1975)* es una escala de valoración cognitiva que facilita un análisis rápido y sistemático del estado mental. Permite obtener resultados reproducibles y homologables (García y Romero, 2006). Fue adaptada al castellano por Martínez de la Iglesia et al., (2011) denominando cuestionario (SPMSQ).
- *Test de "timed up and go"*: test introducido en 1991 por Podsiadlo y Richarson para valorar la movilidad de la persona. Describe el tiempo que una persona le cuesta levantarse de una silla sin ayudarse con los brazos, caminar 3 metros, girar, regresar al punto de partida y sentarse de nuevo (Bohannon, 2006).
- *El "King's Health Questionnaire" (KHQ)*: fue desarrollado en Londres, por Kelleher y Cardozo en 1991 y publicado en 1997, en el hospital del King's Collage, analiza el impacto de la incontinencia urinaria sobre la calidad de vida. Añade una evaluación objetiva de manifestaciones de problemas urinarios (Kreder y Dmochowski, 2007; Pérez y Reyes, 2010). Evalúa 10 dominios relacionados con la calidad de vida y los síntomas urinarios, ofrece confiabilidad y validez apropiada para hombres y mujeres. Un puntaje de 0 a 30 significa incontinencia urinaria leve, 33 a 47 moderado,

47 a 64 severo; un puntaje mayor a 47 es una indicación de una severa alteración en la calidad de vida (Pérez y Reyes, 2010).

- *The Overactive Bladder Satisfaction Questionnaire (OAB-S)* o *cuestionario de satisfacción de la vejiga hiperactiva*: fue desarrollado Pault, Evans, Espindle, Kopp Brubaker y Abrams (2008) para evaluar la satisfacción de los pacientes con tratamiento para la vejiga hiperactiva, incluyendo medicaciones u opciones no farmacológicas (biofeedback o terapia física). Dicha escala se encuentra dividida en cinco partes o subescalas.
 - La expectativa de control de la vejiga hiperactiva (14 ítems).
 - El impacto en la vida diaria con vejiga hiperactiva (11 ítems).
 - El control de la vejiga hiperactiva (15 ítems).
 - La tolerancia de la medicación de la vejiga hiperactiva (6 ítems).
 - Satisfacción con control (18 ítems). Esta última se encuentra dividida en dos módulos:
 - Premeditación (25 ítems).
 - Evaluación de la medicación (50 ítems).

Se ha realizado un estudio en el que se investiga si la escala mencionada anteriormente es válida para evaluar la vejiga hiperactiva y su resultado ha sido positivo, es decir, que la OAB-S podemos considerarlo como una escala válida y fiable para evaluar la satisfacción de las personas con vejiga hiperactiva.

- *Overactive Bladder questionnaire (OAB-q)*: fue desarrollada por Coyne, Revicki, Hunt, Corey, Stewart, Bentkover, Kurth y Abrams (2002) y es de acuerdo a (Espuña, Rebollo, Fábregas y Padrós, 2010) la escala más consistente desde el punto de visto psicométrico, demostrando una validez y fiabilidad adecuadas. Desarrollado para evaluar la percepción del paciente del impacto de los síntomas y la repercusión en la calidad de vida relacionada con la salud de los síntomas de VH, con o sin incontinencia urinaria. Diseñada para la autoadministración, consiste en un cuestionario de 62 ítems (13 para síntomas, 4 en general, y 44 de la salud relacionada con la calidad de vida). El contenido de cada ítem se expone a continuación (Coyne et al., 2002)

- Ítems de síntomas: incluyen la frecuencia, urgencia, nicturia y síntomas de incontinencia.
- Ítems vinculados a la salud y calidad de vida: incluyen conductas de afrontamiento, trabajo, desplazamientos y viajes, sueño, actividades físicas y sociales, relaciones y función sexual.

Coyne, Margolis, Thompson, et al. (2008) realizaron la equivalencia de esta escala en Dinamarca, Alemania, Polonia, Suiza y Turquía. Posteriormente, Coyne, Thompson, Lai y Sexton (2015) desarrollaron una escala abreviada de la OAB-q que denominaron OAB-q SF con buena confiabilidad, validez y capacidad de respuesta, a la vez que los pacientes necesitan menos tiempo para completarlo.

- Escala OAB-V8 (*Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool*) fue desarrollada por Coyne (2005) y validada al español por Villacampa et al. (2013), si bien Brenes et al. (2014) realizan una nueva adaptación también para su versión abreviada OAB-V3 para aplicar telemáticamente.

Mide la importancia y grado de afectación a través de los principales vestigios que suponen una vejiga hiperactiva. Esta escala ha sido adaptada de la Escala de Calidad de Vida en Síntomas de vejiga hiperactiva OAB-q de 33 ítems y de la específica OAB HRQL (*OAB-Health-Related Quality Life*) de 12 ítems, en la que se mantienen los 8 ítems de la OAB-q, pero se modifican las instrucciones para su cumplimentación quedando como una herramienta de detección. Los síntomas son evaluados mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (0=nada a 5=muchísimo) más una pregunta dicótoma sobre el sexo del paciente (varón=2 puntos adicionales). La calificación total se obtiene sumando las puntuaciones individuales de los ítems. Una puntuación ≥ 8 puntos indica que es probable que el paciente padezca vejiga hiperactiva (Elizalde Benito, 2016, p.102)

- Escala OAB-V3: versión abreviada de 3 ítems de la escala OAB-V8 de Coyne, Margolis, Bavendam, Roberts y Elinoff (2011). Es adaptada al español por Arlandis et al. (2012), es neutra respecto al sexo y una

puntuación ≥ 3 indica igualmente que es probable que el paciente tenga VH (Brenes et al., 2014).

La versión inglesa de las dos escalas mencionadas en párrafos anteriores, han sido adaptadas al español afirmándose que ambas escalas OAB-V8 y OAB-V3) psicométricamente son válidas y fiables para ser usadas con pacientes con probable vejiga hiperactiva. Si bien el cuestionario OAB-V3 permite clasificar mejor que el OAB-V8. Si además tenemos en cuenta de que se trata de una escala más corta y neutra en relación al sexo, ofrece mejores condiciones de manejabilidad y la hace más manejable y adecuada para reconocer los pacientes que con una posible vejiga hiperactiva (Brenes et al., 2014).

- *Escala de beneficio del tratamiento* (Treatment Benefit Scale o TBS): Colman, et al. (2008) demostraron las psicométricas del TBS como medida de resultado de eficacia clínica informada por el paciente, es muy breve y autoadministrado, y sugiere que podría proporcionar datos clínicamente relevantes para evaluar la respuesta al tratamiento entre pacientes en ensayos clínicos de nuevas terapias para VH.

La escala pregunta al paciente por la mejoría de los “problemas urinarios” y utiliza 4 niveles de respuesta (1=han mejorado mucho, 2=han mejorado, 3=no han cambiado, 4=han empeorado). Las dos categorías de respuestas inferiores y los dos superiores se combinan para dar lugar a 2 grupos: los que han experimentado respuesta clínica y los que no han experimentado beneficio (Errando-Smet, Ruiz et al, 2012).

- *Cuestionario EuroQol*: El cuestionario EuroQol nace de un grupo de investigación del mismo nombre del cuestionario que se reúne en 1987 para evaluar la viabilidad de desarrollar conjuntamente un instrumento estandarizado, no específico de enfermedad, para describir y valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS con el fin de identificar un índice de salud (Brooks y EuroQol Group, 1996) y puede ser utilizado tanto en personas sanas como en sujetos que tengan alguna patología, pues es el propio individuo el que evalúa cómo se encuentra a través de un sistema descriptivo de una serie de dimensiones y, posteriormente a través de una escala visual analógica (EVA).

Se trata de un instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud autoadministrado compuesto por 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor y ansiedad/ depresión. Cada dimensión está valorada por 3 niveles, generando un total de 243 posibles estados de salud teóricos. Cada estado de salud corresponde a un nivel de utilidad entre 0 y 1, siendo el valor 1 equivalente a salud perfecta y 0 al estado de muerte. Se puede utilizar tanto en personas sanas como en aquellas que posean diferentes patologías. (Herdman, Badia y Berra, 2001, p.425-426). También denominado Euroqol-5D, es la única escala para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) que puede utilizarse tanto en individuos sanos como en grupos con patologías. Dicha escala que ha sido adaptada y validada para su uso en España, existiendo versiones en euskera y catalán

- *Escala Visual analógica (EVA)* o Escala Analógica Visual (EAV - Visual Analogue Scale (VAS) en inglés: El instrumento Eruqol viene acompañado de una Escala Visual Milimetrada (EVA) de 20 mm que permite valorar de manera sencilla el «estado de salud actual». La EVA presenta en los extremos las valoraciones 100 («mejor estado de salud imaginable») en el extremo superior y 0 («peor estado de salud imaginable») en el extremo inferior.

Es un instrumento de medición que trata de medir una característica o actitud que se cree que se extiende a través de un continuo de valores y no puede ser medida directamente. Puede presentarse de diferentes maneras: escalas con un punto medio, graduaciones o números (escalas de calificación numérica), "cajas de escalas" que consisten en círculos equidistantes entre sí (uno de los cuales el sujeto debe marcar) y escalas con términos descriptivos a intervalos a lo largo de una línea (escalas de calificación gráfica o escalas de Likert). Una de sus aplicaciones es para medir las expresiones extremas de un síntoma de la importancia de la sexualidad en su vida (Alfaro González, et al., 2008).

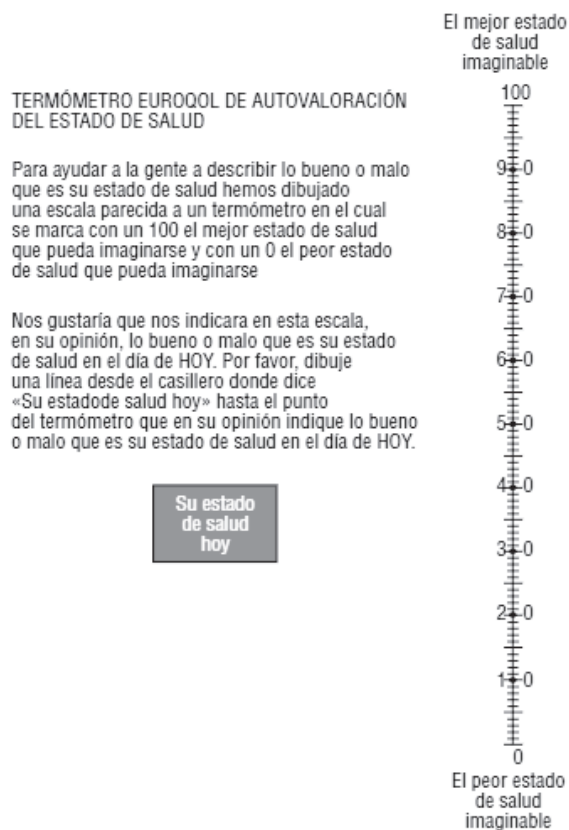


Figura 2: Escala visual analógica.
Fuente: Herdman, Badia y Berra (2001, p.426)

- *Bristol Lower Urinary Tract Symptoms (B-LUTS)*: Jackson et al., (1996) desarrollaron un cuestionario que era sensible a los cambios en los síntomas del tracto urinario inferior femenino, particularmente la incontinencia urinaria; proporcionando de esta manera un instrumento que permitía identificar la gravedad de los síntomas, el impacto en la calidad de vida y la evaluación del resultado del tratamiento. Esta escala se compone de 33 ítems y de 14 en su forma corta. Incluye temas relacionados con los síntomas urinarios y el impacto que provoca. A nivel de síntomas evalúa la incontinencia, síntomas miccionales y síntomas de almacenamiento de orina. Por otro lado, evalúa el impacto en la función sexual y en la calidad de vida (Pérez y Reyes, 2010; Proietti, Giannantoni, Sahai, Shamim Khan y Dasgupta, 2012).

- *Female Sexual Function Index (FSFI)*: Es una breve medida del cuestionario desarrollado por Rosen et al. (2000) para obtener una medida de funcionamiento sexual en las mujeres desarrollado para evaluar dominios de funcionamiento sexual en ensayos clínicos. No se trata de una medida de la experiencia sexual, el conocimiento, las actitudes o el funcionamiento interpersonal de las mujeres, por lo que no es diseñado como un instrumento de diagnóstico. Se desarrolla en una serie de etapas, incluyendo la selección del panel de los elementos iniciales, pruebas inicialmente con voluntarios sanos y su consecuente validación. Consta de 19 ítems que se pueden clasificar en cinco apartados: excitación y deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y disconfort.
- *Arizona Sexual Experience Scale (ASEX)*: desarrollada por McGahuey et al. (2000) surge por la necesidad de responder de manera más adecuada y menos intrusivo la evaluación de la disfunción sexual producida por el uso de medicamentos psicotrópicos, así como cambios en la disfunción sexual. Consiste en una escala que se compone de cinco aspectos de la disfunción sexual: deseo sexual, excitación, lubricación vaginal y erección del pene, capacidad para alcanzar el orgasmo, satisfacción del orgasmo.
- *International Index of Erectile Function (IIEF)*: escala psicométricamente validada y fiable para su uso por Rosen et al. (1997). Fue desarrollada en 1997 y desde su comienzo fue utilizada en más de 50 estudios, así como traducida en 32 lenguas en todo el mundo (Rosen, Capelleri y Gendrano, 2002). Pretende obtener una medida breve, confiable y auto administrada de la función eréctil que fuese multiculturalmente válida para detectar cambios relacionados con el tratamiento en pacientes con disfunción eréctil. Consiste en 15 ítems y cinco dominios: función eréctil, orgasmo, deseo sexual, satisfacción del coito y satisfacción en su conjunto (Proietti et al, 2012).
- *Cuestionario SyDSF-AP*: escala que se creó con el fin de valorar la función sexual femenina y correlacionarla con su ciclo vital, situación socio familiar y estado de salud (Casas Aranda et al., 2007).

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 20 preguntas cerradas, aunque la 8, la 9 y la 19 tienen un componente abierto; y

una pregunta abierta, que se integra en dominios. Las del dominio descriptivo sociodemográfico y del estado de salud ayudan a conocer el perfil de las mujeres encuestadas, así como los factores que pueden influir en su sexualidad. El dominio de función sexual abarca desde la pregunta 10 a la 18 y se responde mediante una escala Likert de 5 valores. Además, se ha incluido la pregunta 20 para valorar de 0 a 10 la satisfacción con la pareja. Finalmente, la pregunta 21 es abierta para recoger los comentarios que les puedan surgir durante la realización del mismo (Casas Aranda et al., 2007, p. 11).

Como se ha observado a lo largo de este apartado, son muchas y variadas las maneras de evaluar y detectar a una persona que tiene o es probable que padezca la vejiga hiperactiva. Por ello se deben de utilizar para abordar el problema tan grande que es la patología mencionada con anterioridad.

2. Epidemiología

La vejiga hiperactiva (VH) como ha quedado de manifiesto es una alteración que puede afectar a ambos sexos, con predominio en las mujeres que se incrementa con la edad y que altera normalmente la calidad de vida de quien la padece (Feria et al., 2005; Griebing, 2013). Es una patología frecuente (como se observará detalladamente más adelante), y es cada vez más habitual en las consultas de atención primaria, urología y ginecología. Tal como señalan Castro, Rebollo y González (2009) se trata de una patología infra diagnosticada ya que las personas que la sufren no suelen ir a consultarlo al médico.

En estudios realizados tanto en Estados Unidos como en Europa el promedio en la prevalencia de la enfermedad es de 35% en la población de mujeres mayores de 18 años. Paralelamente, esta misma prevalencia se incrementa con la edad: a los 45 años 27%, 60 años 27%, 75 años 34%, y a los 80 años 35% (Feria et al., 2005).

En Europa se realizó un estudio en el año 2000. Éste se llevó a cabo a través de una encuesta telefónica efectuada a 16.776 adultos mayores de 40 años, en la que se preguntaba sobre los síntomas de vejiga hiperactiva. Se comunicó una

prevalencia del 17,4% en mujeres y del 15,6% en varones, si bien existían variaciones de un país a otro.

En un estudio realizado por la *National Overactive Bladder Evaluation* (NOBLE, 2003), en USA tomando un tamaño muestral de 5.204 personas de más de 18 años, se encontró que un 16,5% padecían esta enfermedad, no encontrándose diferencias significativas en relación al sexo. Se confirmó que aumentaba con la edad. La prevalencia de síntomas de vejiga hiperactiva fue del 1,9% en las mujeres (el 7,6% eran continentes y el 9,3% incontinentes) y del 16,2% en los varones (el 13,6% era continentes y el 2,6% incontinentes). Esto se podría traducir en unas cifras globales de unos 33 millones de personas en Estados Unidos con síntomas de vejiga hiperactiva, de los cuales una mayoría no padecería incontinencia (21,2 millones sin incontinencia frente a 12,2 millones con incontinencia). La prevalencia estimada de vejiga hiperactiva e incontinencia, en relación con la edad y el sexo, sería de un 3% en el caso de los varones menores de 60 años y del 8% en los varones de 65 años. En las mujeres, estas cifras de prevalencia serían mayores (12% en las menores de 60 años y 20% en las mayores de esta edad) (Díez, 2004).

No existen muchos estudios en España, pero se estima que en torno al 22% de las personas mayores de 40 años afectando más a mujeres que a hombres, si bien se hace muy complicado aportar datos fiables sobre su incidencia (Milson, Abrams y Cardozo, 2001). El estudio de Castro et al. (2005, p.133) pone de relieve que la prevalencia en la población española es de un 19.9%, siendo superior en las mujeres (23,6%) frente a los hombres (15,45%). En el estudio se muestra una prevalencia global de sintomatología compatible con VH de acuerdo a la definición consensuada por la *International Continence Society* (ICS) en 2002, diversos estudios internacionales muestran resultados próximos a estos: Francia e Italia 12%; Alemania, Inglaterra y Suecia 18-19%. Gil Gregorio (2012, p.10) señala una prevalencia entre un 15% y un 36% y en hospitales entre el 30 y 35%, siendo mayores si las personas mayores se encuentran institucionalizados en residencias (43 al 77%). Es más frecuente en mujeres, pero a partir de los 80 años se iguala el porcentaje, no existiendo prevalencia por raza étnica. Otro estudio realizado en España por Martínez-Agulló et al. (2009)

se demostró que la prevalencia de VH o IU está por encima del 50% en sujetos con edades superiores a 65 años en los dos sexos.

Se sabe que en la VH el 47,5% está asociado a incontinencia urinaria, 24% es mixta con incontinencia urinaria de estrés y el resto es pura (Feria et al., 2005).

El estudio EPICC (estudio epidemiológico para determinar la Prevalencia, Carga y Coste de la Vejiga Hiperactiva e Incontinencia Urinaria en España) muestra que la prevalencia total de Incontinencia Urinaria (UI) fue del 7,25% y la de VH 5,93% del total. Martínez et al. (2010) señalan que:

Los resultados presentados, la prevalencia de VH y/o IU en España se acerca al 10% en mujeres entre 25 y 64 años, está alrededor del 5% en varones entre 50 y 65 años y es superior al 50% en personas de más de 65 años de ambos sexos [...]; la de las mujeres con VH de más de 65 años institucionalizadas (39,75%). También la prevalencia de VH en varones entre 50 y 64 años (4,58%) es muy inferior a la previamente reportada en el estudio previo realizado en España que fue tan sólo del 17,4%. Respecto a la prevalencia de VH en personas de más de 65 años institucionalizadas (38,55%) (pp.164-165).

Como se ha podido observar, la vejiga hiperactiva es un problema global y que afecta a todas las edades.

3. Etiología

En la dinámica del tracto urinario inferior del anciano influyen de una forma notable la comorbilidad. Las causas de la vejiga hiperactiva, mayormente, se pueden dividir tres grandes grupos (Montella, 2008; Salinas y Martín, 2004, Verdejo et al., 2015):

- Hiperactividad vesical de causa neurológica
 - Lesiones suprapontinas: es generalmente aceptado que este tipo de lesiones que engloban por ejemplo el accidente cerebrovascular o el Parkinson, producen hiperactividad vesical debido a la pérdida de la inhibición voluntaria de la micción.

- Lesión medular: este tipo de lesión a nivel lumbosacro provoca una pérdida del control voluntario supra espinal de la micción, que conduce a una hiperactividad vesical mediada por el arco reflejo sacro.
- Hiperactividad vesical de causa no neurológica.
- Obstrucción del tracto urinario inferior: la hiperactividad vesical asociada a obstrucción del tracto urinario inferior es conocida. La presentan el 60% de los pacientes con hiperplasia benigna de próstata, aunque tras la resección transuretral desaparece en dos terceras partes de ellos. La obstrucción del tracto urinario inferior también produce una alteración de las propiedades contráctiles del músculo detrusor, provocando una disminución de fuerza de contracción de éste, como se ha demostrado en experimentación animal (Salinas y Martín, 2004). En el caso de las mujeres, este problema se encuentra infra diagnosticado por diferentes razones, entre ellas, la falta de sospecha; así como que para el diagnóstico existe una falta de criterios urodinámicos universalmente aceptados (Jiménez Cidre, 2002).

Sin embargo, numerosos estudios han corroborado la influencia de otras variables a tener en cuenta y que describimos escuetamente a continuación:

- *Edad*: se ha demostrado que la puntuación de los síntomas del tracto urinario inferior es similar en hombres y mujeres de edad avanzada. Esto sugiere que los síntomas pueden ser consecuencia de la edad y no de otra patología concreta. Estudios han demostrado que la prevalencia de VH es mayor en mujeres y hombres de grupos de edad media (35-45 años) hacia delante que en poblaciones más jóvenes. Por lo que la vejiga hiperactiva tiende a aumentar según e incrementa la edad (Palma, et al., 2013).

Así, con el envejecimiento fisiológico, el tracto urinario inferior experimenta una serie de cambios morfológicos y/o funcionales que pueden modificar su comportamiento dinámico y alterar las funciones de almacenamiento de orina y de vaciado vesical. Se acepta que con el envejecimiento disminuyen la contractilidad del detrusor, la capacidad vesical y la habilidad para diferir la micción, que la prevalencia de

hiperactividad vesical aumenta, que la máxima presión de cierre uretral y la longitud de la uretra disminuyen, y que el residuo vesical posmiccional se eleva hasta 50-100 ml. Por tanto, el anciano sano sería muy vulnerable a sufrir procesos patológicos urinarios como la incontinencia (especialmente la vejiga hiperactiva) (Salinas y Martín, 2004).

- *Patología del suelo pélvico*: la hiperactividad vesical se asocia con incontinencia urinaria de esfuerzo, aunque tras la corrección quirúrgica de ésta desaparece en aproximadamente dos terceras partes de los pacientes. Esto sugiere que la actividad aferente del suelo pélvico y de la uretra está implicada en la inhibición de la contracción del detrusor durante el llenado vesical, de modo que el descenso de la estimulación aferente debida a alteraciones anatómicas del suelo pélvico puede desencadenar contracciones involuntarias del detrusor. Esta hipótesis viene apoyada por el hecho de que la electroestimulación del nervio pudendo muestra unos buenos resultados clínicos en el tratamiento de la hiperactividad vesical.
- *Hiperactividad vesical idiopática*: incluye toda aquella hiperactividad vesical de la que no se ha demostrado su causa. Braging defiende la existencia de cambios miogénicos como causantes de esta hiperactividad vesical, debido a que casi siempre se observan zonas de denervación en las biopsias del músculo detrusor de estos pacientes, y esta denervación parcial altera las propiedades del músculo liso, aumentando su excitabilidad y la transmisión intercelular del estímulo. De este modo, una contracción local del músculo detrusor se propaga rápidamente por toda la pared vesical provocando una contracción involuntaria.
- *Alteraciones de la sensibilidad*: Las fibras C aferentes desmielinizadas sensibles a la capsaicina son las encargadas de transmitir sensaciones de llenado, urgencia, y dolor desde la vejiga al sistema nervioso central. Además. Estas fibras poseen taquicininas y otros péptidos que provocan la contracción del músculo vesical, favorecen la transmisión nerviosa e incrementan la permeabilidad vascular. Estas propiedades implican que un aumento de la actividad aferente puede provocar hiperactividad vesical.

- **Obesidad:** es un problema que afecta hasta al 10-20% de los adultos en los países desarrollados, aunque en algunas zonas este porcentaje aumenta al 66% si se le suman los individuos con sobrepeso. La obesidad se asocia a múltiples comorbilidades, entre ellas la VH (Noblett, Jensen y Ostergard, 1997). El exceso de peso en la zona abdominal conlleva una presión continua sobre las estructuras de la cavidad pélvica. Esta presión crónica actúa estirando y debilitando la musculatura y los nervios que forman el suelo pélvico, lo que puede inducir cambios en los sistemas de fijación y soporte de los órganos pélvicos. De esta manera se favorece la hipermovilidad uretral y la incontinencia urinaria de esfuerzo (Pérez, Ros, Palau, Hergueta de Diego, Rovira y Espuña-Pons, 2013). El aumento del índice de masa corporal (IMC) y especialmente la obesidad se asocian comúnmente tanto a incontinencia de estrés como a incontinencia de urgencia. En mujeres con más de un 20% de sobrepeso para su altura y edad, hasta el 24% de ellas tiene síntomas de hiperactividad del detrusor (Díez-Rávago, 2004; Martínez-Agulló et al., 2010).
- **Sexo:** el sexo femenino tiene dos veces más riesgo en desarrollar incontinencia urinaria y VH que el sexo masculino. Factores anatómicos como la longitud de la uretra, la presencia de la glándula prostática. El tamaño de la musculatura del suelo pélvico y de la fascia endopélvica explican algunas de las diferencias en la incidencia de incontinencia urinaria entre hombres y mujeres, así como en los niños (Pérez et al., 2010, p.229).
- **Raza:** evidencias estadísticas han señalado que existe una mayor prevalencia de VH en mujeres de raza blanca, hispánicas y asiáticas, sobre mujeres de raza negra (Pérez et al., 2010).
- **Parámetros relacionados con la gestación y partos:** la paridad, número de hijos y número de partos vaginales son factores que influyen en la presencia de sintomatología urinaria. El uso de fórceps en el parto y la práctica de episiotomía han sido identificados como factores de riesgo de IU (Martínez-Agulló et al., 2010, p.623).
- Los datos del estudio de Virseda et al. (2012) suponen que “existe una relación entre la alteración de la inervación pudenda eferente y la

presencia de síntomas urinarios de la fase de llenado. También han encontrado una relación entre la contracción de la musculatura perineal y los síntomas urinarios de la fase de llenado” (p.1).

- *Uso de fármacos:* la polifarmacia desempeña sobre la dinámica miccional y su relación con la vejiga hiperactiva, a través del empeoramiento de los principales síntomas de la vejiga hiperactiva o de la provocación de alguno de ellos, destacando entre los principales grupos farmacológicos los diuréticos y los psicofármacos.
- Existen patologías prevalentes entre la población que pueden influir tanto en la eliminación de orina como sobre la frecuencia miccional. Dichos problemas son los siguientes (Verdejo Bravo, 2004):
 - Patologías urológicas: infección, litiasis vesical, tumor vesical, debilidad esfinteriana, hiperplasia prostática, estenosis uretrales, etc. A pesar de estas enfermedades, hay estudios que demuestran que no necesariamente los síntomas de la vejiga hiperactiva están asociados con parámetros urodinámicos (Griebing, 2013).
 - Alteración funcional: mala movilidad, inmovilidad, alteración psicológica.
 - Procesos sistémicos: diabetes mellitus e insuficiencias cardíacas no controladas, estreñimiento e impactación fecal.

El estudio realizado por Castro et al. (2009) ponía de manifiesto la relación de los diversos problemas con la presencia de la VH. Los resultados obtenidos mostraban que, entre las patologías que se presentan frecuentemente asociadas a la VH, se encuentran las infecciones en la piel del área genital, las infecciones del tracto urinario inferior y los trastornos del sueño. En los varones es más frecuente la disfunción sexual; y, en las mujeres, las infecciones urinarias y de la piel del área genital y la depresión; confirmando que la patología en mujeres está más asociada a problemas de suelo pélvico y en hombres a problemas prostáticos.

El estudio realizado Espuña-Pons, Castro-Díaz, Díaz-Cuervo y Pérez (2012) ponían de manifiesto que el “66,41% presentó urgencia miccional, con o sin incontinencia urinaria (IU) de urgencia y el 33,59% urgencia asociada a IU de esfuerzo. Las patologías asociadas más frecuentes fueron trastornos de sueño

(56,44%) e infecciones urinarias (53,14%). Las infecciones urinarias y genitales y el tratamiento para la depresión fueron más frecuentes en mujeres; los trastornos del sueño e hipertensión, en varones” (p.590). Respecto a la presencia de otras patologías pélvicas asociadas a los síntomas de VH, señalaban que los varones tenían diagnóstico de hiperplasia benigna de próstata, disfunción sexual y enfermedades neurológicas y, las mujeres, tienden a un pronóstico de prolapso de órganos pélvicos, incontinencia anal, infecciones de la piel del área genital y la depresión. No existen diferencias según el sexo en la frecuencia de presentación de caídas y trastornos del sueño. Se ha observado también que la VH se asocia al uso de diuréticos como tratamiento para la Hipertensión Arterial, y que esta asociación varía según el tipo de diurético.

Para resumir todo lo mencionado anteriormente, en la tabla 17 se muestran las causas agudas y de clínica de vejiga hiperactiva e incontinencia urinaria.

Tabla 17

Causas transitorias o agudas de incontinencia urinaria y clínica de VH

Causas transitorias o agudas de incontinencia urinaria y de clínica de vejiga hiperactiva			
D	Delirium	D	Delirium
	Drogas (fármacos)	I	Infección
R	Retención Urinaria	P	Polifarmacia
	Restricción ambiental	P	Psicológicas
I	Infección	E	Endocrinopatías
	Inflamación	R	Restricción de movilidad
	Impactación	S	Impactación fecal
	Inmovilidad		
P	Poliuria		
	Polifarmacia		

Fuente: Elaboración propia a partir de Verdejo Bravo (2004)

4. Repercusiones

Tras observar todo lo relacionado con la vejiga hiperactiva expuesto en los apartados anteriores, es necesario establecer las consecuencias que tiene esta patología en las personas que la padecen.

Éstas se pueden clasificar en dos grandes grupos: impacto económico e impacto en la persona.

4.1 Impacto económico

Verdejo-Bravo et al. (2015) valoran el impacto económico de la VH en:

- Gastos directos: relacionados con los tratamientos de atención al paciente (cuidados físicos, medicamentos, procesos diagnósticos, quirúrgicos).
- Gastos indirectos: relacionados con la pérdida de salarios (tanto del paciente como de sus cuidadores) y también la pérdida secundaria en la productividad como consecuencia de la morbilidad.
- Gastos intangibles: relacionados con los síntomas, el impacto multidimensional de la VH y afectan sobre todo a la calidad de vida. Son los más difíciles de medir. (p.248).

Los datos existentes que la vejiga hiperactiva provoca en los presupuestos sanitarios son relativamente escasos y además muy difíciles de calcular. Por los últimos estudios, se sabe, no obstante, que esta entidad impone una carga financiera considerable, en el paciente de forma individual y también en la sociedad en conjunto (Díez-Rábago, 2004).

Ya en el año 1995 en Estados Unidos, los costes derivados de la VH, fueron de 16,4 millones de dólares, segregados en 12,4 millones en mujeres y cuatro millones en hombres, lo que suponen el 2% del presupuesto de salud que el Gobierno de Estados Unidos destina a este aspecto (Pérez et al, 2010, p.229).

Según la *National Overactive Bladder Evaluation* del año 2000, el coste económico total estimado de la vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria, en la comunidad y en las instituciones de Estados Unidos, fue de 19,5 y de 12,6 billones de dólares respectivamente. El coste estimado de la vejiga hiperactiva en la comunidad era de 9,1 billones de dólares (un mayor coste asignado a las mujeres: 7,32), y de 3,46 billones de dólares en las instituciones residenciales. El coste correspondiente a la vejiga hiperactiva, calculado por persona en la comunidad, era de 267 dólares año. Y por persona recluida en una institución sanitaria con vejiga hiperactiva de 5.635 dólares al año (Díez-Rábago, 2004).

Para determinar dicho coste se tuvieron en cuenta los costes directos e indirectos. Los costes directos incluyen los cuidados habituales (por ejemplo, los productos absorbentes y lavandería), los gastos en exploraciones diagnósticas, el tratamiento médico de la vejiga hiperactiva y el tratamiento de otros problemas secundarios (por ejemplo, infecciones urinarias). Los costes indirectos contemplan la pérdida de productividad a consecuencia de la disminución en horas de trabajo o de la ausencia completa del trabajo, y también se valora el tiempo que un cuidador emplea de manera informal (Díez-Rábago, 2004).

Estudios han estimado que la incontinencia y la vejiga hiperactiva en el sistema de cuidado de salud de US provocaron un coste de 32,1 billones de dólares solamente en el año 2000 (Chen, Sweet y Shindel, 2013).

Moreno, Santiago y Cruz (2012) hacen un análisis de los costos en seis países (Canadá, Alemania, Italia, España, Suecia y Reino Unido) a fin de analizar el coste que la VH tomando como muestra mujeres con edades superiores a los mayores de 18 años. Tomando como referencia los datos del estudio EPIC, se calculó el promedio estimado anual por persona. Este osciló entre 262€ en España y 619€ en Suecia. El coste medio por país estaba entre 333 millones de euros en España y 1,2 mil millones de euros en Alemania y el coste global en estos países era de 3.9 mil millones de euros. Además, los costos de los cuidados de enfermería se estiman en 4.700.000,000 € al año y se calcula que el absentismo laboral relacionado con los costos de VH es de 1.100.000,000 (p.32).

Angulo et al. (2014) ante el envejecimiento demográfico que está sufriendo España, predice que el gasto económico producido por la prevalencia y severidad de la Vejiga Hiperactiva supondrá un aumento sustancial del gasto por lo que es importante asegurar el diagnóstico y tratamiento (Angulo et al., 2014).

Otros autores (Díez-Rábago, 2004; Pérez et al., 2010). Han estimado que el coste de este trastorno es comparable a otras enfermedades como la osteoporosis o problemas ginecológicos como la neoplasia de mama.

4.2 Impacto en la persona

La gravedad del impacto de la vejiga hiperactiva en el individuo es especialmente difícil de valorar. Las personas afectadas utilizan una variedad de modificaciones de conducta y estrategias para compensar y reducir el impacto de los síntomas, como localización de aseos, restricción de ingesta de líquidos, cambio de dieta y limitación de actividades sociales en los casos más graves. Del mismo modo que los expertos se concentran más en el impacto funcional de la vejiga hiperactiva, los afectados mencionan principalmente el impacto que ésta tiene en su bienestar emocional y como interfiere en sus distintas actividades (Díez-Rábago, 2004). Autores como Gotoh, Kobayashi, y Sogabe (2014), Patel et al. (2006) han descubierto que existe una estrecha relación entre la presencia de la VH y la afectación de la calidad de vida. Hay una afectación cuando se desarrollan actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de aspectos sociales, psicológicos, físicos y sexuales.

Cuando nos referimos a las primeras, incidimos en los cambios negativos en simples rutinas como son ir de comprar, al trabajo, entre otras.

Respecto a las segundas:

- Aquellas referidas a las actividades *sociales*, incluimos la disminución de los encuentros sociales, exceso de tiempo dedicado a realizar pruebas médicas y rehabilitación.
- Los aspectos físicos varían desde los trastornos del sueño hasta un aumento de las caídas (García y Muñoz, 2015).
- En cuanto a las *psicológicas*, como por ejemplo la ansiedad y la depresión, han sido asociadas con síntomas urinarios, como, por ejemplo, urgencia y la incontinencia urinaria (Kinsey, Pretorius, Glover y Alexander, 2014; Sacco et al, 2010). Un ciclo de ansiedad y angustia lleva con frecuencia a producir una carga psicológica importante y a grados diversos de aislamiento social (Díez-Rábago, 2004). Varios investigadores han sugerido que los desórdenes psicosomáticos, como, por ejemplo, la mencionada anteriormente, juega un rol en la patogénesis de la vejiga hiperactiva.

La ansiedad está definida como un estado caracterizado por la percepción o interpretación de algún evento como una amenaza, que se puede manifestar física o psicológicamente, y que afecta directamente al estado de salud, así como a la calidad de vida de las personas (Texeira et al., 2014).

Estudios como los de Sang Yoo, Soo Kim, Yoon Kim, Oh y Chul Kim, (2011) han investigado diferentes componentes de la calidad de vida, como por ejemplo la ansiedad y la depresión, han concluido los siguientes datos: a través del análisis, con la escala K-HADS, de los efectos de la vejiga hiperactiva con la depresión y la ansiedad se ha visto que, de 458 participantes con dicho problema, el 22,7% y el 39,3% tuvieron ansiedad y depresión respectivamente. Así como la ansiedad tiene relación con la vejiga hiperactiva, también se encuentra que esta última patología interrelaciona con las caídas en las personas. El nexo entre estas dos últimas cuestiones es el siguiente: la vejiga hiperactiva tiene diversos síntomas (urgencia, incontinencia, frecuencia, etc.) que por su fisiología incrementa el riesgo de caídas. Estudios han descubierto que el 27,5% de las mujeres de 40 años o más con algún síntoma de los anteriores han experimentado caídas (Moon et al., 2011).

Los dos problemas mencionados con anterioridad no son los únicos que influyen en la vida de las personas que padecen VH. A lo largo de los siguientes párrafos, se muestran varios ámbitos que influyen en la calidad de vida de las personas afectadas.

- Por último, existen estudios que han investigado el impacto de la vejiga hiperactiva en la calidad de vida, sobre todo a nivel de afectación del rol que desempeña la persona afectada en relación a la vida sexual. A través de los datos descubiertos se sabe, por ejemplo, que, de los 458 participantes en dicho estudio con vejiga hiperactiva, el 19,9% refiere que los síntomas de esta enfermedad influyen en su vida sexual (Sang Yoo et al., 2011).

Al tratar el tema de síntomas de incontinencia que presenta la vejiga hiperactiva, es importante destacar que, entre las afectaciones más importantes que tiene

esta patología, son las referidas a mantener relaciones sociales y sexuales (Sacco et al., 2010). Pero a este problema hay que añadirle que la mayoría de las personas afectadas no consultan posiblemente porque son conscientes de su envejecimiento y, por lo tanto, tienen una baja preocupación no dando importancia a los síntomas que pudiera degenerar en VH (Alfaro et al., 2008), al considerar que los síntomas que pudieran tener, como la disfunción sexual, son consecuencia de los años, resignándose a la situación (Alfaro et al, 2008; García y Muñoz, 2015).

Muchas mujeres no recuerdan cuándo tuvieron su primer episodio de VH, pero sí cómo esto les ha afectado. La influencia de estos factores en común hace que su influencia se incremente. Además, este problema es un tema tabú para ellas lo que impide que acudan a pedir ayuda a los profesionales sanitarios (Akyuz et al., 2014).

Desde la pasada década hay un enorme interés en conocer cómo afecta la vejiga hiperactiva a la vida sexual de las personas afectadas. El Estudio *Epidemiology of Lower Urinary Tracts Symptoms* (EpiLUTS), incluye 14.400 hombres y mujeres a los cuales la patología mencionada anteriormente afecta en el ámbito del disfrute de las relaciones sexuales (Proietti et al., 2012).

Los LUTS constituyen, partir de los 50 años, una situación problemática en ambos sexos puesto que, en muchos casos se asocian a manifestaciones referidas a disfunciones sexuales como puede ser los episodios de llenado relacionados con incontinencia Urinaria (IU), una alta prevalencia entre la disfunción eréctil y la reducción eyaculatoria. Investigaciones como la *Multinational Survey of the Aging Male* (MSAM-7), realizada en 7 países, incluida España, establecieron la relación entre los LUTS y la función sexual. Los resultados mostraron que en torno al 49% de la muestra revelaron la presencia de disfunción eréctil y el 46% describió alteraciones en la eyaculación (Alfaro et al., 2008).

El EPIC (*European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition*) reveló que los hombres con vejiga hiperactiva redujeron de manera importante su actividad sexual a causa de los síntomas urinarios en comparación con los casos control (Proietti et al., 2012). En relación con estos síntomas, la presencia de pérdidas urinarias o simplemente la urgencia miccional, provoca que afecte a la

mujer en este ámbito porque existen pérdidas de orina durante el coito (Ergenoglu, et al., 2013).

Normalmente las pérdidas mencionadas en el párrafo anterior son durante la penetración, aunque también se dan casos en mujeres que les ocurre cuando tienen un orgasmo (Chen et al., 2013; Serati et al., 2008).

Los datos mencionados con anterioridad se corroboran con un estudio que se ha realizado en enfermeras en edad reproductiva. En dicho análisis también se ha observado que la VH afecta al 40% de las enfermeras sanas en edad reproductiva (Ergenoglu et al., 2013).

Por otro lado, otros investigadores descubrieron que entre el 19% y el 50% de las mujeres con síntomas urinarios o enfermedades del suelo pélvico por ejemplo el prolapso, padecen disfunción sexual, dispareunia, reducción del interés sexual y/o declinación de su actividad sexual (Chen et al., 2013).

Lo que a mayores se tiene que observar es si dado que la VH provoca un problema de ansiedad y depresión, éstos dos últimos también influyen en la vida sexual de las personas, por lo que todas las patologías se encuentran entrelazadas entre sí. Pero ¿cuál es el nexo de unión?

La disminución de la libido es uno de los síntomas más frecuentes de la existencia de depresión, condición clínica, en la que una disminución de la habilidad para gozar de lo placentero o, también denominado anhedonia, es un criterio esencial de diagnóstico. La presencia de medicamentos antidepresivos en las personas también provoca que haya casos de disfunción sexual entre ellas. La ansiedad, lo mismo que sucede con la depresión, también es una causa de disfunción sexual (García y Muñoz, 2015; Moríñigo Domínguez, 2006).

¿Existe alguna manera de comprobar la afectación en la vida sexual de una persona? La respuesta es sencilla, existe un estudio (Patel et al., 2006) llevado a cabo para ver los factores que influyen en la actividad sexual de las personas afectadas por vejiga hiperactiva y se ha descubierto lo siguiente: al menos un 40% de la muestra (100 personas) relacionaban los problemas sexuales con dolencias del área abdominal y genital, pero al analizar los datos no se veían indicios de dicha relación; otro aspecto son los cambios ginecológicos que ocurren durante la menopausia (atrofia vaginal, incontinencia urinaria,

infecciones, etc.), existiendo la relación entre la disminución de las relaciones sexuales y el decline de las hormonas; por último, se encuentra los efectos que se producen en la pareja a raíz de dichos problemas siendo el mecanismo más fiable para comprobar el nivel sexual.

Otros estudios, en el que se detalla la calidad de vida relacionada con la salud en personas con vejiga hiperactiva y patologías asociadas. Se ha demostrado que el sexo, las patologías asociadas, las comorbilidades y algunos tratamientos pautados en la práctica clínica habitual son predictores de la calidad de vida de las personas afectadas por este problema (Espuña-Pons, Castro-Díaz, Díaz-Cuervo y Pérez, 2013).

Tras observar todo lo desarrollado en los párrafos anteriores, se puede concluir, y con apoyo de diferentes investigaciones, que las personas con VH tiene unos niveles más elevados de depresión, ansiedad, vergüenza, dificultades en las relaciones sociales y sexuales, así como impacto en el descanso, y, por lo tanto, en la calidad de vida (Kinsey et al, 2014; Espuña et al., 2010).

Para finalizar, como se ha visto a lo largo del apartado, son múltiples las consecuencias de la vejiga hiperactiva en las personas, por lo que es importante tratarla y prevenirla.

5. Tratamiento

Son múltiples las opciones de tratamiento que existen para la vejiga hiperactiva. Éstas, se pueden clasificar en tres opciones que recogemos en la tabla 18: tratamiento farmacológico, tratamiento no farmacológico y otras terapias.

Tabla 18
Tratamientos para la vejiga hiperactiva

Tratamiento		
Farmacológico	Oxibutina	
	Tolterodina	
	Cloruro de trospio	
	Propiverina	
	Darifenacina	
	Tóxina Butulínica A	
	Resinferatoxina	
Otros fármacos: flavoxato		
No farmacológico	Fisioterapia pévica	
	Técnica de micciones programadas	
	Programas de ejercicios de musculatura pélvica	Biofeedback Conos vaginales Ejercicios de Kegel
	Técnica de vaciamiento precoz (Re) entrenamiento de la vejiga	
Otras terapias	Estimulación y neuromodulación eléctrica	
	Estimulación transvaginal	
	Estimulación del pene y del clítoris	
	Estimulación selectiva del nervio pudendo	
	Estimulación suprpúbica	
	Estimulación eléctrica del nervio tibial	
	Electroestimulación del suelo pelviano	
Cirugía		
Medidas higiénico-dietéticas		

Fuente: adaptado de Pérez y Reyes (2010), Miralles et al., (2012), Muñoz y García (2015)
Elaboración propia

5.1 Tratamiento farmacológico

El síndrome de vejiga hiperactiva ha sido reconocido por la *International Continence Society* (ICS) como un síndrome con síntomas importantes que afectan a millones de personas en todo el mundo, deteriorando su calidad de vida. Pese a la magnitud del problema, la etiología no es aún bien conocida. Por tanto, su tratamiento es difícil y va dirigido fundamentalmente a aliviar los síntomas (urgencia miccional con o sin urgencia-incontinencia, generalmente con polaquiuria y nocturia) más que tratar la causa. La solución perfecta desde el punto de vista farmacológico, sería encontrar un medicamento que fuese

capaz de aumentar la acomodación vesical, el volumen vesical y anular las contracciones involuntarias del detrusor durante la fase de llenado. Además, debería ser visceroespecífico y no tener efectos secundarios (Rexach Cano, 2004).

Los fármacos más utilizados son los que se citan a continuación:

5.1.1 Fármacos anticolinérgicos

El tratamiento farmacológico de la hiperactividad vesical se basa en el uso de fármacos con acción anticolinérgica y antimuscarínica. Dichos fármacos bloquean las vías parasimpáticas colinérgicas y, por tanto, abolen o reducen la intensidad de las contracciones del músculo detrusor. Estos fármacos consiguen disminuir los episodios de pérdida de orina y el número de micciones diarias, lo que produce una mejoría clínica y de la calidad de vida del paciente (Dmochowski, Staskin, Duchin, Paborji y Tremblay, 2014). Sin embargo, carecen de selectividad por los receptores de la vejiga y como consecuencia de ello pueden producir efectos secundarios que algunos pacientes no pueden tolerar (Rexach Cano, 2004). Los agentes antimuscarínicos son la primera línea farmacológica de tratamiento para la vejiga hiperactiva (Herschorn et al, 2014).

A continuación, se muestran los fármacos más utilizados y que pertenecen a la familia farmacológica anterior (Herschorn et al., 2009; Pérez et al., 2010; Rexach Cano, 2004):

- Oxibutina

Primer fármaco anticolinérgico utilizado para el tratamiento de la hiperactividad vesical. Fue aprobado por la *Food and Drug Administration* (FDA) en 1975 y se ha usado desde entonces para el tratamiento del detrusor inestable. Es una amina terciaria con efectos anticolinérgicos sobre la musculatura lisa, incluida la vejiga, de potente acción espasmolítica sobre el músculo detrusor (Rexach Cano, 2004). Se ha demostrado urodinámicamente que aumenta la capacidad vesical y suaviza, o anula, la hiperactividad del detrusor y retrasa el deseo

miccional inicial pudiéndose utilizar con sujetos con edades superiores a los 6 años. Se trata del anticolinérgico más utilizado para la hiperactividad del detrusor, siendo utilizado desde la década de los 60 del siglo pasado. Existen diversas vías de administración: oral, intravesical y transdérmica, siendo la primera de ellas la más usada y las dos últimas las que menos efectos adversos provocan.

- Tolterodina

Amina terciaria de síntesis y un antagonista puro de los receptores muscarínicos, competitivo y potente, que muestra in vivo una gran selectividad por la vejiga sobre las glándulas salivales. La vía de administración es oral que puede ser de liberación inmediata o prolongada (Rexach Cano, 2004). Se han realizado diferentes estudios para la comparación de uso de medicamentos. Dichas investigaciones son: el Overactive Bladder: Judging Effective Control and Treatment (OBJECT), el Overactive Bladder: Performance of Extended Release Agents (OPERA) y el Antimuscarinic Clinical Effectiveness Trial (ACET). En resumen, estos estudios han comparado la administración de oxibutinina con la tolterodina. Los resultados que obtuvieron a la hora de decidir qué fármaco escoger es muy difícil y normalmente en su elección influirá el coste de la medicación. Por otro lado, existen estudios en las que se compara este fármaco con la fesoterodina siendo este último el de mayor eficacia en las personas con VHA y produciendo mejores efectos tanto en la reducción de los síntomas como en la mejora de los problemas derivados de padecer este problema, por ejemplo, en la calidad de vida.

- Cloruro de trospio

Se trata de un antimuscarínico que es utilizado en Europa desde hace 20 años y no hace mucho tiempo se ha autorizado para su uso en Estados Unidos (Pérez et al., 2010). Es un amonio cuaternario derivado del nortropanol, que pertenece a los compuestos parasimpaticolíticos. Se ingiere por vía oral y es bien tolerado por los pacientes. Produce una mejoría de los síntomas en la primera semana de tratamiento y menos sequedad bucal que la oxibutinina de liberación inmediata. Incrementa la capacidad vesical máxima y también consigue una

mejoría en la calidad de vida de los pacientes, así como una reducción en el coste por paciente.

- Propiverina

Amina terciaria de acción anticolinérgica y antagonista del calcio in vitro, y con efectos neurotrópicos y musculotrópicos sobre el músculo liso de la vejiga urinaria. En un estudio que compara la administración de este medicamento con la tolterodina, se ha observado que la primera es comparable con la segunda en términos de eficacia, tolerabilidad y mejora de calidad de vida. Comparada con la oxibutina, produce con menos frecuencia sequedad bucal y es tan eficaz como ella para conseguir mejoras urodinámicas, incluidas la capacidad vesical al primer deseo de micción y la capacidad vesical máxima. Se ha logrado demostrar un avance positivo en 63% de los pacientes utilizando dosis de 15 mg. Entre los principales efectos secundarios tenemos la sequedad de boca y visión borrosa de un 9% a 17%.

- Darifenacina

Se utiliza cuando los músculos de la vejiga se encogen o contraen de manera no controlada, produciendo la necesidad de miccionar continua o urgentemente siendo incapaces de controlarlo. Actúa como relajador de los músculos. Produce sequedad de boca y ojos (mucosas), estreñimiento, malestar estomacal, diarrea y debilidad. No se registran efectos adversos cognitivos significativos (Pérez et al., 2010; Rexach Cano, 2004).

- Toxina botulínica A (NtBo).

Utilizada en 1987 por Emmergen es la toxina con más potencia conocida, y ha sido aplicada desde el campo de la urología en el tratamiento de la Vejiga hiperactiva sobre el músculo detrusor, siendo utilizada para este fin desde 1999 por Stohrer.

- Resiniferatoxina.

Este fármaco es un análogo ultra potente de la capsaicina, que pertenece al grupo de sustancias conocidas como vaniloides. Estos compuestos actúan selectivamente sobre los receptores vaniloides subtipo 1 desensibilizando las fibras C amielínicas aferentes responsables de detectar los estímulos

nociceptivos y de iniciar la sensación dolorosa en la vejiga en individuos normales. En las personas con vejiga neurógena, las fibras C aferentes están activadas. La capsaicina se ha empleado y ha demostrado su utilidad en la hiperactividad vesical, aunque causa irritación vesical.

- Otros tratamientos farmacológicos.

Se han utilizado otros fármacos en el tratamiento de la hiperactividad del detrusor: flavoxato, imipramina y estrógenos. En el caso del flavoxato, actúa directamente sobre el músculo produciendo un descenso de las contracciones involuntarias del detrusor.

5.2 Tratamiento no farmacológico

Tras observar los diferentes tratamientos médicos existentes, a continuación, se identifican aquellas técnicas no farmacológicas que se utilizan en personas con vejiga hiperactiva. Este tipo de tratamientos (normalmente a través de fármacos ya descritos) busca, por un lado, mejorar la capacidad de la vejiga buscando que las contracciones del detrusor disminuyan o impidiéndolas, de manera que se disminuya los episodios de incontinencia, prolongando temporalmente la manifestación de síntomas urgencia miccional. Por otro lado, se persigue que la vejiga esté vacía el mayor tiempo posible de manera que, si aparecen contracciones involuntarias no habrá escapes de orina. Las técnicas para abordarlo son conductuales y que trataremos a continuación.

Las terapias conductuales se han utilizado durante varias décadas para tratar la incontinencia urinaria, la vejiga hiperactiva y otros síntomas de la vía urinaria inferior. Consisten en una serie de técnicas que entrenan a la persona para que aprenda a mantener su vejiga vacía el máximo tiempo posible a lo largo del día y, de esta manera, evitar que las contracciones involuntarias de ésta precipiten episodios de incontinencia. Éstas, también se conocen como técnicas de entrenamiento vesical. Lo que hacen es modificar la conducta del individuo para adaptarse a su vejiga hiperactiva haciendo más llevaderos los síntomas (Miralles y Esperanza, 2004). A continuación, se explica más detalladamente cada una:

- *Fisioterapia pélvica*: Se trata de un tratamiento de carácter no invasivo y, por lo tanto, recomendado permitiendo, además de su uso la posibilidad de alternarlo con otros tratamientos. Sus principales limitaciones se encuentran en el tiempo que se necesita y la motivación y constancia tanto del paciente como del fisioterapeuta. Se trata de un tratamiento de carácter preventivo y afecta a la totalidad de los tipos de trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar en sujetos de todas las edades. Es necesario previamente un diagnóstico médico lo más preciso con el fin de fijar el impacto de las molestias del enfermo y valorar los elementos que pueden afectar al éxito o fracaso de la fisioterapia pélvica. De acuerdo a la *Clasificación Internacional de Funciones (ICF)* del fisioterapeuta, su intervención está orientada a actuar sobre la salud de los pacientes en tres áreas o niveles: a nivel del órgano (nivel de deterioro), nivel de la persona (nivel de discapacidad) y nivel social (limitación de la participación) (Berghmans, 2006, p.150).
- *Técnica de micciones programadas voluntarias*: su denominación en la literatura anglosajona es timed voiding (vaciamientos a intervalos fijos de tiempo). La persona debe comprender que debe orinar y tratar de vaciar su vejiga en los intervalos pautados, aunque no tenga ganas de orinar, ya que de esta manera mantendrá su vejiga vacía evitando los escapes de orina cuando aparezcan (Miralles y Esperanza, 2004; Siegel, 2014)
- Programas de ejercicios de musculatura pelviana: intentar mejorar la capacidad de retener orina en caso de micción imperiosa; así como, aumentar la fuerza del esfínter externo voluntario, ayudando también a retener la orina (Miralles y Esperanza, 2004; Siegel, 2014). Las técnicas más utilizadas son las siguientes:
 - Conos vaginales: son dispositivos en forma de cono que se introducen en la vagina. La percepción que tiene la persona de perder el cono provoca una reacción de contracción de la musculatura del suelo pélvico permitiendo a su vez que se retenga la orina y se eviten pérdidas (Haslam, 2008; Miralles et al, 2012). Sin embargo, no todas las personas pueden usar los conos debido a la diferencia individual del tamaño vaginal, y, además, depende de la adherencia al

tratamiento domiciliario (Jerez-Roig, Souza, Espelt, Costa-Marín y Belda-Molina, 2013).

- Biorretroalimentación (Biofeedback): utilizado por primera vez por psicólogos, se trata de una técnica de aprendizaje cognitivo, es decir, que a una persona que tenga incontinencia se le puede enseñar a utilizar determinados músculos mediante un electrodo intravaginal o intrarrectal. La técnica puede aplicarse mediante el uso de señales de electromiografía (EMG), manometría (presión) o una combinación de ambas. El paciente puede ver en un monitor si y en qué medida es posible y adecuada la contracción o relajación de la musculatura del suelo pélvico (Berghmans, 2006, pp.116-117). La tecnología de este tipo de tratamiento es un método excelente para ayudar a las personas afectadas a identificar los músculos del suelo pélvico y a ejercitarlos adecuadamente, pero requiere un equipamiento especial y experiencia, lo que aumenta el tiempo y el coste del tratamiento (Burgio, 2009). El objetivo es favorecer un aprendizaje correcto de aquellos ejercicios que le permitan contraer los músculos de forma adecuada. Existen varios tipos (control electrónico, dispositivos intravaginales, o rectal en el hombre).
- Ejercicios de Kegel: son ejercicios de la musculatura del suelo pélvico instaurados por Arnold Kegel en 1948 para mejorar la salud sexual y urinaria después de los embarazos, ayudando a prevenir el decline funcional del aparato genitourinario (Bump, Glenn Hurt, Andrew Fantl, Wyman, 1991; Burgio, 2009; Siegel, 2014). “Consisten en contracciones voluntarias activas de la musculatura del suelo perineal que deben hacerse del mismo modo que si el paciente quisiera retener la orina, relajando al mismo tiempo la musculatura abdominal” (Miralles et al, 2012, p.51). Las contracciones de la musculatura del suelo pélvico, a través de dichos ejercicios, juega un rol muy importante en la inhibición de la urgencia y de la incontinencia de urgencia. Incrementando el tono muscular, la fuerza de dicho paquete muscular, es un método efectivo para combatir los problemas mencionados con anterioridad. Las directrices de la *American Urological Association* para tratar la VHA es el entrenamiento de la vejiga, estrategias de

control, etc., siendo ejercicios como el tratado en este apartado la primera línea de tratamiento para personas con esta patología (Siegel, 2014). Por último, mencionar que la técnica de realización de los ejercicios de Kegel es la siguiente (García et al., 2005):

- Sentarse bien en una silla, con los pies y piernas cómodamente apoyadas. Las piernas deben de estar ligeramente separadas, inclinándose hacia delante, apoyando los codos o antebrazos sobre los muslos. Contraer los músculos de la vagina tres segundos y luego relajar. Debe de repetirse diez veces.
- A continuación, contraer y relajar lo más rápido que se pueda y repetirlo veinticinco veces. Por último, imaginar que se sujeta algo en la vagina, manteniendo esa posición durante tres segundos y relajar. La frecuencia de estos ejercicios debe de ser tres veces diarias.

Para realizar los ejercicios anteriores, se deben seguir una serie de instrucciones (Muñoz y García, 2015):

- Los músculos que se quieren ejercitar son los mismos que se usan para tratar de prevenir el paso de un gas o el paso de heces por el recto. Si se aprietan esos músculos, se debería sentir una presión alrededor de la vagina y del ano.
- Si se hacen bien los ejercicios, el suelo pélvico debería ir hacia arriba y hacia abajo del hueso pélvico.
- No debe haber tensión al realizar los ejercicios.
- No se debe contener la respiración durante los ejercicios.
- Siempre se deben relajar los músculos completamente después de cada contracción. Es importante para restaurar el oxígeno de los músculos y prevenir su irritación.
- Tratar de relajar las nalgas y los muslos durante el ejercicio. Las nalgas no deben levantarse de la superficie y no realizar movimientos mientras se hace la actividad (p.152).

- *Técnica del vaciamiento vesical precoz*: indicado para personas no colaboradoras, dependientes y/o con deterioro cognitivo (Miralles et al., 2012). Las instrucciones que se deben de seguir son las siguientes:
 - El cuidador intenta poner los medios para que no se produzcan escapes de orina.
 - Determinar el intervalo de tiempo más corto en el que el paciente se mantiene seco (generalmente 2-3 horas).
 - El cuidador se acerca a la persona de forma programada, cada vez que transcurra dicho intervalo. Anota en un registro el estado del pañal (seco o mojado). Intenta que el paciente orine de forma adecuada (provoca o facilita la micción), ofreciendo en aquel momento la ayuda que sea necesaria (acompañar al aseo, ofrecer el orinal o cuña, utilizar grúa u otras ayudas técnicas. Con ello se pretende mantener la vejiga vacía el máximo de tiempo posible; así, cuando se produzca una contracción involuntaria del detrusor, la vejiga estará vacía y no se producirá la incontinencia).
 - Una vez facilitada la micción, el cuidador informa al paciente del horario en que volverá a pasar, dedicándole unos minutos y tratando de desarrollar en él un esfuerzo positivo que le permita esperar hasta la próxima hora.
 - Si se consigue 2 días sin episodios de incontinencia, puede prolongar el intervalo en 30-60 minutos y así ir espaciando poco a poco las intervenciones del cuidador (cada 3 horas, luego cada 4 horas y así sucesivamente, mientras no reaparezcan los episodios de incontinencia) (p.47)
- *(Re) entrenamiento de la vejiga (EV)*: Berghmans (2006) señala que consta de cuatro componentes.

El primero es un programa educativo que aborda la función de las vías urinarias inferiores. El siguiente componente implica el entrenamiento para inhibir la sensación de urgencia y posponer la micción. El tercero es orinar de acuerdo a un horario en pacientes con un intervalo de menos de dos horas entre dos micciones consecutivas para alcanzar un intervalo de al menos 3 horas y conseguir

volúmenes de micción más grandes, como cuarto paso, refuerzo de la motivación del paciente (p.118-119)

Este tipo de programas puede ayudar a normalizar la capacidad de la vejiga, especialmente en los sujetos que tienen disminuida la capacidad funcional de la vejiga.

5.3 Otras terapias

Como se ha visto en párrafos anteriores, existen diversas maneras de tratar la vejiga hiperactiva. Aunque estos tratamientos son eficaces, existen otros que también se utilizan para terminar con el problema y se tratan a continuación y que han sido recogidos por Rexach Cano (2004) y Verdejo et al. (2004) y resumidos en Muñoz y García (2015, p. 152-153):

- Estimulación y neuromodulación eléctrica

En el hombre la estimulación del plexo hipogástrico que se origina a nivel medular D10-L2 da lugar a la relajación del músculo detrusor y a la contracción del esfínter interno, lo que produce una inhibición de la micción. La estimulación de los nervios parasimpáticos que se originan a nivel sacro S2-S4 tiene el efecto contrario. Los pudendos se originan también a nivel sacro S2-S4 e inervan el suelo pélvico y el esfínter externo. En el nivel espinal y supraespinal las interacciones son mucho más complejas. En los últimos tiempos, se ha investigado la neuroestimulación eléctrica y la neuromodulación como opciones alternativas al tratamiento farmacológico. En la neuroestimulación, los nervios o músculos son directamente estimulados por estímulos eléctricos para conseguir una respuesta inmediata. En la neuromodulación, la estimulación eléctrica se aplica para alterar el proceso de neurotransmisión. Se considera que estos tratamientos consiguen buenos resultados en el 30-50% de los pacientes (Rexach Cano, 2004). Este tipo de tratamiento se divide en varias partes:

- Estimulación transvaginal

En 1963, Caldwell refirió la implantación con éxito de un estimulador del esfínter anal en pacientes con incontinencia fecal. Poco después, se colocó un estimulador similar en pacientes con incontinencia urinaria.

Basándose en estos datos, Fall et al desarrollaron en 1977 un estimulador transvaginal. El inconveniente que plantea este método diagnóstico es que debe de prolongarse en el tiempo y algunas personas no pueden llegar a suspenderlo; aparte, de que es en su mayoría un tratamiento mal tolerado (Muñoz y García, 2015; Rexach Cano, 2004).

- Estimulación del pene y del clítoris

La rama más superficial del nervio pudendo es el nervio dorsal del pene, que está próximo a la superficie cutánea. La estimulación de dicho nervio estimula al sistema simpático que suprime la actividad vesical. En estudios experimentales, la estimulación del nervio dorsal del pene parece prometedora, especialmente para mejorar la capacidad vesical. Sin embargo, los estudios clínicos carecen de efectos significativos y muchos pacientes experimentan sensaciones desagradables durante la estimulación. Se cree que la estimulación crónica de baja frecuencia y elevada intensidad podría mejorar los resultados del tratamiento, pero las sensaciones desagradables o el dolor que produce pueden limitar su uso (Verdejo et al., 2004).

- Estimulación selectiva del nervio pudendo

Se coloca un electrodo en el esfínter periuretral y otros dos en las proximidades del nervio pudendo a la altura del isquion. Se produce una clara respuesta inhibitoria con una clara elevación del umbral para la micción.

- Estimulación eléctrica suprapúbica

La estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS) parece disminuir la contractilidad del detrusor al actuar sobre la rama cutánea anterior del nervio iliohipogástrico o mediante la inhibición de los nervios viscerales pélvicos que forman el plexo hipogástrico inferior. Existen publicaciones contradictorias que comparan sus resultados a placebo: algunos no encuentran cambios significativos en el volumen al que se produce el primer deseo miccional, en la capacidad vesical máxima y en el volumen umbral en el grupo tratado con TENS. La TENS es un tratamiento no

invasivo y fácilmente aplicable, pero que debe usarse durante períodos prolongados de tiempo.

- Estimulación eléctrica del nervio tibial

La tecnología que se usa para este tipo de tratamiento fue desarrollada en el Departamento de Urología de la Universidad de Iowa. En 1993, el Centro de Innovación Tecnológica de esta Universidad patentó un apartado, que denominó Urosurge, para aplicar la técnica SANS (*Stoller Afferent Nerve Stimulator*) descrita por el Dr. Stoller y aprobada por la FDA en el año 2000 para el tratamiento de la incontinencia de urgencia (Milla y Díaz, 2007).

La idea de realizar esta estimulación se basó en los puntos de acupuntura utilizados para inhibir la actividad vesical. Se coloca una aguja 5 cm por encima del maléolo interno del tobillo, justo por detrás del borde de la tibia. Otro electrodo se coloca en la superficie medial del calcáneo. Estudios recientes describen que los resultados se aprecian tras 10-12 semanas de tratamiento (Rexach Cano, 2004; Valentín et al., 2010).

Milla y Díaz (2007) señala que, si existe una buena respuesta, se les ofrece a los pacientes un tratamiento prolongado. En los estudios realizados, los resultados han sido de eficacia, hasta el punto de que las personas con tratamiento farmacológico prescrito de por vida, lo abandonen). Aunque la PTNS es mínimamente invasiva, fácilmente aplicable y bien tolerada, su desventaja fundamental es la necesidad de tratamiento crónico. El desarrollo de un estimulador que pueda ser implantado por vía subcutánea podría reducir este problema. Para concluir, es necesario resaltar no debe utilizarse con personas que tengan marcapasos, denervación completa del suelo pélvico, embarazadas o que puedan estarlo.

- Electroestimulación del suelo pelviano

Este tratamiento si se efectúa a baja frecuencia provoca una relajación del detrusor (provoca una aferencia sensitiva con referencia inhibitoria a través del nervio hipogástrico) que en algunos trabajos mejoran la vejiga hiperactiva (Pérez et al., 2010; Rebassa et al., 2007).

A modo de resumen de las diferentes técnicas que se usan en la electroestimulación como tratamiento de la VH, es importante destacar que se han realizado diferentes estudios que muestran la evolución de las personas tras el tratamiento. Unos investigadores defienden que después de los 6 meses tras el alta, un tercio de los pacientes requiere otra intervención terapéutica, mientras que dos tercios se encontraban en buen estado. Otros observaron que con la interrupción del tratamiento hubo un empeoramiento en la mayor parte de los síntomas en las personas con vejiga hiperactiva (Jerez-Roig, Souza, Espelt, Costa-Marín y Belda-Molina, 2013).

- Cirugía

En casos muy especiales de hiperactividad vesical resistente al tratamiento médico y/o rehabilitador, y que ésta suponga un deterioro importante de la calidad de vida, es posible plantear la realización de alguna técnica quirúrgica cuya finalidad sea la ampliación vesical (enterocistoplastia), consiguiéndose una disminución en la frecuencia miccional y un menor número de escapes de orina (Rexach Cano y Verdejo Bravo, 1999, p.157).

- Medidas higiénico-dietéticas

Peso: Es importante la disminución de peso, pues se considera como una medida preventiva para evitar la sobrecarga del suelo pelviano.

Tabaquismo: se ha demostrado la relación entre fumar y la VH posiblemente como consecuencia del aumento de presión abdominal en el fumador crónico.

Ingesta de líquidos: beber de manera excesiva, especialmente antes de ir a dormir por la noche está relacionado con mayores episodios de incontinencia urinaria. Es recomendable rebajar el consumo de bebidas consideradas como excitantes (alcohol, café, té).

Estreñimiento: extremar las medidas orientadas a disminuirlo como, por ejemplo, la utilización del uso de prendas cómodas o la utilización de medicaciones que alteren la continencia (Burgio, 2009; Pérez et al., 2010; Stewart, 2009).

Para justificar lo mencionado anteriormente, es necesario mencionar que en marzo del año 2003 en Leicester (Ucrania), se realizó un estudio longitudinal en

mujeres en el cual se investigó el papel que juega la dieta y otros factores de estilo de vida en el incremento de los síntomas de la vejiga hiperactiva e incontinencia de esfuerzo. Los resultados reportaron un significativo riesgo asociado a obesidad, tabaquismo y consumo de aguas carbonatadas; además de encontrar una reducción de los síntomas con el consumo de verduras, pan y pollo (Moreno, Arreortua y Cruz, 2012, p.32).

Siguiendo las líneas anteriores de medidas higiénico-dietéticas, muchos médicos conductuales recomiendan cambiar el volumen de líquido ingerido ya sea como estrategia primaria o como adyuvante para optimizar los resultados. Muchas mujeres intentan controlar la incontinencia limitando la ingesta de líquidos, lo que puede ser perjudicial por el riesgo de deshidratación que se hace patente. Es necesario aconsejar beber al menos 6 vasos de líquido al día, produciendo de esta manera la dilución de la orina y convirtiéndola en menos irritante para la vejiga (Burgio, 2009; Muñoz y García, 2015).

Resumen

En este capítulo hemos desarrollado aspectos relativos a la vejiga hiperactiva (VH). La VH es un tema que ha empezado a ser estudiado relativamente tarde. Los primeros estudios son de la última década del siglo pasado, entendiéndose por ella un complejo sintomático que incluye la urgencia con o sin incontinencia, frecuencia y nocturia. Si bien es verdad que para diagnosticar hay que realizar una buena valoración que incluye desde escoger la historia médica hasta un estudio analítico, pasando por exploraciones físicas. Las escalas de valoración que se utilizan para identificar la VH son variadas, siendo las más destacables: Overactive Bladder questionnaire (OAB-q), Escala OAB-V8, Escala OAB-V3. En cuanto a la epidemiología, aproximadamente el 17,4% de las mujeres (habiéndose variaciones entre países), padecen este problema. Además, son múltiples los factores que influyen en padecer VH, entre ellos, hiperactividad vesical, obesidad, patología del suelo pélvico, etc. Pero, este problema, tiene una repercusión tanto a nivel económico, dado que al aumentar los casos de VH los gastos que esto produce son mayores y, una repercusión en la persona, dado que afecta a las esferas bio-psico-sociales de la persona, dado que padecer VH influye hasta en desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria. Por último, hemos visto diferentes tratamientos que hemos clasificado en tratamientos farmacológicos (múltiples fármacos para paliar el problema), tratamientos no farmacológicos (a base de ejercicios de suelo pélvico, entrenamiento de la vejiga, entre otros), y otras terapias (como las cirugías, electroestimulaciones, medidas higiénico-dietéticas).

Capítulo 4.

Calidad de Vida



Capítulo 4. Calidad de Vida

Introducción

La calidad de vida constituye una parte del título de nuestro trabajo y como tal necesita ser tratada. El índice global de envejecimiento sitúa a España en el puesto 25 entre los países mejores para envejecer. La calidad de vida se constituye como una esfera de suma importancia en la vida de las personas y que atañe a todo tipo de actividades que estas desarrollan dándose una relación directa y exponencial a razón de que, a mejor calidad de vida, las personas se encontrarán mejor. En este capítulo introduciremos este concepto de vida y lo relacionaremos con salud enmarcándolo dentro de la tercera edad, intentando vislumbrar la diferencia entre conceptos como salud, estado de salud, calidad de vida y calidad de vida relacionada con la salud.

Explicaremos las principales dimensiones en que podemos entender la calidad de vida y desarrollaremos los principales modelos, para describir, en último término las escalas que nos permiten valorarla dada la importancia de este aspecto en nuestra investigación, pues utilizaremos alguna de ellas en la parte empírica de nuestro trabajo.

1. Calidad de vida en la tercera edad

La natalidad, durante los últimos años, ha descendido en los países más desarrollados mientras que, a la par, asistimos a un incremento de personas mayores. Este fenómeno tiene su origen en un gran número de factores entre los que se pueden destacar: la generalización del estado de bienestar, la preocupación por la salud, la alimentación y, en suma, el cuidado del cuerpo. Esta situación, ha hecho que España se sitúe entre los países más longevos del mundo- según el Informe sobre el Índice de Desarrollo Humano publicado por la ONU en 2003- y a la cabeza de la circunstancia con respecto al resto de los países de la Unión Europea (Pérez Serrano, 2006).

Según la OMS, alerta de que entre el año 2000 y 2050 como ha quedado dicho en el capítulo 1, la población de habitantes con edades superiores a 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En el año 2015 hay 901 millones de hombres y mujeres de 60 años y más, y se alcanzará los 1400 millones en el 2030, lo que supone el 16,5% de la población mundial (más del 23% de las mujeres tienen ya más de 50 años). Así mismo, se estima que habrá más personas octo y nonagenarias aumentando hasta alcanzar los 395 millones en el periodo expuesto. Estamos asistiendo cada vez más a que los niños conozcan no solo a sus abuelos sino a sus bisabuelos. En el año 1950 había menos de 2 personas por cada 100 mayores de 85 años, en el 2050 se prevé que sean 11.

En Europa y América, esta población sobrepasa ya el 20% del total; en Perú, en el año 2020, esta población será el 11% de la población total, con 3.613000 y, para el 2025, será de 4.470000 adultos mayores. En España, según datos del INE, el número de personas mayores de 65 años muestra un notable incremento en las últimas cuatro décadas, pues ha pasado de 3,3 millones en 1970 a más de 8,6 millones en 2015 (Freire Rodríguez y Ferradás Canedo, 2016). A nivel global la esperanza de vida ha aumentado en torno a 18 años si son hombres y 23 en el caso de las mujeres (si bien hay grandes diferencias entre los países, siendo menor en aquellos menos desarrollados, 15 y 16 años respectivamente) (ONU, p.2). En España la esperanza de vida es de 83 años. Tras observar dichos datos y la evolución actual, la vejez ha pasado de ser concebida como una etapa de declive a ser considerada una etapa vital de la evolución humana; por lo que

la calidad de vida de este grupo de personas es un campo de enorme importancia para su estudio.

Los incrementos de estas tasas no solamente tienen una incidencia sobre el ámbito económico, sino también en el social y concretamente en la familia, en los estilos de vida y en el funcionamiento de la sociedad (ONU, 2002, p.1). Se pronostica que muchos de estos ancianos no podrán valerse por sí mismos al verse mermadas sus capacidades funcionales, físicas, mentales, ... por lo que será necesario desarrollar más aún mecanismos que permitan su atención y prestarles los cuidados necesarios bien domiciliariamente o en instituciones sin que se vea mermada su calidad de vida. La sociedad se ve obligada a generar condiciones para que el adulto mayor pueda participar de una manera inclusiva.

Por todo ello, parece necesario estudiar las percepciones que las personas/adultos mayores poseen en relación a su calidad de vida desde diversas perspectivas. El índice Global de envejecimiento (2015) diseñado por *HelpAge International* a partir de los datos aportados por *The United Nations Department of Economic and Social Affairs, the World Bank, World Health Organization, International Labour Organization, UNESCO and the Gallup World Poll*⁵, mide el bienestar de este sector poblacional junto con su calidad de vida en torno a cuatro dimensiones: seguridad en los ingresos (para cubrir sus necesidades de manera independiente y se refiere a una pensión digna), estado de salud (envejecimiento ligado al estado físico) marcada por su fragilidad y riesgo frente a enfermedades, competencia (que realmente es la inversión en empleo y educación, capacidad y actitudes de adaptación), entornos adecuados (libertad para vivir de manera independiente y autosuficiente). España se encuentra en la posición 25 del ranking Global de envejecimiento (entre 96 participantes) con lo que está en el primer cuartil. Sobre una puntuación de 100 en cada dimensión:

- Entorno: 74,7, sin cambios desde el año anterior.
- Empleo y educación: 23,96 peor que en 2014 cuando obtuvo 29,2.

⁵ Estos datos han sido recuperados de <http://www.helpage.es/noticias/lanzamiento-del-ndice-global-sobre-envejecimiento-2015/>

- Salud: Ha alcanzado los 80.46 puntos, así que ha caído respecto al año anterior.
- Ingresos: 73,37, mejora frente al índice de 2014.

A nivel mundial los países mejor situados son Suiza (1) y Noruega (2) y los 10 primeros puestos están en Europa Occidental y América del Norte (además de Japón (8)). Los peores puestos son los países africanos (puntuaciones bajas en seguridad de ingresos y salud deficiente. Grecia (79), Venezuela (76) y Turquía (76) ocupan puestos similares a los subsaharianos y asiáticos. Las medidas de austeridad en Europa adoptadas están afectando al bienestar de mujeres y hombres adultos mayores. Existe, así mismo un mayor riesgo de pobreza en la mujer, sufriendo discriminación de género. A nivel mundial el 46,8% de las mujeres en edades comprendidas entre los 55 y 64 años económicamente son activas, frente al 73,5% de los hombres.

El índice analizado pone de relieve que aquellos países que han invertido en el envejecimiento poblacional alcanzarán mejores puestos creando un entorno propicio para todas las edades. Serán los países que invierten en lograr una mayor calidad de vida de las personas mayores las ofrecerán una oportunidad para construir un mundo y futuro mejor para éstas.

2. Concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El interés por la calidad de vida es muy antiguo, tal como señalan Freire y Ferradás, (2016). Etimológicamente hablando se remonta a Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales de la segunda mitad del S. XIX, que consideraban que el grado de calidad que alcanzaba la población era determinante de la salud (Aranibar, 2001, p.24). En los años 50 y 60 existe una preocupación por medir el bienestar social como consecuencia de los procesos de industrialización.

Se utilizó en EEUU por primera vez, después de la Segunda Guerra Mundial, asimilándolo a tener “buena vida” o “ser financieramente seguro”. Su uso se

extendió a partir de los años 60, cuando los psicólogos sociales incluyen en sus estudios variables socioeconómicas, educacionales o de vivienda como medidas objetivas, y la felicidad y la satisfacción con la vida como medidas subjetivas.

En los años 70, se produce un desarrollo del término apareciendo citado en la primera revista monográfica de EEUU, *Social Indicators Research* (1974) y en el *Sociological Abstracts* (1979), lo que contribuye a la discusión teórica y metodológica del concepto. Podemos considerar la etapa de los años 80 como la de iniciación a la investigación (Gómez Vela y Sabeth, 2001).

Fernández Ballesteros y Marcia (1993) señalan que el término de calidad de vida puede analizarse desde dos puntos de vista. El primero tiene que ver con el estado de bienestar social; el segundo con el concepto de Salud. En la misma línea Urzúa, (2012) señala que

Este término se ha ido utilizando actualmente cada vez más en el campo de la salud o como una medida de bienestar, no existiendo una definición única ni completa, ni una diferenciación con otra serie de términos similares como puede ser salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, bienestar estado funcional. Con frecuencia se usan indistintamente, es decir, como si fueran sinónimos, lo que provoca que una confusión en cuanto a la terminología en cuestiones de salud (p.61-62)

Esta problemática fue puesta de manifiesto previamente por Taillefer, Dupuis, Roberge y Le May (2003) al considerar que, desde sus comienzos, ha habido problemas tanto en su definición, las dimensiones que lo definen, su medición y los factores que pueden influir. Estos autores realizaron un análisis de los modelos basados en la calidad de vida relacionada con la salud desde 1965 a 2001. Identifican una mejora general en la calidad de los modelos de calidad de vida. Sin embargo, para muchos modelos ni siquiera definieron la calidad de vida, concluyendo que el campo necesita modelos más sofisticados, una mejor definición del contenido, así como fijar los límites del concepto de calidad de vida.

La tabla 19 refleja unas definiciones de calidad de vida, en ella podemos observar la variabilidad de conceptos utilizados para definirlo.

Tabla 19
Definiciones de calidad de vida

Referencia	Definición
Ferrans (1990b)	Calidad de vida general definida como el bienestar personal derivado de la satisfacción o insatisfacción con áreas que son importantes para él o ella.
Hornquist (1982)	Define en términos de satisfacción de necesidades en las esferas física, psicológica, social, de actividades, material y estructural.
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Shaw (1977)	Define la calidad de vida de manera objetiva y cuantitativa, diseñando una ecuación que determina la calidad de vida individual: $QL=NE \times (H+S)$, en donde NE representa la dotación natural del paciente, H la contribución hecha por su hogar y su familia a la persona y S la contribución hecha por la sociedad. Críticas: la persona no evalúa por sí misma, segundo, no puede haber cero calidad de vida
Anderson (1980)	Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa (p.7)
Szalai (1980)	Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo
Cella y Tulsky (1990)	Calidad de vida es la sensación subjetiva de bienestar del individuo»
Haas (1999)	Evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece.
Bigelow, McFarland & Olson (1991)	Ecuación en donde se balancean la satisfacción de necesidades y la evaluación subjetiva de bienestar
Quintero (1992)	Es el indicador multidimensional del bienestar material y espiritual del hombre en un marco social y cultural determinado
Grupo WHOQOL –OMS-	Percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses
Calman (1987)	Satisfacción, alegría, realización y la habilidad de afrontar... medición de la diferencia, en un tiempo, entre la esperanza y expectativas de una persona con su experiencia individual presente.
Martin & Stockler (1998)	Tamaño de la brecha entre las expectativas individuales y la realidad a menor intervalo, mejor calidad de vida.
Oppong, Ironside & Kennedy (1987)	Condiciones de vida o experiencia de vida
Lawton (2001)	Evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios intrapersonales y socio-normativos, del sistema personal y ambiental de un individuo.
Shwartzmann (2003)	Es un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. Dicho resultado se mide en la percepción del bienestar físico, psíquico y social teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden provocar en los sistemas de valores, creencias y expectativas.
Nava Galán (2012)	La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos. Elementos objetivos: Bienestar material, salud objetivamente considerada, relaciones armónicas con el ambiente y la comunidad. Elementos subjetivos: Intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida.
Urzúa y Caqueo-Urizar (2012)	Estado de bienestar general que comprende descriptores objetivos y evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social y emocional junto al desarrollo personal mediadas por los valores personales.

Fuente: adaptado de Ardila (2003, p.163), Urzúa (2012, p.62) y Urzúa y Caqueo-Urizar (2012, p. 61)
Elaboración propia

Como podemos comprobar son numerosas las definiciones no existiendo una definición exacta de dicho término (Poradzisz y Florczak, 2013), sino que la calidad de vida se considera que es una combinación de elementos objetivos y de evaluación individual de dichos elementos (Ardila, 2003).

La OMS inicia en la década de los 80 inició un proceso para conceptualizar y medir la calidad subjetiva de la vida de los individuos, determinando que ésta es “percepción del individuo de su posición respecto de la vida en el contexto de la cultura y de un sistema de valores en el cual vive, con relación a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones” (Rodríguez Adams, 2012, p. 246). Esta definición de acuerdo a Barrientos (2005) puede ser descompuesta en una serie de subdimensiones como son

el dominio físico, psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales (personales, soporte social, actividades que proveen soporte), medio ambiente (libertad, seguridad física, ambiente en el hogar, satisfacción laboral, recursos financieros, salud y cuidado social, accesibilidad y calidad, oportunidad para la nueva información y competencias, actividades de ocio, ambiente físico, transporte) y Espiritualidad, religión, creencias personales (p.37)

La definición de la OMS incluye implícitamente la definición de salud. La CVRS se relaciona con los efectos que tienen los trastornos y sus tratamientos en la rutina diaria de las personas (DeBoer, Van Dam y Sprangers, 1995). Hoy en día, la definición de salud más aceptada y con mayor difusión en la actualidad es la desarrollada por la OMS en la que se define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad (Alcántara Moreno, 2008). Sin embargo, entre la definición de salud, calidad de vida y CVRS pueden coexistir otra serie de términos conectados: estado de salud (health status) que es considerado como un componente de la calidad de vida, bienestar (well-being) que hace referencia a la percepción de las personas sobre su salud y estado funcional (functional status) que hace referencia a la valoración de las capacidades y discapacidades de las personas. Estos términos, aunque han sido utilizados como sinónimos son distintos. La CVRS es un concepto que va más allá e involucra a todos ellos, así como a elementos propios (físicos y

mentales) como externos al sujeto que inciden en las personas pudiendo modificar su estado de salud (Patrick y Erickson, 1988; Badía, 1995).

Según Bergner (1989), el concepto “estado de salud” contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente de la misma, aunque puedan interactuar con ella. Sin embargo, otros autores, definen la calidad de vida relacionada con la salud como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional, y la disminución provocada por una enfermedad, accidente, tratamiento o política (Patrick y Erikson, 1993). Se refiere a que una disfunción física, el dolor y el malestar provocan limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria de las personas, afectando también a su bienestar psicológico, en resumen, a su calidad de vida global (Lawton, 2001).

Según Yanguas (2006) indica que existen tres conceptos importantes en la calidad de vida relacionada con la salud:

- El impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad o un tratamiento.
- Los efectos resultan una disminución de la ejecución “normal” del sujeto.
- Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto (p.110).

Con lo expuesto anteriormente, se puede observar que este tema tiene diferentes puntos de vista por parte de los distintos investigadores y, aunque observamos ambigüedades parece necesario resumir algunas de las características de la salud y calidad de vida. La tabla 20 refleja los tres constructos que desarrolló Lawton (2001).

Tabla 20
Constructos de salud

Constructo	Definición	Fuente de datos	Medidas típicas
Estado de salud	Salud actual juzgada tan objetivamente como sea posible	Observador, escalas normativas	Diagnósticos clínicos. Número de diagnósticos. Escalas de bienestar
Calidad de vida relacionada con la salud	Estado de salud personal y otros dominios de la calidad de vida negativamente	Estado de salud autoinformado	Escalas de salud autoinformada.

Constructo	Definición	Fuente de datos	Medidas típicas
	afectados por la salud		
Utilidad de la salud personal	Elección entre una vida cronológicamente más larga, pero con compromisos de salud o una vida más corta pero más sana	Preferencias autoinformadas	Años de vida deseados

Fuente: elaboración a partir de Yanguas (2006, p.111).

En todo caso, de acuerdo a Cummins (citado por Yanguas, 2006, p.110) podemos considerar que:

- La calidad de vida es un concepto multidimensional y generalmente se considera que comprende componentes tanto objetivos como subjetivos.
- Se está de acuerdo en que la calidad de vida comprende diversos ámbitos de la vida.
- Debe de reflejar las normas culturales de bienestar objetivo.
- Dentro de la dimensión subjetiva, las personas otorgan un peso específico diferente a los distintos ámbitos de su vida.
- Cualquier definición de calidad de vida debe ser aplicable por igual a todas las personas, cualesquiera que sean sus circunstancias vitales.

Eamon O'Shea (2003), pertenece al grupo de expertos en la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes (CS-QV) del Comité Europeo de Cohesión Social (CECS). Considera que la calidad de vida del adulto mayor se ha de caracterizar por tener una vida satisfactoria, bienestar subjetivo y psicológico, desarrollo personal y diversas representaciones de lo que constituye una buena vida. Saber lo que les preocupa a las personas es un ejercicio que debe realizarse y las medidas asociadas con la medida de la calidad de vida no deben ser excusas para que desde la Unión Europea se pongan excusas, dado que:

- La salud, medida objetiva y subjetivamente, influye en gran medida en el bienestar de las personas mayores.
- Las capacidades físicas afectan a la calidad de vida.

- Los factores psicológicos, tales como los rasgos de la personalidad, la soledad y los sentimientos de inutilidad influyen en el bienestar.
- Una vivienda y un entorno adecuado tiene una influencia positiva en la calidad de vida.
- Los factores sociales afectan al sentimiento de aislamiento social repercutiendo negativamente en la calidad de vida.
- La propia estima y dignidad son elementos importantes en la vida de cualquier persona, independientemente de la edad.
- La privación económica daña enormemente las posibilidades y la calidad de vida de los individuos (O'Shea. 2003, p.8).

3. Calidad de vida y sus dimensiones

De las definiciones acerca de la calidad de vida que hemos expuesto anteriormente, la visión de Ardila (2003) ofrece una visión integradora recogiendo los aspectos más relevantes de las definiciones aportadas.

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (p.163).

Esta visión es compartida por otros autores como Chwartzmann (2003) y Urzúa y Caqueo-Urizar (2012) y agrupa aspectos que tienen que ver son la satisfacción general. Estos los podemos dividir en dos grandes grupos: subjetivos y objetivos. Los componentes de cada uno de éstos los recogemos en la tabla 21 y que identifica dos grandes dimensiones separadas entre salud percibida y salud objetiva.

Tabla 21
Componentes de la calidad de vida

Componentes de la calidad de vida	
Aspectos subjetivos	Intimidad
	Expresión emocional
	Seguridad percibida
	Productividad personal
	Salud percibida
Aspectos objetivos	Bienestar material
	Relaciones armónicas con el ambiente
	Relaciones armónicas con la comunidad
	Salud objetivamente considerada

Fuente: Ardilla (2003)
Elaboración propia

En esta línea Meléndez, Tomás y Navarro (2008) señalan que, dentro de la multidimensionalidad del término de calidad de vida, en sus componentes objetivos y subjetivos, su evolución debería atender a tres dimensiones: funcionamiento psicológico, social y físico, además de las percepciones, de carácter subjetivo, sobre la satisfacción vital y ambientales.

Esta percepción también es recogida por autores como Salazar, Torres, Pando, Aranda & Zúñiga (2011, p.49) al identificar entre las características más importantes de la calidad de vida las siguientes:

- Concepto subjetivo: cada ser humano tiene su propio concepto sobre la vida y sobre la calidad de vida.
- Concepto holístico: la calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida.
- Concepto dinámico: dentro de cada persona, la calidad de vida cambio en periodos de tiempo.
- Interdependencia: aspectos o dimensiones de la vida se encuentran interrelacionados, de tal manera que, si una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, esta situación repercute en los aspectos afectivos, psicológicos y sociales.

Por otro lado, Schalock & Verdugo (2003) desarrollan un enfoque centrado en tres niveles que identificamos en la tabla 23. Cada uno de estos niveles se desarrolla en varios ítems que lo definen y que recogemos en la tabla 22.

Tabla 22
Niveles que afectan a la calidad de vida

Nombre	Otra denominación	Ítems que abarca
Microsistema	Contexto social inmediato	Familia
		Hogar
		Grupo de iguales
		Lugar de trabajo
Mesosistema	Vecindario	Comunidad
		Agencias de servicio y organizaciones
Macrosistema	Patrones culturales	Tendencias sociopolíticas Sistemas económicos Otros factores relacionados con el individuo Valores y creencias

Fuente: Schalock & Verdugo (2003), Verdugo, Schalock, Gómez y Arias (2007) y Verdugo, Gómez y Arias (2009).

Elaboración propia

Posteriormente Verdugo, Gómez y Arias (2009) identificarían 8 dimensiones de la calidad de vida: “bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de calidad de vida son percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión que reflejan la percepción de una persona o la verdadera calidad de vida” (p.13).

En todo caso, entre las clasificaciones más aceptadas tenemos la de la OMS, que identifica tres grandes dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud:

- Dimensión física: entendida como la percepción que tiene la persona respecto a su estado físico. Estar sano es un elemento clave que tiene que ver con la calidad de vida.
- Dimensión psicológica: percepción de las personas sobre su estado cognitivo y afectivo
- Dimensión social: percepción respecto a las relaciones interpersonales y su papel social en la vida.

Las dimensiones de la calidad de vida han sido tratadas por diferentes autores, no llegando a determinar unas dimensiones únicas pues van a depender de las

teorías de las que partan. Parece claro que éstas vienen determinadas más por los modelos teóricos que por el análisis en sí mismas a partir de las referencias de los diferentes autores. En el siguiente apartado desarrollaremos aquellos que tienen que ver con nuestro tema de estudio.

4. Modelos de calidad de vida

Existen numerosas propuestas teóricas en cuanto a los modelos relativos a la investigación en la calidad de vida. González, P., Díaz, J., Rodríguez, L.F. y Bobes, J. (1993) realizan una síntesis de los distintos tipos de modelos referentes al constructo calidad de vida. Por una parte, existen los llamados modelos «enumerativos» que entienden la calidad de vida como un listado de condiciones que el individuo puede satisfacer en mayor o menor grado; y por otra parte se hallan los modelos «complejos» que intentan buscar los mecanismos y su articulación que al final determinan la calidad de vida de los sujetos (p.18). Nosotros vamos a optar por la clasificación que realiza Yanguas al relacionarlos con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional (2006, pp.113-119), si bien completaremos esta clasificación con las aportaciones de otros autores. A continuación, se muestra una revisión general, no exhaustiva, de los modelos más importantes tratados.

4.1 Modelo ecológico de la competencia de Lawton

Desde la Psicología, el comportamiento en la vejez ha sido también explicado en función de la edad; es decir, del simple paso del tiempo sobre el organismo y su influencia sobre determinadas características de personalidad, funcionamiento intelectual, etc. incorporando planteamientos que provienen de las áreas de la psicología de la personalidad, evolutiva, ambiental, postulando el papel importante que sobre la vejez tiene el ambiente. Fruto de esta preocupación se han desarrollado una serie de modelos teóricos sobre las relaciones persona-ambiente en la vejez (Izal y Fernández-Ballesteros, 1990, p. 181). Entre estos modelos tenemos el:

- Modelo ecológico de la competencia (1975, 1977)

- Modelo de la congruencia (Kahana, 1975)
- Modelos integradores: modelo de efectos directos e indirectos y el modelo complementario de la congruencia (Carp, 1987; Carp y Carp, 1984).

Por su importancia vamos a centrarnos en el primero. Este modelo fue desarrollado por Lawton (1975, 1977), y está basado en la teoría de Campo de Lewin (1935). Parte de la premisa de que la conducta es una función que resulta que considera la conducta como un resultado de variables personales y ambientales ($C = f(P \times A)$). Según Yanguas (2006, p.113)

este modelo explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Define la calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios interpersonales y socio normativos del sistema persona-ambiente del individuo, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro.

Lawton (2001) identifica cuatro grandes dimensiones de la calidad de vida y que, dentro de ellas, se detallan otros aspectos. Recogemos estos elementos de forma más visual en la tabla 23

Tabla 23
Determinantes de la calidad de vida según el modelo ecológico

Tipo	Relación	Integrada por
Calidad de vida física	Biológico	Estado de salud Presencia de dolor Síntomas Limitaciones funcionales y/o cognitivas
Calidad de vida social	Individuo con el mundo exterior	Tamaño de la red Frecuencia de contactos Participación en actividades Vivienda, urbanización, etc.
Calidad de vida percibida	Versión subjetiva de la calidad de vida social	Relaciones familiares Amistades Calidad de tiempo Seguridad económica
Calidad de vida psicológica		Afectos Estados de ánimos Situaciones personales Perspectivas

Fuente: Lawton (2001)
Elaboración propia

Explicamos brevemente estas 4 fases:

- *Calidad de vida física*: relacionado con lo biológico. Se identifica con los estados de salud, la presencia de dolor, síntomas o limitaciones funcionales y/o cognitivas.
- *Calidad de vida social*: conjunto de indicadores relativamente objetivos en el cual se vinculan las relaciones del individuo con el mundo exterior. Entre estos se encontrarían el tamaño de la red social, la frecuencia de contactos o el grado de participación del individuo en actividades. Otros autores, completan estos estudios incluyendo factores que afectan a la calidad de vida en esta área: la vivienda salud, el acceso a los servicios públicos, comunicaciones, urbanización, etc., es decir, todos aquellos que según Velarde-Jurado y Avila-Figueiroa (2002) constituyen un ambiente social y que actúan sobre el progreso de la comunidad.
- *Calidad de vida percibida*: representa la versión subjetiva de la calidad de vida social. El individuo valora aspectos como son la calidad de sus relaciones familiares, de sus amistades, la calidad de su tiempo o la seguridad económica.
- *Calidad de vida psicológica*: integrada por los afectos, los estados de ánimo, las necesidades personales y los puntos de vista (perspectivas).

Este modelo ha sido referenciado por otros autores como Izal y Fernández Ballesteros (1990), Freire y Ferradás (2016) Leturia Arrazola (2001) y Yanguas (2006).

4.2 Modelos comportamentales

Desde estos modelos la calidad de vida depende no solamente del bienestar psicológico o de la percepción de la satisfacción con la vida, sino también de aquello que las personas realizan, quieren o pueden hacer para disfrutar de una vida de calidad. Reig, Cabrero y Richart (1996),

señalan que el comportamiento es la dimensión funcional del cuerpo en interacción con el ambiente y el medio socialmente construido. Lo que la persona hace o deja de hacer, percibe, piensa o siente se relaciona con

la salud, la longevidad y la calidad de vida. El modelo de envejecimiento satisfactorio propuesto por Baltes y Baltes descansa en esta perspectiva comportamental: a través de mecanismos de selección, optimización y compensación se consigue una vida más restringida pero efectiva (p.37).

La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes, aunque no determinantes para una vida de calidad. Estas variables serían recursos para una vida de cantidad y de calidad (Yanguas, 2006 113)

4.3 Modelos de bienestar

El modelo de satisfacción fue desarrollado por Lehman, Ward y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982) incluye tres aspectos en la calidad de vida: características personales, condiciones objetivas de vida y satisfacción con ésta. Este modelo parte de la idea de que el nivel de calidad de las personas reside en que se satisfagan sus necesidades, carencias y deseos.

Becker, Diamond y Sainfort (1983) desarrollan este modelo, derivando en lo que se ha denominado Modelo de importancia/satisfacción, incorporando la visión subjetiva y la valoración de la importancia que algún aspecto de la vida tiene para las personas.

La felicidad, el bienestar psicológico o material y la salud apoyan la posibilidad de una vida de calidad (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Autores como Barefoot et al. (1998) defienden que la personalidad ejerce un rol importante como suma de la forma de ser, actuar, sentir y pensar, en la cantidad y en la calidad de vida.

En esta línea, Meléndez, Tomás y Navarro (2008) definen lo que se ha considera bienestar subjetivo (se relaciona con la felicidad incluyendo componentes emocionales o afectivo -se relaciona con el placer y displeacer de las personas- y cognitivos –satisfacción vital, es decir, el juicio que hace la persona sobre su desarrollo a lo largo de la vida) y bienestar psicológico (se sitúa no tanto en aquello que nos da o no placer, sino en la consecución de los valores que nos hacen sentir vivos y está relacionado con tener un propósito en la vida).

4.4 Modelo de desempeño del rol

A diferencia de los modelos anteriores, la teoría del desempeño del rol se basa en que la felicidad y la satisfacción se relacionan con aquellos elementos sociales y ambientales imprescindibles para complacer las necesidades humanas esenciales. De esta manera y gracias a Bigelow et al. (1982) se asocia el bienestar subjetivo y las condiciones ambientales. Esto es debido a que consideran el ambiente como a una oportunidad a través de la cual la persona puede satisfacer sus necesidades. Esta oportunidad puede ser tanto material como social.

Debido a la relación entre oportunidades ambientales y las demandas, el grado en que un individuo puede satisfacer sus necesidades obedece a diferentes capacidades: cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas para cumplir los requisitos de los distintos roles sociales (Yanguas, 2006, p.115)

Autores como Angermeyer y Kilian (2000), consideran imprescindible incorporar a las necesidades resultantes de sufrir determinadas patologías que puedan tener las personas mayores y/o enfermas, aquellas que pueden ser satisfechas o no, mediante la interpretación del rol que, como paciente, pueda desempeñar. Siguiendo esta línea, Lally (1989), defiende que es importante analizar el grado en que el paciente asume el rol de enfermo.

4.5 Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

Si los modelos presentados anteriormente se centraban en la parte objetiva de la calidad de vida. El modelo de proceso dinámico de la calidad de vida se centra en los aspectos subjetivos. De acuerdo a Urzúa y Cauqo-Urizar (2012) esta CV subjetiva debería definirse como el grado individual de satisfacción con la vida [...]. Este término debe distinguirse de las evaluaciones cognitivas como la satisfacción con la vida y las evaluaciones afectivas, como es la felicidad (p.64).

Dicha teoría explica el concepto de calidad de vida subjetiva como aquella que representa el resultado de un proceso continuado de adaptación, durante el cual

el individuo debe conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno y su capacidad para satisfacer las demandas sociales asociadas con el cumplimiento de tales deseos y logros. Si bien el problema más importante con el que nos encontramos es que incluir el punto de vista subjetivo de la valoración de la calidad de vida reside en que, dada la naturaleza dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades, los sistemas de valores y preferencias individuales pueden ser el resultado de un ambiente incompatible con el principio de libertad personal (Angermeyer y Kilian, 2000; Yanguas, 2006). El problema que puede darse en este modelo es que la persona se sienta coaccionada por el ambiente o por sus propias circunstancias a la hora de valorar el proceso de satisfacción de sus necesidades, dado el punto de vista subjetivo que tiene la calidad, más que responder a un principio de decisión personal.

4.6 Modelo de homeostasis de la calidad de vida

El modelo de homeostasis de la calidad de vida subjetiva fue propuesto por Cummins (2000). Este autor se encarga de describir un sistema integrado que acopla una capacidad genética primaria con un sistema de amortiguadores secundario, cuyo propósito es sostener el rendimiento, en la forma de la calidad de vida subjetiva dentro de un rango estrecho, a pesar de las variaciones de la experiencia de la persona respecto a su entorno. Existen tres determinantes, de primer, de segundo y de tercer orden respectivamente.

Cummins y Cahill (2000) señalan que

Los determinantes de primer orden son aquellos que se apoyan en la dotación genética de la personalidad, teniendo dos roles: crear el rango serial y proporcionar el componente afectivo de la calidad de vida subjetiva. Esto ocurre a través de dos dimensiones de la personalidad denominadas extroversión y neuroticismo. Estos dos tipos se correlacionan con el bienestar psicológico subjetivo. Denominándose este nivel el inconsciente [...] Por otro lado, encontramos los determinantes de segundo orden que comprende un sistema de amortiguadores internos. Este sistema está formado por tres procesos que son el control percibido, la autoestima y el optimismo. Son procesos conscientes que implican

sistemas cognitivos [...] cada uno de los procesos puede estar influenciado por la experiencia adquirida con el mundo externo, que es el tercer nivel de determinación [...] Estas cogniciones están bajo la influencia de dos fuerzas simultáneas. Una es el procesamiento de las circunstancias medio ambientales reales, y la otra es la expectativa de que tales circunstancias irán acordes con el sesgo positivo impuesto por el equilibrio del afecto (p. 194-195).

En caso de la interacción con el ambiente condujera a una situación de fracaso, los amortiguadores absorberían el impacto; en caso de que dicho fracaso fuese de un gran nivel de impacto, esto afectaría totalmente a la calidad de vida subjetiva ocasionando su pérdida (Cummins, 2000).

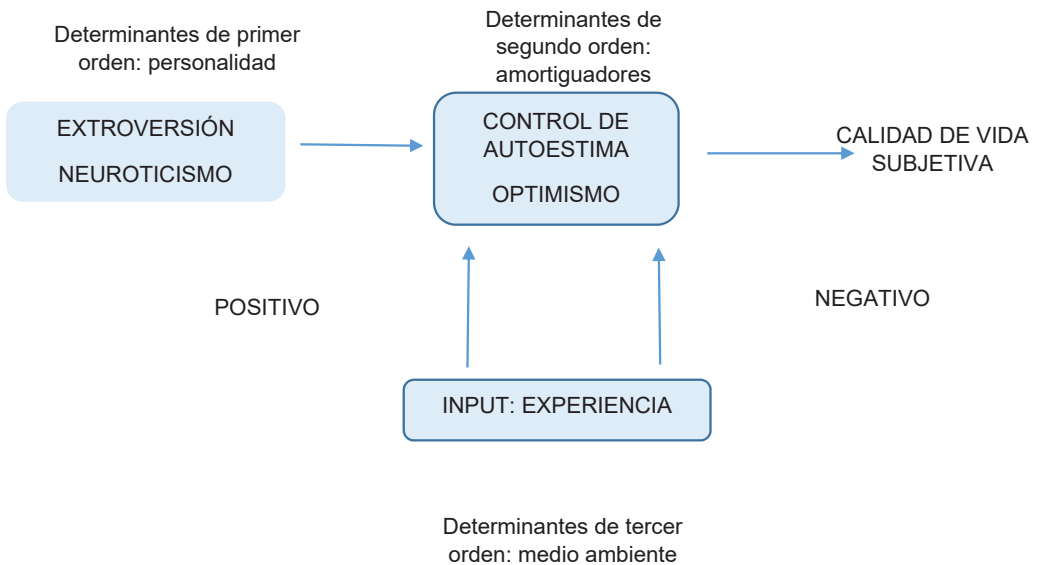


Figura 3: Modelo de homeostasis de la calidad de vida
 Fuente: Adaptado de Cummins, 2000; Cummins y Cahill, 2000 (p. 195)

5. Escalas de valoración de calidad de vida

Como se ha visto anteriormente, la calidad de vida está compuesta por múltiples variables que afectan al enfoque bio-psico-social de los individuos. Al ser un término multidimensional y afectar al bienestar, cuando se quiere evaluar la calidad de vida, se hace a través de la calidad de vida relacionada con la salud (CVS) (Tuesca, 2005). Por un lado, existen múltiples instrumentos que sirven para alcanzar dicho fin. Por otro lado, si entendemos la calidad de vida como una entidad, hay que reconocer que existen múltiples maneras de cuantificarla. Esto último engloba desde las que son objetivas y fáciles de medir, como la muerte; otras que se basan en parámetros clínicos o de laboratorio (insuficiencia de un órgano), hasta aquellas que se basan en juicios subjetivos (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002). Lo que sí es verdad, es que al igual que el resto de instrumentos que se utilizan en investigación, así como en la práctica clínica, deben reunir requisitos metodológicos preestablecidos (Lara-Muñoz, Ponce de León y De la Fuente, 1995).

5.1. Resumen de escalas

Si bien, a lo largo de los años se han desarrollado una cantidad enorme de escalas, éstas las podríamos clasificar, por un lado, en función de rango de edad de las personas: adultos, adolescentes y niños por otro, y por otro, en instrumentos de medición general o aquellos enfocados a medir la calidad de vida relacionada con una enfermedad en particular. Velarde-Jurado y Avila-Figueroa (2002) identifican estas escalas en un artículo de revisión que recogemos nosotros en las tablas siguientes.

a) Escalas para valorar la calidad de vida de los adultos.

Tabla 24

Cuestionarios genéricos para valorar la calidad de vida en adultos

Calidad de vida en adultos				
Instrumento	Lugar	Idioma	Año	Autor
The Sickness Impact Profile	EUA	Inglés	1981	Bergner, Bobbitt, Carter, Gilson (1981)
The Nottingham health Profile	Reino Unido	Inglés	1987	Kind, Carr-Hill (1987)
The McMaster Health Index Questionnaire	EUA	Inglés	1982	Chambers, MacDonald., Tugwel

Calidad de vida en adultos				
Instrumento	Lugar	Idioma	Año	Autor
				(1982)
The Sickness Impact Profile: SIP	EUA	Inglés Español	1984	Deyo (1984)
The MOS- Short-form General Health Survey	EUA	Inglés	1988	Stewart, Hays, Ware (1988)
The Quality of Life Survey	EUA	Inglés	1989	Ferrell, Wisdom, Wenzl (1989)
The Nottingham health Profile: NHP	Reino Unido	Inglés	1987	Fletcher, Hunt, Bulpitt (1987)
The Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1990	Stewart, Hays, Ware (1988)
The Dartmouth – COOP	EUA	Inglés	1990	Nelson, Landgraf, Hays, Wasson, Kirk (1990)
The Dartmouth – COOP	EUA	Español	1990	López, Vlois, Arias, Alonso, Cárdenas, Villasís <i>et al.</i> (1996)
The Duke Health Profile: DUKE	EUA	Inglés	1990	Parkerson, Broadhead, Chiu-Kit (1990)
The Functional Status Index	EUA	Inglés	1990	Liang, Fossel, Larson (1990)
The Karnofsky Performance Scale	EUA	Inglés	1991	Brezinski, Stone, Muller, Tofler, Davis, Parker C <i>et al.</i> (1991)
The General Health Questionnaire: GHQ-28	EUA	Inglés	1992	Ware, Sherbourne (1992)
The Health Assessment Questionnaire: HAQ	EUA	Inglés	1992	Lovell (1992)
The Medical Outcomes Study (MOS) Short-Form Health Survey: MOS	EUA	Inglés	1992	Wachtel, Pitte, Mor, Stein, Fleishman, Carpenter (1992)
The Sickness Impact Profile: SIP 68 Short Generic Version	EUA	Inglés	1994	Bruin, Buys, Witte, Diederiks (1994)
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	EUA	Inglés	1994	Czyzewski, Mariotto, Bartholomew, LeCompte, Sockrider (1994)
The MOS-36-item Short-Form Health Survey:SF-36	EUA	Inglés	1994	McHorney, Ware, Lu y Col(1994)
The Sickness Impact Profile: SIP	España	Español	1995	Badia, Alonso (1995)
The Quality of Life Health Questionnaire: QLHQ	EUA	Inglés	1995	Hadorn, Sorensen, Holte (1995)
Cuestionario Criterio de Calidad de Vida: CCV	México	Español	1996	Lara-Muñoz, Ponce de León, De la Fuente(1996)
The McGill Pain Questionnaire: MPQ	EUA	Español	1996	Escalante, Lichtenstein, Ríos, Hazuda(1996)
The European Research and Treatment Quality Life-Questionnaire: EORTC QLQ-C36	Suiza	Inglés	1996	Sigurdardottir, Brandberg, Sullivan (1996)
The European Research and Treatment Quality Life-	Dinamarca	Inglés	1997	Groenvold, Klee, Sprangers (1997)

Calidad de vida en adultos				
Instrumento	Lugar	Idioma	Año	Autor
Questionnaire: EORTC QLQ-C30				
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL Inglés 1997 58	EUA	Inglés	1997	González, González, Lorig (1997)
The General Health Perception: GHP	Canadá	Inglés	1997	Lalonide, Clarke, Joseph, Mackenzie, Grover (1999)
The Wisconsin Quality of Life Index Canadian Version: CaW-QLI	Canadá	Inglés	1999	Díaz, Mercier, Hachey, Caron, Boyer (1999)
The European Research Questionnaire Quality of Life: EUROQOL 5D	Canadá	Inglés	1999	Badia, Rosset, Herdman (1999)
Encuesta: SF-36	México	Español	1999	Zúñiga, Carrillo, Fos, Gandek, Medina (1999)
The Modified Health Assessment Questionnaire: M-HAQ	UA	Inglés	1999	Strand, Tugwell, Bombardier, Maetzel, Crawford, Dorrier <i>et al.</i> (1999)
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	EUA	Inglés	1999	Holmes, Shea (1999)
The Health Related Quality of Life Short Form: HRQL	EUA	Inglés	2000	Bukstein, McGrath, Buchner, Landgraf, Gosst (2000)
The RAND 36-Item Health Survey Questionnaire: RAND-SF-36	EUA	Inglés	2000	Sherbourne, Hays, Fleishman, Vitiello, Magurder, Bing <i>et al.</i> (2000)
The Perceived Quality of Life Scale: PQoL	EUA	Inglés	2000	Patrick, Kinne, Engelberg, Perilman(2000)
The World Health Organization Quality of Life:WHOQOL Instrument	EUA	Inglés	2000	Bonomi, Donald, Bushnell, Martin (2000)
The Index of Wellbeing: IWB	EUA	Inglés	2000	Kevin, Smith, Assmann, Assmann (2000)
Quality of Life: QOL	EUA	Inglés	2000	Teunissen, Eurelings, Notermans (2000)
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL –100	EUA	Inglés	2000	Williams (2000)
The Health and Activities Limitations Index: HALEX	EUA	Inglés	2000	Bradley, Kroll, Holmes-Rovner (2000)
The Medical Outcomes Study Short-form Health Survey: MOS 6 ^a	Reino Unido	Inglés	2000	Paterson, Langan, McKaig, Anderson, Maclaime, Rose <i>et al.</i> (2000)
The QL-Index, LASA Scales	Canadá	Inglés	2000	Lee, Chi (2000)

Fuente: elaboración propia

a) Escalas para valorar la calidad de vida en niños y adolescentes

Tabla 25

Escalas de valoración de calidad de vida en niños y adolescentes

Instrumento	Calidad de vida en niños/adolescentes			
	Población	Lugar	Idioma	Año
Play Performance Scale for Children: PPSC	Niños/adolescentes	EUA	Inglés	1985
The Functional Status Measure of Child Health: FS II	Niños	EUA	Inglés	1990
The Physical Health Status Instrument	Niños/adolescentes	EUA	Inglés	1991
The Quality of Wellbeing Scale: QWB	Niños/adolescentes	EUA	Inglés	1994
The Dartmouth – COOP	Niños/adolescentes	México	Español	1996
The Childhood Health Questionnaire: CHAQ	Niños	Brasil	Portugués	1994
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire: CHAQ	Niños	EUA	Inglés	1997
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire: CHAQ	Niños	México	Español	1997
The CostaRica Childhood Health-Assessment Questionnaire:CR- CHAQ	Niños	Costa Rica	Español	1997
The Short form Health Related Quality of Life: HRQL	Niños	EUA	Inglés	1997
The Pediatric Quality of Life Inventory: PedsQL.	Niños	EUA	Inglés	1999
The Health Related Quality of Life: HRQOL	Niños	EUA	Inglés	2000
The Childhood Health Childhood Assessment Questionnaire Disability Index: CHAQ-DI	Niños	Canadá	Inglés	2000
The “How are you” questionnaire: HAY	Niños	Países Bajos	Inglés	2000
The Activities Scale for Kids Questionnaire: ASK	Niños	Canadá	Inglés	2000

Fuente: elaboración propia

b) Escalas para valorar la calidad de vida (CV) en adultos con enfermedades específicas.

Tabla 26

Instrumentos de medición de CV en adultos con enfermedad específica

Instrumento	Calidad de vida y enfermedad específica adultos			
	Enfermedad	Lugar	Idioma	Año
The Goldman Specific Activity Scale	Enfermedad Coronaria	EUA	Inglés	1981
The Rose Questionnaire Angina	Enfermedad coronaria	EUA	Inglés	1994
The Seattle Questionnaire SAQ	Enfermedad coronaria	EUA	Inglés	1994
The Mild Hypertension Vital Signs Quality of Life Questionnaire: VSQQLQ	Hipertensión arterial	EUA	Inglés	2000
The Chronic Venous Insufficiency Questionnaire: CIVIQ	Insuficiencia venosa crónica	Francia	Francés	1996

Calidad de vida y enfermedad específica adultos				
Instrumento	Enfermedad	Lugar	Idioma	Año
The Diabetes Quality of Life: DQOL	Diabetes	EUA	Inglés	1993
The Diabetes Specific Quality of Life Scale for patients With Type I Diabetes: DSQOLS	Diabetes tipo I	Alemania	Inglés	1998
Quality of Life Questionnaire for Graves Ophthalmopathy: GO-QOL	Enfermedad de Graves y daño ocular	Países Bajos	Inglés	1999
Quality of Life Parkinson's Disease Questionnaire: PDQ-39	Parkinson	EUA	Inglés	1999
The Quality of Life Questionnaire for Multiple Sclerosis: QOLQ for MS	Esclerosis múltiple	EUA	Inglés	1997
The Epilepsy Surgery Inventory-55: ESI-55	Epilepsia	EUA	Inglés	1992
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 10 Epilepsia EUA Inglés 1996 85	Epilepsia	EUA	Inglés	1996
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 31	Epilepsia	EUA	Inglés	1999
The Quality of Life in Epilepsy: QOLIE- 89	Epilepsia	EUA	Inglés	2000
The Assessment of Quality of Life in Adults with Growth Hormone deficiency: QoL-AGHDA	Deficiencia Hormonal crecimiento	Suiza	Inglés	1999
The Migraine Disability Assessment Score	Migraña	EUA	Inglés	1999
The Chronic Ear Survey: CES	Otitis media crónica	EUA	Inglés	2000
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ	Enfermedad respiratoria crónica	EUA	Inglés	1999
The Chronic Respiratory Disease Questionnaire: CRQ	Enfermedad respiratoria crónica	EUA	Inglés	2000
The Measure Yourself Medical Outcome Profile: MYMOP	Bronquitis crónica	Reino Unido	Inglés	2000
The Marks Asthma Quality of Life Questionnaire: AQLQ	Asma	EUA	Inglés	1999
The Inflammatory Bowel Disease Questionnaire: IBDQ	Enfermedad intestinal	Canadá	Inglés	2000
The Urge-Urinary Distress Inventory: U –UDI	Enfermedad vesical	EUA	Inglés	1999
The Urge-Incontinence Impact Questionnaire: U –IIQ	Enfermedad vesical	EUA	Inglés	1999
The Dermatology-Specific Quality of Life instrument: DSQL	Enfermedades de la piel	EUA	Inglés	1998
The Dermatology Life Quality Index	Acné	Reino Unido	Inglés	1999
The quality of Life Measurement for Chronic Skin Disorders: The VQ-Dermato	Enfermedades crónicas de la piel	Francia	Francés	1999
The Psoriasis Disability Index PDI- 15Q	Psoriasis	Noruega	Inglés	1999
The recurrent Genital Herpes Quality of Life Questionnaire: RGHQoL	Herpes genital	Francia	Francés	1999
The Spanish Version of Skindex-29	Enfermedades de la piel	España	Español	2000
The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS.	Enfermedad reumática	EUA	Inglés	1989
The Health Assessment Questionnaire Disability Index: HAQ-FDI	Enfermedad reumática	Italia	Italiano	1993
The Health Assessment Questionnaire Disability Index:HAQ-DI	Enfermedad reumática	México	Español	1993

Calidad de vida y enfermedad específica adultos					
Instrumento	Enfermedad	Lugar	Idioma	Año	
The Arthritis Impact Measurement Scales: AIMS Enfermedad reumática México Español 1994 106	Enfermedad reumática	México	Español	1994	
The Shoulder Disability Questionnaire: SDQ	Enfermedad músculo. Esquelética	Paísesb ajos	Inglés	2000	
The Systemic Lupus Erythematous Disease Activity Index: SLEADI	Lupus E sistémico	Canadá	Ingés	1997	
The Prostate Cancer Specific Quality of Life Instrument: PROSQOLI	Cáncer	Canadá	Inglés	1998	
The Schwartz Cancer Fatigue Scale: SCFS	Cáncer	EUA	Inglés	1990	
The Patient-Oriented Prostate Utility Scale: PORPUS Cáncer	Cáncer	Canadá	Inglés	2000	
The Fatigue Severity Scale: FSS	Hepatitis C	EUA	Inglés	2000	
The Medical Outcomes Study (MOS) Short Form Health Survey: MOS-HIV	VIH-SIDA	EUA	Inglés	1992	
The Self Report HIV- Specific Quality of Life HOPES	VIH-SIDA	EUA	Inglés	1996	
The HIV- QL31	VIH-SIDA	EUA	Inglés	1997	
The Mc Gill Quality of Life Questionnaire for HIV: MOQL-HIV HIV-	VIH-SIDA	EUA	Español	1999	
The Medical Outcomes Study HIV Health Survey:MOS – HIV	SIDA	EUA	Inglés	1999	
The HIV- AIDS-Targeted Quality of Life: HAT-QoL	VIH-SIDA	EUA	Inglés	1999	
The Multidimensional Index of Quality of Life: MIQL	VIH-SIDA	EUA	Inglés	1999	
The Medical Outcomes Study HIV Health Survey: (MOS-HIV-30)	VIH-SIDA	Canadá	Inglés	2000	
The Severity Classification System for ADIS: SCSAH	VIH-SIDA	EUA	Inglés	2000	

Fuente: elaboración propia

- c) Escalas para valorar la calidad de vida para enfermedades específicas en niños y adolescentes

Tabla 27

Instrumentos de CV para enfermedades específicas en niños/adolescentes

Calidad de vida y enfermedades niños/adolescentes						
Instrumento	Población	Enfermedad	Lugar	Idioma	Año	
Calidad de Vida del Niño con Epilepsia: test CAVE	Niños	Epilepsia	España	Español	1997	
The Quality of Life in Epilepsy Inventory for Adolescents:QOLIE-AD-48	Adolescentes	Epilepsia	EUA	Inglés	1999	
The quality of Life in Newly Diagnosed Epilepsy Instrument: NEWQOL	Niños/adolescentes	Epilepsia	Reino Unido	Inglés	2000	
The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Child Form)	Niños/adolescentes	Epilepsia	EUA	Inglés	2000	

Calidad de vida y enfermedades niños/adolescentes					
Instrumento	Población	Enfermedad	Lugar	Idioma	Año
The Quality of Life in Pediatric Epilepsy Scale (Parent Form)	Niños/adolescentes	Epilepsia	EUA	Inglés	2000
The Quality of Life in Childhood Epilepsy Questionnaire: QOLCE	Niños/adolescentes	Epilepsia	Australia	Inglés	2000
The Oral Health-Related Quality of Life	Niños/adolescentes	Salud Oral	Nueva Zelandia	Lengua nativa	2000
The Sinus Symptom Questionnaire: SSQ	Niños	Sunisitis	EUA	Inglés	1999
The Canadian Acute Respiratory Illness and Flu Scale: CARIFS respiratoria aguda	Niños	Infección respiratoria	Canadá	Inglés	2000
The Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire: PAQLQ	Niños	Asma	EUA	Inglés	1996
The Modified and Shortend Version on the Living with Asthma Questionnaire: MS-LWAQ	Niños	Asma	Canadá	Inglés	1999
The Caregiver Quality of Life-Questionarie: PACQLQ	Niños	Asma	Canadá	Inglés	2000
The Juvenile Arthritis Functional Status Index: JASI	Niños/adolescentes	Artritis	Canadá	Inglés	1996
The Juvenile Arthritis Quality of Life	Niños/adolescentes	Artritis reumatoide	EUA	Inglés	1997
The Chilhood Arthritis Health Profile: CHAP Niños	Niños	Enfermedad reumática	EUA	Inglés	1999
Escala de Actividades del Niño con Leucemia	Niños/adolescentes	Cáncer	México	Español	1996
The Pediatric Oncology Quality of Life Scale: POQOLS	Niños	Cáncer	EUA	Inglés	1996
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL Niños Cáncer EUA Inglés 1998 146	Niños	Cáncer	EUA	Inglés	1998
The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory: PCQL-32.	Niños	Cáncer	EUA	Inglés	1999

Fuente: elaboración propia

5.2 Escalas de calidad de vida más utilizadas

A lo largo del apartado anterior se ha comprobado que hay múltiples instrumentos de calidad de vida que se han desarrollado a lo largo de los años en todo en el mundo. Si bien es necesario, desarrollar de una manera más específica alguna de las escalas de valoración que sean las más utilizadas en el día a día de la investigación.

5.2.1. WHOQOL-BREF

La OMS diseñó el *World Health Organization Quality of Life*, versión breve (WHOQOL-BREF, siglas en inglés) como medida genérica de calidad de vida; esta es la que mejor se ajusta a los criterios desarrollados por Higginson y Carr 2001; World Health Organization –WHO-, 1996), presenta excelente estructura conceptual y operativa, desarrollo psicométrico, confiabilidad, y adaptación cultural y de lenguaje (Cardona-Arias e Higueta, 2014, p.1)

Es una escala simplificada de la WHOQOL-100. Esta última escala 24 facetas organizadas en 6 dominios: nivel físico, psicológico, independencia, relaciones sociales, medio ambiente y espiritualidad/religión/creencias personales. Cada parte contiene cuatro ítems (Yao, Chung, Yu y Wang, 2002). Al ser un cuestionario largo, la OMS decidió realizar una versión breve que es la que aquí nos incumbe.

La WHOQOL-BREF está compuesta por 26 preguntas (Skevington, Lotfy y O'Connell, 2004), las cuales se dividen de la siguiente manera: una inquiriere sobre la calidad de vida en general, una sobre satisfacción con la salud y los 24 restantes se agrupan en cuatro dominios de calidad de vida siendo estos, salud física (7 preguntas), salud psicológica (6 preguntas), relaciones sociales (3 preguntas) y ambiente (8 preguntas). La forma de ejecutarla es que cada encuestado responda a cada faceta en categorías cuyas puntuaciones oscila entre 1 y 5 puntos (Escala Likert). Las puntuaciones de los dominios luego son convertidas según una tabla de corrección de puntuaciones debido a la desigualdad en el número de ítems, teniendo la posibilidad de convertirse en un

rango de 0 a 100 o de 4 a 20 (Urzúa y Caqueo-Urizar, 2013, p.1548). En la siguiente tabla se resumen los contenidos de la escala.

Tabla 28
Características de la escala WHOQOL-BREF

Dominio	Nº de preguntas	Tema de las preguntas	Preguntas independientes	Puntuación
Salud Física	7	Actividades de la vida diaria Dependencia a medicamentos Energía y fatiga Movilidad Enfermedad y disconfort Sueño y descanso Capacidad de trabajo	Calidad de vida general	Rango de 0 a 100
Psicológica	6	Imagen corporal y apariencia Sentimientos negativos Sentimientos positivos Autoestima Espiritualidad, religión, creencias personales Pensamientos, aprendizaje, memoria y concentración		
Relaciones sociales	3	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual		
Ambiente	8	Recursos financieros Libertad, seguridad física y seguridad Salud y cuidados sociales: accesibilidad y calidad Ambiente en el hogar Oportunidades para adquirir nuevos conocimientos y habilidades Participación y oportunidades para recreación/actividades de ocio Medio ambiente(contaminación, ruido, tráfico, clima) Transporte	Satisfacción con la salud	

Fuente: escala WHOQOL-BREF
Elaboración propia

5.2.2. SF-36

El SF-36, es uno de los instrumentos que se utilizan para medirla *Calidad de Vida relacionada con la Salud* y es aplicable tanto a la población general como a pacientes que padecen una patología determinada. Desarrollada a principios de los noventa, en Estados Unidos, para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS) (Ware y Sherbourne, 1992). Sus

buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos (Garratt, Schmidt, Mackintosh y Fitzpatrick, 2002), y la multitud de estudios realizados que permiten la comparación de resultados, la convierten en uno de los instrumentos con mayor potencial en este campo; por lo que Vilagut et al (2005), decidieron hacer una revisión de todos los componentes de la escala en español.

El Cuestionario de Salud SF-36 está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud. Dichas escalas son: Función física, Rol físico, Dolor Corporal, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud Mental. Adicionalmente incluye un ítem independiente sobre el cambio de salud general con respecto un año, pero que en realidad no se utiliza. Puede ser auto administrado o se puede realizar a través de una entrevista telefónica. En cuanto a la puntuación, tras obtener puntuaciones crudas hay que hacer una transformación para obtener puntuaciones en una escala de 0 a 100; en donde 0(es el peor estado de salud) y 100 (el mejor estado de salud) (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Lugo, García y Gómez, 2006; Vilagult et al., 2005).

En la tabla 29 se resumen las características de la escala SF-36; se adjunta la escala completa dado que es un instrumento que forma parte de la investigación aquí presentada.

Tabla 29
Contenido y significado de la escala SF-36

Dimensión	Nº de ítems	Mejor puntuación (100)	Peor puntuación (0)
Función física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas	Lleva a cabo todo tipo de actividades incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a la salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente limitante	Ningún dolor ni limitaciones a él
Salud General	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función Social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia

Dimensión	Nº de ítems	Mejor puntuación (100)	Peor puntuación (0)
		normales, debido a problemas físicos o emocionales	debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimientos de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Ítem independiente de salud general	1	Cree que su salud es mucho peor ahora que hace 1 año	Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace 1 año

Fuente: Escala SF 36

Elaboración propia

Son numerosos los estudios que con esta escala se han realizado, Vilagut et al. (2005) realiza un profundo análisis bibliográfico respecto a este tema y que recogemos en la tabla 30.

Tabla 30.
Características de los estudios evaluados que incluyen el SF-36 español

Referencia	Muestra	n	Tipo estudio	de Mujeres (%)	Edades	Media de edad	Información descriptiva	fiabilidad	Validez	Sensibilidad al cambio
Alonso et al, 1998	Población general española	9.151	Transversal	51,8%	≥18	45,2	X	X	X	
Ware et al, 1998										
Keller et al, 1998										
Ayuso-Mateos et al, 1999	Población general de Santander	1.250	Transversal	50,2%	18-64	ND	X	X	X	
López-García et al, 2003	Población general española ≥60 años	3.949	Transversal	56,4%	≥60	ND	X	X		
Alonso et al, 1995	Pacientes con enfermedad coronaria estable	46	Transversal	ND	-	ND		X		
Failde et al, 2000	Pacientes con posible cardiopatía isquémica	185	Transversal	28,1%	-	60,2	X	X	X	
Permanyer et al, 2001	Pacientes después de una intervención de derivación aortocoronaria	710	Longitudinal	14,6%	<81	63			X	X
Permanyer et al, 2001	Pacientes tratados con angioplastia coronaria con balón o stent	397	Longitudinal	28,6%	-	63				X
Alonso et al, 1998	Pacientes con EPOC, varones	321	Transversal	0%	-	64,9	X	X	X	
Domingo-Salvany et al, 2002	Seguimiento de pacientes con EPOC	312	Seguimiento	0%	-	65			X	
Espinosa de los Monteros et al., 2002	Pacientes con asma	219	Transversal	65,2%	>14	46	X	X	X	
García Ordóñez et al, 2001	Paciente con VIH en todas las fases de la enfermedad	30	transversal	23,7%	-	32,9		X		
Salinas Sánchez et al., 2002	Pacientes con HBP en lista de espera de cirugía	181	Longitudinal	0%	-	68,8				X
Nuffal et al., 2002	Pacientes con cifoscoliosis	62	Longitudinal	43,5%	-	51,1				X

Referencia	Muestra	n	Tipo estudio	de Mujeres (%)	Edades	Media de edad	Información descriptiva	fiabilidad	Validez	Sensibilidad al cambio
	enfermedad neuromuscular iniciando tratamiento de ventilación domiciliaria no invasiva									
Gómez-Besteiro et al., 2004	Pacientes en lista de espera de trasplante de riñón o trasplantados en 1997	285	Transversal	36,5	-	47	X	X	X	
López Revuelta, 2004	Pacientes en diálisis renal crónica(julio de 1996 hasta octubre de 1998)	318	Cohorte	39,65	-	60,2			X	

Fuente: Vilagut et al (2005)
Elaboración propia

5.2.3. SEIQoL-DW

La SEIQoL-DW es la abreviatura para *Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Direct Weight*. Se encuentra dentro de los 10 instrumentos de la OMS para evaluar la calidad de vida. Creada en los años 60 para mejorar la comunicación entre los/as pacientes y los/as médicos. Aplicado en muchas intervenciones médicas y se ha desarrollado como instrumento para analizar la calidad de vida, llamado Proyecto SEIQoL (Moons, Marquer, Budts y De Geest, 2004).

El SEIQoL-DW se administra en forma entrevista semiestructurada pudiendo ser usado en diseños intra-sujeto o entre-sujeto (Fernández-Mayoralas, Frades-Payo, Martínez-Martín y Joap, 2011) y permite obtener respuestas espontáneas de los individuos mediante tres pasos que explican Rojo-Pérez y Fernández-Mayoralas (2011)

Paso 1: se obtiene los 5 aspectos más importantes de la vida del entrevistado, evitando influir en las respuestas. El significado de cada aspecto que mencione el entrevistado ha de estar documentado en un formulario de registro de definiciones de las dimensiones. A partir de bibliografías se elaboró una guía de dimensiones y subdimensiones clasificadas en 12 epígrafes (salud, situación laboral, situación económica, calidad del medio ambiente, entorno residencias, ocio y cultura, relaciones sociales relaciones familiares, apoyo social, estado emocional, espiritualidad, calores sociales).

Paso 2: se realiza una valoración del entrevistado sobre el estado en que se encuentra cada una de las áreas que ha mencionado. En este momento se utiliza un formulario de registro de niveles de muestra de las dimensiones, con una escala estándar desde “lo peor posible” hasta “lo mejor posible”, pasando por niveles intermedios de valoración. Esta escala, de 0 a 100, debe utilizarse en cada una de las dimensiones.

Paso 3: procedimiento de ponderación directa, para lo que se aplica un disco con 5 sectores graduados de 0 a 100 que el entrevistado puede mover y utiliza para ponderar directamente la importancia de cada una de

las 5 áreas de vida que ha nombrado en relación con todas las demás (pp.86-87)

Finalmente, y se calcula un índice global de calidad de vida, denominado índice SEIQoL.

$$\text{Índice SEIQoL} = \sum (\text{nivel de cada dimensión} * \text{peso de cada dimensión})$$

5.2.4. Escala FUMAT

La escala FUMAT se creó para medir la calidad de vida de las personas mayores y permite varias cosas: primero obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de las personas y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; segundo, con el mismo instrumento valorar todos los servicios proporcionados; y, tercero, obtener datos de todos ellos en relación con las dimensiones de la calidad de vida (Verdugo, Gómez y Arias, 2009, p.25). Se construyó para aplicarla específicamente en la población de personas mayores e individuos con discapacidad física grave. Las dimensiones de calidad de vida estudiadas ya fueron expuestas anteriormente en el apartado 3 de este capítulo.

5.2.5. Escala de calidad de vida de Schalock y Keith

Basada en el concepto de calidad de vida con aspectos objetivos y subjetivos. Diseñada para aplicar en personas con y sin discapacidad que desarrollan una actividad laboral permitiendo evaluar la calidad de vida percibida.

Es una escala administrada verbalmente, a través de una entrevista personal, en unos 20-30 minutos. Se le puede realizar al individuo, o en caso de que éste se encuentre en un estado de incapacidad, podrá responder una persona que lo conozca en profundidad. Consta de 40 preguntas con 3 opciones de respuesta, de las cuales el individuo/a debe elegir una. Cada pregunta se puntúa de 1 a 3 puntos. Las preguntas se agrupan en 4 dimensiones (satisfacción, competencia-productividad, autodeterminación-independencia, pertenencia social-integración en la comunidad).la puntuación total de la escala se obtiene sumando la

puntuación de todas las preguntas, de todas las dimensiones (Crespo, Jenaro y Verdugo, 2006).

5.2.6. EuroQol-5D

Escala diseñada para medir la calidad de vida. Cuestionario auto administrado personalmente o por correo electrónico, aunque se aconseja que se haga presencial. Dirigido a dos grupos, uno a pacientes y otro, a población general. Medida genérica multidimensional de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y consta de tres partes (Kontodimopoulos, Pappa, Niakas, Yfantopoulos, Dimitrakaki y Tountas, 2008; Sach, Barton, Doherty, Muir, Jenkinson y Avery, 2007):

La primera, describe el estado de salud en 5 dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar, ansiedad/depresión) (Herdman, Gudex, Lloyd, Janssenm Kindm Parkin Bonsel y Badía, 2011). Cada dimensión tiene 3 preguntas, que definen 3 niveles de gravedad (“1” no tiene problemas de salud, “2” tiene algunos problemas de salud y “3” tiene muchos problemas de salud).

La segunda, el individuo puntúa su estado de salud a través de una escala visual analógica milimetrada o termómetro (EVA) de 20 mm que va de: “0” peor estado de salud a “100” mejor estado de salud imaginable. La información se puede utilizar para dos cosas. Por una parte, la información descriptiva para indicar el nivel de problemas de un individuo, expresándose en un dato numérico; y por otra parte, el valor que se asigna al EVA se usa como indicador cuantitativo del estado general de un individuo o grupos de individuos.

La tercera, se pueden obtener valores individuales de preferencia definidos por el sistema descriptivo del EUROQoL. El individuo puntúa 14 estados de salud en una escala igual a la de la segunda parte, en la que se añade; el mejor estado (11111), el peor (33333) y el estado inconsciente.

Resumen


En este capítulo se ha puesto de manifiesto la problemática mundial relativa al aumento progresivo de la población con edades superiores a 60 años, lo que supondrá en una década la existencia de 1300 millones de personas en un rango de edad superior a ésta. Se ha analizado el índice Global de envejecimiento en el que España ocupa en lugar 25, poniendo de relieve que aquellos países que han invertido en el envejecimiento poblacional alcanzarán mejores puestos creando un entorno propicio para todas las edades. Serán los países que invierten en lograr una mayor calidad de vida de las personas mayores las ofrecerán una oportunidad para construir un mundo y futuro mejor para éstas. Posteriormente se ha abordado el concepto de calidad de vida y se ha optado por una visión relacionada con la salud (CVRS) y se ha evidenciado la dificultad de definir el término, optando finalmente por la definición que realiza la OMS que incluye implícitamente la definición de salud. Esta dificultad también se ha evidenciado a la hora de determinar las dimensiones que la componen evidenciando como la satisfacción de las personas medida a través de factores objetivos y subjetivos ha cobrado un enorme peso que se evidencia en los modelos desarrollados posteriormente, donde hemos optado por una revisión centrada en una perspectiva multidimensional y que relaciona la vejez con la salud. Finalmente hemos realizado un análisis de las escalas de valoración de la calidad de vida y hemos comprobado la multitud de instrumentos existentes para valorarla y cuantificarla. Hemos revisado las escalas para adultos, adolescentes y niños y, por otro lado, en instrumentos de medición general o aquellos enfocados a medir la calidad de vida relacionada con una enfermedad en particular, siendo las más utilizadas y desarrolladas las siguientes: WHOQOL-BREF, SF-36, SEIQoL-DW, Escala FUMAT, Escala de calidad de vida de Sherlock y Keith y EuroQol-5D.



MARCO EMPÍRICO

Capítulo 5.

Marco Metodológico de la
Investigación



Capítulo 5. Marco Metodológico de la Investigación

Introducción

El envejecimiento se ve afectado, en numerosas ocasiones por determinadas patologías que afectan a la calidad de vida de las personas mayores entre las que se encuentra la Vejiga Hiperactiva que tiene una mayor incidencia sobre las mujeres. Asociado pueden estar otros trastornos como la ansiedad, depresión, trastornos del sueño y la sexualidad. En esta línea, nuestro propósito general es analizar en qué manera un tratamiento orientado puede mejorar la Vejiga Hiperactiva y, por ende, mejorar las variables descritas asociadas. Para dar respuesta a este objetivo se parte de un estudio de tipo descriptivo, correlacional y expos-facto a partir de un diseño con medidas pre y post de series interrumpidas con tratamiento, pues vamos a analizar el efecto que tienen sobre las personas un tratamiento cognitivo-conductual diseñado para tal fin. Se ha utilizado un muestreo intencional y por cuotas, pues nos centraremos solamente en las mujeres de una muestra cribada de 280 sujetos. Se utilizarán como instrumentos de recogida de datos la entrevista vía telefónica como técnica para describir posteriormente la muestra y la utilización de tres escalas para recoger información sobre las variables a analizar. Para favorecer la aplicación del tratamiento se realizaron 4 grupos de personas y se realizaron tres medidas de seguimiento pos tratamiento.

1. Planteamiento de la investigación

Como se ha podido observar a lo largo de la parte teórica de este trabajo, el envejecimiento de la población lleva asociada múltiples problemas. Éstos, en ocasiones provocan la alteración de todas las esferas que componen a una persona con consecuencias nefastas para ellas.

Una de estas patologías, como se ha visto, es la vejiga hiperactiva. Enfermedad poco tratada y que a menudo no se le considera importante por achacarlo a problemas de la edad cuando se ha visto que se podía corregir y que afecta a la calidad de vida de las personas.

En el envejecimiento no tiene por qué verse afectada la calidad de vida, sobre todo en mujeres aquejadas por la patología nombrada anteriormente, ya que son las que presentan una mayor prevalencia. La calidad de vida se ve perjudicada, como ya hemos visto, por múltiples factores, entre ellos elementos psicológicos como la ansiedad y la depresión. A su vez, que estos tres elementos se relacionen, implica que otras esferas se vean comprometidas, entre ellas: la sexualidad o el sueño. La relación material entre los diversos componentes provoca el término de calidad de vida adquiera una importancia real.

La vejiga hiperactiva y sus consecuencias se pueden solucionar en muchas ocasiones sin necesidad de métodos farmacológicos o invasivos. Por esta razón, es importante detectar a tiempo los síntomas de la vejiga hiperactiva. De esta manera se podrá evitar complicaciones a corto y a largo plazo, en especial en el ámbito bio-psico-social.

La investigación se ha realizado con el interés de mejorar y, en ocasiones, tratar los síntomas de vejiga hiperactiva, y de esta manera mejorar la calidad de vida de las mujeres aquejadas y mejorar todos los aspectos que de éstos se derivan (ansiedad, depresión, afectación del sueño y sexualidad).

1.1. Antecedentes. Investigaciones previas

La vejiga hiperactiva es un tema que se podría considerar de investigación reciente como se ha dicho en el capítulo 3, dado que siempre se ha confundido con la incontinencia urinaria. Esta patología se comenzó a estudiar desde la década de los 90 del siglo pasado hasta la actualidad.

Los inicios de los estudios se basan en el análisis del detrusor; así siguiendo esta línea, los términos de “inestabilidad de la vejiga o del detrusor” e “hiperreflexia del detrusor” se presentaron por primera vez hace 30 años. Su introducción se asoció con la siguiente historia: en esa época el mundo de habla inglesa había adoptado el término de Patrick Bates *vejiga inestable* para describir las contracciones involuntarias del detrusor observadas durante los estudios urodinámicos cuando la vejiga se llenaba. Al mismo tiempo, los otros protagonistas e innovadores en el campo de la urodinámica, los escandinavos, empleaban el término de *hiperreflexia del detrusor*. Pero, ¿cómo se resolvió esta encrucijada? La respuesta vino dada de la mano del comité de estándares de la *International Continence Society*, bajo la coordinación de su primer director Tage Hald; con lo que resolvió la denominación de *hiperactividad del detrusor*.

En 1996, se les solicitó a Wein y Abrams que organizaran una conferencia de consenso sobre la *vejiga inestable* (Abrams y Wein, 1997). Estos autores no estaban de acuerdo con el título propuesto porque según la *International Continence Society* (Sociedad Internacional de Continencia) esta designación impediría analizar la hiperactividad del detrusor, cuya generación se debía a causas neurológicas (Abrams y Drake, 2008).

Uno de los primeros documentos dedicados íntegramente al diagnóstico y tratamiento de la vejiga hiperactiva en el mundo fue el publicado en 2008 en México (Velázquez, Solano, López y Rodríguez, 2009). En 2012, la *American Urological Association* (Asociación Americana de Urología), publicó una guía con el mismo tema (Gormley, 2018). En España, hasta el año 2015, no existía ningún documento que recogiera información de este tipo y que resultara útil a los profesionales de la salud en su práctica clínica diaria. En ese año, la *Asociación Española de Urología*, decidió realizar una guía que recogiera los aspectos de diagnóstico y tratamiento de los pacientes, tanto mujeres como hombres, con

dicha patología. En su elaboración se tuvo en cuenta las recomendaciones existentes hasta la fecha, así como la evidencia científica que había (Adot et al., 2018).

La investigación más reciente acerca de este tema en España es el *Libro Blanco de Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España* y data de año 2017. En esta investigación se recogen los aspectos tanto médicos como económicos de la incontinencia urinaria y de la vejiga hiperactiva; dado que sus autores defienden que son patologías con una alta prevalencia y un gran impacto en la economía, así como en la calidad de vida de las personas afectadas (Baena González et al., 2017).

Aparte de todos los estudios nombrados anteriormente, se ha realizado una búsqueda acerca de las Tesis Doctorales que se han hecho abarcando la vejiga hiperactiva como tema principal; así en la base de datos TESEO (tesis doctorales defendidas en las Universidades Españolas desde 1976), solamente existen cuatro que hubieran englobado dicha temática y cuyos títulos son los siguientes (Ministerio de Educacion, Cultura y Deporte, 2018):

- Efectos de la estimulación transcutánea del nervio tibial posterior en comparación a la estimulación percutánea en el síndrome de vejiga hiperactiva idiopática: ensayo clínico aleatorizado.
- Estudio epidemiológico transversal poblacional sobre prevalencia de vejiga hiperactiva en la mujer postmenopáusica. Factores asociados y calidad de vida.
- Evaluación de vejiga hiperactiva idiopática y neurogénica en España.
- Rendimiento diagnóstico y estudio de concordancia de historia clínica, diario miccional y estudio urodinámico en mujeres con vejiga hiperactiva. Las fechas de dichas Tesis son del 2017, 2016, 2015 y 2010 respectivamente con cada título anterior.

Como se puede observar, abarcando todos los años de estos estudios que se acaban de citar, la vejiga hiperactiva, si bien se ha estudiado, poca son los estudios que se han desarrollado en nuestro país.

1.2 Preguntas de investigación

Actualmente una de las dificultades que nos encontramos al estudiar esta temática es la escasez de estudios realizados, por lo que las referencias específicas al tema elegido no son muy numerosas. Sin embargo, por todo lo expuesto hasta ahora se puede considerar un tema de interés.

Una de las funciones de todo investigador/a es solucionar los problemas que se plantea, normalmente en formato de preguntas iniciales que intenta resolver. En nuestro caso, se ha considerado esencial conocer cómo el bienestar personal, medido a través de la vejiga hiperactiva, puede estar relacionado con otras variables que afectan a la calidad de vida de las personas. Así pues, partiendo de lo anteriormente expuesto, consideramos que la importancia de este trabajo residirá en su capacidad para permitirnos responder a una serie de preguntas relevantes por su potencialidad científica y práctica en relación a la influencia y relación que variables como la Ansiedad y Depresión, Calidad de Vida, Sexualidad y Sueño puedan tener con la Vejiga Hiperactiva. Las preguntas de investigación quedan recogidas en la tabla 31.

Tabla 31
Preguntas de investigación

Punto de atención	Preguntas de investigación
Vejiga hiperactiva	¿En qué medida la aplicación de un tratamiento no farmacológico como el cognitivo-conductual puede ayudar a mejorar el bienestar de las mujeres con vejiga hiperactiva?
Edad y peso	¿en qué medida variable propias del desarrollo de las personas como el peso y la edad influyen en la VH?
Ansiedad y Depresión	¿La vejiga hiperactiva puede ocasionar ansiedad y depresión? ¿Está relacionada la vejiga hiperactiva con la ansiedad y la depresión? ¿El tratamiento cognitivo-conductual en mujeres con vejiga hiperactiva puede ayudar a la mejora de la ansiedad y depresión?
Sueño	¿Se relaciona la vejiga hiperactiva con problemas de sueño como el insomnio, hiperinsomnio o Satisfacción Subjetiva del Sueño? ¿Si mejora la VH, mejora el insomnio, hiperinsomnio y la Satisfacción subjetiva del sueño?
Sexualidad	¿Puede verse afectada la sexualidad por la vejiga hiperactiva?
Calidad de Vida	¿Afecta la vejiga hiperactiva a la calidad de vida de las mujeres? ¿Afecta la Vejiga Hiperactiva de manera igual o diferente en cada uno de los dominios de la calidad de vida? ¿Existe una relación entre calidad de vida y Vejiga Hiperactiva? ¿Mejoran los dominios de la calidad de vida en mujeres con VH tras la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual?

Por lo expuesto en las preguntas de investigación que presentamos en este estudio sobre la vejiga hiperactiva y su influencia en las personas mayores, justificamos la necesidad de abordarlas desde una doble óptica. Un enfoque objetivo, determinado por la valoración de las escalas, lo que nos permite operativizar ciertas variables y, otra, un enfoque más subjetivo, que nos permite conocer y acercarnos más a las personas con las que vamos a trabajar y conocer cuáles son sus percepciones, sentimientos y contexto en el que desarrollan su actividad.

2. Objetivo general y objetivos específicos

Las cuestiones aquí planteadas, tienen como principal consecuencia la identificación de la finalidad y de los objetivos de nuestra investigación. Dichos objetivos serán abordados en las siguientes páginas de nuestro trabajo. En esta línea, nuestro propósito general es analizar en qué manera un tratamiento de corte cognitivo-conductual orientado puede mejorar la vejiga hiperactiva y por tanto la calidad de vida de las personas mayores mujeres.

Paralelamente queremos abordar esta temática incrementando la funcionalidad de una formación específica aplicable a la vejiga hiperactiva tratando de reforzar la mejora de la calidad de vida de las personas aquejadas de dicha patología y, analizar cómo otras variables, pueden afectarla.

Se pretende que, tras diferentes sesiones de tratamiento las personas se recuperen de su problema, o en su defecto, mejoren los síntomas que presentan, obteniéndose de esta manera una mejora en sus respectivas esferas bio-psicosociales.

Como se ha visto, la vejiga hiperactiva afecta a las diferentes áreas de la calidad de vida de las mujeres y, concretamente, a variables como son la ansiedad, la depresión, el sueño y las relaciones sexuales; por lo que es importante abarcar dichos temas (Figura 4).

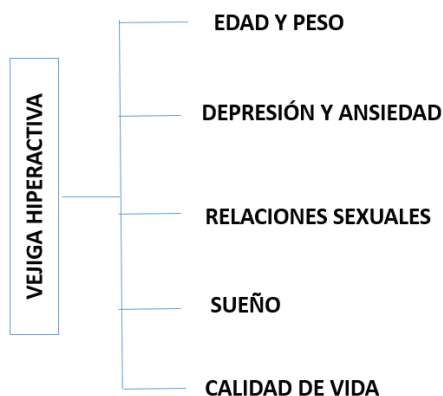


Figura 4: Elementos principales en la determinación de los objetivos

Nota: Elaboración propia

Así, analizaremos primeramente el comportamiento de cada una de las variables medidas en función de rasgos de identificación como el peso, (medido a través del IMC), la edad; estableceremos posteriormente las relaciones que puedan existir entre ellas y, por último, aplicaremos un tratamiento para la mejora de la vejiga hiperactiva a fin de comprobar mediante un estudio de series repetidas interrumpidas por el tratamiento, si se producen variaciones en las demás variables analizadas, mediante medidas pre-post test.

De este marco general, se concretan los objetivos específicos e hipótesis que se concretan a continuación:

- **Objetivo 1.** Diseñar y aplicar un tratamiento cognitivo conductual para tratar la vejiga hiperactiva en mujeres que la padecen.
- **Objetivo 2.** Evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en las mujeres que padecen VH.
- **Objetivo 3.** Comprobar si existe relación entre la VH y variables propias del desarrollo de las personas como la edad y el peso
- **Objetivo 4.** Analizar si existe relación entre la VH y la depresión y la ansiedad.
- **Objetivo 5.** Comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en el nivel de ansiedad y en los síntomas de depresión de las mujeres con VH.

- **Objetivo 6.** Comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se ven afectadas por esta patología.
- **Objetivo 7.** Comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en las relaciones sexuales que mantienen las mujeres con VH/ Comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se modifican/mejoran tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual diseñado.
- **Objetivo 8.** Comprobar si la presencia de problemas del sueño se asocia con los problemas que provoca la vejiga hiperactiva/Analizar si existe relación entre los problemas de sueño y padecer VH.
- **Objetivo 9.** Comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios/mejoras/reducción de en los problemas de sueño de las mujeres con VH.
- **Objetivo 10.** Evaluar/analizar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en la calidad de vida de mujeres que padecen VH.
- **Objetivo 11.** Analizar los dominios de calidad de vida de mujeres con VH y comprobar si estos mejoran a medida que se aplica el tratamiento cognitivo conductual diseñado.

En base a estos objetivos establecemos las siguientes hipótesis y subhipótesis que recogemos en la tabla 32:

Tabla 32

Objetivos, hipótesis, y subhipótesis

Preguntas de la investigación	Objetivos	Hipótesis	Subhipótesis
¿En qué medida la aplicación de un tratamiento no farmacológico como el cognitivo-conductual puede ayudar a mejorar el bienestar de las mujeres con vejiga hiperactiva?	<ol style="list-style-type: none"> Diseñar y aplicar un tratamiento cognitivo conductual para tratar la vejiga hiperactiva en mujeres que la padecen. Evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en mujeres que padecen VH. 	<ol style="list-style-type: none"> La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para tratar la vejiga hiperactiva en mujeres que padecen esta patología 	<ol style="list-style-type: none"> Existen diferencias significativas en la puntuación post-test de la VH en el Grupo Experimental frente al grupo control. <ol style="list-style-type: none"> Existen diferencias significativas en el Grupo Experimental entre las medidas pre test y las posteriores, por efecto de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual.
¿en qué medida variable propias del desarrollo de las personas como el peso y la edad influyen en la VH?	<ol style="list-style-type: none"> Comprobar si existe relación entre la VH y variables propias del desarrollo como la edad y el peso. 	<ol style="list-style-type: none"> La edad no se relaciona significativamente con la presencia en mujeres de VH 	<ol style="list-style-type: none"> En la medida pretest no hay diferencias significativas entre los grupos de edad y padecer VH. En la medida posttest no hay diferencias significativas entre los grupos de edad y padecer VH.
¿La vejiga hiperactiva puede ocasionar ansiedad y depresión? ¿Está relacionada la vejiga hiperactiva con la ansiedad y la depresión?	<ol style="list-style-type: none"> Analizar si existe relación entre la VH y la depresión y la ansiedad 	<ol style="list-style-type: none"> El IMC no se relaciona significativamente con la presencia en mujeres de VH 	<ol style="list-style-type: none"> En la medida pretest, existen diferencias significativas en función del IMC y padecer VH Una vez realizado el tratamiento, no hay diferencias significativas en función del IMC y padecer VH.
¿El tratamiento cognitivo-conductual en mujeres con vejiga hiperactiva puede ayudar a la mejora de la ansiedad y depresión?	<ol style="list-style-type: none"> Comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual produce cambios en el nivel de ansiedad y en los síntomas de depresión de las mujeres con VH. 	<ol style="list-style-type: none"> Las mujeres que tienen VH presentan elevado nivel de ansiedad. 	<ol style="list-style-type: none"> En el grupo experimental hay diferencias significativas entre las medidas pretest y posttest A medida que se avanza en las sesiones de tratamiento, en el grupo experimental, disminuye la ansiedad En el grupo control, no hay diferencias significativas entre las medidas pretest-posttest. Cuando se reducen las puntuaciones de VH, se reducen los niveles de ansiedad.
		<ol style="list-style-type: none"> La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para disminuir los síntomas de la ansiedad en mujeres con VH 	<ol style="list-style-type: none"> El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para paliar la ansiedad.

Capítulo 5. Marco metodológico de la investigación

Preguntas de la investigación	Objetivos	Hipótesis	Subhipótesis
		6. Existe una relación significativa entre la depresión y la presencia en mujeres de VH.	6.1. En el grupo experimental hay diferencias significativas entre las medidas. 6.2. En el grupo control no hay diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pretest y posttest.
		7. La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para disminuir los síntomas de la depresión en mujeres con VH	7.1. El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para paliar la depresión.
¿Puede verse afectada la sexualidad por la vejiga hiperactiva?	6. Comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se ven afectadas por la presencia de esta enfermedad/patología.	8. Existe relación entre VH y las relaciones sexuales que se mantienen.	8.1. No existen relaciones estadísticamente significativas en el grupo experimental de las medidas pretest y todas las demás 8.2. No existe correlación estadísticamente significativa entre la VH y FSFI.
	7. Comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se mejoran tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual diseñado	9. La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para mejorar la relaciones sexuales en mujeres con VH	9.1. El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo en relación al cambio en las relaciones sexuales en mujeres con VH
¿Se relaciona la vejiga hiperactiva con problemas de sueño como el insomnio, hiperinsomnio o Satisfacción Subjetiva del Sueño?	8. Analizar si existe relación entre los problemas de sueño y padecer VH.	10. Existe una relación significativa entre el insomnio el hiperinsomnio y la satisfacción subjetiva del sueño en mujeres de VH.	10.1. En las primeras medidas, no hay diferencias estadísticamente significativas entre el insomnio, el hiperinsomnio y la satisfacción subjetiva del sueño en mujeres de VH 10.2. A partir de la tercera medida, hay diferencias estadísticamente significativas.
¿Si mejora la VH, mejora el insomnio, hiperinsomnio y la Satisfacción subjetiva del sueño?	9. Comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en los problemas de sueño de las mujeres con VH.	11. La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para mejorar el insomnio, el hiperinsomnio y la satisfacción subjetiva del sueño en mujeres con VH.	11.1. El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo para mejorar las dimensiones del sueño
¿Afecta la vejiga hiperactiva a la calidad de vida de las mujeres?	10. Analizar los dominios de calidad de vida de mujeres con VH y comprobar si estos		

Preguntas de la investigación	Objetivos	Hipótesis	Subhipótesis
¿Afecta la Vejeza Hiperactiva de manera igual o diferente en cada uno de los dominios de la calidad de vida?	Mejoran a medida que se aplica el tratamiento cognitivo conductual diseñado.		12.1. Padecer VH influye en la función física de las mujeres. 12.2. Padecer VH influye en el rol físico de las mujeres 12.3. Padecer VH influye en el Dolor corporal. 12.4. Padecer VH influye en la salud general. 12.5. Padecer VH influye en la vitalidad 12.6. Padecer VH influye en la función social. 12.7. Padecer VH influye en el Rol emocional. 12.8. Padecer VH influye en la salud mental. 12.9. Padecer VH influye en la calidad de vida.
¿Existe una relación entre calidad de vida y Vejeza Hiperactiva?		12. Padecer VH influye en cada dominio de la calidad de vida de las mujeres.	
¿Mejoran los dominios de la calidad de vida en mujeres con VH tras la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual?	11. Evaluar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en la calidad de vida de mujeres que padecen VH.	13 La aplicación del tratamiento cognitivo-conductual es efectiva para mejorar cada dominio de la calidad de vida de las mujeres con VH.	13.1. El tratamiento cognitivo-conductual es efectivo a para mejorar los dominios de la calidad de vida

Fuente: elaboración propia

3. Método

3.1 Contexto de la investigación.

Esta investigación se realizará con estudiantes de la Universidad Sénior de A Coruña. Ésta concede desde el año 2001/2002, el título de Graduado/a Sénior por la Universidad de A Coruña, que constituye un reconocimiento a la dedicación y al esfuerzo realizado por el alumnado matriculado en dicho grado, a pesar de no estar vinculado a ninguna práctica laboral o profesión determinada.

Para poder acceder a la Universidad Sénior de A Coruña se deben de tener los siguientes requisitos:

- Edad igual o superior a 50 años, a fecha de 31 de diciembre del año de comienzo de curso.
- Situación laboral: no activo. Los alumnos deberán estar en la situación de jubilados/as, prejubilados/as o desempleados/as que no perciban ingresos como resultado de actividades laborales remuneradas. Deberán encontrarse en esta situación al comienzo de las actividades académicas.
- Requisitos académicos: saber leer y escribir (conocimientos básicos).

Los estudios, como programa de estudios universitarios, constan de un plan docente de cuatro años académicos, cuyos alumnos que los completen, conseguirán el Título de Graduado Senior por la Universidad de A Coruña.

Dichos estudios se estructuran de la siguiente manera:

- Cuatro cursos con una duración de 8 meses (octubre-junio).
- Total de 36 créditos (360 horas lectivas).
- La docencia es de 3-4 horas semanales, en función de las materias.

En cuanto a las características de las materias a cursar, nos encontramos con que cada año académico, el alumnado cursará 3 materias que se corresponden a un total de 9 créditos anuales, es decir, 90 horas.

Las materias que se cursarán cada año serán dos de carácter obligatorio y la tercera optativa. Éstas se pueden dividir en tres áreas temáticas: Humanidades y Ciencias Sociales, Ciencia y Tecnología, y Ciencias de la Salud. Aparte de dichas asignaturas, se podrá escoger uno o más talleres de entre los distintos ofertados, que tienen una periodicidad quincenal.

Es importante destacar que la Universidad Sénior está presente en dos campus: el de A Coruña (que consta de una disponibilidad de 120 plazas de acceso para el primer curso), y el de Ferrol (que consta de 65).

3.2 Diseño de la investigación

La investigación científica nos permite conocer y comprender los fenómenos sociales bajo la premisa de que se realiza como un proceso sistemático, flexible y objetivo. Numerosos autores describen este proceso como un conjunto de etapas o actividades racionales que nos permiten alcanzar el objetivo (Lakatos y Marconi, 2008).

La investigación se debe iniciar a partir del análisis de la realidad, de la definición de los objetivos y de los participantes (muestra) apoyado con una revisión bibliográfica y de los conceptos esenciales de la temática abordada en la parte teórica de este trabajo. Hemos de entender la metodología en palabras de Latorre, Del Rincon y Arnal (1996) como la forma en que aplicamos los métodos atendiendo a sus límites, a sus principios, a sus procedimientos y a las estrategias más adecuadas para el desarrollo de la investigación, así como la aplicación de técnicas e instrumentos posibles con el fin de promover un nuevo conocimiento.

Otros autores (Kerlinger, 1975; Hernández, Fernández y Baptista, 2003; Rosado, 2005) señalan que estas etapas relativas al diseño de la investigación, pueden concretarse en tres elementos clave: el plan, la estructura y la estrategia:

- La primera de ellas se refiere al esquema que debe seguir la investigación en sí misma y ya ha sido respondida con el planteamiento de fases

realizado por Buendía (1993), Latorre et al. (1996), Rasen (2005), Ríos de Deus (2008) (Figura 4).



Figura 4: Planteamiento de la investigación
Elaboración propia

- La segunda se refiere al esquema o paradigma de la operativización de variables, en este sentido, de todos es conocido en enfrentamiento paradigmático entre metodología cuantitativa y cualitativa, dentro de los enfoques de investigación en las Ciencias Sociales, como consecuencia de intentar entender, por un lado, a la persona como fruto de una suma de indicadores psicológicos, sociales,... y, por otro, por la necesidad de indagar en sus experiencias, en sus problemas, en el contexto en que esta persona desarrolla su proyecto de vida, en los niveles de satisfacción que experimenta ante la vida, respectivamente (Balboni et al., 2013; Morise et al., 2013; Schalock, Gardner y Bradley, 2007). El desafío entre ambas posturas no puede ser una limitación para cualquier estudio dada la necesidad de lograr una complementariedad metodológica; sin obviar la pertinencia de uno u otro método de acuerdo a los objetivos propuestos, es decir, a lo qué queremos investigar. Es, precisamente, en esta perspectiva global e integradora donde queremos desarrollar en nuestro estudio, desde una modalidad de investigación evaluativa que integre los

eventos vitales y experiencia de vida de la persona (componente subjetivo- cualitativa) con elementos cuantificables (componente objetivo- cuantitativo) lo que nos permitirá interactuar con las mujeres objeto de nuestro estudio y sobre su realidad en aras de la consecución de nuestros objetivos. Autores, entre otros, como Coimbra & Martins (2014), Günther, (2006), Serapioni (2000) abogan por esta complementariedad.

- La tercera abarca los métodos y diseño que deben usarse y que se referencia en este capítulo.

Nuestra investigación se enmarca como sigue: por lo que hace referencia al esquema y operativización de las variables, lo podemos encuadrar dentro de los diseños cuasi experimentales, dentro de la clasificación ya realizada en 1966 por Cambell y Stanley (investigación experimental –pre experimentos, experimentos “puros” y cuasi experimentos- y no experimental –diseños transversales y longitudinales-). La elección de este tipo de diseños obedece principalmente al enfoque de investigación por el que se ha optado (cuantitativo), las preguntas y objetivos e hipótesis planteadas, al alcance de nuestro estudio al tratarse de un estudio descriptivo y correlacional y *expost-facto*, pues vamos a analizar el efecto que sobre las personas va a tener la variable independiente (tratamiento).

Los diseños cuasi experimentales son estudios en los que los grupos de estudio no se han formado al azar (Briones, 2005) y en el que la igualación del grupo para el control de las variables extrañas se realiza por igualación de los grupos control con las características del experimental. En concreto, en nuestro trabajo dado el tipo de muestreo seguido, ni el grupo control ni el grupo experimental han sido elegidos al azar, pues se trata especialmente de grupos naturales obtenidos de las aulas de la escuela Senior de la UDC. Tenemos, por tanto, un *diseño de dos grupos no equivalentes*. Al primero, se le aplicará tratamiento y se volverá a medir la variable dependiente en repetidas ocasiones; concretamente, se realizarán cuatro medidas en el tiempo (la vejiga hiperactiva, así como el resto de variables que son la ansiedad y depresión, función sexual y sueño). De acuerdo a Bisquerra (1989), este tipo de diseños nos permite comparar la medida de la variable dependiente del grupo sometido a la influencia de la variable independiente (el tratamiento), con la medida obtenida por otro grupo que no ha recibido el tratamiento (variable independiente). Para Balluerka y Vergara (2002)

constituyen excelentes instrumentos para reducir la varianza de error y minimizar la varianza sistemática secundaria [...] una segunda ventaja radica en la menor cantidad de sujetos que se requieren para llevar a cabo el estudio (pp.241-242). Para este autor pueden darse una serie de inconvenientes como son el aprendizaje y la familiaridad que, para este estudio, nosotros consideramos como efectos positivos del tratamiento, pues perseguimos el aprendizaje de la intervención para obtener mejores resultados en la variable dependiente estudiada, efectos que han de producirse a medida que las personas realizan sus ejercicios. Por otro lado, señalan como efecto negativo, los efectos residuales del tratamiento, sin embargo, esto es precisamente lo que nosotros buscamos, que se mantengan en el tiempo los efectos del tratamiento. En definitiva, en nuestro estudio, tendremos una medida Pre test y cuatro medidas post test interrumpidas con tratamiento. Su representación esquemática responde al modelo que se refleja en la Tabla 33.

Tabla 33
Diseño de dos grupos no equivalentes

Grupos	Sujetos	Asign.ción	Pretest	Tratam.	Postest	Tratam.	Postest	Tratam.	Postest	Tratam.	Postest
E	n ₁	No azar	O ₀	X	O ₁	X	O ₂	X	O ₃	X	O ₄
C	n ₂	No azar	O ₀								O ₁

Nota: O₀ son mediciones de la variable dependiente antes del tratamiento; X tratamiento, y donde O₁, O₂, O₃ y O₄ son mediciones después de la aplicación del tratamiento. E es el grupo experimental. C: grupo control.

3.3. Procedimiento de recogida de la información

En este apartado daremos las pautas del procedimiento seguido para la selección de los sujetos con los que se hizo la investigación, partiendo de una muestra global a los que realmente iban a producir los datos para nuestro estudio.

3.3.1. Selección de la muestra

La población de la que partimos para realizar nuestro trabajo responde a Personas Mayores, estudiantes de la universidad Senior de la Universidad de A Coruña de los Campus de A Coruña y de Ferrol. Se trata de una población feminizada, en la que solamente el 17,1% de los participantes son hombres. Si bien hay que decir que para nuestro estudio solamente tomaremos como sujetos

muestrales a las mujeres. La totalidad de los estudiantes matriculados en la institución se especifican en la tabla 34

Tabla 34
Distribución población por sexo

Distribución muestral por Sexo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Mujeres	232	82,9	82,9	82,9
Válidos Hombres	48	17,1	17,1	100,0
Total	280	100,0	100,0	

Partimos de este tipo de sujetos porque son los que, en principio pueden sufrir las patologías que queremos tratar con nuestro trabajo y, por lo tanto, son el colectivo, que puede producir datos.

Se trata de un muestreo de corte no probabilístico, pues aun siendo conscientes que este tipo de muestreo limita la validez externa de la investigación, es decir, su poder de generalización, se ha intentado que, dentro del grupo de estudio elegido dichos sujetos fueran representativos de la población a la que representan. Podríamos considerar el tipo de muestreo como intencional o de conveniencia, pues utilizamos como muestra a los individuos a los que hemos tenido un mejor acceso dado la posibilidad de obtener la muestra de la Universidad Senior de la Universidade da Coruña.

3.1.2 Criterios de selección de la muestra del grupo experimental y grupo control

Para la selección del grupo control y experimental de nuestro estudio se ha aplicado un muestreo por cuotas u accidental dado que hemos utilizado solamente a mujeres. Aunque la muestra inicial era de 280 sujetos, se realizó un cribado de acuerdo a los siguientes criterios:

- La búsqueda de casos de vejiga hiperactiva entre las alumnas de la Universidad Senior de A Coruña, por lo que fueron eliminados los de sexo masculino y,

- de entre las mujeres, aquellas que no tenían vejiga hiperactiva - evaluación inicial-, para lo que se les aplicó el cuestionario OAB-V8 (que fue referenciado en el capítulo 3 y que recogemos en el Anexo 1).

Hemos de hacer notar que la pertenencia al grupo experimental o grupo control ha sido voluntaria y motivada principalmente por el hecho de querer voluntariamente llevar a cabo el tratamiento y/o de querer solamente cubrir los instrumentos de recogida de información.

La muestra final ha sido de 34 sujetos para el grupo experimental y de 21 para el grupo control.

3.3.2. Evaluación Inicial

La evaluación inicial tuvo lugar en una sesión inicial, durante la cual los sujetos fueron sometidos a varias pruebas de tipo clínico y psicológico. Seguidamente se pasa a describir de forma detallada el procedimiento seguido en estas fases. En dicha sesión desarrollada en la Universidad Senior, estaban presentes todos los alumnos que fueron recibidos por una psicóloga (una de las encargadas de la investigación), y una enfermera, en este caso la doctoranda. Se les explicó en qué consistía la investigación, fomentando su participación en ella. Al mismo tiempo se les repartió la escala OAB-V8 (*ANEXO 1. Cuestionario UAB-V8*) que se utilizaría como cribado para detectar las personas con posible vejiga hiperactiva, así como la escala de ansiedad y depresión para su cumplimentación (*ANEXO 2. Cuestionario HAD*).

Finalizada esta primera sesión, se procedió al análisis de cribado para la detección de los casos, llevado a cabo igualmente por la doctoranda. La escala OAB/V8 escala nos permitía distinguir aquellas personas que padecían vejiga hiperactiva de las que no, identificando a los sujetos que interesaban para la investigación. A la par, se va analizando y relacionando aquellas personas que padecen dicho trastorno con la presencia o no de ansiedad y depresión (fruto de aplicar el cuestionario HAD).

Una vez que se obtuvieron los resultados del cribado, se localizó vía llamada telefónica a todas las mujeres positivas de la Universidad Senior de A Coruña,

así como a aquellas ajenas a ésta, ofertándoles el programa de intervención para tratar la vejiga hiperactiva, y así obtener el grupo experimental.

Por otro lado, también se realizó el cribado en el alumnado con los mismos cuestionarios para identificar un grupo control.

Posteriormente se realizó a una entrevista personal por encuesta (*ANEXO 3. Entrevista*) en donde se recogieron los datos de interés secundario en la investigación y que ya fueron mencionados anteriormente. El objeto de esta entrevista, no era tanto el de recabar datos para análisis posteriores, sino que era para conocer las características de los sujetos con los que íbamos a trabajar y poder enfocar de la mejor forma posible las sesiones del tratamiento cognitivo-conductual que explicamos a continuación. Por lo que hace referencia a los resultados de esta entrevista, algunos de los cuales hemos codificado y que recogemos en el *ANEXO 4 (Datos entrevista)*. La tabla 35, muestra el tipo de variables, tipología de las variables de identificación el nombre de la variable, tipología de la variable de acuerdo a su naturaleza (cuantitativa y cualitativa), su codificación en la matriz. Estos datos fueron recogidos para el Grupo experimental y nos ayudan a conocerlo desde un punto de vista social y físico.

La entrevista se divide en las siguientes partes:

- *Datos sociales*: recogemos el nivel de estudio, profesión anterior y situación laboral actual.
- *Antecedentes personales*: tenemos acceso a información desde patologías que padecen hasta el consumo de bebidas con cafeína y hábitos tóxicos. La importancia de saber las intervenciones quirúrgicas que se les ha realizado a esta muestrales para saber si tienen sobre todo cirugías abdominales o ginecológicas, dado que estas son las que más influyen a la hora de padecer VH.
- *Hábitos urinarios*: es interesante saber el patrón que tenían antes de comenzar el tratamiento, ya que, se recoge información acerca de las veces que iban al aseo a orinar, si se levantaban por la noche, si tenían pérdidas de orina o, sobre todo, si desde que tienen síntomas urinarios lo asocian a situaciones de estrés.

- **Antecedentes ginecológicos:** se pretende obtener información acerca de si han tenido partos o cesáreas, así como si los partos han sido instrumentados, ya que estas situaciones pueden influir en cómo se encuentra la musculatura del suelo pélvico.

Tabla 35
Datos de identificación de la muestra

PRUEBA	TIPO VARIABLE	Datos de identificación de la muestra			ANÁLISIS ESTAD.	
		NOMBRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE en SPSS		
ANEXO 3 Sólo mujeres a las que se aplica tratamiento	Datos sociales	Talla	cuantitativa	Altura	DESCRIPTIVO	
		Nivel de estudios	cualitativa	Nivel de estudios ⁶		
		Profesión anterior	cualitativa			
		Situación laboral actual	cualitativa			
	Antecedentes personales	Patologías	Cualitativa dicotómica	Enfermedades		
		Intervenciones quirúrgicas	Cualitativa dicotómica	Intervenciones_quirurgicas		
		Fumar	Cualitativa dicotómica	Fumar		
		Nº cigarrillos	Cuantitativa			
		Alcohol	Cualitativa dicotómica	Alcohol		
		Cantidad	Cuantitativa			
		Otras drogas	Cualitativa dicotómica			
		Qué drogas	Cualitativa			
		Consumo de otras sustancias excitantes	Cualitativa dicotómica			
		Veces orinar al día	Cuantitativa			
	Hábitos urinarios	Orinar más de lo habitual	Cualitativa dicotómica			
		Levantar de noche orinar	Cualitativa dicotómica			
		Cuántas veces se levanta de noche para orinar	Cuantitativa			
		Deseos repentinos de orinar	Cualitativa dicotómica			
		Llega al aseo a tiempo	Cualitativa dicotómica			
		Pérdidas de orinar al toser, reír...	Cualitativa dicotómica			
		Caídas	Cualitativa dicotómica			
		Tratamiento	Variable dicotómica			
		Antecedentes ginecológicos	Nº embarazos	Cuantitativa		Embarazos
			Nº abortos	Cuantitativa		
	Nº hijos nacidos vivos		Cuantitativa			
	Nº partos vaginales		Cuantitativa	Partos		
	Nº cesáreas		Cualitativa dicotómica	Cesáreas		
	Partos instrumentados		Cualitativa dicotómica	Partos_instrumentados		
	Episiotomías		Cualitativa Dicotómica			
	Menopausia		Cuantitativa	Menopausia		
Edad de comienzo menopausia	Cuantitativa					
Existencia prolapso vaginal	Cualitativa dicotómica		Prolapso_vaginal			

Fuente: elaboración propia

⁶ Esta variable indica si se tienen estudios superiores, medios o básicos

Podemos decir que nuestro grupo experimental, con respecto a dicha entrevista, presenta las siguientes características:

- Es un grupo que, desde un punto de vista social, los estudios que poseen son variados, dado que, al ser un grupo amplio, éstos los podemos clasificar en estudios básicos, medios y superiores. Con los estudios básicos se refiere a personas que solamente poseen educación primaria; en cuanto a los estudios medios, son aquellos que poseen bachillerato o FP; y, por último, encontramos a aquellos que poseen estudios superiores, que son los que tienen estudios universitarios (Licenciaturas y diplomaturas).
- Proviene del mundo laboral muy amplio: personas de la rama sanitaria (médicos, enfermeras, auxiliares de clínica), administrativas, y en su mayoría profesoras.
- En cuanto a los antecedentes personales, es un grupo, que en su mayoría son personas sin ninguna patología clínica, y en caso de que lo padezcan son hipertensión arterial, diabetes e hipercolesterolemia. Las intervenciones quirúrgicas que más destacan son las apendicetomías y amigdalotomías. No toman tratamiento en casa, salvo aquellas mujeres que padecen alguna enfermedad, como las mencionadas anteriormente. Los hábitos tóxicos, se caracterizan por ser mujeres que no son fumadoras, que en su mayoría no beben alcohol (una minoría consume una cantidad mínima de alcohol), y que sí consumen sustancias excitantes (bebidas que contienen cafeína, teína, entre otras).
- En cuanto a los hábitos urinarios, son mujeres que orinan más de 5 veces al día, incluso más de 8 veces. No tienen pérdidas de orina, se levantan varias veces por la noche y que los síntomas no los han comentado con ningún profesional.
- Por último, son mujeres multíparas, es decir que han tenido varios hijos, en su mayoría entre dos y tres. En casos determinados a alguna mujer le han realizado una cesárea. Son menopaúsicas desde los 50 años aproximadamente.

A continuación, se realizó una sesión 0, en donde se reunió a aquellos sujetos localizados telefónicamente (62 mujeres positivas de las cuales estaban interesadas en participar de alguna u otra manera 55 y que formarán parte del grupo experimental y grupo control). Son recibidos por el equipo profesional e interdisciplinar al completo (psicóloga y enfermera). El primer cuarto de hora se dedicó a una explicación detallada de la investigación, para evitar la pérdida de personas en el estudio (mortalidad experimental); introduciéndolas a su vez en lo que es la vejiga hiperactiva (*ANEXO 5. Clase 0. Introducción*). Una vez finalizada esta parte introductoria, se les explicó a los sujetos en qué consistiría el tratamiento a seguir y a resolver las dudas surgidas y se aprovechó para cumplimentar el resto de los tres cuestionarios:

- Cuestionario de Oviedo del Sueño (*ANEXO 6*)

El Cuestionario de Oviedo del Sueño evalúa el sueño. En nuestro estudio es interesante utilizarlo para ver cómo influye la VH en esta dimensión.

- Cuestionario Función Sexual Femenina FSFI (*ANEXO 7*)

Este cuestionario sirve para evaluar la función sexual en las mujeres.

- Cuestionario Calidad de Vida SF-36 (*ANEXO 8*)

Este instrumento que se utiliza para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud.

3.3.3. Tratamiento

Una vez que dispusimos de los datos de la evaluación inicial y los sujetos confirmaron su participación en el programa, fueron divididos en grupos, quedando formados 4 grupos de tratamiento para favorecer una mejor atención a los sujetos, los cuales describimos a continuación:

- Grupo 1: tratamiento cognitivo-conductual (N= 8)
- Grupo 2: tratamiento cognitivo-conductual (N= 8)
- Grupo 3: tratamiento cognitivo-conductual (N= 9)

- Grupo 4: tratamiento cognitivo-conductual (N= 9)

El tratamiento psicológico se dirigió a los individuos para dotarlos de las habilidades cognitivo-comportamentales necesarias para hacer frente a las situaciones generadoras de tensión.

En este sentido, se desarrolló un programa de tratamiento basado en la técnica de inoculación de estrés (Meichembaum, 1985), el cual incluyó 6 sesiones conjuntas enfermera-paciente en las aulas pertinentes y tareas a realizar por el paciente en períodos intersesiones. Se complementa esta técnica con los ejercicios de Kegel, destinados al fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvica y cuya finalidad es solucionar la vejiga hiperactiva. La frecuencia de las sesiones fue semanal.

En la tabla 36 Se relacionan, de forma esquemática, tanto las tareas que se llevaron a cabo en la clínica como aquellas que cada paciente debía realizar en su contexto cotidiano a lo largo de las 6 semanas en que se desarrolló en tratamiento.

Tabla 36
Esquema del paquete de tratamiento.

ESQUEMA TRATAMIENTO		
SESIÓN	TAREAS EN LA CLÍNICA	TAREAS PARA REALIZAR EN CASA
0	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Introducción a la VH (Anexo 3). • Entrevista personal • Cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario miccional
1	<ul style="list-style-type: none"> • Fase educativa: sexo, edad, raza, ansiedad y depresión. • 1ªsesion ERNP entero. • Ejercicios Kegel. • Introducción solución de problemas • Especificación de tareas para casa • Programación de micciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • ERNP • Escalas de evaluación subjetiva sobre la práctica de relajación • Registro de situaciones de ansiedad. • Ejercicios Kegel • Programación de micciones. • Diario miccional

ESQUEMA TRATAMIENTO		
SESIÓN	TAREAS EN LA CLÍNICA	TAREAS PARA REALIZAR EN CASA
2	<ul style="list-style-type: none"> • Fase educativa: comorbilidad, obesidad, gestación. • 2ª sesión ERNP corto • Ejercicios Kegel • Medidas higiénico dietéticas • Solución de problemas • Programación de micciones. • Revisión y especificación de tareas de casa • 	<ul style="list-style-type: none"> • ERNP • Escalas de evaluación subjetiva de relajación • Registro de situaciones de ansiedad. • Kegel. • Aplicación de medidas higiénico-dietéticas. • Aplicación de solución de problemas • Programación de micciones • Diario miccional.
3	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios Kegel • 3ª sesión ERNP abreviado. • Solución de problemas • Medidas higiénico-dietéticas. • Programación de micciones • Revisión y especificación de tareas para casa • 	<ul style="list-style-type: none"> • ERNP • Kegel • Escala de evaluación subjetiva sobre la práctica de relajación. • Registro situaciones de ansiedad • Aplicación de solución de problemas. • Aplicación de medidas higiénico dietéticas. • Programación de micciones. • Diario miccional.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios Kegel • 4ª sesión ERNP: evocación • Solución de problemas. • Medidas higiénico-dietéticas. • Programación de micciones • Revisión y especificación de tareas para casa • 	<ul style="list-style-type: none"> • ERNP • Kegel • Escala de evaluación subjetiva sobre la práctica de relajación • Registro de situaciones de ansiedad. • Aplicación de medidas higiénico-dietéticas • Programación de micciones. • Diario miccional.
5	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios kegel • 5ª sesión ERNP: evocación. • Solución de problemas. • Revisión y tareas para casa. • Recogida de datos fin de tratamiento • Despedida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de todo lo aprendido en las sesiones.

Nota: elaboración propia.

La **primera sesión** de tratamiento consistió en explicar la relación de la vejiga hiperactiva con diferentes factores (sexo, edad, raza, ansiedad y depresión). Se correspondería, por tanto, con la fase educativa del entrenamiento en inoculación del estrés (EIE). Se utilizó como material complementario a las explicaciones un PowerPoint (*ANEXO 9. Clase 1. Edad, sexo, raza y ansiedad y depresión*).

Por un lado, la inoculación del estrés enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes (McKay, Davis, y Fanning, 1985). Para este fin, se utilizó el modelo Jaremko (1979), a través del cual se trataba de poner de manifiesto a los individuos que, ante ciertos estímulos aversivos y, en ocasiones, debido a asociaciones pasadas, se produce un estado de activación fisiológica indiferenciada, interpretado cognitivamente como ansiedad. De esta interpretación se derivan verbalizaciones negativas sobre las posibilidades ante esa situación, las cuales cierran el ciclo incrementando a su vez la activación fisiológica. Este esquema sirve para indicar al paciente las fases que más adelante se pondrán en marcha para actuar ante cada aspecto.

Siguiendo esta línea, para reducir los niveles de ansiedad se decidió aplicar la denominada técnica de solución de problemas. La justificación viene dada porque en el día a día de las personas existen numerosas situaciones que son generadoras de ansiedad y que a través del entrenamiento en esta técnica se pueden reducir dichos niveles. Así mismo, por solución de problemas, en el contexto social de la vida real, se refiere al proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo, o un grupo identifica o descubre nuevos medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra cada día. Este proceso incluye tanto la generación de soluciones alternativas y la toma de decisiones o elección conductual (Becoña Iglesias, 1999). La estrategia de solución de problemas en cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problema fue empleada por primera vez en 1971 por Thomas D´Zurilla y Marvin Goldfried (McKay, Davis, y Fanning, 1985).

Por otro lado, para complementar la solución de problemas y abarcar el logro de la relajación de las usuarias, se utilizó la relajación de Jacobson. Edmon Jacobson en 1929 publicó un libro titulado *Relajación progresiva*, en el que describía su técnica de relajación muscular profunda (Davis, McKay y Eshelman,

1985; Vila Castellar y Fernández-Santaella, 2009). Esta técnica está basada en la premisa de que las respuestas del organismo a la ansiedad provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La relajación muscular profunda reduce la tensión fisiológica y es incompatible con la ansiedad: el hábito de responder de una forma anula el hábito de responder de la otra. Se han conseguido excelentes resultados en el tratamiento de la tensión muscular, la ansiedad, el insomnio, la depresión, a fatiga, entre otras (Davis et al., 1985). En esta línea, se les explica que se llevará a cabo, por un lado, un entrenamiento en relajación neuromuscular progresiva (ERNP), que tiene dos finalidades:

- a) Reducir la activación fisiológica
- b) Como estrategia de afrontamiento ante situaciones generadoras de ansiedad.

Durante esta sesión se hizo hincapié en que las técnicas objeto de entrenamiento sólo tendrían resultados satisfactorios si se practicaban de manera regular, por lo que era aconsejable que el entrenamiento en la clínica se completase con una serie de tareas en el hogar. Se llegó al acuerdo de que el ERNP debía de ser practicado en casa, recomendando su práctica justo antes de dormir. Con el fin de realizar un seguimiento para comprobar si el entrenamiento era realizado con regularidad por los pacientes, así como de los logros alcanzados con el mismo, se les entregaban las escalas de evaluación subjetiva sobre la práctica de relajación (ver apéndice...), para que fuesen cubiertas después de cada práctica. De igual forma, debido a la necesidad de disponer de más información acerca de las situaciones que provocaban tensión, se determinó que cada persona debería cubrir un registro acerca de las situaciones estresantes, así como el grado de malestar provocado por las mismas (ver apéndice...). Para continuar se llevaba a cabo la primera sesión de ENRP.

Para complementar lo anterior y que el tratamiento fuese más efectivo se les educó en diferentes temas: primero, los ejercicios de Kegel que se ejecutaban en la sesión, los realizaban en casa en series de tres veces mínimo tres veces al día; segundo, la programación de micciones; tercero, en la explicación de medidas higiénico dietéticas para que aplicaran en su día a día. En cuanto a

estas dos últimas, para ver las mejoras y si lo aplicaban se les entregó un diario miccional a cumplimentar por ellas (*ANEXO 10. Diario miccional*)

La **segunda sesión** de tratamiento (una semana después de la primera) (*ANEXO 11. Clase 2. Comorbilidad, obesidad, gestación y patología de suelo pélvico*) se iniciaba con la revisión de los auto registros de las situaciones facilitadoras de tensión. A partir de estos registros, se explicaba a los pacientes que, aunque durante la primera semana habían estado registrando el grado de malestar generado por las situaciones, era importante notar que en las reacciones de estrés es posible que estén implicados también los pensamientos que aparecen en los momentos de tensión. A continuación, se realiza una exposición acerca de la relación existente entre la vejiga hiperactiva y su relación con la gestación, así como con otras enfermedades haciendo hincapié en la obesidad. Tras esta explicación, se realizan los ejercicios de Kegel y se recuerda el resto de medidas a llevar a cabo. A continuación, se hace solución de problemas y para finalizar, se realiza la nueva sesión de ERNP dirigida por los profesionales.

En la **tercera sesión**, se llevó a cabo realizando un análisis funcional de las situaciones generadoras de tensión registradas a lo largo de la semana. Dicho análisis permitió enseñar el hecho de que, en las reacciones de estrés, generalmente, están implicados dos tipos de componentes: las reacciones somáticas y los pensamientos automáticos negativos (*ANEXO 12. Situaciones generadoras de ansiedad*). Como en cada sesión, se revisaban los cuestionarios auto evaluativos acerca de la práctica de relajación (*ANEXO 13. Evaluación Subjetiva de la práctica de relajación*). Se hace una nueva sesión de solución de problemas, pidiéndoles a los usuarios que lo apliquen en su vida diaria. Esta sesión terminaba con la realización de los ejercicios de Kegel, una nueva práctica e ERNP y las tareas para casa.

En la **cuarta y quinta sesión** (última), se continuó realizando el mismo esquema que en las sesiones anteriores, con la diferencia que en la última sesión las usuarias ya eran capaces de realizar la relajación por evocación. A mayores se les mandó cumplimentar de nuevo todo el bloque de cuestionarios para obtener los primeros resultados pos tratamiento.

3.3.4. Evaluación pos tratamiento

Como se ha mencionado anteriormente, la primera evaluación pos tratamiento se realizó en la última sesión de la intervención.

3.3.5. Seguimiento

- El *primer seguimiento* se realizó un mes después de haber realizado la intervención. En esta ocasión se utilizó el mismo procedimiento que en la evaluación inicial, obteniéndose medidas de las diferentes variables de estudio mediante la cumplimentación de los diferentes cuestionarios. A las usuarias, se les recalcó la importancia de que siguieran realizando todo el paquete de tratamiento aprendido. En la evaluación del primer seguimiento se perdieron datos debido a que varias usuarias no cubrieron los cuestionarios ni participaron en dicha sesión.
- El *segundo seguimiento* se realizó tres meses después de haber aplicado el paquete de tratamiento. En esta ocasión y para evitar la pérdida de datos se decidió cambiar el tipo de recogida de datos. En esta ocasión, en vez de realizar una sesión grupal y que cubrieran los cuestionarios correspondientes, se ha decidido realizar llamadas telefónicas personalizadas a cada individuo. Cada llamada se dividió en tres partes:
 - una dedicada a saludar y preguntar acerca de si estaban aplicando los ejercicios indicados;
 - la segunda dedicada a preguntarles si tenían dudas sobre los cuestionarios para su cumplimentación;
 - la tercera y última, enfocada a la despedida y la insistencia de que hagan todo el paquete de tratamiento y que lo importante que es que lo lleven a cabo.
- El *tercer seguimiento* se realizó 7 meses después de haber aplicado el paquete de tratamiento. En esta última ocasión, se utilizó el mismo mecanismo que en el segundo seguimiento por la misma razón. Las

llamadas se dividieron en las mismas partes que en la anterior, añadiendo a esta última una despedida y agradecimiento por haber participado en la investigación.

A parte de los tres seguimientos, semanalmente se estuvo en contacto vía telefónica con las participantes para ir haciendo un seguimiento y recordarles los ejercicios que tenían que realizar, así como observando la evolución.

A la par que se realizó el seguimiento de los 7 meses en la Universidad Senior de A Coruña; se han pasado de nuevo los cuestionarios OAB-V8 y HAD al grupo control de la Universidad Senior de Ferrol.

3.4. Técnicas e instrumentos de recogida de información

Las técnicas que empleamos en esta investigación tienen por objeto la recogida de información acerca de las cuatro esferas importantes en la vida de las mujeres con vejiga hiperactiva (calidad de vida, ansiedad y depresión, sueño y función sexual).

Se utilizaron instrumentos de dos tipos. Por un lado, de evaluación cuantitativa (cuestionarios); por otro lado, de tipo cualitativo (Anexo10: diario miccional, Anexo 12, análisis del registro de situaciones estresantes y, anexo 13: evaluación subjetiva de la práctica de relajación). Asimismo, se utilizó la técnica de análisis documental, para ampliar los conocimientos y explicar los resultados de la investigación.

A continuación, se muestran los diferentes cuestionarios utilizados de manera breve y concisa, ya que han sido explicados ampliamente en capítulos anteriores. También se presentan la entrevista diseñada para obtener información complementaria.

3.4.1 Escala OAB-V8⁷

Utilizada para el cribado de personas con vejiga hiperactiva y obtención de la muestra de estudio, la prueba fue validada por Brenesa et al. (2014) para la población española. Su estudio mostraba coeficientes de correlación intraclass de 0,826 (intervalo de confianza del 95%: 0,695-0,901), siendo el punto de corte óptimo en la escala OAB-V8 para identificar probable VH fue ≥ 8 puntos.

La escala OAB-V8 (Apéndice A) mide la magnitud de afectación por los principales síntomas de la VH. Esta escala ha sido adaptada de la Escala de Calidad de Vida en Síntomas de VH OAB-q de 33 ítems y de la específica OAB HRQL de 12 ítems, en la que se mantienen los 8 ítems de la OAB-q, pero se modifican las instrucciones para su cumplimentación, quedando como una herramienta de detección.

Los síntomas son evaluados mediante una escala tipo Likert de 6 puntos (0= nada a 5= muchísimo). La calificación total se obtiene sumando las puntuaciones individuales de los ítems. Una puntuación ≥ 8 puntos indica que es probable que el paciente padezca VH.

3.4.2 Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HAD

Si bien existen multitud de escalas para evaluar la depresión y ansiedad asociadas a la vejiga hiperactiva nos decantaremos por la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). En la tabla ... reflejamos algunos estudios y escalas utilizadas para estudiar la ansiedad y depresión asociadas a la vejiga hiperactiva.

Como podemos ver en la tabla anterior, solamente la escala denominada *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (HADS), originalmente *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983) es utilizada para medir tanto la ansiedad como la depresión.

⁷ La versión abreviada de esta escala es la OAB-V31.

Por otro lado, ha sido utilizada y validada por numerosos autores: Quintana et al. (2003) con un α Cronbach de 0.86 (ansiedad) y 0.86 (depresión) demostrando que la escala tiene buena fiabilidad y validez con pacientes. Terol, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón y Pastor y Reig (2007) obtuvieron índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest $\geq .70$ La sensibilidad y especificidad fue óptima para la escala total del HAD en adultos ($\geq .80$). Herrero et al. (2003) validaron la escala nuevamente obteniendo una buena consistencia interna y validez externa.

Se trata de una escala que ha sido utilizada por numerosos autores y en distintas circunstancias. Cabrera, Martín-Aragón, Carmen Terol, Núñez y Pastor (2015) la han utilizado para la evaluación clínica en sujetos con fibromialgia, siendo recomendada por la *Sociedad Española de Reumatología* (SER); Caci et al. (2003) utilizaron la escala para detectar ansiedad y depresión en sujetos sanos; Carroll et al. (1993) en pacientes con cáncer; Berard y Ahmed (1995), White, Leach, Sims, Atkinson, y Cottrell (1999) en adolescentes y jóvenes adultos; Hammer, Sanjeev, Butterworth, y Barczack, (1991) para detectar trastornos psiquiátricos en personas que se presentan con autolesiones deliberadas; Vassilas, Nicol, y Short (1995) con pacientes con tratamiento para dejar el alcohol.

También ha sido validada en numerosos países, países árabes (El-Rufaie y Absood, 1995), China (Leung, Kan, y Hung, 1993), Holanda (Spinhoven, et al., 1997).

Respecto a la vejiga hiperactiva en relación a la ansiedad y depresión tenemos los estudios de Milsol, Kaplan, Coyne, Sexton y Kopp (2012) y Sexton et al. (2011) que analizan la prevalencia de la calidad de vida y la Vejiga Hiperactiva asociada a la ansiedad y depresión en mujeres americanas adultas. Otros estudios más recientes son los de Melotti, Juliato, Tanaka y Ricetto (2018) que realizan un estudio para determinar la ansiedad y depresión severa asociada a la Vejiga Hiperactiva.

3.4.3 Cuestionario de Oviedo del Sueño

Utilizada para saber si entre las mujeres con vejiga hiperactiva hay insomnio y si la causa de éste es tener que orinar por la noche. Se analiza también en este instrumento el Hiperinsomnio y la Satisfacción Subjetiva del sueño.

Dicho cuestionario está dividido en tres subescalas que miden:

1º) Satisfacción subjetiva del sueño: constituida solamente por un ítem que se puntúa mediante escala Likert de intensidad 7 grados. Dichos grados van desde 1 (muy insatisfecho), hasta 7 (muy satisfecho).

2º) Insomnio: proporciona una puntuación de la gravedad del insomnio. Se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los 9 ítems que la componen.

3º) Hiperinsomnio: evalúa el sueño diurno y las preocupaciones/disminuciones del funcionamiento a raíz de este problema.

4º) A mayores, existen dos ítems en los cuales la persona puede explicar si tomas algún tipo de tratamiento para dormir e información adicional sobre trastornos del sueño.

3.4.4 Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI)

Utilizada para evaluar las diferentes esferas de la vida sexual de las usuarias y cómo se relaciona con la presencia de VH.

Consta de 19 ítems que se pueden clasificar en cinco apartados: excitación y deseo, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor y discomfort.

Las preguntas las deben de responder en relación a las últimas 4 semanas. Los valores que se obtienen oscilan entre 1.2 y 36 puntos, donde a mayor puntuación, mejores son las relaciones sexuales. Se debe de tener en cuenta, que, aunque haya una mínima puntuación, no implica que haya relaciones sexuales. Esto es debido a que con un único dominio que puntúe 0, se anula toda la escala, interpretando que no hay relaciones sexuales en el último mes.

3.4.5. Cuestionario Calidad de Vida S-F 36

Esta escala ha sido tratada anteriormente en el capítulo 4 del apartado teórico en el punto 5.2.2. Se trata de una escala que relaciona la Calidad de Vida y la Salud. Se compone por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Se divide en 8 escalas que evalúan los siguientes dominios: Función física, Rol físico, Dolor Corporal, Salud general, Vitalidad, Función Social, Rol emocional y Salud Mental. A mayores, incluye un ítem independiente sobre el cambio de salud general con respecto al último año, pero que no se utiliza.

La puntuación se obtiene tras hallar puntuaciones brutas (crudas), y a las cuales hay que hacer una transformación para obtener puntuaciones en una escala de 0 a 100; en donde 0 (es el peor estado de salud) y 100 (el mejor estado de salud).

3.4.6 Entrevistas

La entrevista quedó explicada en el punto 3.3.2. de este capítulo y fue administrada únicamente al grupo experimental con el objetivo de conocer características propias de estos sujetos a fin de orientar mejor la intervención.

3.5 Variables

La determinación de las variables como dependientes o independientes dependerá del momento de la investigación y del objetivo a probar. En este sentido tomaremos en algunos momentos los elementos que miden las diferentes escalas como variables dependientes en la medida que puede verse afectada por variables de identificación (sexo, peso medido a través del índice de masa corporal) o como variables independientes, en la medida que puedan influir en las categorías de otras escalas.

La recogida de información de las variables referidas a vejiga hiperactiva, calidad del sueño, ansiedad y depresión, función sexual y calidad de vida, se realizaron a través de los instrumentos mencionados:

- OAB-V8. Vejiga hiperactiva.

- Cuestionario Oviedo del Sueño.
- Ansiedad y depresión.
- Índice de función sexual.
- Versión española del cuestionario de categorías Salud SF-36.

Del análisis de estos instrumentos identificamos las variables con las que vamos a trabajar y que reflejamos en la figura 5.

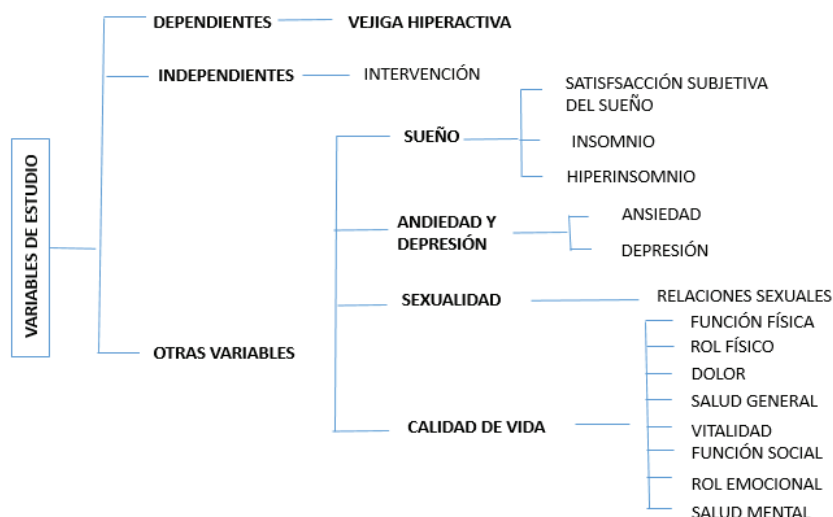


Figura 5: Variables de estudio
Elaboración propia

El análisis de nuestra investigación se centrará principalmente en dos variables: la *Vejiga Hiperactiva* y la *Calidad de Vida* medida a través de sus dominios, se analizará la relación que puede existir con otras variables en nuestro estudio, normalmente asociadas a variables de identificación de las escalas utilizadas y que son de interés para la investigación. Así respecto a la primera de las identificadas, analizamos en primer lugar los factores personales asociados al estudio de la vejiga hiperactiva por la literatura científica y la calidad de vida como:

- La variable sexo es tenida en cuenta en la investigación para identificar a nuestro grupo experimental y control, pues sólo se trabajará con mujeres, respecto a la muestra global de estudiantes de la Universidad Senior. Se trata de una variable de cribado muestral.

- La variable *edad* nos permitirá corroborar o rechazar aquellos estudios que asocian la edad como un factor influyente en la vejiga hiperactiva. Para ello, distribuiremos la muestra en dos grupos de edad. Aquellos que están por debajo de 65 años y aquellos que están por encima, de acuerdo a la distribución teórica realizada en el capítulo 1.
- La variable *peso*. Utilizaremos como medida el índice de masa corporal de los sujetos. Identificaremos las categorías en el momento de analizar la variable en relación a la Vejiga Hiperactiva.

Consideraremos como principal variable independiente a la intervención en sí misma. Se considera independiente en la medida que *uno de los objetivos generales de nuestra investigación es determinar en qué medida el tratamiento cognitivo-conductual puede mejorar la calidad de vida de nuestros sujetos, como mejora de la vejiga hiperactiva.*

Las evaluaciones realizadas a lo largo del proceso de intervención permitieron obtener datos de un total de 14 variables. Dichas medidas fueron obtenidas durante las fases en que se dividió el proceso, esto es, pretratamiento o evaluación inicial, pos tratamiento y seguimiento (tras un período de un mes, tres y seis meses una vez finalizada la intervención). Dichas variables están relacionadas con las escalas aplicadas y que recogemos en la tabla 37. De ellas, cinco forman parte de las medidas consideradas como principales indicadores del estado psicofisiológico de los sujetos (OAB-V8, HAD, SF-36, FSFI y sueño de Oviedo).

Tabla 37
Variables

INSTRUMENTO DE MEDIDA	VARIABLES
OAB-V8	Síntomas de Vejiga Hiperactiva
Cuestionario de sueño de Oviedo	Insomnio
	Hiperinsomnio
Escala de ansiedad y depresión (HAD)	Ansiedad y Depresión
Índice de función sexual femenina (FSFI)	Sexualidad
Versión española del cuestionario de salud (SF-36)	Calidad de Vida

Capítulo 6.

Análisis de los datos



Capítulo 6. Análisis de los datos

Introducción

El estudio de la vejiga hiperactiva y calidad de vida en la tercera edad es un tema trascendente en esta etapa de la vida; si a ello, asociamos otra serie de trastornos como los descritos en la parte teórica de este trabajo, como puede ser trastornos de sueño, ansiedad, depresión, ... el tema a estudio se vuelve cada vez más complejo y, por lo tanto, va a requerir un análisis más completo para conocer y explicar la realidad de las personas mayores y, por lo tanto, actuar para mejorar su calidad de vida.

Hemos visto en el marco teórico una descripción y análisis de las investigaciones realizadas en estas temáticas en este grupo de edad, dejando patente la relevancia e impacto de esta temática a nivel global. Si bien, el tema de calidad de vida en nuestra sociedad, es tardía su estudio en relación a otras sociedades como puede ser la americana o la de otros países europeos como Reino Unido o Francia, lo cierto es que la preocupación por la tercera edad en los últimos años es grande, siendo una de las líneas de investigación desarrolladas por la Comisión Europea para la tercera edad en el horizonte 2020, y no menos en el ya Horizonte 2050, en el que en España se convertirá a mediados de siglo en el segundo país más envejecido de mayores de 65 años respecto a la población de 20 a 64 años pasando del 30,4% en 2015 (28% de media en la OCDE) al 75,5% en 2050 (53,2%). Hemos de recordar en este sentido que las *Asociaciones Europeas para la Innovación* (EIPs) en el campo del envejecimiento activo y

saludable (que ya fue lanzado de manera piloto en el 2010), se centra en los ámbitos de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento tempranos, los servicios sociales y sanitarios integrados y en colaboración, la vida autónoma y las tecnologías de apoyo a la tercera edad⁸. Tampoco se nos escapa, su incidencia en la Comunidad Autónoma de Galicia, donde la baja natalidad y el aumento de personas mayores es incesante y preocupante.

Por ello, consideramos que el estudio de este tema es relevante por lo que puede significar para una población cada vez más mayor, y no solo por la falta de estudios sobre este tema, sino por el contexto social que busca dar respuesta a las necesidades de las mujeres en que nos movemos y, por tanto, por la necesidad de programas de intervención que permitan delimitar acciones orientadas a la formación de profesionales que trabajan con ellos y lograr mejores niveles de calidad de vida.

1. Estrategias de análisis para el desarrollo del estudio empírico

A fin de favorecer la comprensión del marco empírico en el que nos movemos, este capítulo lo vamos a dividir en varios bloques a fin de facilitar su lectura. Es por ello que iremos primeramente a analizar las diferentes escalas, en segundo lugar, analizaremos la relación entre ambas; en tercer lugar, realizaremos un análisis de los datos relativos al tratamiento aplicado teniendo en cuenta los dos grupos con los que vamos a trabajar (grupo control y experimental) para finalizar con una integración de los instrumentos de corte cualitativo y su integración con los cuantitativos.

Para centrar estas temáticas especificamos las estrategias de análisis a seguir con el fin de optimizar la información obtenida, los procedimientos de análisis y la relación entre ellos.

⁸ ESHorizonte2020, Asociaciones Europeas para la Innovación (EIPS). <https://eshorizonte2020.es/mas-europa/grandes-iniciativas/asociaciones-europeas-para-la-innovacion-eips>

Entendemos que la validez de contenido de las escalas cuantitativas que utilizamos como instrumentos de medición se les presupone, pues todas ellas han sido ya sometidas a procesos de validación y, por lo tanto, la información que recogen está relacionada con lo que pretenden evaluar. Por lo que también, tal como señalan autores como García Ferrando (2000), Martínez Arias (1996), Prat y Doval (2003), validez de constructo; por lo que no vamos a entrar en un análisis a través de técnicas estadísticas orientadas a conocer si los ítems son adecuados o no, más que nada, porque no es el objetivo de nuestra investigación. En esta misma línea consideramos que dichos instrumentos son fiables, en términos de constancia o estabilidad (Creswell y Clarck, 2011), es decir, poseen consistencia interna, por lo que consideramos que miden el rasgo que pretenden medir (Box, Hunter y Hunter, 1999; González-Galán, 2014; Muñiz, 2011; Santiesteban Requena, 1990).

Lo que si vamos a considerar es que las puntuaciones que cada sujeto otorga a cada uno de los ítems puede estar influenciado por el entorno del propio sujeto.

En base a esto realizaremos, por un lado, un análisis utilizando técnicas de análisis de corte estadístico para el análisis de datos cuantitativos y, por el otro, abarcaremos desde un punto de vista cualitativo el contenido de las entrevistas realizadas.

1.1. Análisis referidos al grupo experimental

Antes de proceder con el análisis cuantitativo de los datos obtenidos a través de los cuestionarios, vamos a describir, los resultados de los anexos 10 (diario miccional), 12 (Registro de situaciones estresantes) y 13 (evaluación subjetiva de la práctica de relajación). Su análisis se enmarca dentro de la metodología cualitativa (análisis de auto registros, análisis documental) lo que nos permitirá tener una visión más completa sobre estos aspectos recogidos durante las sesiones del tratamiento presencial en aula, dado que las siguientes medidas fueron las que realizaban las mujeres en sus casas (no presenciales en aula).

1.1.1. Diario miccional

En nuestro estudio, se ha utilizado el diario miccional con el fin de identificar las características de los hábitos urinarios, así como los higiénicos-dietéticos en cuanto al consumo de líquidos. El diario miccional fue entregado al grupo experimental todas las semanas para ir cumplimentando en su casa todos los días entre las diferentes sesiones. Esta manera de trabajar nos permitió saber si a lo largo de las sesiones, estas mujeres mejoraban en cuanto a su patrón urinario.

El diario miccional está estructurado en diversos apartados. El primero hace referencia a los hábitos de ingesta de líquidos (qué tipo de líquido y cuánta cantidad), lo que nos permite identificar si hay ingesta de sustancias excitantes o de abundante líquido y que influya a la hora de ir al aseo; el segundo hace referencia al número de veces que va al baño, así como cuánta orina (poco, mediana o grande es la micción); y, por último, hace referencia a si ha habido escapes de orina, si tenía muchas ganas de ir al servicio o si estaba haciendo algo en el momento de las pérdidas de orina. Todas las preguntas las tenían que ir cumplimentando diariamente con un intervalo cada día de dos horas, es decir, cada dos horas responder dichas cuestiones.

Cabe mencionar que de cada sujeto tenemos 35 registros, dado que cumplimentaban un diario miccional al día durante todas las semanas que duró el tratamiento. Cuando las participantes entregaban el diario correspondiente cada semana se procedía a su evaluación (en párrafos anteriores se ha mencionado los componentes de dicho diario).

En primer lugar, cabe destacar que los líquidos más consumidos son: infusiones, café, agua, leche, alcohol (vino, cerveza). Como se puede observar, muchos de los líquidos consumidos son bebidas excitantes que ayudan a que tengan que ir al aseo con más asiduidad.

En segundo lugar, son mujeres que orinan 7 o más veces en 24 horas antes de comenzar a realizar el programa de intervención. Muchas de estas mujeres tienen pérdidas de orina en alguna situación, siendo las más comunes: al levantarse de la cama, saliendo de la piscina, estando sentada, caminando, viendo la tele e incluso durmiendo

En general, los resultados de este ejercicio, han sido los siguientes:

- Antes de iniciar el tratamiento se observa que las mujeres del grupo experimental acuden con una frecuencia miccional al aseo elevada.
- Antes de iniciar el tratamiento, el consumo diario de bebidas excitantes (sobre todo café), era elevada (más de tres cafés al día, entre otros líquidos).
- Antes de iniciar el tratamiento, las mujeres presentaban, en muchas ocasiones, urgencia miccional.
- Antes de iniciar el tratamiento, se levantaban una media de 4-5 veces a orinar por la noche, interrumpiendo el sueño nocturno.
- Durante el tratamiento, se ha observado que el número de micciones diarias ha ido disminuyendo.
- Durante el tratamiento, se vio que la ingesta de líquidos y sobre todo de sustancias excitantes fue en disminución.
- Durante el tratamiento, la urgencia miccional fue disminuyendo.
- Durante el tratamiento, el número de micciones nocturnas fue en descenso.
- Al final de las sesiones del tratamiento, las mujeres fueron capaces de controlar la cantidad de líquidos y de sustancias excitantes para un mejor control de la vejiga y sus micciones.
- Al final de las sesiones, las mujeres acudían al aseo con una frecuencia normal.
- Al final de las sesiones de tratamiento, en el gran número de mujeres, desapareció la urgencia miccional.
- Al final de las sesiones de tratamiento, en general, dejaron de levantarse al aseo durante el descanso nocturno; o en caso de levantarse lo hacían una vez.

Como se puede observar, fueron notorias las mejoras a lo largo de todas las sesiones.

1.1.2. Registro de situaciones estresantes

El registro de situaciones estresantes se ha entregado semanalmente a las mujeres del grupo experimental para cumplimentar en sus casas diariamente. Dicho registro ayuda a identificar aquellas situaciones estresantes que influyen en sus vidas.

Tenemos un total de 5 registros por persona, uno por cada semana de la intervención. En dichos registros, en ocasiones hay varios días seguidos en la misma semana que presentan situaciones de ansiedad y estrés y, en otras no se da ninguna situación. Posteriormente, se detallarán aquellas más comunes.

El registro se compone de tres partes: una dedicada a apuntar el día y la hora en la que sufrió la situación estresante; otra, dedicada a describir la situación estresante; y, la última, a puntuar del 0 al 10 el grado de malestar producido por dicha circunstancia. El grado de malestar producido es variado en función de cada persona y cada situación, pero en números generales se encuentran en unas puntuaciones entre 4 y 8.

Esto nos permitió trabajar a lo largo de las sesiones a enseñar a controlar a las mujeres las situaciones de estrés, instruyéndolas en la solución de problemas.

En general, las situaciones que más estrés les producía, son las siguientes:

- Que los hijos les dejaran un libro de instrucciones que debían seguir cuando tenían que hacerse cargo de los nietos.
- Acudir a citas médicas.
- Ser cuidadores de personas mayores a su cargo.
- Salir de casa y estar pendientes de que haya un aseo siempre próximo por si tienen que ir a miccionar.
- Sentir ansiedad sin causa.

- Discusiones en el hogar.
- A la hora de dormir no ser capaz de conciliar el sueño, porque las mujeres refieren que “les da vueltas la cabeza por motivos generales y poco importantes”.

1.1.3. Evaluación subjetiva de la práctica de relajación

Con este registro se pretende saber si durante todos los días de la semana entre las sesiones han realizado la práctica de relajación que se les enseñó, así como si les ha ayudado a relajarse. Las preguntas que se incorporan en él, es en caso de haber realizado la relajación, en qué medida le ha relajado, en qué medida se ha concentrado en los ejercicios y en qué medida ha dominado la técnica. Tenemos un total de 35 registros por persona desde antes del comienzo de la relajación, hasta que finaliza el tratamiento.

Los resultados globales obtenidos analizados los registros, son los siguientes:

- Al inicio de las sesiones, las mujeres apenas se relajaban.
- Al inicio de las sesiones tenían una puntuación entre 2 y 4 en cómo se relajaban (siendo el rango de 1 a 10).
- A lo largo de las sesiones de tratamiento, las puntuaciones han ido mejorando.
- A lo largo de las sesiones de tratamiento, las mujeres se relajaban cada vez más.
- Al final de las sesiones, las mujeres eran capaces de relajarse rápidamente.
- Al final de las sesiones, las mujeres obtenían puntuaciones satisfactorias (entre 7-9).
- Entre los comentarios que las mujeres referían sobre los ejercicios de relajación destacamos frases como: “me gusta el momento del día en que me dedico 10 minutos para mí sola y hago los ejercicios de relajación”,

“hago los ejercicios de relajación y me ayudan a conciliar mejor el sueño”,
“cuando me siento agobiada realizo los ejercicios de relajación y me
encuentro mucho mejor”.

1.2. Análisis estadísticos a realizar

En el ámbito de las Ciencias Sociales, es común el uso de pruebas no paramétricas, puesto que, normalmente las muestras no se distribuyen de acuerdo a la curva normal, es decir, que no requieren que la distribución de la población se caracterice de acuerdo a determinados parámetros (López Chao, 2016). Este tipo de pruebas presentan unas características que, para este tipo de investigaciones, son interesantes: facilidad de aplicación, se pueden usar cuando los datos de dos series provienen de distintas poblaciones, que es una alternativa cuando el tamaño de la muestra es pequeño y, por último, nos permiten fijar el nivel de significancia con anterioridad (Berlanga y Rubio, 2012; Pérez, García, Gil y Galán, 2009).

A fin de comprobar nuestras hipótesis de partida y comprobar la normalidad de la distribución muestral, se realizó un análisis descriptivo de las variables de acuerdo a los datos muestrales. Posteriormente se comprobaron los *criterios de normalidad* de la muestra a través de:

- En primer lugar, la asimetría y la curtosis, lo que nos permitirá determinar el modo en que la distribución muestral se comporta (Garriga et al., 2011; San Martín Castellanos, Espinosa Gil y Fernández Pedreira, 1987).
- Por otro lado, se analizará la homocedasticidad de la varianza a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S-L), con corrección de la significación de Lilliefors, con la que comparamos la función de la distribución empírica de nuestra muestra con respecto a la población normal (Alves et al., 2014; Berlanga y Rubio, 2012; Brace, Snelgar y Kemp, 2012; Siegel, 1983). Esta prueba se presenta como un procedimiento de “bondad de ajuste”, es decir, permite medir el grado de

concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica (Castañeda, 2010; Razali y Wah, 2011).

- Utilizando variables dicotomizadas y variables cuantitativas continuas, partiendo del supuesto de muestras independientes, utilizaremos la prueba U de Mann-Whitney para analizar si existen diferencias estadísticamente significativas, utilizando el *Bloxpplot* para identificar dónde se dan esas diferencias. Es una prueba muy útil cuando queremos comprobar cuando dos muestras son significativamente diferentes. (Cao et al., 2001; Corder y Foreman, 2014; Cuadras, Etcheverria, Mateo y Sánchez, 1991; MacFarland y Yates, 2016; Pedrosa, Juarros-Basterretxea, Robles-Fernández, Basteiro y García-Cueto, 2015). En nuestra investigación, nos permitirá analizar si hay diferencias entre las variables que hemos identificado como es el caso de las puntuaciones de los sujetos en las diferentes escalas (Vejiga hiperactiva) o subescalas medidas en cada una de las demás escalas (tabla 38):
 - Anexo 2. Apéndice 3 (Cuestionario HAD: ansiedad y depresión).
 - Anexo 6. Apéndice 4 (Cuestionario de Oviedo del Sueño): Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio, hiperinsomnio.
 - Anexo 7. Apéndice 5 (Índice de función sexual femenina): relaciones sexuales.
 - Anexo 8. Apéndice 6 (Versión española del cuestionario de salud SF-36): Función física, Rol físico, Dolor, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental.
- Para el caso de que las categorías de las variables no sean dicotómicas, consideraremos la utilización de la prueba Kuskall-Wallis, que establece en su hipótesis nula que todos los grupos pertenecen a la misma población, que al menos entre los pares de grupos pueda también existir o no diferencias estadísticamente significativas. Para comprobar la diferencia entre parassutilizaremos, como hemos dicho, la prueba de U de Mann-Whitney, pero utilizando la desigualdad que se pueda obtener aplicando el test de Tukey (Field, Miles y Field, 2012; Gibbons y Chakraborti, 2003; López Chao, 2016).

A fin de establecer la relación entre la Vejiga Hiperactiva y las variables de identificación de la escala como es la edad y el peso, dicotomizaremos la primera de ellas en un grupo de edad igual o menor a 65 años y otro grupo de edad superior a 65 años. Respecto al peso, clasificaremos a los sujetos de acuerdo al índice de masa Corporal (IMC) y aplicaremos una correlación de Pearson. Esto nos permitirá analizar no solamente la intensidad de la relación entre las variables sino también el sentido de dicha relación, entre datos pertenecientes a dos variables o atributos, lo cual nos permitirá identificar correlaciones positivas o relación lineal directa entre VH e Índice de Masa Corporal.

Así mismo, para establecer la relación entre la VH y la calidad de vida y sus dimensiones realizaremos un análisis de correlación que nos permite analizar la existencia de correlaciones positivas (si al aumentar los valores de una variable aumentan los de la otra), o negativas o relación lineal inversa (el aumento de una variable significa la disminución de la otra), es decir, la relación lineal entre las variables analizadas (Etcheverría y Tejedor, 2005; Garriga et al., 2011; López Barajas, López López y Pérez Juste, 1988; Mafokozi, 2009).

Una parte importante de nuestra investigación es la referida al impacto que el tratamiento ha tenido sobre los sujetos. Nos encontramos así con datos al inicio, durante y después del tratamiento para el grupo experimental y, datos pre-post del grupo control.

El diseño de nuestra investigación establece varias medidas de tratamiento para el mismo grupo. Entendemos que la prueba apropiada para analizar las puntuaciones obtenidas en cada medida que podemos utilizar por pares es la prueba T-Wilcoxon, o bien la prueba de análisis de varianza de dos clasificaciones por rangos de Friedman, conocida como χ^2_r de Friedman. Esta prueba está diseñada para evaluar las diferencias entre tres o más grupos correlacionados (Mafokozi, 2009). Esta prueba permite que, los pares de puntuaciones de un mismo sujeto son medidos antes y después de un tratamiento, como es nuestro planteamiento y, nos permite estimar cuál de las dos puntuaciones es mayor y considerar la magnitud de las diferencias además de su dirección. Es decir, que nos permite indicar qué valor es mayor en la pareja de puntuaciones e indicar que diferencia es la mayor.

Variables a analizar en los anexos 1,2, 6, 7 y 8

Vejiga hiperactiva ⁹				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
ANEXO 1 VEJIGA HIPERACTIVA (a toda la muestra)	identificación	Edad	Cuantitativa	edad
		Peso	Cuantitativa	peso
		Talla	Cuantitativa	Talla
		IMC	Cuantitativa	IMC
	Vejiga Hiperactiva	Vejiga hiperactiva	Cuantitativa ¹⁰	P_VHpretest

Cuestionario del sueño				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
ANEXO 6 Cuestionario de Oviedo del Sueño ¹¹ (Mide la calidad de sueño)	Categorías cuestionario	Satisfacción subjetiva del sueño	Cuantitativa	Satisfacc_subje_sueño_pre
		Insomnio	cuantitativa ¹²	Punt_insomniopretest
		Hipersomnio	Cuantitativa	Hipersomnio_pretest

Cuestionario HAD				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
ANEXO 2 Cuestionario HAD ¹³ (Ansiedad y Depresión)	Categorías cuestionario	Ansiedad	cuantitativa ¹⁴	Punt_Apretest
		Depresión	Cuantitativa ¹⁵	Punt_Dpretest

FSFI				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
ANEXO 7 Índice de función sexual femenina ¹⁶ (función sexual)	Categorías cuestionario ¹⁷	Relaciones sexuales	cuantitativa ¹⁸	Puntrelacsex_pretest

SF-36				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
ANEXO 8 Versión española del cuestionario de salud SF-36 ¹⁹ (calidad de vida)	Categorías cuestionario ²⁰	Función física	cuantitativa	Funcion_fisica
		Rol físico	Cuantitativa	Rol_fisico
		Dolor	Cuantitativa	Dolor
		Salud general	Cuantitativa	Salud_general
		Vitalidad	Cuantitativa	Vitalidad
		Función social	Cuantitativa	Función_social
		Rol emocional	Cuantitativa	Rol_emocional
		Salud mental	Cuantitativa	Salud_mental

⁹ Este cuestionario se aplica a toda la muestra

¹⁰ Esta variable es el resultado de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada ítem (de acuerdo a autores)

¹¹ Este cuestionario se aplica al grupo experimental en varias medidas.

¹² Esta variable es la suma de los ítems del cuestionario de esta categoría

¹³ Hay codificados valores para toda la muestra inicialmente. En codificaciones posteriores están los de varias medidas del grupo experimental y los finales del grupo control

¹⁴ Esta variable es la suma de los ítems del cuestionario de esta categoría

¹⁵ Esta variable es la suma de los ítems del cuestionario de esta categoría

¹⁶ Hay valores codificados para la muestra del grupo experimental en varias mediciones.

¹⁷ Aunque la escala está formada por varios dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor) que se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems determinados; interesa saber si se mantienen relaciones sexuales y a puntuación total.

¹⁸ Esta variable es la puntuación que se obtiene del sumatorio de los dominios

¹⁹ Hay valores codificados para la muestra del grupo experimental en varias mediciones.

²⁰ Cada dominio estudiado es un porcentaje

En la figura 6 reflejamos los diferentes análisis que hemos realizado con cada una de las variables analizadas en relación a la Vejiga Hiperactiva y que han quedado justificadas anteriormente.

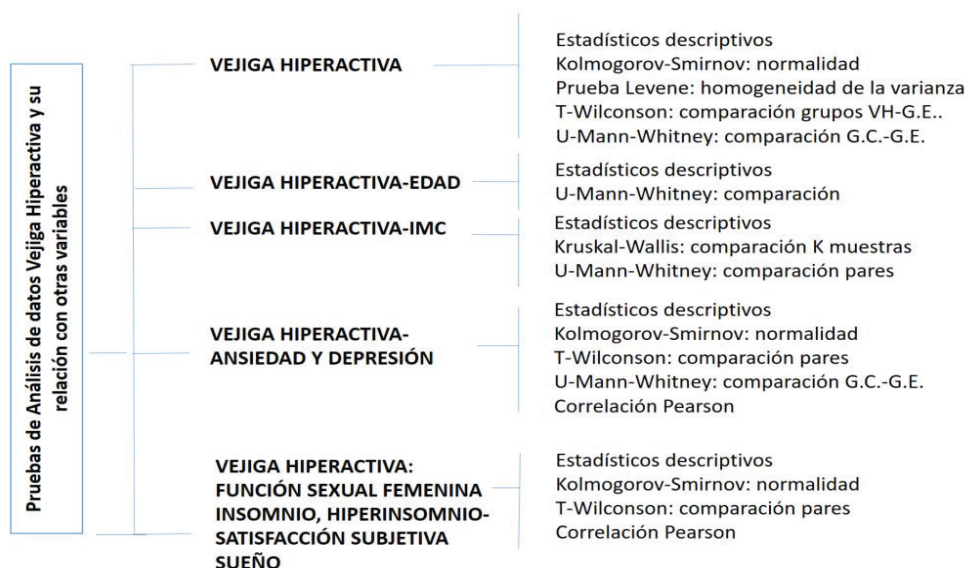


Figura 6.: Relación de pruebas estadísticas utilizadas con la VH y otras variables asociadas
Elaboración propia

En la figura 7, reflejamos los análisis estadísticos realizados con la variable calidad de vida y su relación con la VH.

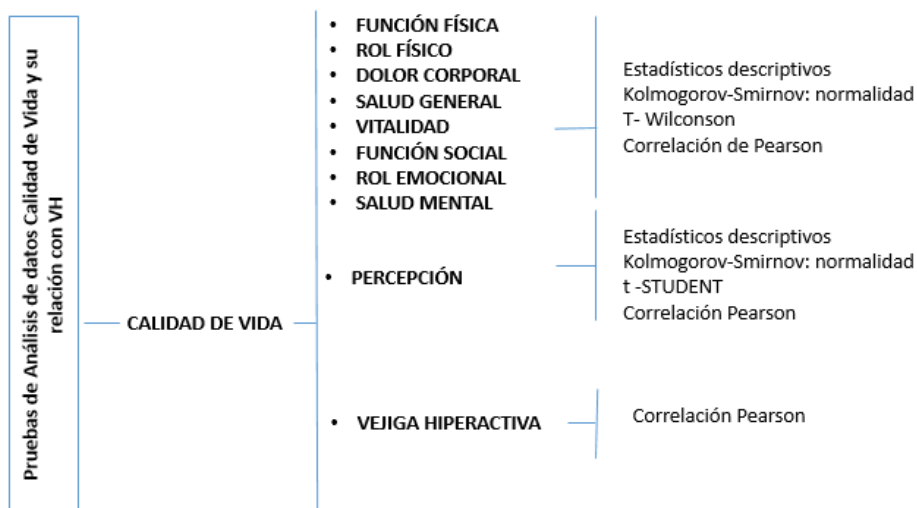


Figura 7: Relación de pruebas estadísticas utilizadas con calidad de Vida y VH
Elaboración propia

2. Análisis de datos

A continuación, vamos a realizar un análisis de las variables Vejiga Hiperactiva y calidad de vida. Realizaremos un análisis descriptivo de cada una de ellas, la comprobación de los supuestos de normalidad y homogeneidad, así como los análisis pertinentes para comprobar si se han producido cambios o no como consecuencia de la aplicación del tratamiento en el grupo experimental. Contrastaremos, posteriormente, los datos obtenidos con el grupo control.

2.1. Vejiga hiperactiva

2.1.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo de la variable Vejiga Hiperactiva (VH) para el *grupo experimental*, presentando en la tabla 39 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 39
Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Vejiga Hiperactiva.

		Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Vejiga Hiperactiva (VH) 1	Vejiga Hiperactiva (VH) 2	Vejiga Hiperactiva (VH) 3	Vejiga Hiperactiva (VH) 4
N	Válidos	34	34	24	31	33
	Perdidos	0	0	10	3	1
Media (M)		18.0882	12.4706	9.9167	4.3226	3.9394
Mediana (Mdn)		17.0000	12.0000	9.5000	3.0000	3.0000
Moda (M _o)		17.00	.00	2.00	.00	.00
Desviación típica		7.52921	8.78095	6.65887	5.19222	4.19031
Rango		24,00	30,00	22,00	19,00	16,00
Mínimo		8,00	,00	,00	,00	,00
Máximo		32,00	30,00	22,00	19,00	16,00
Percentiles	25	12.5000	5.5000	4.2500	.0000	.0000
	50	17.0000	12.0000	9.5000	3.0000	3.0000
	75	23.0000	19.0000	13.0000	7.0000	7.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una tendencia descendente en las diferentes medidas tomadas oscilando entre valores del pre test de $M = 18.08$ a $M = 3.93$ en VH_4, oscilando la mediana entre valores $Mdn = 17$ y $Mdn = 3$; siendo la Moda = 0 en las dos últimas medidas. Teniendo en cuenta que la escala OAB-V señala que puntuaciones ≥ 8 el sujeto padece vejiga hiperactiva y a mayor puntuación, mayor gravedad, observamos que a medida que se van teniendo las sesiones de tratamiento estas medidas van reduciendo su valor, que hace presuponer una incidencia positiva de éste en los sujetos.

La figura 8 y la figura 9 representan la distribución de frecuencias de las medidas referidas al pre test y la puntuación final (VH-4). En ellas podemos visualizar más rápidamente las diferencias entre ambas medidas. Mientras que en la primera (pre test) la mayor parte de las frecuencias se agrupan entorno a puntuaciones entre 10 y 20 ($M = 18.08$, $Mdn = 17$ y $M_o = 17$), en la última medida VH_4 las puntuaciones están entre 0 y 5 ($M = 3.93$, $Mdn = 3$ y $M_o = .00$), resaltando que el valor que más se repite es 0.

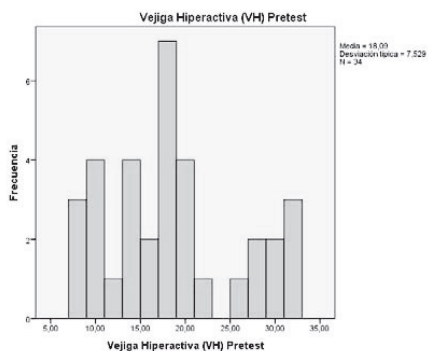


Figura 8: Experimental VH (pretest)

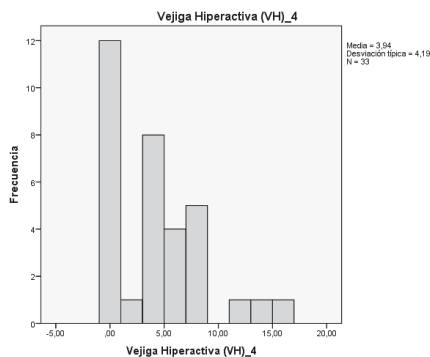


Figura 9: Experimental VH_4

La tabla 40 muestra los descriptivos del *grupo control*. Consideramos la medida VH_4 como medida post-test para este grupo. Como podemos observar presentan valores más bajos en los descriptivos que en el grupo experimental.

Tabla 40
Estadísticos descriptivos Grupo Control. *Vejiga Hiperactiva*.

		Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Vejiga Hiperactiva (VH)_1	Vejiga Hiperactiva (VH)_2	Vejiga Hiperactiva (VH)_3	Vejiga Hiperactiva (VH)_4
N	Válidos	21	0	0	0	21
	Perdidos	0	21	21	21	0
Media (M)		15.6190				15.0952
Mediana (Mdn)		15.0000				16.0000
Moda (M _o)		14.00				16.00
Desviación típica		3.93035				4.40346
Rango		13.00				14.00
Mínimo		9.00				8.00
Máximo		22.00				22.00
	25	12.5000				11.0000
Percentiles	50	15.0000				16.0000
	75	19.0000				18.0000

Las figuras que recogemos a continuación (figura 10 y figura 11) representan los descriptivos de ambas medidas. Como vemos, en la medida pretest ($M = 15.61$, $Mdn = 15.00$ y $M_o = 14.00$) con una concentración de frecuencias entre

13 y 18, encontrándose el 75% de los casos por debajo de una puntuación de 19.000. Estos valores son ligeramente inferiores a la medida posttest VH_4 ($M=15.09$, $Mdn = 16.000$ y $M_o = 16$) donde los valores están concentrados entre 12 y 20, concentrándose el 75% de las frecuencias por debajo de la puntuación 19.000.

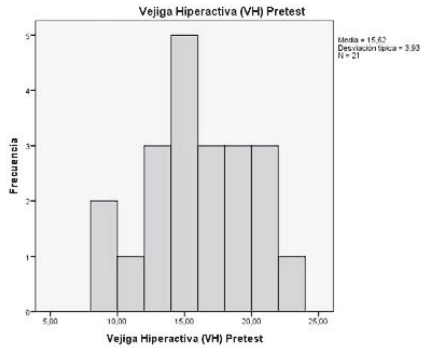


Figura 10: Control VH (pretest)

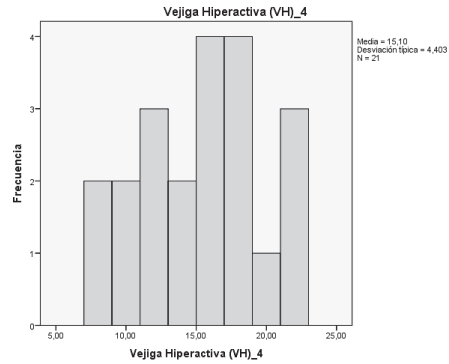


Figura 11: Control VH_4

2.1.2. Comprobación de los supuestos de normalidad y homogeneidad

Para realizar un análisis previo descriptivo es necesario comprobar la distribución muestral teniendo en cuenta los valores de la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2), a partir del cumplimiento de los supuestos de normalidad de la muestra y homocedasticidad de la varianza y que reflejamos en la tabla 41. Vemos que se trata de una asimetría positiva en todos los casos, por lo que se extiende a valores superiores a la media, mientras que el dato referente a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en el pretest y V_01 y V_02 que nos indicaría que se trata de distribuciones platicúrticas, con una menor concentración de datos respecto a la media y por tanto una mayor dispersión. Por el contrario, las medidas VH pretest, VH_3 y VH_4 ofrecen valores positivos que indicaría una curva leptocúrtica y, por tanto, los datos se concentran más en torno a la media. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual podría indicarnos que las muestras no se distribuyen normalmente.

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral del grupo experimental en todas las medidas obtenidas antes, durante y después del tratamiento mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), con la que comparamos la distribución empírica de la muestra seleccionada respecto a la población normal. Los resultados indican el cumplimiento del supuesto de normalidad en todas las medidas obtenidas para el grupo experimental, aceptando la H_0 de normalidad; sin embargo, el cálculo de estadístico de Levene (W) para determinar la homogeneidad de las varianzas, muestra valores en la medida VH_Pretest ($W=5.697$; $p<.021$) con el fin de determinar la homogeneidad de la varianza, que determinan la heterogeneidad de la muestra. Por lo que, entendemos que es posible emplear contrastes no paramétricos y, por tanto, utilizaremos estadística no paramétrica para análisis posteriores (tabla 41).

Tabla 41

Resultado del análisis de la normalidad y homogeneidad. K-S y Levene. VH

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a		Prueba de Levene	
						Estadístico	p	W	p
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	34	18.088	7.5292	.514	-.748	.788	.564	5.697	.021
Vejiga Hiperactiva (VH)_1	34	12.470	8.7809	.319	-.821	.639	.809		
Vejiga Hiperactiva (VH)_2	24	9.916	6.6588	.433	-.853	.678	.747		
Vejiga Hiperactiva (VH)_3	31	4.32	5.1922	1.501	1.801	1.128	.157		
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	33	3.9394	4.1903	1.152	1.104	1.092	.184	.107	.745

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

Dado el carácter no normal de la distribución, los estadísticos descriptivos apropiados para ser comentados, como ya se ha hecho, serán la mediana, cuartiles y como media de desviación el rango como diferencias entre las puntuaciones máximas y mínimas.

A raíz de estos datos descriptivos, podemos avanzar, que existen ciertas diferencias entre los dos grupos formados una vez realizado el tratamiento.

2.1.3. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva.

Realizado el análisis descriptivo de la variable Vejiga Hiperactiva (VH), procede el análisis inferencial considerando tres tipos de análisis que detallaremos a continuación.

- 1.- Un análisis Inferencial de la VH dentro del grupo experimental.
- 2.- Un análisis de la VH del grupo experimental vs. grupo control.
- 3.- Un análisis de la VH en el grupo experimental con otras variables: personales (edad, índice de masa corporal, ...), ansiedad y depresión, índice de la función sexual femenina y sueño.

2.1.3.1. Análisis inferencial Grupo Experimental. Vejiga Hiperactiva

La influencia del tratamiento en el Grupo experimental a lo largo del tiempo lo vamos a analizar teniendo en cuenta las cinco medidas a cada sujeto: el pre test como medida previa anterior al tratamiento y las cuatro medidas siguientes de seguimiento. Realizaremos un análisis comparando medida obtenida con todas las demás. Para realizar este análisis utilizaremos la prueba T de Wilconson que es apropiada para el caso de variables relacionadas. Tratamos de contrastar la H_0 que parte de que, dado que las valoraciones son dadas por los mismos sujetos, las muestras resultantes no son independientes, por lo que se afirma que la valoración que se realiza de la VH es igual en todas las medidas.

Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 42

Tabla 42
Vejiga Hiperactiva (VH). Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	p
Vejiga Hiperactiva (VH)_1 - Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Rangos negativos	26	17.69	460.00	-3.089	.002
	Rangos positivos	5	7.20	36.00		
	Empates	2				
	Total	33				
Vejiga Hiperactiva (VH)_2 - Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Rangos negativos	22	12.45	274.00	-4.144	.000
	Rangos positivos	1	2.00	2.00		
	Empates	1				
	Total	24				
Vejiga Hiperactiva (VH)_3 - Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Rangos negativos	30	16.50	495.00	-4.843	.000
	Rangos positivos	1	1.00	1.00		
	Empates	0				
	Total	31				
Vejiga Hiperactiva (VH)_4 - Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Rangos negativos	34	17.50	595.00	-5.089	.000
	Rangos positivos	0	.00	.00		
	Empates	0				
	Total	34				

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	p
Vejiga Hiperactiva (VH)_2 - Vejiga Hiperactiva (VH)_1	Rangos negativos	15	12.20	183.00	-1.838	.066
	Rangos positivos	7	10.00	70.00		
	Empates	2				
	Total	24				
Vejiga Hiperactiva (VH)_3 - Vejiga Hiperactiva (VH)_1	Rangos negativos	23	15.30	352.00	-3.920	.000
	Rangos positivos	4	6.50	26.00		
	Empates	4				
	Total	31				
Vejiga Hiperactiva (VH)_4 - Vejiga Hiperactiva (VH)_1	Rangos negativos	26	17.69	460.00	-4.158	.000
	Rangos positivos	5	7.20	36.00		
	Empates	2				
	Total	26	17.69			
Vejiga Hiperactiva (VH)_3 - Vejiga Hiperactiva (VH)_2	Rangos negativos	19	12.45	236.50	-3.575	.000
	Rangos positivos	3	5.50	16.50		
	Empates	1				
	Total	23				
Vejiga Hiperactiva (VH)_4 - Vejiga Hiperactiva (VH)_2	Rangos negativos	19	12.29	233.50	-3.477	.001
	Rangos positivos	3	6.50	19.50		
	Empates	1				
	Total	23				
Vejiga Hiperactiva (VH)_4 - Vejiga Hiperactiva (VH)_3	Rangos negativos	12	10.88	130.50	-.130	.896
	Rangos positivos	10	12.25	122.50		
	Empates	9				
	Total	31				

Como podemos ver en el cuadro de rangos, el número de elementos en la Variable VH_pretest es menor en todos los casos en comparación con las demás medidas, indicándonos que a medida que pasa el tiempo las puntuaciones de VH disminuyen (recordemos que a partir de puntuación 8 o superior se padece VH). Esto mismo ocurre cuando comparamos las demás medidas (VH_1, VH_2, CH_3, VH_4) con las inmediatamente anteriores. Es decir, la medida 1 obtienen menos elementos (N) que la 2, ésta que la 3 y ésta que la 4. Respecto a los rangos, vemos efectivamente que los rangos negativos son superiores, indicándonos el efecto del tratamiento sobre las puntuaciones de los sujetos, puesto que el valor de la puntuación de la Vejiga Hiperactiva es menor a tenor que la variable medida es posterior (VH_1, obtiene menos valor que su predecesora VH_pretest; la VH_3 de la VH_2). No encontramos diferencias entre la VH_1 y VH_2, con valor $Z = -1.838$, y un valor superior a $p > .05$ ($p = .066$), que entendemos que es normal, dado que el tratamiento puede no haber aún hecho efecto en el tiempo existente entre ambas medidas; pero si de la VH_1 con la VH_3 ($Z = -3.920$; $p = .000 < .05$) y VH_1 con VH_4 ($Z = -3.920$; $p = .000 < .05$). Igualmente encontramos diferencias entre las medidas VH_2 con VH_3 ($Z = -3.575$; $p = .000 < .05$) y VH_2 con VH_4 ($Z = -3.477$; $p = .000 < .05$).

No encontramos diferencias tampoco entre la 3ª y 4ª medida ($Z=-.130$; $p=.896 >.05$), lo que nos hace suponer que a partir de la 3ª sesión el efecto del tratamiento es ya efectivo.

2.1.3.2. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva. Grupo Experimental Vs. Grupo Control.

Como vimos en las tablas de estadísticos descriptivos anteriores (tabla 39 y tabla 40), los valores mínimos y máximos son similares en ambas distribuciones (experimental y control), pues el mínimo está entre 8 y 9 para el grupo experimental y control respectivamente, lo que demuestra la existencia de VH en ambos grupos y el máximo en 22, con valores de dispersión similares (13 y 14).

Por otro lado, los valores percentiles reflejados en las tablas anteriores vienen a indicarnos el grado de concentración de respuestas que es más disperso en el caso de la variable Pre test del grupo experimental frente al grupo control situándose, para el primero, entre valores de $P_{25} = 12.5$ y $P_{75} = 22$, siendo el valor que acumula el 50% de los casos el $P_{50} = 17$, frente al $P_{25} = 12.5$, $P_{75} = 19$ y $P_{50}=15$.

Sin embargo, después de 8 meses y realizado el tratamiento, tomando como referencia la última medida VH_4, observamos diferencias interesantes. Así para el grupo experimental $P_{25} = .000$ y $P_{75} = 7.000$, siendo el valor que acumula el 50% de los casos el $P_{50} = 3.5000$; mientras que para el control no se observan grandes diferencias respecto a las medidas iniciales y, en algunos casos superiores $P_{25} = 11.000$ y $P_{75} = 18.000$.

Estos datos los representamos gráficamente en los *gráficos de cajas* o *bloxplot* que reflejamos en la figura 12 y figura 13 que nos muestran la tendencia de las medianas y la dispersión de las puntuaciones más similares en el caso de medidas pre-test frente a las medidas post-test.

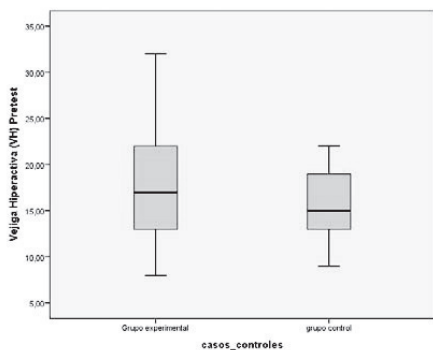


Figura 12: BloxPlot Pretest GE vs GC
 Nota: GE = Grupo Experimental, GC= Grupo Control

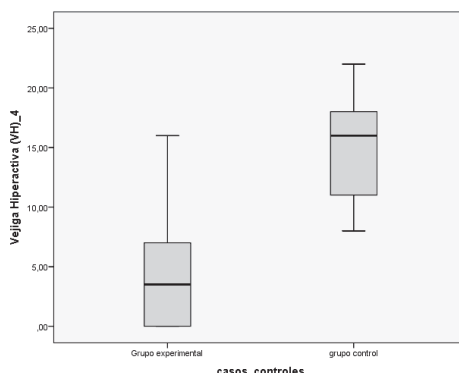


Figura 13: BloxPlot VH_4 GE vs GC

A fin de confirmar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre y post de los grupos experimental y control. Procederemos a contrastar las puntuaciones obtenidas en VH en función de su pertenencia a cada uno de estos grupos. Utilizaremos para ello la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes (tabla 43).

Tabla 43
 Prueba de U de Mann_Whitney. Grupo Experimental vs. Grupo Control

casos_controles		N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Z	p
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Grupo experimental	35	29.86	1045.00	320.000	-.806	.420
	grupo control	21	26.24	551.00			
	Total	56					
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Grupo experimental	34	18.57	631.50	36.500	-5.589	.000
	grupo control	21	43.26	908.50			
	Total	55					

El resultado de contraste entre el grupo experimental y grupo control respecto al Pre-test, indica la ausencia entre ellos de diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95% ($p > .05$), lo cual demuestra la homogeneidad muestral respecto a la variable Vejiga Hiperactiva ($U = 320.000$, $p = .420 > .05$), con rangos similares $R = 29.86$ y $R = 26.24$). Sin embargo, estas diferencias sí se dan entre las puntuaciones posttest ($U = 36.500$, $p = .000 < .05$), obteniendo valores más bajos los del grupo experimental ($R = 18.57$), lo que nos

confirma la hipótesis de partida de que el tratamiento ha surtido el efecto deseado.

2.1.3.3. Análisis inferencial. Vejiga Hiperactiva. Otras variables.

Los análisis que vamos a realizar a continuación pretenden analizar en qué medida otras variables como edad, el índice de masa corporal, la ansiedad y la depresión, el sueño, pueden o no influir en la VH.

a) Vejiga Hiperactiva y Edad

La tabla 44 muestra los estadísticos de los resultados de Vejiga Hiperactiva teniendo en cuenta la variable *edad*. Esta variable ha sido agrupada en dos intervalos: los que tienen una edad igual o menor a 65 años y los que superan esta edad. Resultando un N = 23 para sujetos con ≤ 65 años y N=11 para > 65 años. Obtenemos un número alto de casos no válidos, pues solamente consideramos aquellos sujetos que han formado parte del estudio experimental.

La tabla evidencia los siguientes datos:

- La mediana señala la existencia de VH en ambos grupos de edad en el test pre test al obtener valores superiores a 8 (Mdn=17.000 y Mdn = 17.000); siendo menores en el pos test, el grupo menor o igual a 65.
- A nivel general los valores oscilan entre R=.00 para todos los grupos de edad en lo pos test y un máximo de R=32 en el caso de VH pre test para ≤ 65 años y de 27 y 16 para. > 65 años
- Los valores percentiles tienden a ser más altos los relativos a las medidas pre test que los pos test en ambos grupos de edad: para ≤ 65 años (P₂₅=11.00, P₇₅=28.00 frente P₂₅=00.00, P₇₅=5.00); para > 65 años (P₂₅=13.00, P₇₅=20.00 de pre test, frente P₂₅=0.00, P₇₅=12.00 del pos test).

Tabla 44
Estadísticos descriptivos Vejiga Hiperactiva-Edad

Estadísticos		Vejiga Hiperactiva Pretest		Vejiga Hiperactiva Postest (VH_4)	
		≤ 65 años	> 65 años	≤ 65 años	> 65 años
N	Válidos	23	11	23	11
	Perdidos	1	0	1	0
Media		18.6522	16.6364	3.2174	6.3636
Mediana		17.0000	17.0000	3.0000	5.0000
Desvi. Típ.		8.42943	5.29665	3.51563	5.60844
Mínimo		8.00	9.00	.00	.00
Máximo		32.00	27.00	13.00	16.00
Rango		24.00	18.00	13.00	16.00
Amplitud intercuartil		17.00	7.00	5.0000	12.00
	25	11.000	13.000	0.000	.0000
Percentiles	50	17.000	17.000	3.000	5.000
	75	28.000	20.000	5.000	12.000

Con los datos aquí expuestos, representamos gráficamente en la figura 14 y la figura 15, las diferencias muestrales relativas a grupos de edad ≤ 65 años en medidas pre test y pos test, observando como la mediana tiene puntuaciones más elevadas en las primeras medidas, existiendo además un menor agrupamiento de las puntuaciones siendo su amplitud intercuartil menor en las medidas post y por lo tanto, menor variabilidad en las respuestas y que podemos observar también por los bigotes de los gráficos que representan la dispersión de las respuestas.

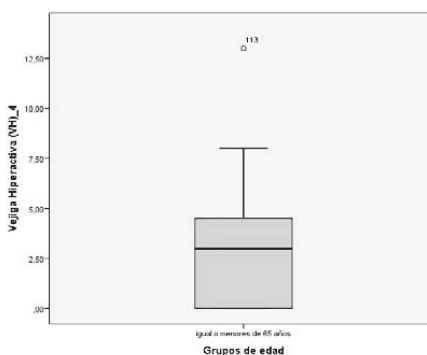
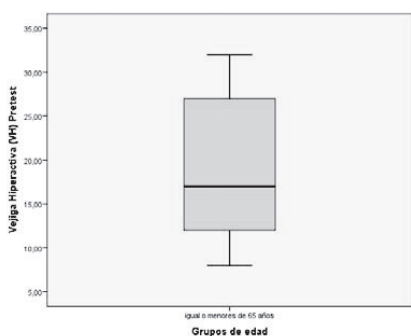


Figura 14: Bloxplot de VH pretest- ≤ 65 años

Figura 15: Bloxplot de VH postest- ≤ 65 años

Resultados similares encontramos en el otro grupo de edad, para mayores de 65 años, tal como podemos observar en los gráficos (figura 16 y figura 17), en el

que se percibe un descenso del valor de la mediana y una menor dispersión de respuestas en las medidas post.

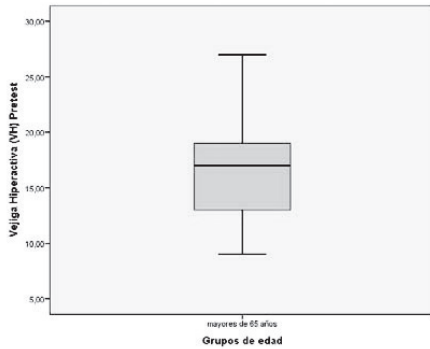


Figura 16: Bloxplot de VH pretest- > 65 años

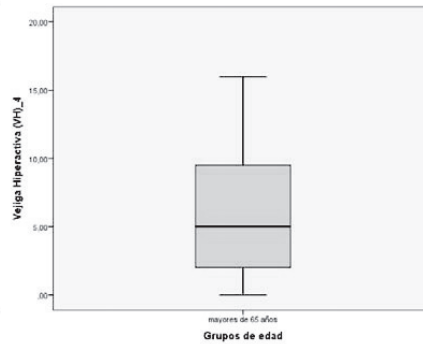


Figura 17: Bloxplot de VH postest- > 65 años

A fin de confirmar la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas para los grupos de edad dentro del grupo experimental, procederemos a contrastar las puntuaciones obtenidas en VH en función de su pertenencia a cada uno de estos grupos. Utilizaremos para ello la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Los resultados los mostramos en la tabla 45.

Tabla 45
Prueba de U de Mann-Whitney. VH-Grupos de edad

	Grupos de edad	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Z	p
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	igual o menores de 65 años	24	18.48	443.50	120.500	-0.410	.682
	mayores de 65 años	11	16.95	186.50			
	Total	35					
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	igual o menores de 65 años	23	15.61	359.00	83.000	-1.641	.101
	mayores de 65 años	11	21.45	236.00			
	Total	34					

El resultado de contraste entre el grupo ≤ 65 años y > 65 años respecto al Pre-test, indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95% ($p > .05$), entre ellos, lo cual demuestra la homogeneidad muestral respecto a la variable Vejiga Hiperactiva en relación a la edad ($U = 120.000$, $p = .682 > .05$), con rangos similares $R = 18.48$ y $R =$

16.954). Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones pos-test ($U = 83.000$, $p = .101 > .05$), obteniendo valores de $R = 15.61$ y $R = 21.45$. Lo que parece indicar que la edad no es una variable que influya en la VH, en nuestra muestra.

b) Vejiga Hiperactiva e índice de masa corporal.

Vamos a realizar a continuación un análisis, similar al anterior, utilizando como variable el índice de masa corporal (IMC). Esta variable parte del peso real de las personas y que hemos clasificado en las siguientes categorías:

- Peso Insuficiente
- Normopeso
- Sobrepeso
- Obesidad

El procedimiento que vamos a seguir va a ser el mismo que con la edad. Realizaremos un análisis descriptivo para posteriormente realizar un análisis de contraste. Tomaremos como grupo de trabajo el Grupo Experimental.

En la tabla 46 Reflejamos los descriptivos. No se considerará la categoría “peso insuficiente” pues $N=1$.

Por lo que respecta al Grupo de *Normopeso*, la tabla evidencia los siguientes aspectos:

- Los valores de las medias son muy dispares entre las dos medidas pre y post ($M=22.9000$ y $M=4.4444$), al igual que las medianas ($Mdn=23.500$ y $Mdn=4.000$)
- Las puntuaciones oscilan entre un mínimo de 8.000 y 32.000 con un $R=24.000$ para el grupo pretest y entre .000 y 16.000 para el posttest, por lo que su Rango $R=16.000$

Por lo que respecta al grupo *Sobrepeso* las diferencias entre medidas pre y post también se observan, si bien hemos de indicar que este grupo presenta valores en VH menores que el grupo anterior y el posterior que veremos (Obesidad), así:

- Los valores de las medias son muy dispares entre las dos medidas pres y post (M=14.6250 y M=2.9375), al igual que las medianas (Mdn=13.500 y Mdn= 1.5000)
- Las puntuaciones oscilan entre un mínimo de 8.000 y 30.000 con un R=22.000 para el grupo pretest y entre .000 y 12.000 para el pos test, por lo que su Rango R=12.000

Por último, en relación al grupo considerado como *Obesidad*, es el grupo con puntuaciones más altas después del de Normopeso, así encontramos que:

- Los valores de las medias vuelven a ser dispares entre las dos medidas pres y post (M=18.5714y M=5.1429), al igual que las medianas (Mdn=17.000 y Mdn= 4.000)
- Las puntuaciones oscilan entre un mínimo de 9.000 y 32.000 con un R=23.000 para el grupo pre test y entre .000 y 13.000 para el pos test, por lo que su Rango R=13.000

Por lo que hace referencia a la amplitud intercuartil en las medidas pre test, los valores son similares entre los grupos de Normopeso (RIQ=7.95054) y Sobrepeso (RIQ=8.000), frente a Obesidad (RIQ=13.000). Por lo que respecta a las medidas pos test los valores presentan mismas similitudes (RIQ=4.5000 para normopeso, RIQ=5.000 para sobrepeso y RIQ=8.000).

Tabla 46
Estadísticos descriptivos Vejiga Hiperactiva-ICM

Estadísticos		Vejiga Hiperactiva Pretest	Vejiga Hiperactiva Postest (VH_4)
Normopeso	N	Válidos 10	9
		Perdidos 0	0
	Media	22.9000	4.4444
	Mediana	23.5000	4.0000
	Desvi. Típ.	7.95054	4.79873
	Mínimo	8.0000	.0000
	Maximo	32.00	16.00
	Rango	24.00	16.00
	Amplitud intercuartil	7.95054	4.50
	Percentiles	25 18.000	1.0000
	50 23.5000	4.0000	
	75 29.750	5.5000	
Sobrepeso	N	Válidos 16	16
		Perdidos 0	0
	Media	14.6250	2.9375
	Mediana	13.5000	1.5000
	Desvi. Típ.	5.72567	3.67820
	Mínimo	8.00	.00
	Rango	22.00	12.00

Estadísticos		Vejiga Hiperactiva Pretest	Vejiga Hiperactiva Postest (VH_4)	
Amplitud intercuartil		8.00	5.00	
	25	10.000	.0000	
	50	13.5000	1.5000	
	75	18.000	5.0000	
Percentiles				
	25			
	50			
	75			
N	Válidos	7	7	
	Perdidos	0	0	
Obesidad	Media	18.5714	5.1429	
	Mediana	17.0000	4.0000	
	Desvi. Tip.	7.84978	4.77593	
	Mínimo	9.00	.00	
	Máximo	32.00	13.00	
	Rango	23.00	13.00	
	Amplitud intercuartil		13.00	8.0000
		25	10.000	.0000
		50	13.5000	4.0000
		75	18.000	8.0000

La figura 18 representa gráficamente los valores globales en la Medida VH Pre test en los cuatro grupos referidos al Índice de Masa Corporal. Como podemos observar, el caso de *Peso Insuficiente* el N=1, por lo que la mediana representada es la de este caso. Vemos en la representación referida a la medida pre test que la mediana es superior en el grupo de *Normopeso*, oscilando las puntuaciones mínimo y máxima entre 8.000 y 32.000, encontrándose el 75% de los casos en el $P_{75}=29.750$, superior al de los otros dos grupos que coinciden en el percentil $P_{75}=18.000$

El otro diagrama de cajas (figura 19) nos presenta los valores de la medida post test. Aunque los valores de las respuestas de los sujetos parecen indicar una mayor dispersión en las respuestas, vistas a través de los vigotes de los gráficos, en el *sobrepeso* y *obesidad*, frente a *normopeso*. Existen pocas diferencias respecto a la variabilidad existente entre las medidas de los percentiles. Así, el grupo de *normopeso* presenta una menor dispersión de las puntuaciones con un caso atípico de 16.000 ($P_{25}=1.0000$ y $P_{75}=5.5000$), frente al *sobrepeso* que, con una mediana inferior a la anterior, su dispersión es mayor ($P_{25}=0.000$, $P_{75}=5.000$) y *Obesidad* ($P_{25}=.0000$ y $P_{75}=8.000$).

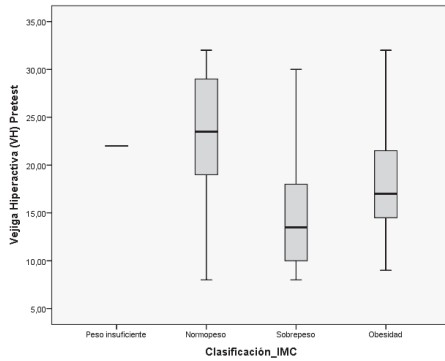


Figura 18: Bloxplot de VH pretest- IMC

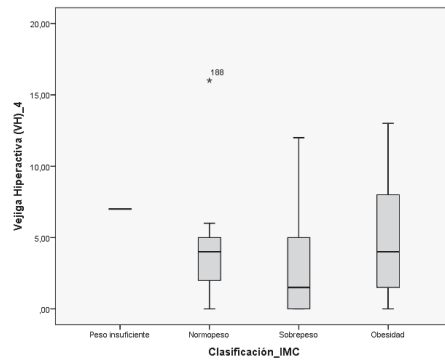


Figura 19: Bloxplot de Postest - IMC

Efectuado este análisis descriptivo, procede realizar un análisis inferencial, considerando la variable IMC como variable independiente. Teniendo en cuenta que la Variable IMC la hemos simplificado en las cuatro categorías definidas anteriormente la prueba que vamos a utilizar va a ser la prueba H de Kruskal-Wallis para contrastar la relación entre la puntuación de la VH. No tomaremos en consideración la categoría *peso insuficiente* al ser, como dijimos, N=1.

La tabla 47, muestra los valores de contraste fruto de la aplicación de la prueba. Los resultados muestran la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de IMC en medidas pre test $p=.032 < .05$, frente a las medidas posttest ($p=.450$)

Tabla 47
Prueba de Kruskal-Wallis. VH-IMC

Grupos de edad		N	Rango promedio	X2	gl	p
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Normopeso	10	23.25	6.866	2	.032
	Sobrepeso	16	13.06			
	Obesidad	7	17.07			
	Total	33				
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Normopeso	9	17.83	1.596	2	.450
	Sobrepeso	16	14.53			
	Obesidad	7	19.29			
	Total	32				

Los rangos promedio parecen indicarnos la existencia de diferencias entre el Grupo de sujetos con Normopeso ($R=23.25$), frente a los otros dos grupos ($R=13.06$ y $R=17.07$) en la medida de la variable pre test. A fin de analizar si estas diferencias son estadísticamente significativas se opta por realizar un análisis para a par (dos muestras) con la prueba U de Mann-Whitney, igualmente

para pruebas independientes. Se realizarán los análisis solamente para la prueba pre test. Los resultados que se recogen en la tabla 48 y muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de normopeso con sobrepeso.

Tabla 48
Prueba de U de Mann Whitney. VH-Pretest-IMC

	casos_ controles	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Z	p
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Normopeso	10	18.45	184.50	30.500	-2.615	.009
	Sobrepeso	16	10.41	166.50			
	Total	26					
	Normopeso	10	10.30	103.00	22.000	-1.273	.203
	Obesidad	7	7.14	50.00			
	total	17					
	Sobrepeso	16	11.16	178.50	42.500	-.907	.376
	Obesidad	7	13.93	97.50			
	Total	23					

Podemos concluir que después del tratamiento no existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en VH atendiendo al IMC. Corrigiéndose la VH del grupo de normopeso que era el que presentaba diferencias iniciales respecto a los demás grupos.

c) Vejiga Hiperactiva y Ansiedad

Ansiedad y depresión son dos variables ligadas, según la literatura estudiada, a la Vejiga Hiperactiva. Ambas variables han sido analizadas a través del cuestionario HAD y que nosotros, a fin de comprender mejor su comportamiento las analizaremos separadamente. La interpretación de la escala es la siguiente:

PUNTUACIONES TEST:

Ansiedad: 0-7 normal; 8-10 caso dudoso; ≥11 caso clínico

Los estadísticos descriptivos relativos a la *Ansiedad* los recogemos en la tabla 49. De acuerdo a los valores de la escala podemos decir que se trata de un grupo que no tiene, en términos generales, ansiedad previa al estudio, dado que la media ($M = 7.8857$) es inferior a 8, considerándose valores normales, y la Moda $M_0 = 4$ en las medidas pretest y $M_0 = .00$ en las últimas medidas tomadas. Esta

medida, a lo largo del estudio, va descendiendo progresivamente alcanzando un valor mínimo en la última (M = 2.5429). Sí, encontramos algunos casos clínicos (es decir que superar la puntuación de 11), tal como podemos ver en los valores máximos alcanzados (de 15 y 13 puntos) y con rangos que oscilan entre estas puntuaciones también (R = 13 y R =15).

El valor de la mediana desciende a medida que se aplica el tratamiento oscilando entre valores de Mdn = 7.000 en el pre test a Mdn = 2.000 en la última medida (pos test)

Tabla 49
Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Ansiedad

		Ansiedad Pretest	Ansiedad_1	Ansiedad_2	Ansiedad_3	Ansiedad_4
N	Válidos	35	34	24	31	35
	Perdidos	0	1	11	4	0
Media (M)		7.8857	6.3235	5.9167	2.9032	2.5429
Mediana (Mdn)		7.0000	6.0000	5.5000	.0000	2.0000
Moda (Mo)		4.00	3.00	.00	.00	.00
Desviación típica		4.24106	3.89810	4.49073	3.92730	3.00336
Rango		13.00	14.00	15.00	13.00	13.00
Mínimo		2.00	1.00	.00	.00	.00
Máximo		15.00	15.00	15.00	13.00	13.00
Percentiles	25.0000	4.0000	3.0000	2.0000	.0000	.0000
	50.0000	7.0000	6.0000	5.5000	.0000	2.0000
	75.0000	13.0000	10.0000	9.0000	5.0000	3.0000

Las figuras 20 a 24 siguientes recogen los histogramas de distribución de frecuencias. En ellas, podemos ver la evolución de las puntuaciones a lo largo de las diferentes medidas obtenidas. En la primera medida referida al pre test tenemos 11 sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 11 puntos, es decir con un nivel de ansiedad que se considera clínico. Este número se va reduciendo paulatinamente, manteniéndose solamente 2 personas en estos niveles en las dos últimas medidas (que podríamos considerar como casos clínicos). Podemos ver también como las puntuaciones se van concentrando en torno a valores menores en las medidas finales del tratamiento.

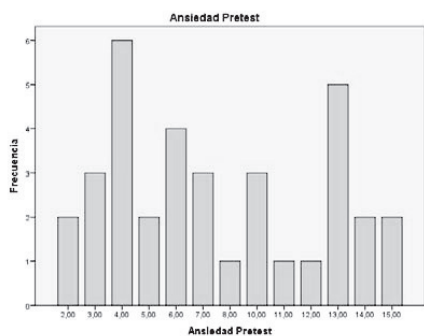


Figura 20: Experimental Ansiedad (pretest)

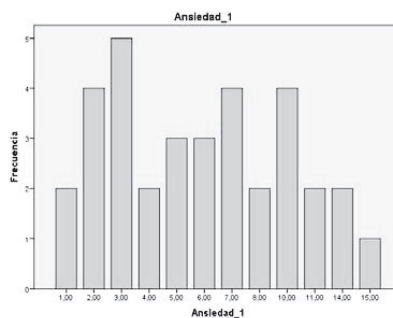


Figura 21: Experimental Ansiedad_1

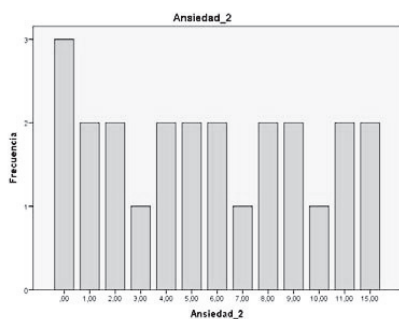


Figura 22: Experimental Ansiedad_2

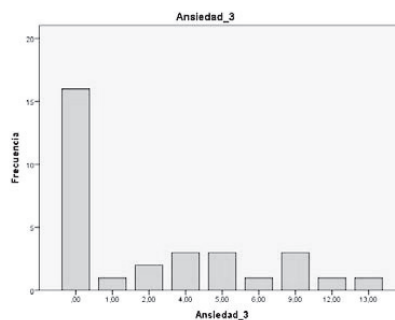


Figura 23: Experimental Ansiedad_3

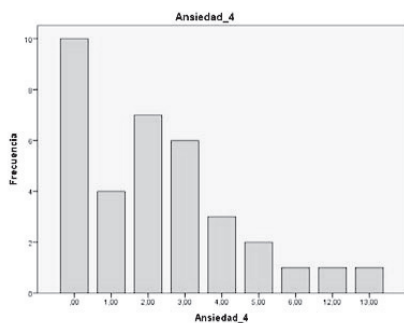


Figura 24: Experimental Ansiedad_4

En la Tabla 50 recogemos los datos referidos al *Grupo Control* en Ansiedad. Se trata de un grupo que tiene valores similares a los del grupo experimental. Con medias en las medidas pre y post ($M = 6.714$ y $M = 6.5238$) y con la misma moda

($M_0 = 5.00$). Tenemos valores que oscilan entre 2 y 13 puntos en el pre test y entre 1 y 12 puntos en el post test.

Tabla 50
Estadísticos descriptivos. Grupo control. Ansiedad

		Ansiedad Pretest	Ansiedad_1	Ansiedad_2	Ansiedad_3	Ansiedad_4
N	Válidos	21				21
	Perdidos	0				0
Media (M)		6.7143				6.5238
Mediana (Mdn)		6.0000				7.0000
Moda (M_0)		5.00				5.00
Desviación típica		3.13278				3.04334
Rango		11.00				11.00
Mínimo		2.00				1.00
Máximo		13.00				12.00
Percentiles	25.0000	4.5000				4.5000
	50.0000	6.0000				7.0000
	75.0000	8.5000				8.5000

Las figuras 25 y 26 recogen la distribución de frecuencias de ambas medidas en las que se observa una concentración de las puntuaciones entre 4 y 7 puntos en las medidas pre test y, 4 y 8 puntos en las medidas pos test, con mediana de $Mdn = 6$ y $Mdn = 7$ respectivamente; con tres casos que podrían considerarse clínicos en ambas medidas.

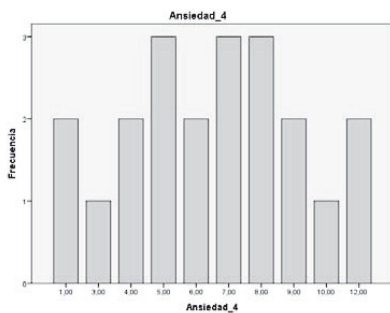


Figura 25: Control Ansiedad pre test

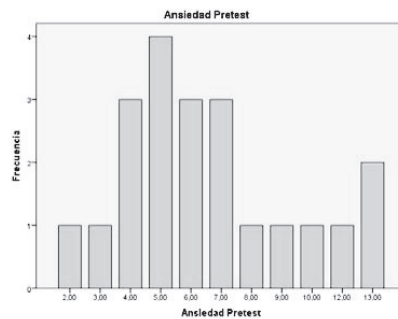


Figura 26: Control Ansiedad_4

Vamos a analizar ahora los supuestos de normalidad para el *grupo experimental* teniendo en cuenta los valores de la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2). Los valores de la tabla 51 reflejan una asimetría positiva en todos los casos, por lo que las puntuaciones se extienden a valores superiores a la media, mientras que el dato referente a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en el pretest y A_01 y A_02 que nos indicaría que se trata de distribuciones platicúrticas, con una menor concentración de datos respecto a la media y por tanto una mayor dispersión. Por el contrario, las medidas Ansiedad_3 y 4 ofrecen valores

positivos que indicaría una curva leptocúrtica y, por tanto, los datos se concentran más en torno a la media. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual podría indicarnos que las muestras no se distribuyen normalmente.

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral del *grupo experimental* en todas las medidas obtenidas antes, durante y después del tratamiento mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) como hemos realizado anteriormente y con las la que comparamos la distribución empírica de la muestra seleccionada respecto a la población normal. Los resultados (tabla 51) indican el cumplimiento del supuesto de normalidad en las tres primeras medidas obtenidas y última aceptando la H_0 de normalidad para ellas; pero no para la tercera medida post tratamiento ($p=.012$) por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos y, por tanto, utilizaremos estadística no paramétrica para el análisis de contraste.

Tabla 51
Resultado del análisis de la normalidad K-S. Ansiedad.

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Ansiedad Pretest	35	7.8857	4.24106	.322	-1.391	.931	.351
Ansiedad_1	34	6.3235	3.89810	.615	-.460	.738	.647
Ansiedad_2	24	5.9167	4.49073	.465	-.538	.490	.970
Ansiedad_3	31	2.9032	3.92730	1.249	.559	1.594	.012
Ansiedad_4	35	2.5429	3.00336	2.176	5.613	1.248	.089

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

Realizado el análisis descriptivo relativo a *Ansiedad*, procedemos a analizar el análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilconson. Los resultados que presentamos en la tabla 52 nos muestran que los rangos negativos son superiores en todas las comparaciones realizadas, a los positivos; lo que nos indica una reducción de la puntuación de ansiedad a medida que se realiza el tratamiento. Estas puntuaciones son significativas, desde la primera medida después del pre test, al obtener valores $\leq .05$; únicamente no existen diferencias significativas entre la tercera y cuarta medida con una $p = .829$, lo que parece indicar que los resultados óptimos se obtienen ya en la tercera medida.

Tabla 52
Ansiedad. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Ansiedad_1 - Ansiedad Pretest	Rangos negativos	17	11,65	198,00	Ansiedad_1 < Ansiedad Pretest	-3,421	.001
	Rangos positivos	3	4,00	12,00	Ansiedad_1 > Ansiedad Pretest		
	Empates	4			Ansiedad_1 = Ansiedad Pretest		
	Total	24					
Ansiedad_2 - Ansiedad Pretest	Rangos negativos	28	16,80	470,50	Ansiedad_2 < Ansiedad Pretest	-3,491	.000
	Rangos positivos	3	8,50	25,50	Ansiedad_2 > Ansiedad Pretest		
	Empates	0			Ansiedad_2 = Ansiedad Pretest		
	Total	31					
Ansiedad_3 - Ansiedad Pretest	Rangos negativos	31	17,31	536,50	Ansiedad_3 < Ansiedad Pretest	-4,365	.000
	Rangos positivos	2	12,25	24,50	Ansiedad_3 > Ansiedad Pretest		
	Empates	2			Ansiedad_3 < Ansiedad Pretest		
	Total	35					
Ansiedad_4 - Ansiedad Pretest	Rangos negativos	13	9,19	119,50	Ansiedad_4 = Ansiedad Pretest	-4,579	.000
	Rangos positivos	4	8,38	33,50	Ansiedad_4 > Ansiedad Pretest		
	Empates	7			Ansiedad_4 = Ansiedad Pretest		
	Total	24					
Ansiedad_2 - Ansiedad_1	Rangos negativos	27	16,19	437,00	Ansiedad_2 < Ansiedad_1	-2,087	.037
	Rangos positivos	4	14,75	59,00	Ansiedad_2 > Ansiedad_1		
	Empates	0			Ansiedad_2 = Ansiedad_1		
	Total	31					
Ansiedad_3 - Ansiedad_1	Rangos negativos	30	17,40	522,00	Ansiedad_3 < Ansiedad_1	-3,713	.000
	Rangos positivos	3	13,00	39,00	Ansiedad_3 > Ansiedad_1		
	Empates	1			Ansiedad_3 = Ansiedad_1		
	Total	34					
Ansiedad_4 - Ansiedad_1	Rangos negativos	17	10,50	178,50	Ansiedad_4 < Ansiedad_1	-4,325	.000
	Rangos positivos	3	10,50	31,50	Ansiedad_4 > Ansiedad_1		
	Empates	3			Ansiedad_4 = Ansiedad_1		
	Total	23					
Ansiedad_3 - Ansiedad_2	Rangos negativos	18	10,61	191,00	Ansiedad_3 < Ansiedad_2	-2,749	.006
	Rangos positivos	2	9,50	19,00	Ansiedad_3 > Ansiedad_2		
	Empates	4			Ansiedad_3 = Ansiedad_2		
	Total	24					
Ansiedad_4 - Ansiedad_2	Rangos negativos	11	15,50	170,50	Ansiedad_4 < Ansiedad_2	-3,327	.001
	Rangos positivos	14	11,04	154,50	Ansiedad_4 > Ansiedad_2		
	Empates	6			Ansiedad_4 = Ansiedad_2		
	Total	31					
Ansiedad_4 - Ansiedad_3	Rangos negativos	17	11,65	198,00	Ansiedad_4 < Ansiedad_3	-.216	.829
	Rangos positivos	3	4,00	12,00	Ansiedad_4 > Ansiedad_3		
	Empates	4			Ansiedad_4 = Ansiedad_3		
	Total	24					

Como se ha visto en las tablas de los estadísticos descriptivos anteriores los valores máximos y mínimos, así como los Rangos eran muy similares y

ligeramente superiores en el grupo experimental, respecto al grupo control. Hemos visto como los valores percentiles son más dispersos en la variable pre test del grupo experimental $P_{25}= 4.000$ y $P_{75} = 13.000$, frente al control con $P_{25} = 4.500$ y $P_{75} = 8.500$, siendo el valor que acumula el 50% de los casos $P_{50} = 7.000$ frente al $P_{50} =6.000$

Realizado el tratamiento y tomando como referencia la última medida que consideramos para el grupo control como medida post (Ansiedad_4), observamos algunos cambios. Así, en el grupo experimental las diferencias respecto al pre test parecen claras $P_{25}= 0.000$ y $P_{75} = 3.000$, con un valor de $P_{50}= 2.000$; mientras que en el grupo control $P_{25}= 4.500$ y $P_{75} = 8.500$, con un valor de $P_{50}= 7.000$.

Estos datos los podemos ver gráficamente en los gráficos de cajas o bloxplot que presentamos y que reflejamos en la figura 27 y figura 28 que nos muestran la tendencia de las medidas y la dispersión de las medidas pre test frente al pos test.

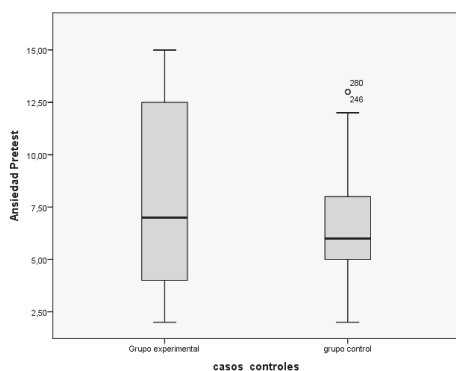


Figura 27: BloxPlot AnsiedadPretest GE vs GC
Nota: GE = Grupo Experimental, GC= Grupo Control

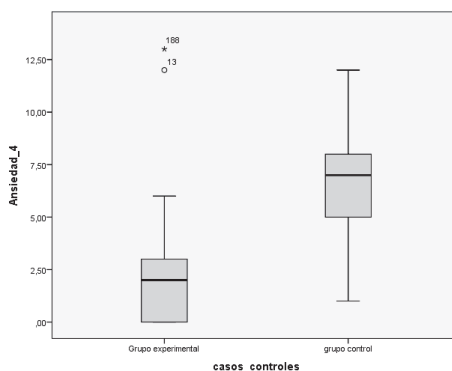


Figura 28: BloxPlot Ansiedad_4 GE vs GC

Con el fin de comprobar la existencia o no de diferencias significativas entre el Grupo Experimental y Control en relación a la Ansiedad se contrastaron las medidas pre y post de ambos grupos. Los resultados que reflejamos en la tabla 53, nos indican la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en las medidas pre test ($p = .454$), indicándonos la homogeneidad de los grupos en relación a esta variable. Realizada la

intervención, estas diferencias son significativas ($p = .000$) lo cual demuestra la bondad del tratamiento en la mejora de la ansiedad.

Tabla 53
Prueba de U de Mann-Whitney. Ansiedad. Grupo Experimental vs. Grupo control

Grupos de edad		N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Z	p
Ansiedad Pretest	Grupo Experimental	35	29,76	1041,50	323,500	-7,49	.454
	Grupo Control	21	26,40	554,50			
	Total	56					
Ansiedad_4	Grupo Experimental	35	21,09	738,00	108,000	-4,420	.000
	Grupo control	21	40,86	858,00			
	Total	56					

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y Ansiedad, se ha realizado una correlación de Pearson. Para ello tomamos las medidas pre y post de cada una de las variables. Los resultados que mostramos en la Tabla 54 indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre test de VH con el grupo experimental y control, lo cual es de esperar dado que no se ha aplicado ningún tratamiento. Estas diferencias si las encontramos entre las medidas de VH_4 pos test y Ansiedad_4 del grupo experimental ($p = .005$), no así con el grupo control ($p = .162$). A la vista de los resultados, el tratamiento parece indicar que la intervención ha propiciado efectos positivos en la ansiedad de los participantes en el grupo experimental.

Tabla 54
Correlación de Pearson. VH-Ansiedad

		Correlaciones			
		Grupo Experimental		Grupo control	
		Ansiedad pre test	Ansiedad_4	Ansiedad pre test	Ansiedad pos test
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	.095	.140	.324	.377
	Sig. (bilateral)	.586	.421	.152	.092
	N	35	35	21	21
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	.167	.470	.259	.317
	Sig. (bilateral)	.346	.005	.256	.162
	N	34	34	21	21

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

d) Vejiga Hiperactiva y Depresión

La *depresión* es otra de las variables que medimos a través de la prueba HAD. La interpretación de las puntuaciones de esta escala, es igual que para la *Ansiedad*

PUNTUACIONES TEST:

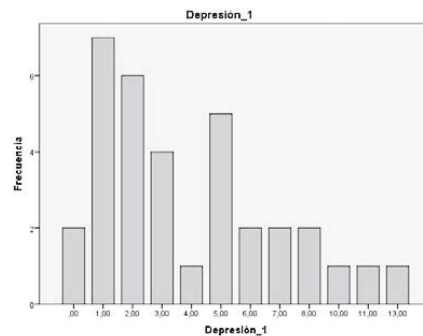
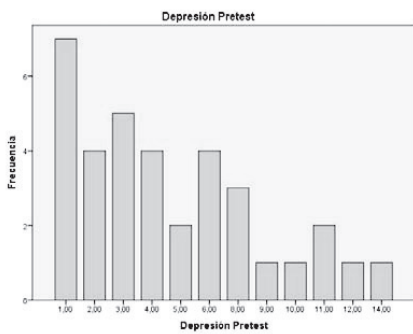
Depresión: 0-7 normal; 8-10 caso dudoso; ≥11 caso clínico

Los estadísticos descriptivos, referidos al grupo experimental, relativos a la *Depresión* los recogemos en la tabla 55. De acuerdo a los valores de la escala podemos decir que se trata de un grupo que no tiene en términos generales *depresión* previa al estudio, dado que la media ($M = 4.8857$) es inferior a 8, considerándose valores normales, y la Moda $M_0 = 1.000$ en las medidas pretest y $M_0 = .00$ en las dos últimas medidas tomadas. Esta media a lo largo del estudio va descendiendo progresivamente alcanzando un valor mínimo en la última de las medidas ($M = 1.2000$). Sí encontramos, al igual que ocurría con la ansiedad, algunos casos considerados por la puntuación obtenida “clínicos” (es decir que superar la puntuación de 11), tal como podemos ver en los valores máximos alcanzados (de 14 y 12 puntos) y con rangos que oscilan entre estas puntuaciones también ($R = 13$ y $R = 15$). El valor de la mediana desciende a medida que se aplica el tratamiento oscilando entre valores de $Mdn = 4.000$ en el pre test a $Mdn = 0.000$ en la última medida (pos test).

Tabla 55
Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Depresión

		Depresión Pretest	Depresión_1	Depresión_2	Depresión_3	Depresión_4
N	Válidos	35	34	24	31	35
	Perdidos	0	1	11	4	0
Media (M)		4.8857	4.0000	4.3750	1.5806	1.2000
Mediana (Mdn)		4.0000	3.0000	3.0000	.0000	.0000
Moda (M_0)		1.00	1.00	1.00	.00	.00
Desviación típica		3.61997	3.26599	3.69268	2.54000	1.98227
Rango		13.00	13.00	11.00	9.00	9.00
Mínimo		1.00	.00	1.00	.00	.00
Máximo		14.00	13.00	15.00	13.00	13.00
Percentiles	25.0000	2.0000	1.0000	1.2500	.0000	.0000
	50.0000	4.0000	3.0000	3.0000	.0000	.0000
	75.0000	8.0000	6.0000	6.7500	2.0000	2.0000

Las figuras 29 a 33 siguientes recogen los histogramas, como viene siendo habitual en nuestro trabajo, de distribución de frecuencias a fin de realizar un análisis descriptivo más visual. En ellas podemos ver la evolución de las puntuaciones a lo largo de las diferentes medidas obtenidas. En la primera medida referida al pre test tenemos 4 sujetos con puntuaciones iguales o superiores a 11 puntos, es decir con un nivel de *depresión* que se considera clínico. Este número se va reduciendo paulatinamente en las diferentes medidas manteniéndose solamente 3 personas en la segunda medida y ninguna posteriormente. Así mismo, podemos observar como el resto de sujetos de la muestra mejora sus puntuaciones, de manera que en las dos últimas medidas 17 y 18 sujetos, respectivamente, tienen una puntuación de .0000 en depresión. Podemos ver también como las puntuaciones se van concentrando en torno a valores menores en las medidas finales del tratamiento, sobre todo a partir de la



segunda medida.

Figura 29: Experimental Depresión (pretest)

Figura 30: Experimental Depresión_1

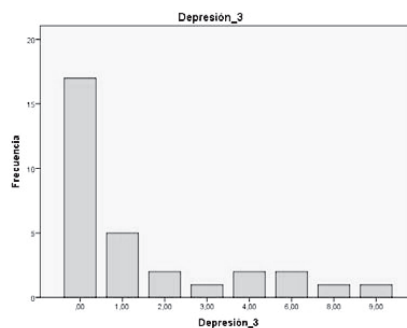
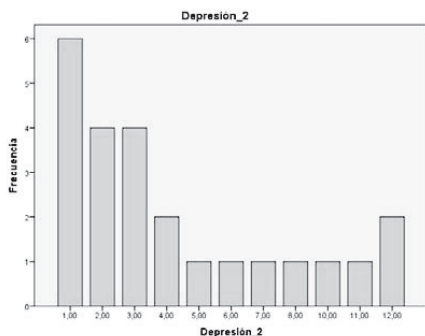


Figura 31: Experimental Depresión_2

Figura 32: Experimental Depresión_3

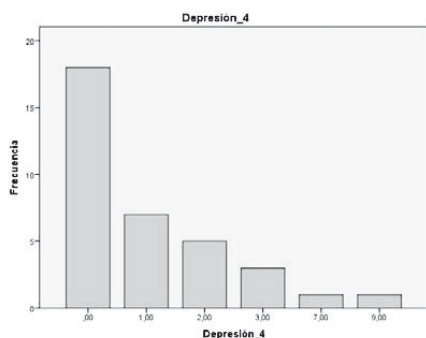


Figura 33: Experimental depresión_4

En la Tabla 56 recogemos los datos referidos al *Grupo Control* en Depresión. Se trata de un grupo que tiene valores similares a los del grupo experimental en medidas pre test. Con medias en las medidas pre y post ($M = 4.5714$ y $M = 3.5714$) y con Moda superiores a las medidas del grupo experimental; siendo de $M_0 = 2$ en el pre test (un punto por encima del grupo experimental) y $M_0 = 6.000$ en el post (bastante por encima del Grupo experimental). Tenemos valores que oscilan entre 1 y 9 puntos en el pre test y entre .000 y 7.00 puntos en el post test.

Tabla 56
Estadísticos descriptivos. Grupo control. Depresión

		Depresión Pretest	Depresión_1	Depresión_2	Depresión_3	Depresión_4
N	Válidos	21				21
	Perdidos	0				0
Media (M)		4.5714				3.5714
Mediana (Mdn)		4.0000				3.0000
Moda (M _o)		2.00				6.00
Desviación típica		2.39940				2.18109
Rango		8.00				7.00
Mínimo		1.00				.00
Máximo		9.00				7.00
Percentiles	25.0000	2.5000				1.5000
	50.0000	4.0000				3.0000
	75.0000	6.0000				6.0000

Las figuras 34 y 35 recogen la distribución de frecuencias de ambas medidas en las que se observa una concentración de las puntuaciones entre 2 y 6 puntos en las medidas pre test y 1 y 6 puntos en las medidas pos test con mediana de $Mdn = 4$ y $Mdn = 3$ respectivamente; con tres casos que podrían considerarse clínicos en ambas medidas.

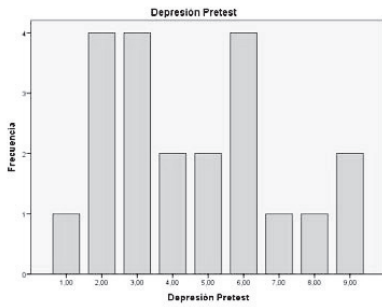


Figura 34: Control Depresión pre test

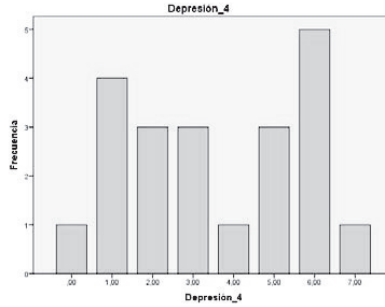


Figura 35: Control Depresión_4

Reflejamos a continuación los resultados del análisis de normalidad de los datos para el *grupo experimental* teniendo en cuenta los valores de la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2). Los valores de la tabla 57 reflejan una asimetría positiva en todos los casos, por lo que las puntuaciones se extienden a valores superiores a la media, mientras que el dato referente a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en el pretest y Depresión_2 que nos indicaría que se trata de distribuciones platocúrticas, con una menor concentración de datos respecto a la media y por tanto una mayor dispersión. Por el contrario, las medidas de Depresión 1, 3 y 4 ofrecen valores positivos que indicaría una curva leptocúrtica y, por tanto, los datos se concentran más en torno a la media. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual podría indicarnos que las muestras no se distribuyen normalmente.

Para comprobar el supuesto de normalidad hemos realizado la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S). Los resultados indican el cumplimiento del supuesto de normalidad en las tres primeras medidas obtenidas y última aceptando la H_0 de normalidad para ellas; pero no para la tercera ($p = .008$) y cuarta medida ($p = .011$) por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos.

Tabla 57
 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Depresión

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Depresión Pretest	35	4.8857	3.61997	.875	-.126	.994	.276
Depresión_1	34	4.0000	3.26599	1.037	.588	1.044	.226
Depresión_2	24	4.3750	3.69268	1.065	-.145	1.120	.163
Depresión_3	31	1.5806	2.54000	1.759	2.223	1.671	.008
Depresión_4	35	1.2000	1.98227	2.637	7.862	1.612	.011

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

Realizado el análisis descriptivo relativo a *Depresión*, procedemos a analizar el análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilcoxon.

Los resultados los presentamos en la tabla 58 nos muestran que los rangos negativos superiores en todas las comparaciones realizadas a los positivos, indicándonos una reducción de la puntuación de la *depresión* a medida que pasa se realiza el tratamiento dado que la mejoría está en la reducción de la puntuación obtenida. Estas puntuaciones son significativas en casi todas las comparaciones por pares al obtener valores $\leq .05$; no existiendo diferencias significativas entre la medida pre test con la segunda ($p = .068 > .05$) y la primera con la segunda medida ($p = .830 > .05$), indicándonos la necesidad de más tiempo y más tratamiento para reducir la depresión.

No se encuentran tampoco diferencias entre la tercera y cuarta medida indicando la saturación de los resultados a partir de la tercera medida.

Tabla 58
Depresión. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Depresión_1 - Depresión Pretest	Rangos negativos	21	15.00	315.00	Depresión_1 < Depresión Pretest	-2.589	.010
	Rangos positivos	7	13.00	91.00	Depresión_1 > Depresión Pretest		
	Empates	6			Depresión_1 = Depresión Pretest		
	Total	34					
Depresión_2 - Depresión Pretest	Rangos negativos	12	11.67	140.00	Depresión_2 < Depresión Pretest	-1.825	.068
	Rangos positivos	7	7.14	50.00	Depresión_2 > Depresión Pretest		
	Empates	5			Depresión_2 = Depresión Pretest		
	Total	24					
Depresión_3 - Depresión Pretest	Rangos negativos	26	16.94	440.50	Depresión_3 < Depresión Pretest	-3.780	.000
	Rangos positivos	5	11.10	55.50	Depresión_3 > Depresión Pretest		
	Empates	0			Depresión_3 < Depresión Pretest		
	Total	31					
Depresión_4 - Depresión Pretest	Rangos negativos	29	17.16	497.50	Depresión_4 = Depresión Pretest	-4.375	.000
	Rangos positivos	3	10.17	30.50	Depresión_4 > Depresión Pretest		
	Empates	3			Depresión_4 = Depresión Pretest		
	Total	35					
Depresión_2 - Depresión_1	Rangos negativos	8	9.00	72.00	Depresión_2 < Depresión_1	-.215	.830
	Rangos positivos	9	9.00	81.00	Depresión_2 > Depresión_1		
	Empates	7			Depresión_2 = Depresión_1		
	Total	24					
Depresión_3 - Depresión_1	Rangos negativos	24	15.58	374.00	Depresión_3 < Depresión_1	-3.394	.001
	Rangos positivos	5	12.20	61.00	Depresión_3 > Depresión_1		
	Empates	2			Depresión_3 = Depresión_1		
	Total	31					
Depresión_4 - Depresión_1	Rangos negativos	28	16.50	462.00	Depresión_4 < Depresión_1	-4.214	.000
	Rangos positivos	3	11.33	34.00	Depresión_4 > Depresión_1		
	Empates	3			Depresión_4 = Depresión_1		
	Total	34					
Depresión_3 - Depresión_2	Rangos negativos	19	10.84	206.00	Depresión_3 < Depresión_2	-3.169	.002
	Rangos positivos	2	12.50	25.00	Depresión_3 > Depresión_2		
	Empates	2			Depresión_3 = Depresión_2		
	Total	23					
Depresión_4 - Depresión_2	Rangos negativos	21	12.17	255.50	Depresión_4 < Depresión_2	-3.589	.000
	Rangos positivos	2	10.25	20.50	Depresión_4 > Depresión_2		
	Empates	1			Depresión_4 = Depresión_2		
	Total	24					
Depresión_4 - Depresión_3	Rangos negativos	9	13.72	123.50	Depresión_4 < Depresión_3	-.099	.921
	Rangos positivos	13	9.96	129.50	Depresión_4 > Depresión_3		
	Empates	9			Depresión_4 = Depresión_3		
	Total	31					

Como se ha visto en las tablas de los estadísticos descriptivos anteriores los valores máximos y mínimos, así como los rangos eran superiores en el grupo experimental, respecto al grupo control. Hemos visto como los valores percentiles son más dispersos en la variable pre test del grupo experimental $P_{25} = 2.000$ y $P_{75} = 8.000$, frente al control con $P_{25} = 2.500$ y $P_{75} = 6.000$, siendo el valor que acumula el 50% de los casos el mismo para ambos grupos ($P_{50} = 4.000$)

Realizado el tratamiento y tomando como referencia la última medida que consideramos para el grupo control como medida post (Depresión_4), observamos algunos cambios. Así en el grupo experimental las diferencias respecto al pre test parecen claras $P_{25} = 0.000$ y $P_{75} = 2.000$, con un valor de $P_{50} = 0.000$; mientras que en el grupo control los valores que se obtienen son similares a los de la medida pre test ($P_{25} = 1.500$; $P_{75} = 6.000$, con un valor de $P_{50} = 3.000$).

Estos datos los podemos ver gráficamente en los gráficos de cajas o bloxplot que presentamos y que reflejamos en la figura 36 y figura 37 que nos muestran la tendencia de las medidas y la dispersión de las medidas pre test frente al pos test. A partir de estos gráficos podemos ver una mayor concentración de valores en las medidas post del grupo experimental, frente al grupo control que ofrece una mayor dispersión (y casi igual gráfica en las medidas pre y post); lo que nos hace presuponer la posible existencia de diferencias estadísticamente significativas. Se obtienen dos valores atípicos (sujetos que no han conestado alguno de los ítems del cuestionario y señalizados con un *, o bien que muestran valores muy extremos, identificados con un pequeño círculo).

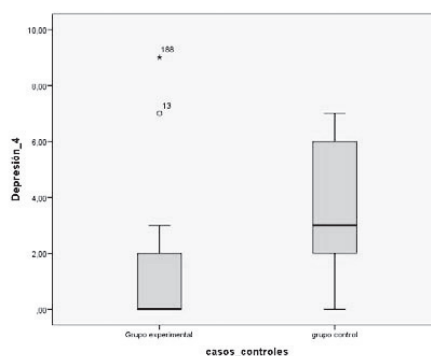
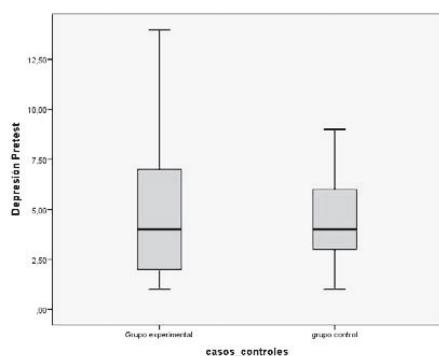


Figura 36: BloxPlot Depresión Pretest GE vs GC Figura 37: BloxPlot Depresión_4 GE vs GC
 Nota: GE = Grupo Experimental, GC= Grupo Control

Con el fin de comprobar la existe o no de estas diferencias entre el Grupo Experimental y Control en relación a la depresión se contrastaron las medidas pre y post de ambos grupos.

Los resultados que reflejamos en la tabla 59 nos indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y control en las medidas pre test ($p = .831$), indicándonos la homogeneidad de los grupos en relación a esta variable. Realizada la intervención, estas diferencias son significativas ($p = .000 < .05$), lo cual demuestra la bondad del tratamiento en la mejora de la depresión.

Tabla 59
Prueba de U de Mann_Whitney. Ansiedad. Grupo Experimental vs. Grupo control

	Grupos de edad	N	Rango promedio	Suma de rangos	U	Z	p
Depresión Pretest	Grupo Experimental	35	28.14	985.00	355.000	-.213	.831
	Grupo Control	21	29.10	611.00			
	Total	56					
Depresión_4	Grupo Experimental	35	21.79	762.50	132.500	-4.084	.000
	Grupo control	21	39.69	833.50			
	Total	56					

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y Depresión se ha realizado la correlación entre ambas variables teneindo en cuenta los dos grupos de que partimos. Los resultados nos muestran un comportamiento similar a la variable anterior referida a la *Ansiedad*. La correlación de Pearson realizada para las medidas pre y post indica (tabla 60) que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre test de VH con el grupo experimental y control al obtener valores $p > .05$, lo cual es de esperar dado que no se ha aplicado ningún tratamiento.

Estas diferencias si las encontramos entre las medidas de VH_4 pos test y Depresión_4 del grupo experimental ($p = .001 < .05$), no así con el grupo control ($p = .997$). A la vista de los resultados, el tratamiento parece indicar que la intervención ha propiciado efectos positivos en la *Depresión* de los participantes en el grupo experimental.

Tabla 60
Correlación de Pearson. VH-depresión

		Correlaciones			
		Grupo Experimental		Grupo control	
		Depresión pre test	Depresión_4	Depresión pre test	Depresión pos test
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	,067	,078	,231	-,078
	Sig. (bilateral)	,703	,658	,314	,736
	N	35	35	21	21
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	,008	,559	,118	-,001
	Sig. (bilateral)	,966	,001	,612	,997
	N	34	34	21	21

e) Vejiga Hiperactiva e índice de la función sexual femenina

La Función Sexual Femenina se mide a través de la escala FSFI. Los valores que se obtienen oscilan entre 1.2 y 36 puntos, donde a mayor puntuación, mejor en las relaciones sexuales. Hemos de tener en cuenta que el hecho de que un sujeto puntúe con el mínimo no significa que no tenga relaciones sexuales. De esta variable, a diferencias de las anteriores, solamente se tomaron una medida pre test y tres medidas post tratamiento; así mismo no se pasó al grupo control con lo que el análisis que haremos será meramente descriptivo e inferencial relativo al grupo experimental.

Hemos de hacer notar la resistencia de los sujetos a contestar a este cuestionario al ser considerado como “algo muy personal” en opinión de los sujetos.

Los resultados descriptivos los recogemos en la tabla 61. Los valores de la media son muy similares y casi constante en todas las medidas con (M = 11.7235 para el pre test y M = 11.9219 para la medida post), siendo la Moda el valor más bajo de la escala (M₀ = 1.20) en todas las medidas pre test. Los valores oscilan igualmente entre .000 y 34,20 por norma general, con rangos iguales a la puntuación máxima (R =34.20), por lo que los valores percentiles son más dispersos y similares en las medidas pre test y pos test P25= 1,20 y P75 = 24.1500, frente a la medida P25 = 1,20 y P75 = 25.5250, siendo el valor que acumula el 50% de los casos el mismo para ambos grupos (P50 = 3,35 para el pre test y P50 = 2.8000 para el pos test).

El valor de la mediana desciende a medida que se aplica el tratamiento oscilando entre valores de Mdn = 4.000 en el pre test a Mdn = 0.000 en la última medida (pos test).

Tabla 61

Estadísticos descriptivos. Grupo Experimental. Función Sexual Femenina.

		Relación sexual Pretest	Relación sexual 1	Relación sexual_2	Relación sexual_3
N	Válidos	34	24	30	32
	Perdidos	1	11	5	3
Media (M)		11.7235	11.9250	12.5967	11.9219
Mediana (Mdn)		3.3500	4.2000	4.2000	2.8000
Moda (M _o)		1.20	1.20	1.20	1.20
Desviación típica		12.17247	12.00816	12.77777	12.64074
Rango		34.20	29.60	34.20	34.20
Mínimo		.00	.00	.00	.00
Máximo		34.20	29.60	34.20	34.20
Percentiles	25.0000	1.2000	1.2000	1.2000	1.2000
	50.0000	3.3500	4.2000	4.2000	2.8000
	75.0000	24.1500	24.6250	26.1500	25.5250

Las figuras 38 a 41 siguientes recogen los histogramas de distribución de frecuencias, donde podemos observar que apenas hay diferencias entre ellas y que, aunque hay una dispersión entre los diferentes sujetos, la mayor concentración de puntuaciones se da entre valores que van de .00 a 1.80, indicando una baja función sexual.

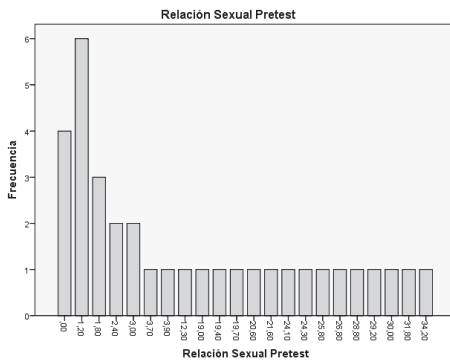


Figura 38: Experimental FSF (pretest)

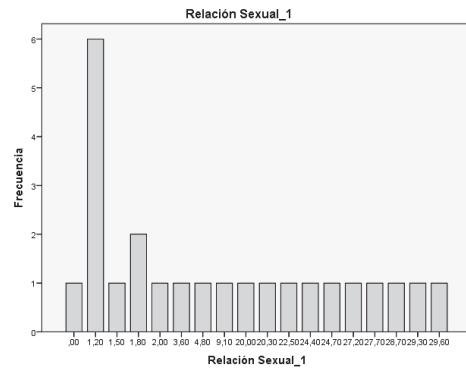


Figura 39: Experimental FSF_1

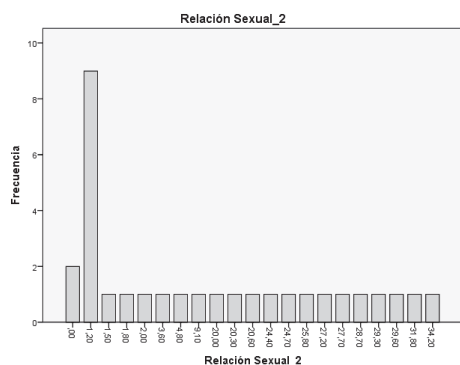


Figura 40: Experimental FSF_2

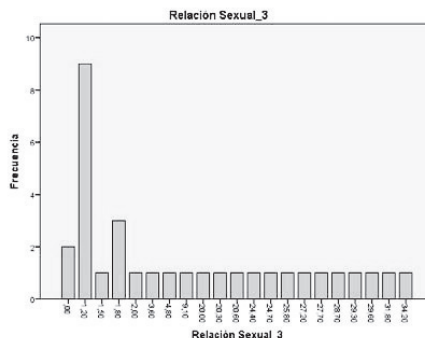


Figura 41: Experimental FSF_3

Los valores de la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2). Los valores de la tabla 62 reflejan una asimetría positiva en todos los casos (las puntuaciones se extienden a valores superiores a la media), mientras que el dato referente a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos que nos indicaría que se trata de distribuciones platicúrticas, y por tanto una mayor dispersión. La prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) no permite aceptar el cumplimiento del supuesto de normalidad en todas las medidas (excepto la primera ($p = .068$), por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos.

Tabla 62
Resultado del análisis de la normalidad K-S. Función Sexual Femenina.

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g_1)	Curtosis (g_2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Relación Sexual Pretest	34	11.7235	12.17247	.512	-1.495	1.741	.005
Relación Sexual_1	24	11.9250	12.00816	.412	-1.788	1.299	.068
Relación Sexual_2	30	12.5967	12.77777	.393	-1.721	1.442	.031
Relación Sexual_3	32	11.9219	12.64074	.506	-1.612	1.605	.012

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

El análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilconson (tabla 63) nos indica que no existen diferencias significativas en ninguno de los grupos comparados; más aún, nos indica la estabilidad de las puntuaciones dadas por los sujetos, no observándose cambios en la comparación de la primera medida con la segunda

y tercera dado que el número de empates es 22 no habiendo ningún movimiento respecto a los rangos positivos o negativos. De la misma forma que entre la 2ª y 3ª medida ($p = 1.000 > .05$).

Tabla 63

Función Sexual Femenina. Prueba T de Wilcoxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Relación Sexual_1 - Relación Sexual Pretest	Rangos negativos	11	10.82	119.00	Relación Sexual_1 < Relación Sexual Pretest	-.244	.807
	Rangos positivos	11	12.18	134.00	Relación Sexual_1 > Relación Sexual Pretest		
	Empates	2			Relación Sexual_1 = Relación Sexual Pretest		
	Total	24					
Relación Sexual_2 - Relación Sexual Pretest	Rangos negativos	10	9.95	99.50	Relación Sexual_2 < Relación Sexual Pretest	-.206	.837
	Rangos positivos	10	11.05	110.50	Relación Sexual_2 > Relación Sexual Pretest		
	Empates	10			Relación Sexual_2 = Relación Sexual Pretest		
	Total	30					
Relación Sexual_3 - Relación Sexual Pretest	Rangos negativos	12	10.58	127.00	Relación Sexual_3 < Relación Sexual Pretest	-.400	.689
	Rangos positivos	9	11.56	104.00	Relación Sexual_3 > Relación Sexual Pretest		
	Empates	11			Relación Sexual_3 < Relación Sexual Pretest		
	Total	32					
Relación Sexual_2 - Relación Sexual_1	Rangos negativos	1	1.00	1.00	Relación Sexual_4 = Relación Sexual Pretest	-1.000	.317
	Rangos positivos	0	.00	.00	Relación Sexual_4 > Relación Sexual Pretest		
	Empates	22			Relación Sexual_4 = Relación Sexual Pretest		
	Total	23					
Relación Sexual_3 - Relación Sexual_1	Rangos negativos	1	1.00	1.00	Relación Sexual_2 < Relación Sexual_1	-1.000	.317
	Rangos positivos	0	.00	.00	Relación Sexual_2 > Relación Sexual_1		
	Empates	22			Relación Sexual_2 = Relación Sexual_1		
	Total	23					
Relación Sexual_3 - Relación Sexual_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Relación Sexual_3 < Relación Sexual_1	.000	1.000
	Rangos positivos	0	.00	.00	Relación Sexual_3 > Relación Sexual_1		
	Empates	29			Relación Sexual_3 = Relación Sexual_1		
	Total	29					

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y la Función Sexual Femenina (FSF), se ha realizado un análisis de correlación. En la tabla 64 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis que nos permiten evidenciar la no existencia de relación significativa entre la VH y la Función Sexual Femenina al obtener valor $p > .05$ en todos los casos.

Tabla 64
Correlación de Pearson. VH-Relación sexual femenina

		Relación sexual Pretest	Relación sexual 1	Relación sexual 2	Relación sexual 3
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-,072	-,291	-,269	-,309
	Sig. (bilateral)	,684	,168	,151	,085
	N	34	24	30	32
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-,243	-,261	-,285	-,248
	Sig. (bilateral)	,173	,229	,127	,178
	N	33	23	30	31

f) Vejiga Hiperactiva e insomnio

El sueño ha sido analizado a través del Cuestionario de Oviedo del Sueño. Este cuestionario se constituye de tres subescalas. A continuación, procederemos a analizar el comportamiento de cada una de estas escalas con el grupo experimental:

- Subescala del insomnio.
- Hipersomnio.
- Satisfacción subjetiva del sueño.

La Subescala del insomnio oscila entre 9 y 45 de manera que una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad del insomnio.

De esta variable, se tomaron una medida pre test y cuatro medidas post tratamiento; así mismo no se pasó al grupo control con lo que el análisis que haremos será meramente descriptivo e inferencial relativo al grupo experimental.

Los resultados descriptivos que recogemos en la tabla 65 muestran valores de la media en sentido descendente, (M = 20.1471 para el pre test y M = 13.2059 para la medida post), mostrando la moda también esta tendencia si bien de manera irregular (M₀ = 15.000, M₀ = 21.00, M₀ = 22.0000, M₀ = 9.000 y M₀ = 10.000). Los valores oscilan igualmente entre rangos R=22 de la primera medida a R=13 en la última, por lo que los valores percentiles son más dispersos en las medidas pre test P₂₅= 14.75 y P₇₅ = 25.000, frente a la medida pos test (insomnio_4), P₂₅ = 10.000 y P₇₅ = 15.2500, siendo el valor que acumula el 50%

de los casos el mismo para ambos grupos ($P_{50} = 20.000$ para el pre test y $P_{50} = 12.000$ para el pos test), por lo que el valor de la mediana también muestra esa tendencia descendente.

Tabla 65
Estadísticos descriptivos. Insomnio

		Insomnio Pretest	Insomnio_1	Insomnio_2	Insomnio_3	Insomnio_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media (M)		20.1471	17.9118	17.3750	11.5161	13.2059
Mediana (Mdn)		20.0000	18.0000	17.5000	10.0000	12.0000
Moda (Mo)		15.00	21.00	22.00	9.00	10.00
Desviación típica		6.14537	5.51234	4.51868	4.13820	3.54862
Rango		21.00	22.00	15.00	17.00	13.00
Mínimo		11.00	8.00	9.00	9.00	10.00
Máximo		32.00	30.00	24.00	26.00	23.00
Percentiles	25	14.7500	13.7500	13.5000	9.0000	10.0000
	50	20.0000	18.0000	17.5000	10.0000	12.0000
	75	25.0000	21.2500	21.7500	12.0000	15.2500

Los histogramas de las frecuencias que recogemos en las figuras 42 a 46 referentes a cada una de las medidas nos muestran como las puntuaciones se van agrupando hacia valores menores, reduciéndose las puntuaciones mayores, mostrando un descenso en la valoración a medida que pasa el tratamiento; obteniendo distribuciones similares en las dos últimas medidas (insomnio_3 y 4), en la que se ha pasado de puntuaciones de 11 a 32 en la medida pre test y de 8 a 30 en la primera medida, a valores de 10 a 23 en la cuarta medida (pos test) y en la que la mayoría de los sujetos (13 y 11 sujetos tienen una medida de 9 en las dos últimas medidas, reduciendo su insomnio).

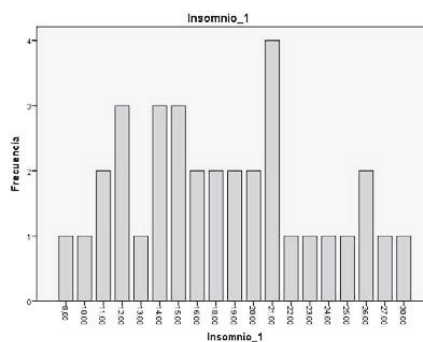
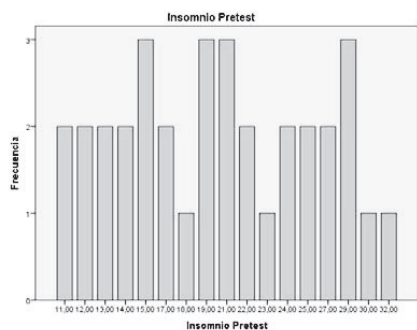


Figura 42: Experimental Insomnio (pretest) Figura 43: Experimental Insomnio_1

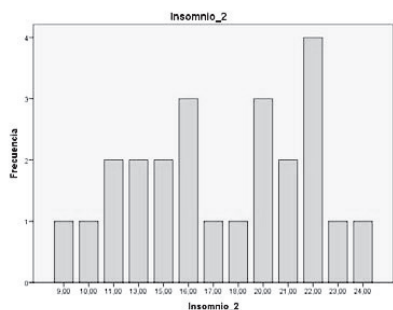


Figura 44: Experimental Insomnio_2

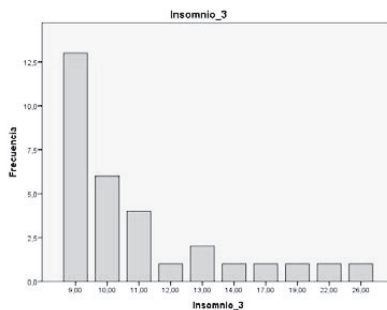


Figura 45: Experimental Insomnio_3

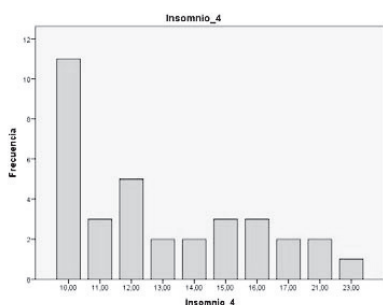


Figura 46: Experimental Insomnio_4

Por otro lado, a fin de analizar la normalidad de la distribución de los datos, hemos calculado, por un lado la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2). Estos valores, reflejados en la tabla 66, presentan una asimetría positiva en cuatro de las cinco medidas, siendo negativa en la segunda medida (Insomnio_2, $As = -.357$), mientras que el dato referente a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en las tres primeras que nos indicaría que se trata de distribuciones platicúrticas, y por tanto una mayor dispersión, frente a las dos últimas que nos señalan un apuntamiento propio de curvas leptocúrticas (insomnio_3, $g_1 = 5.108$; insomnio_4, $g_1 = .937$), tal como puede desprenderse también de los histogramas de las figuras anteriores. La prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) no permite aceptar el cumplimiento del supuesto de normalidad en la tercera de las medidas ($p = .010$) por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos.

Tabla 66
 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Insomnio.

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Insomnio Pretest	34	20.1471	6.14537	.199	-1.080	.714	.688
Insomnio_1	34	17.9118	5.51234	.262	-.722	.659	.777
Insomnio_2	24	17.3750	4.51868	-.357	-1.101	.870	.435
Insomnio_3	31	11.5161	4.13820	2.297	5.108	1.623	.010
Insomnio_4	34	13.2059	3.54862	1.208	.937	1.119	.164

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

El análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilconxon (tabla 67) nos indica que no existen diferencias significativas entre las medidas pre test y la primera y segunda medida, ($p = .098 > .05$ y $p = .095 > .05$), así como entre la 1ª y 2ª ($p = .834 > .05$), indicándonos que es a partir de la tercera de las medidas donde encontramos diferencias estadísticamente significativas, por lo que el tratamiento afecta a la mejoría del *insomnio* a partir de la tercera de las medidas obtenidas.

Tabla 67
 Insomnio. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Insomnio_1 - Insomnio Pretest	Rangos negativos	16	18.38	294.00	Insomnio_1 < Insomnio Pretest	-1.657	.098
	Rangos positivos	13	10.85	141.00	Insomnio_1 > Insomnio Pretest		
	Empates	5			Insomnio_1 = Insomnio Pretest		
	Total	34					
Insomnio_2 - Insomnio Pretest	Rangos negativos	12	13.63	163.50	Insomnio_2 < Insomnio Pretest	-1.671	.095
	Rangos positivos	9	7.50	67.50	Insomnio_2 > Insomnio Pretest		
	Empates	3			Insomnio_2 = Insomnio Pretest		
	Total	24					
Insomnio_3 - Insomnio Pretest	Rangos negativos	29	15.00	435.00	Insomnio_3 < Insomnio Pretest	-4.711	.000
	Rangos positivos	0	.00	.00	Insomnio_3 > Insomnio Pretest		
	Empates	2			Insomnio_3 < Insomnio Pretest		
	Total	31					
Insomnio_4 - Insomnio Pretest	Rangos negativos	27	18.04	487.00	Insomnio_4 = Insomnio Pretest	-4.174	.000
	Rangos positivos	5	8.20	41.00	Insomnio_4 > Insomnio Pretest		
	Empates	2			Insomnio_4 = Insomnio Pretest		
	Total	34					
Insomnio_2 - Insomnio_1	Rangos negativos	10	12.15	121.50	Insomnio_2 < Insomnio_1	-.209	.834
	Rangos positivos	11	9.95	109.50	Insomnio_2 > Insomnio_1		
	Empates	3			Insomnio_2 = Insomnio_1		

	N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Total	24					
Insomnio_3 - Insomnio_1	Rangos negativos	25	15.00	375.00	Insomnio_3 < Insomnio_1	-4.475 .000
	Rangos positivos	2	1.50	3.00	Insomnio_3 > Insomnio_1	
	Empates	4			Insomnio_3 = Insomnio_1	
	Total	31				
Insomnio_4 - Insomnio_1	Rangos negativos	27	16.46	444.50	Insomnio_4 < Insomnio_1	-3.856 .000
	Rangos positivos	4	12.88	51.50	Insomnio_4 > Insomnio_1	
	Empates	3			Insomnio_4 = Insomnio_1	
	Total	34				
Insomnio_3 - Insomnio_2	Rangos negativos	19	11.05	210.00	Insomnio_3 < Insomnio_2	-3.290 .001
	Rangos positivos	2	10.50	21.00	Insomnio_3 > Insomnio_2	
	Empates	2			Insomnio_3 = Insomnio_2	
	Total	23				
Insomnio_4 - Insomnio_2	Rangos negativos	19	12.92	245.50	Insomnio_4 < Insomnio_2	-3.275 .001
	Rangos positivos	4	7.63	30.50	Insomnio_4 > Insomnio_2	
	Empates	1			Insomnio_4 = Insomnio_2	
	Total	24				
Insomnio_4 - Insomnio_3	Rangos negativos	7	12.86	90.00	Insomnio_4 < Insomnio_3	-3.178 .029
	Rangos positivos	19	13.74	261.00	Insomnio_4 > Insomnio_3	
	Empates	5			Insomnio_4 = Insomnio_3	
	Total	31				

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y el *Insomnio*, se ha realizado un análisis de correlación bivariada. Los coeficientes de correlación mostrados en la tabla 68 indican la no existencia de correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de Insomnio al obtener valor $p > .05$ en todos los casos. Sin embargo, esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la última de las medidas de Insomnio (insomnio_4) indicando que a una mayor puntuación de VH el insomnio es mayor.

Tabla 68
Correlación de Pearson. VH- Insomnio

		Correlaciones				
		Insomnio Pretest	Insomnio_1	Insomnio_2	Insomnio_3	Insomnio_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.014	.028	-.349	.018	.072
	Sig. (bilateral)	.937	.875	.095	.922	.686
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	.079	.141	.171	.073	.565
	Sig. (bilateral)	.664	.433	.435	.697	.001
	N	33	33	23	31	33

g) Vejiga Hiperactiva e hiperinsomnio

El hiperinsomnio fue analizado a partir de la subescala existente dentro del Cuestionario de Oviedo del Sueño. La subescala oscila entre 3 y 15 puntos de manera que una mayor puntuación equivale a una mayor hipersomnias.

De esta variable, se tomaron una medida pre test y cuatro medidas post tratamiento; así mismo no se pasó al grupo control con lo que el análisis que haremos será meramente descriptivo e inferencial relativo al grupo experimental.

Los resultados descriptivos que recogemos en la tabla 69 muestran valores de la media más o menos constantes, sin detectar grandes diferencias si bien hay una ligera tendencia descendente ($M = 4.882$ para el pre test y $M = 3.4118$ para la medida post), mostrando la moda estable en todas las medidas ($M_0 = 3.000$). Los valores oscilan igualmente en rangos con tendencia descendente también ($R=9.000$ en el pre test a $R = 3.00$ en la última medida, Hiperinsomnio_4). Los valores percentiles son más dispersos en las medidas pre test $P_{25}= 3.000$ y $P_{75} = 6.000$, frente a la medida pos test (hiperinsomnio_4), $P_{25} = 3.000$ y $P_{75} = 4.000$, siendo el valor que acumula el 50% de los casos el mismo para ambos grupos ($P_{50} = 4.000$ para el pre test y $P_{50} = 3.000$ para el pos test). La desviación típica es superior en las dos primeras medidas, mostrando una menor homogeneidad en las respuestas ($s = 2.4946$ y $s =2.5334$) frente a la última ($s = .78306$).

Tabla 69
Estadísticos descriptivos. Hiperinsomnio

		Hiperinsomnio Pretest	Hiperinsomnio_1	Hiperinsomnio_2	Hiperinsomnio_3	HiperInsomnio_4
N	Válidos	34	33	24	31	34
	Perdidos	1	2	11	4	1
	Media (M)	4.882	5.1212	4.5000	3.1935	3.4118
	Mediana (Mdn)	4.000	5.0000	5.0000	3.0000	3.0000
	Moda (M _o)	3.0	3.00	3.00	3.00	3.00
	Desviación típica	2.4956	2.53424	1.28537	1.07763	.78306
	Rango	9.0	12.00	4.00	6.00	3.00
	Mínimo	2.0	3.00	3.00	3.00	3.00
	Máximo	11.0	15.00	7.00	9.00	6.00
Percentiles	25	3.000	3.0000	3.0000	3.0000	3.0000
	50	4.000	5.0000	5.0000	3.0000	3.0000
	75	6.000	6.0000	5.7500	3.0000	4.0000

Los histogramas de las frecuencias que recogemos en las figuras 47 a la 51. nos muestran una tendencia de las puntuaciones a concentrarse hacia valores más bajos, especialmente en las últimas medidas. Así, en la tercera, 30 de los sujetos

muestran puntuaciones de 3 y 1 de 9; mientras que en la 4ª medida son 25 los que tienen puntuaciones de 3. Estas medidas contrastan con los obtenidos en el pre test, donde aparte de haber una mayor dispersión de las puntuaciones, solamente había 13 personas con una puntuación de 3; 10 sujetos en la primera medida (hiperinsomnio_1) y 8 en la segunda (hiperinsomnio_2).

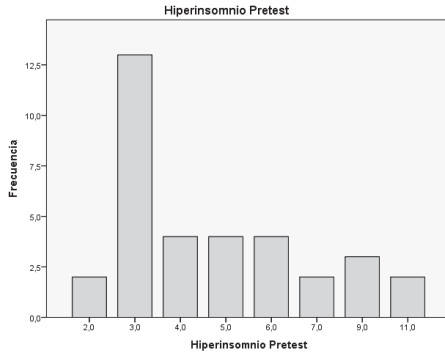


Figura 47: Experimental Hiperinsomnio (pretest)

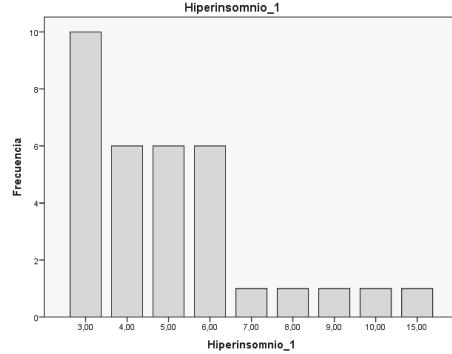


Figura 48: Experimental hiperinsomnio_1

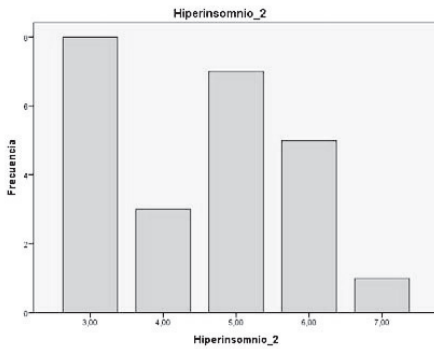


Figura 49: Experimental Hiperinsomnio_2

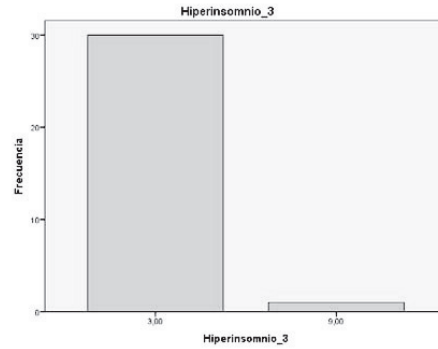


Figura 50: Experimental

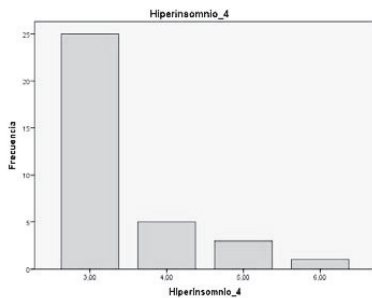


Figura 51: Experimental Hiperinsomnio_4

Por otro lado, a fin de analizar la normalidad de la distribución de los datos, hemos calculado la asimetría (g1) y la curtosis (g2). Estos valores, reflejados en la tabla 70, presentan una asimetría positiva por lo que los valores se tienden a reunir más en la parte izquierda que en la derecha de la media, siendo la curtosis negativa solamente en la segunda medida (Hiperinsomnio_2, $g_2 = -1.253$) que nos indicaría que se trata de una distribución platocúrticas, y, por lo tanto, presenta muy poca concentración de datos en la media, presentando una forma muy achatada y una mayor dispersión, frente a las demás que nos señalan un apuntamiento propio de curvas leptocúrticas, tal como puede desprenderse también de los histogramas de las figuras anteriores, especialmente la medida hiperinsomnio_3. La prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) no permite aceptar el cumplimiento del supuesto de normalidad en hiperinsomnio_2 ($p = .000$) e hiperinsomnio_3 ($p = .000$) por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos.

Tabla 70
Resultado del análisis de la normalidad K-S. Hiperinsomnio.

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Hiperinsomnio Pretest	34	4.882	2.4956	1.149	.468	1.258	.084
Hiperinsomnio_1	33	5.1212	2.53424	2.185	6.398	1.223	.100
Hiperinsomnio_2	24	4.5000	1.28537	.134	-1.253	1.037	.232
Hiperinsomnio_3	31	3.1935	1.07763	5.568	31.000	3.001	.000
Hiperinsomnio_4	34	3.4118	.78306	1.920	3.018	2.541	.000

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

El análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilcoxon (tabla 71) nos ofrecen datos similares a los obtenidos con la otra variable del sueño: insomnio. Comprobamos la no existencia de diferencias significativas entre las medidas pre test y la primera y segunda medida, ($p = .549 > .05$ y $p = .5695 > .05$), así como entre la 1ª y 2ª ($p = .132 > .05$), indicándonos que es a partir de la tercera de las medidas donde encontramos diferencias estadísticamente significativas, por lo que el tratamiento afecta a la mejoría del *hiperinsomnio* a partir de la tercera de las medidas obtenidas.

Tabla 71
Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental. Hiperinsomnio

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	P
Hiperinsomnio_1 - Hiperinsomnio Pretest	Rangos negativos	10	11,85	118,50	Hiperinsomnio_1 < Hiperinsomnio Pretest	-.599	.549
	Rangos positivos	13	12,12	157,50	Hiperinsomnio_1 > Hiperinsomnio Pretest		
	Empates	10			Hiperinsomnio_1 = Hiperinsomnio Pretest		
	Total	33					
Hiperinsomnio_2 - Hiperinsomnio Pretest	Rangos negativos	7	8,79	61,50	Hiperinsomnio_2 < Hiperinsomnio Pretest	-.570	.569
	Rangos positivos	7	6,21	43,50	Hiperinsomnio_2 > Hiperinsomnio Pretest		
	Empates	10			Hiperinsomnio_2 = Hiperinsomnio Pretest		
	Total	24					
Hiperinsomnio_3 - Hiperinsomnio Pretest	Rangos negativos	15	10,17	152,50	Hiperinsomnio_3 < Hiperinsomnio Pretest	-2.931	.003
	Rangos positivos	3	6,17	18,50	Hiperinsomnio_3 > Hiperinsomnio Pretest		
	Empates	13			Hiperinsomnio_3 < Hiperinsomnio Pretest		
	Total	31					
Hiperinsomnio_4 - Hiperinsomnio Pretest	Rangos negativos	18	14,78	266,00	Hiperinsomnio_4 = Hiperinsomnio Pretest	-3.337	.001
	Rangos positivos	6	5,67	34,00	Hiperinsomnio_4 > Hiperinsomnio Pretest		
	Empates	10			Hiperinsomnio_4 = Hiperinsomnio Pretest		
	Total	34					
Hiperinsomnio_2 - Hiperinsomnio_1	Rangos negativos	11	7,82	86,00	Hiperinsomnio_2 < Hiperinsomnio_1	-1.506	.132
	Rangos positivos	4	8,50	34,00	Hiperinsomnio_2 > Hiperinsomnio_1		
	Empates	9			Hiperinsomnio_2 = Hiperinsomnio_1		
	Total	24					
Hiperinsomnio_3 - Hiperinsomnio_1	Rangos negativos	20	10,50	210,00	Hiperinsomnio_3 < Hiperinsomnio_1	-3.950	.000
	Rangos positivos	0	,00	,00	Hiperinsomnio_3 > Hiperinsomnio_1		
	Empates	10			Hiperinsomnio_3 = Hiperinsomnio_1		
	Total	30					
Hiperinsomnio_4 - Hiperinsomnio_1	Rangos negativos	22	13,14	289,00	Hiperinsomnio_4 < Hiperinsomnio_1	-4.041	.000
	Rangos positivos	2	5,50	11,00	Hiperinsomnio_4 > Hiperinsomnio_1		
	Empates	9			Hiperinsomnio_4 = Hiperinsomnio_1		
	Total	33					
Hiperinsomnio_3 - Hiperinsomnio_2	Rangos negativos	14	7,71	108,00	Hiperinsomnio_3 < Hiperinsomnio_2	-2.759	.006
	Rangos positivos	1	12,00	12,00	Hiperinsomnio_3 > Hiperinsomnio_2		
	Empates	8			Hiperinsomnio_3 = Hiperinsomnio_2		
	Total	23					
Hiperinsomnio_4 - Hiperinsomnio_2	Rangos negativos	14	11,21	157,00	Hiperinsomnio_4 < Hiperinsomnio_2	-3.148	.002
	Rangos positivos	4	3,50	14,00	Hiperinsomnio_4 > Hiperinsomnio_2		
	Empates	6			Hiperinsomnio_4 = Hiperinsomnio_2		
	Total	24					
Hiperinsomnio_4 - Hiperinsomnio_3	Rangos negativos	1	9,00	9,00	Hiperinsomnio_4 < Hiperinsomnio_3	-1.619	.105
	Rangos positivos	8	4,50	36,00	Hiperinsomnio_4 > Hiperinsomnio_3		
	Empates	22			Hiperinsomnio_4 = Hiperinsomnio_3		
	Total	31					

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y el Hiperinsomnio se realiza un análisis de correlación bivariada de Pearson. Los coeficientes de correlación mostrados en la tabla 72 indican la no existencia de correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de Hiperinsomnio al obtener valor $p > .05$ en todos los casos. Sin embargo, esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera medida de Hiperinsomnio ($p = .015$) y última Hiperinsomnio_4 ($p = .006$) indicando, en estos casos, que a una mayor puntuación de VH el hiperinsomnio es mayor.

Tabla 72
Correlación de Pearson. VH- Hiperinsomnio

		Correlaciones				
		Hiperinsomnio Pretest	Hiperinsomnio_1	Hiperinsomnio_2	Hiperinsomnio_3	Hiperinsomnio_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	.122	.095	-.366	-.237	.271
	Sig. (bilateral)	.494	.601	.078	.200	.121
	N	34	33	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	.255	.426	.163	-.185	.470
	Sig. (bilateral)	.152	.015	.457	.318	.006
	N	33	32	23	31	33

h) Vejiga Hiperactiva e Satisfacción Subjetiva del Sueño

La *Satisfacción Subjetiva del Sueño* (SSS) fue analizada a partir de la subescala existente dentro del Cuestionario de Oviedo del Sueño, que dispone de una escala Likert de satisfacción cuya valoración va de 1 a 7, siendo las puntuaciones más bajas las que muestran más insatisfacción y las puntuaciones altas mayor satisfacción.

De esta variable, al igual que las dos anteriores referidas al sueño, se tomaron una medida pre test y cuatro medidas post tratamiento; así mismo no se pasó al grupo control con lo que el análisis que haremos será meramente descriptivo e inferencial relativo al grupo experimental.

Los resultados descriptivos que recogemos en la tabla 73 muestran valores de la media más o menos similares, sin detectar grandes diferencias si bien hay una ligera tendencia ascendente ($M = 3.9706$ para el pre test y $M = 4.8529$ para la medida post), mostrando la moda estable en casi todas las medidas ($M_0 = 4.000$), exceptuando la medida SSS_3 ($M_0 = 6.00$). Los valores oscilan igualmente en

rangos amplios, lo que muestra una amplia amplitud en las repuestas (rangos entre 4 y 6). Los valores percentiles son ligeramente más dispersos en las medidas pre test $P_{25} = 3.000$ y $P_{75} = 5.000$, frente a la medida pos test (SSS_4), $P_{25} = 4.000$ y $P_{75} = 6.000$; oscilando el valor que acumula el 50% de los casos para todas las medidas entre $P_{50} = 4.000$ para el pre test y $P_{50} = 5.000$ para el pos test). La desviación típica muestra valores igualmente similares en todas las medidas.

Tabla 73
Estadísticos descriptivos. Satisfacción Subjetiva del Sueño

		SSS Pretest	SSS 1	SSS 2	SSS 3	SSS 4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media (M)		3.9706	4.8235	4.5000	5.2258	4.8529
Mediana (Mdn)		4.0000	5.0000	4.5000	6.0000	5.0000
Moda (M _o)		4.00	4.00	4.00	6.00	4.00
Desviación típica		1.31392	1.19267	1.41421	1.08657	1.15817
Rango		6.00	5.00	6.00	4.00	5.00
Mínimo		1.00	2.00	1.00	3.00	2.00
Máximo		7.00	7.00	7.00	7.00	7.00
Percentiles	25	3.0000	4.0000	4.0000	4.0000	4.0000
	50	4.0000	5.0000	4.5000	6.0000	5.0000
	75	5.0000	6.0000	5.7500	6.0000	6.0000

Nota: SSS: Satisfacción Subjetiva del Sueño

Los histogramas de las frecuencias que recogemos en las figuras 52 a la 56 nos muestran una mayor similitud entre la primera (SSS_1) y última medida (SSS_4), donde la puntuación de 4.000 la obtienen 11 y 14 sujetos, con un descenso entre lo sujetos que mejor puntúan en la tercera medida (14 sujetos puntúan 6) frente a la cuarta (donde bajan a 7 sujetos). En todo caso las diferentes medidas parecen no presentar grandes diferencias respecto a la Satisfacción Subjetiva del Sueño. personas con una puntuación de 3.

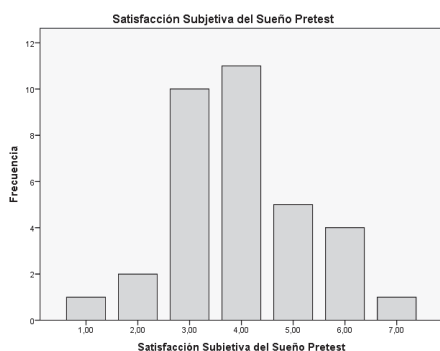


Figura 52: Experimental SSS (pretest)

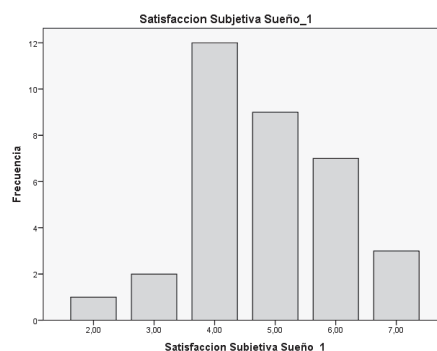


Figura 53: Experimental SSS_1

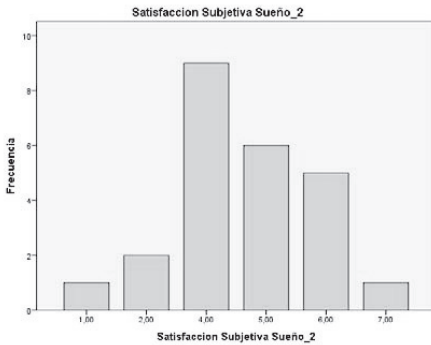


Figura 54: Experimental SSS_2

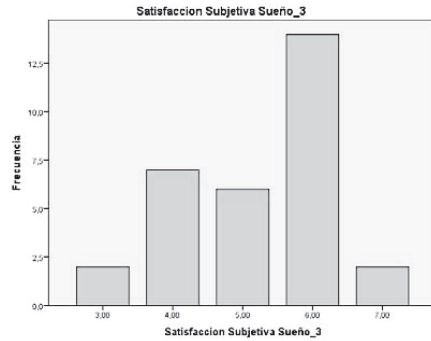


Figura 55: Experimental SSS_3

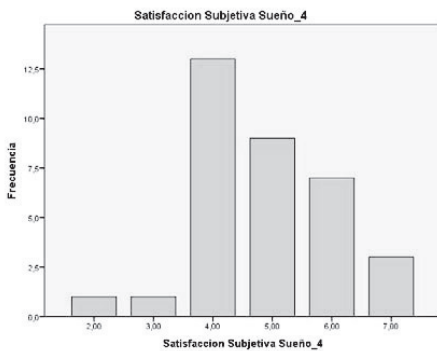


Figura 56: Experimental SSS_4

Los valores reflejados en la tabla 74, presentan una asimetría(g_1) positiva en SSS_pretest ($g_1 = .227$), SSS_1 ($g_1=.020$) y SSS_4 ($g_1= .055$), es decir, hay valores más separados de la media a la derecha, siendo negativas la SSS_2 ($g_1 = -.704$) y SSS_3 ($g_1=-.482$) (valores más separados de la media a la izquierda). La curtosis negativa solamente en la primera, tercera y cuarta medida ($g_2=-.205$; $G_2=-.703$ Y $G_2=-.405$) que nos indicaría que se trata de una distribución platicúrtica, y, por lo tanto, presenta muy poca concentración de datos en la media frente a las demás (SSS_pretest, $G_2=.056$ y SSS_2, $g_2=.708$) que nos señalan un apuntamiento propio de curvas leptocúrticas,

La prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) no permite aceptar el cumplimiento del supuesto de normalidad en SSS_3 ($p =.017$) por lo que consideramos posible emplear contrastes no paramétricos.

Tabla 74
 Resultado del análisis de la normalidad K-S. Satisfacción Subjetiva del Sueño

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
SSS_Pretest	34	3.9706	1.31392	.227	.056	1.148	.143
SSS_1	33	4.8235	1.19267	.020	-.205	1.144	.146
SSS_2	24	4.5000	1.41421	-.704	.708	1.160	.135
SSS_3	31	5.2258	1.08657	-.482	-.703	1.548	.017
SSS_4	34	4.8529	1.15817	.055	-.045	1.227	.098

Nota: La asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

El análisis inferencial a partir de la prueba T-Wilconson (tabla 75) nos permite comprobar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre test y las medidas siguientes (exceptuando con la segunda medida); si bien no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medidas post tratamiento (excepto entre la SSS_2 y SSS_3, $p = .044$, cerca del valor de significatividad .05). Estos datos nos permiten verificar que el tratamiento ha producido un efecto positivo respecto a la Satisfacción Subjetiva del sueño desde el inicio.

Tabla 75
 Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental. Satisfacción Subjetiva del Sueño

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
SSS_1 - SSS Pretest	Rangos negativos	5	10.10	50.50	SSS_1 < SSS Pretest	-2.492	.013
	Rangos positivos	17	11.91	202.50	SSS_1 > SSS Pretest		
	Empates	12			SSS_1 = SSS Pretest		
	Total	34					
SSS_2 - SSS Pretest	Rangos negativos	6	12.33	74.00	SSS_2 < SSS Pretest	-1.182	.237
	Rangos positivos	14	9.71	136.00	SSS_2 > SSS Pretest		
	Empates	4			SSS_2 = SSS Pretest		
	Total	24					
SSS_3 - SSS Pretest	Rangos negativos	3	13.67	41.00	SSS_3 < SSS Pretest	-3.459	.001
	Rangos positivos	23	13.48	310.00	SSS_3 > SSS Pretest		
	Empates	5			SSS_3 < SSS Pretest		
	Total	31					
SSS_4 - SSS Pretest	Rangos negativos	5	9.30	46.50	SSS_4 = SSS Pretest	-2.627	.009
	Rangos positivos	17	12.15	206.50	SSS_4 > SSS Pretest		
	Empates	12			SSS_4 = SSS Pretest		
	Total	34					
SSS_2 - SSS_1	Rangos negativos	10	8.90	89.00	SSS_2 < SSS_1	-1.103	.270
	Rangos positivos	6	7.83	47.00	SSS_2 > SSS_1		
	Empates	8			SSS_2 = SSS_1		
	Total	24					

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
SSS_3 - SSS_1	Rangos negativos	6	12.17	73.00	SSS_3 < SSS_1	-1.509	.131
	Rangos positivos	15	10.53	158.00	SSS_3 > SSS_1		
	Empates	10			SSS_3 = SSS_1		
	Total	31					
SSS_4 - SSS_1	Rangos negativos	0	.00	.00	SSS_4 < SSS_1	-1.000	.317
	Rangos positivos	1	1.00	1.00	SSS_4 > SSS_1		
	Empates	33			SSS_4 = SSS_1		
	Total	34					
SSS_3 - SSS_2	Rangos negativos	6	5.00	30.00	SSS_3 < SSS_2	-2.009	.044
	Rangos positivos	10	10.60	106.00	SSS_3 > SSS_2		
	Empates	7			SSS_3 = SSS_2		
	Total	23					
SSS_4 - SSS_2	Rangos negativos	6	7.25	43.50	SSS_4 < SSS_2	-1.287	.198
	Rangos positivos	10	9.25	92.50	SSS_4 > SSS_2		
	Empates	8			SSS_4 = SSS_2		
	Total	24					
SSS_4 - SSS_3	Rangos negativos	15	10.40	156.00	SSS_4 < SSS_3	-1.444	.149
	Rangos positivos	6	12.50	75.00	SSS_4 > SSS_3		
	Empates	10			SSS_4 = SSS_3		
	Total	31					

Por último, con el fin de verificar o no la relación entre Vejiga Hiperactiva y la Satisfacción Subjetiva del Sueño (SSS) realizamos un análisis de correlación de Pearson. Los coeficientes de correlación mostrados en la tabla 76 indican la no existencia de correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de SSS al obtener valor $p > .05$ en todos los casos. Esta relación sí es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera medida SSS_1 ($p = .002$) y última (SSS_4, $p = .003$) y en ambos casos negativa, indicando, en estos casos, que a una mayor puntuación de VH la satisfacción Subjetiva del Sueño es menor es mayor.

Tabla 76
Correlación de Pearson. VH- Satisfacción Subjetiva del Sueño

		Correlaciones				
		SSS Pretest	SSS_1	SSS_2	SSS_3	SSS_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.003	-.120	.398	-.332	-.131
	Sig. (bilateral)	.987	.500	.054	.068	.462
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	.128	-.517	-.294	-.244	-.507
	Sig. (bilateral)	.477	.002	.173	.186	.003
	N	33	33	23	31	33

2.1.3.4. Síntesis de los resultados: Vejiga Hiperactiva y demás variables.

Reflejamos en la tabla 77 una síntesis de los principales resultados alcanzados respecto a las variables tratadas en relación a la VH (edad y índice de Masa Corporal). Esta tabla recoge los datos referidos a las variables estudiadas, a la escala de medida, las pruebas estadísticas de contraste utilizadas y los principales resultados obtenidos de acuerdo a las hipótesis planteadas.

Tabla 77
Síntesis de los resultados del análisis de Vejiga Hiperactiva y demás variables.

VI	Tipo	VD	Tipo	Prueba	Diferencias Estadísticamente Significativas
Tratamiento cognitivo-conductual	VH	Intervalo		Descriptivos T de Wilcoxon	Existen diferencias significativas en la puntuación de VH en el Grupo Experimental entre las medidas pre test y las posteriores, por efecto de la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual. <ul style="list-style-type: none"> No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre la primera y segunda medida lo que indica la necesidad de más sesiones para producir cambios en la VH. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la 3ª y 4ª medida, lo que indica que a partir de la tercera medida los resultados son positivos, reduciéndose la VH.
Grupo Experimental Vs. Grupo Control	Nominal	VH	Intervalo	Descriptivos U Mann-Whitney	No hay diferencias significativas entre los sujetos del grupo experimental y del grupo control en medidas pre test. <ul style="list-style-type: none"> Existen diferencias significativas a favor del grupo experimental en VH una vez realizado el tratamiento en relación al grupo control al que no se aplica tratamiento.
Grupos de Edad	Nominal	VH	Intervalo	Descriptivo U Mann-Whitney	No se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad "igual o menores de 65 años" y "mayores de 65 años" en las medidas pre test <ul style="list-style-type: none"> No existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de edad "igual o menores de 65 años" y "mayores de 65 años" en las medidas pos test, lo que indica que la edad no es una variable relacionada, en nuestra muestra, con la VH.
Índice de Masa Corporal (IMC)	Normal	VH	Intervalo	Descriptivos H Kruskal-Wallis U Mann-Whitney	Existen diferencias significativas entre los diferentes grupos de índice de masa corporal (normo peso, sobrepeso, obesidad) con anterioridad al tratamiento (medidas pre test). Esta diferencia se produce entre el grupo normo peso y sobrepeso, a favor del primero. No existen diferencias significativas entre normo peso y obesidad y sobrepeso y obesidad. <ul style="list-style-type: none"> No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en VH atendiendo al índice de masa corporal (IMC) una vez realizado el tratamiento, lo que indica su influencia positiva en relación a la muestra utilizada.
Ansiedad (A)	Intervalo	VH	Intervalo	Descriptivos T Wilcoxon U Mann Whitney Correlación Pearson	Se acepta el supuesto de normalidad algunas de las medidas de ansiedad en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis. Existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental de las medidas pre test y todas las demás posteriores, excepto entre la 3 y 4 medida, lo que indica que a partir de la tercera medida los resultados ya son positivos. No existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo control entre las medidas pre test y pos test. La correlación nos permite comprobar: <ul style="list-style-type: none"> No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de ansiedad tanto en el grupo experimental como en el grupo control Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pos test de VH y la de ansiedad, indicando que una reducción de las puntuaciones de VH viene asociada a una reducción de la ansiedad, demostrando la bondad del tratamiento.
Depresión (D)	Intervalo	VH	Intervalo	Descriptivos T Wilcoxon U Mann Whitney Correlación Pearson	Se acepta el supuesto de normalidad algunas de las medidas de depresión en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis. No existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental de las medidas pre test con las dos inmediatamente posteriores a ésta. Si existiendo diferencias con medidas posteriores, avalando la efectividad del tratamiento a un plazo de tiempo superior que el de la ansiedad. No existe diferencias significativas entre la 3 y 4 medida, lo que indica que a partir de la tercera medida los resultados ya son positivos. No existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo control entre las medidas pre test y pos test, lo que avala que sin tratamiento no ha habido mejoría en cuanto a la depresión. La correlación nos permite comprobar:

				<ul style="list-style-type: none"> No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de depresión tanto en el grupo experimental como en el grupo control Existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pos test de VH y la de depresión, indicando que una reducción de las puntuaciones de VH viene asociada a una reducción de la depresión, demostrando la bondad del tratamiento.
Función sexual Femenina (FSF)	Intervalo	VH	Intervalo	<p>Se acepta el supuesto de normalidad algunas de las medidas de FSF en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>No existen diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental de las medidas pre test y todas las demás posteriores. La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de FSF tanto en el grupo experimental
Insomnio (I)	Intervalo	VH	Intervalo	<p>Se acepta el supuesto de normalidad de una de las medidas de insomnio en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>No existen diferencias significativas entre las medidas pre test y la primera y segunda medida, así como entre la 1ª y 2ª, indicándonos que es a partir de la tercera de las medidas donde encontramos diferencias estadísticamente significativas, por lo que el tratamiento afecta a la mejora del insomnio a partir de la tercera de las medidas obtenidas.</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de insomnio en el grupo experimental Esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la última de las medidas de Insomnio (insomnio_4) indicando que a una mayor puntuación de VH el insomnio es mayor.
Hiperinsomnio (H)	Intervalo	VH	Intervalo	<p>Se acepta el supuesto de normalidad de una de las medidas de hiperinsomnio en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>No existen diferencias significativas entre las medidas pre test y la primera y segunda medida, así como entre la 1ª y 2ª, indicándonos que es a partir de la tercera de las medidas donde encontramos diferencias estadísticamente significativas, por lo que el tratamiento afecta a la mejora del hiperinsomnio a partir de la tercera de las medidas obtenidas.</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de insomnio en el grupo experimental Esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera y última de las medidas de Insomnio (insomnio_4) indicando que a una mayor puntuación de VH el hiperinsomnio es mayor.
Satisfacción Subjetiva del Sueño	Ordinal	VH	Intervalo	<p>Se acepta el supuesto de normalidad de una de las medidas de Satisfacción Subjetiva del Sueño en el grupo experimental, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>Existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre test y las medidas siguientes (exceptuando con la segunda medida); si bien no se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre las medidas post tratamientos. Se verifica que el tratamiento ha producido un efecto positivo respecto a la Satisfacción Subjetiva del sueño desde el inicio.</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> No existencia de correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de SSS. Esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera medida SSS_1 y última y en ambos casos negativa, indicando, en estos casos, que a una mayor puntuación de VH (peor veiga hiperactiva), la satisfacción Subjetiva del Sueño es menor es mayor.

Nota.: Siglas VD: Variable dependiente, VI: Variable independiente, IMC: Índice de Masa Corporal.

2.2. Calidad de Vida

Para abordar este punto realizaremos un análisis de cada una de las dimensiones que caracterizan la calidad de vida de acuerdo al cuestionario SF36 y que reflejamos en la tabla 78

Tabla 78
Dimensiones de la calidad de Vida. Cuestionario SF-36

SF-36				
PRUEBA	TIPO VARIABLE	NOMBRE VARIABLE	TIPO	CODIFICACIÓN VARIABLE
APÉNDICE 6 Versión española del cuestionario de salud SF-36 ²¹ (calidad de vida)	Categorías cuestionario ²²	Función física	Cuantitativa	Funcion_fisica
		Rol físico	Cuantitativa	Rol_fisico
		Dolor Corporal	Cuantitativa	Dolor
		Salud general	Cuantitativa	Salud_general
		Vitalidad	Cuantitativa	Vitalidad
		Función social	Cuantitativa	Función_social
		Rol emocional	Cuantitativa	Rol_emocional
		Salud mental	Cuantitativa	Salud_mental

La puntuación obtenida por cada sujeto una vez pasada la escala se recodifica. En cada una de los dominios, de acuerdo a la escala, es una puntuación resultante de la suma algebraica del valor final de los ítems de cada uno de los dominios. Obteniendo para cada sujeto 8 puntuaciones que van de 0 a 100 una vez transformadas. Esta transformación se realiza a partir de la “puntuación cruda”, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$\text{Escala Transformada} = \left[\frac{(\text{Puntuación real cruda} - \text{puntuación cruda más baja posible})}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \right] \times 100$$

Siendo la *Puntuación n real cruda* la que obtiene el sujeto; la *puntuación cruda más baja* la suma algebraica posible resultante (por ejemplo, si tenemos 6 ítems y cada ítem se puntuada de 1 a 5, la puntuación más baja posible sería 6 puntos) y el *Máximo recorrido posible de la puntuación cruda* sería la diferencia entre la

²¹ Hay valores codificados para la muestra del grupo experimental en varias mediciones.

²² Cada dominio estudiado es un porcentaje

puntuación máxima posible y la puntuación cruda más baja. (que en el ejemplo sería $30 - 5 = 25$).

En la tabla 79 recogemos las fórmulas para puntuar y transformar las escalas.

Tabla 79
Fórmulas para puntuar y transformar las escalas

Fórmulas para puntuar y transformar las escalas			
Escala	Suma final de los valores de los ítems	Puntuaciones crudas mínimas y máximas posibles	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función Física	$3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j$	10, 30	20
Rol Físico	$4a+4b+4c+4d$	4, 8	4
Dolor Corporal	$7+8$	2, 12	10
Salud General	$1+11a+11b+11c+11d$	5, 25	20
Vitalidad	$9a+9e+9g+9i$	4, 24	20
Función Social	$6+10$	2, 10	8
Rol Emocional	$5a+5b+5c$	3, 6	3
Salud Mental	$9b+9c+9d+9f+9h$	5, 30	25

Una vez que calculamos la puntuación para cada sujeto la introduciremos en el SPSS para abordar los siguientes análisis:

- 1.- Procedemos a realizar un análisis descriptivo de cada una de las dimensiones.
- 2.- Comprobación de los supuestos de normalidad.
- 3.- Análisis en el Grupo experimental de las puntuaciones recogidas a lo largo del tiempo de aplicación del tratamiento de VH. Tomaremos la medida pre test como medida previa anterior al tratamiento y las cuatro medidas siguientes de seguimiento. Realizaremos un análisis comparando medida obtenida con todas las demás. Para realizar este análisis utilizaremos la prueba T de Wilconson, como en casos anteriores, que es apropiada para el caso de variables relacionadas. Tratamos de contrastar la H_0 que parte de que, dado que las valoraciones son dadas por los mismos sujetos, las muestras resultantes no son independientes, por lo que se afirma que la valoración que se realiza de cada una de las dimensiones es igual en todas las medidas.
- 4.- Realizaremos un análisis de correlación entre las medidas Pre test y pos test de la Vejiga Hiperactiva con cada una de las dimensiones de calidad de vida.

2.2.1. Función física.

La Función física (FF) hace referencia SF-36 de calidad de vida, a la capacidad de las personas de desarrollar las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a la salud; es decir, está referida a las actividades de la vida diaria. Este dominio está constituido por 10 ítems que reflejamos en la tabla 80. Reflejamos el valor de recodificación para cada categoría en que ha sido medida.

Tabla 80

Función física: Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems		
3a.	Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	
3b.	Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	
3c.	Coger o llevar la bolsa de la compra	
3d.	Subir varios pisos por la escalera	
3e.	Subir un solo piso por la escalera	
3f.	Agacharse o arrodillarse	
3g.	Caminar un kilómetro o más	
3h.	Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	
3i.	Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	
3j.	Bañarse o vestirse por sí mismo	
Valor precodificado y valor final para los ítems 3a-3j		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Sí, me limita mucho	1	1
Sí, me limita un poco	2	2
No, no me limita nada	3	3

Fuente: Escala SF-36

2.2.1.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Función Física* para el grupo experimental, pues solo se tomaron datos de calidad de vida para este grupo, presentando en la tabla 81 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 81

Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Función física

	Función física Pretest	Función Física 1	Función Física 2	Función Física 3	Función Física 4
N	34	24	31	34	34
	1	11	4	1	1
Media (M)	83.2353	84.8529	83.3333	97.1613	96.4706
Mediana (Mdn)	90.0000	90.0000	90.0000	100.0000	100.0000
Moda (Mo)	90.00	90.00	90.00	100.00	100.00
Desviación típica	15.80575	15.97751	16.19626	9.37051	5.43967
Rango	60.00	65.00	65.00	45.00	15.00
Mínimo	40.00	35.00	35.00	55.00	85.00
Máximo	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	75.0000	75.0000	75.0000	100.0000	93.7500
	90.0000	90.0000	90.0000	100.0000	100.0000
	95.0000	95.0000	95.0000	100.0000	100.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una tendencia ascendente en las diferentes medidas tomadas oscilando entre valores del pre test de $M = 83.2353$ a $M = 97.1613$ en Función Física_3 y ligeramente menor en la cuarta medida $M=96.4706$ en Función Física_4, oscilando la mediana entre valores $Mdn = 90.000$ y $Mdn = 100.00$ al igual que las modas. Teniendo en cuenta que la escala SF-36 señala que puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado de dominio, podemos observar un incremento en la puntuación a medida que se van teniendo las sesiones de tratamiento lo que hace presuponer una incidencia positiva de éste en los sujetos.

Las figuras 57 a la 61 representan a la distribución de frecuencias de las medidas referidas al pre test y la final (Función Física_4). Si nos fijamos en ellas podemos visualizar más rápidamente las diferencias entre ambas medidas. Mientras que en la primera (pre test) la mayor parte de las frecuencias se agrupan entorno a puntuaciones entre 40 y 100 con un rango de $R = 60$, en la última medida éste es menor ($R=15$) pues la puntuación mínima es 85, valores cuya tendencia ya se observan en la FF_3.

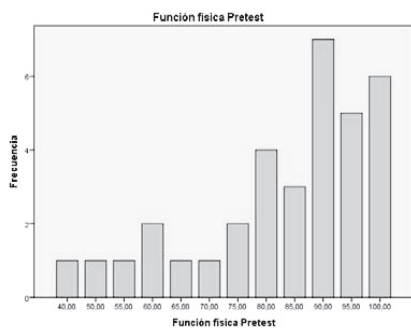


Figura 57: Experimental FF (pretest)

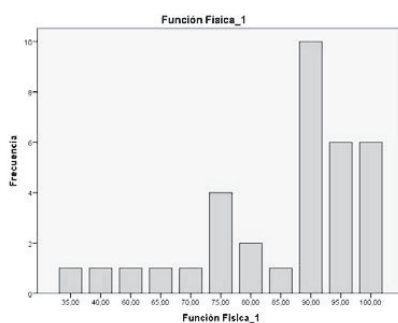


Figura 58: Experimental FF_1

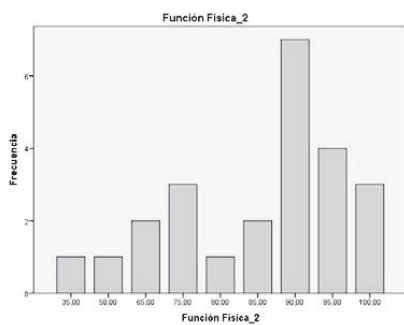


Figura 59: Experimental FF_2

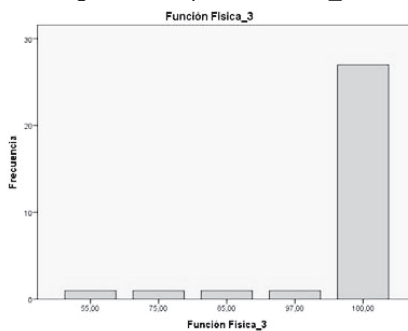


Figura 60: Experimental FF_3

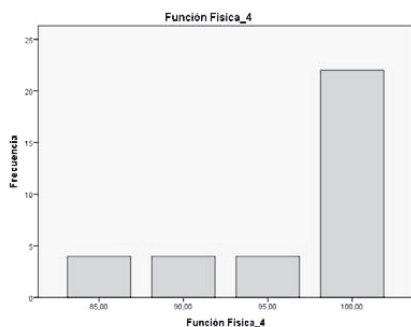


Figura 61: Experimental FF_4

2.2.1.2. Comprobación de los supuestos de normalidad

Para realizar un análisis previo descriptivo es necesario comprobar la distribución muestral teniendo en cuenta los valores de la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2), a partir del cumplimiento de los supuestos de normalidad de la muestra y homocedasticidad de la varianza. En la tabla 82 reflejamos los valores de asimetría y curtosis. Vemos que se trata de una asimetría negativa en las cuatro primeras medidas por lo que se extiende a valores inferiores a la media; excepto en la 4ª medida que es positiva y por lo tanto se extiende en valores superiores a la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores positivos en todos los casos que indicaría una curva leptocúrtica, siendo muy apuntada en la tercera medida e inferior en la 4ª y, por tanto, los datos se concentran más en torno a la media. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual podría indicarnos que las muestras no se distribuyen normalmente. Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral del grupo experimental en todas las medidas obtenidas antes, durante y después del tratamiento mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), con la que comparamos la distribución empírica de la muestra seleccionada respecto a la población normal. Los resultados indican el cumplimiento del supuesto de anormalidad en casi todas las medidas obtenidas para el grupo experimental, aceptando la H_0 de normalidad para la medida pre test ($p = .150$) y segunda de las medidas ($p = .117$).

A raíz de estos datos descriptivos, podemos avanzar, que existen ciertas diferencias entre los dos grupos formados una vez realizado el tratamiento.

Tabla 82
 Resultado del análisis de la normalidad. Función física

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Función física Pretest	34	83.2353	15.80575	-1.110	.591	1.138	.150
Función Física_1	34	84.8529	15.97751	-1.706	2.974	1.594	.012
Función Física_2	24	83.3333	16.19626	-1.582	2.516	1.191	.117
Función Física_3	31	97.1613	9.37051	-3.768	14.763	2.728	.000
Función Física_4	34	3.9394	4.1903	1.152	1.104	2.267	.000

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.1.3. Análisis inferencial

Realizado el análisis descriptivo de la dimensión Función Física, procede el análisis inferencial para comparar los diferentes grupos hemos utilizado, al igual que en variables anteriores, a través de la prueba T-Wilcoxon, al tratarse de una prueba no paramétrica aconsejada para muestras relacionadas. Los resultados los presentamos en la tabla 83. Los resultados nos muestran que los rangos positivos son superiores en todas las comparaciones realizadas. Hemos de indicar que en todos los casos las puntuaciones pre test se ven superadas por las puntuaciones de las medidas siguientes. Aunque no es significativa entre el pre test y las puntuaciones de Función Física 1 y Función Física_2 ($p = .076$ y $p = .446$), sí los son para las medidas Función Física 3 ($p = .000$) y Función Física_4 ($p = .000$).

Así mismo, los datos nos permiten ver que no ha habido diferencias entre las puntuaciones de la primera y segunda medida ($p = .718$, $Z = -.367$). Lo cual nos indica, como podía ser esperable, que el tratamiento entre la primera y segunda sesión aún no había hecho efecto alguno. Sin embargo, si se observan diferencias entre las primeras puntuaciones y las demás, de manera que a medida que el tratamiento se va implantando las diferencias son significativas (entre 1 y 3, 1 y 4, 2 y 3, 2 y 4). Hemos de hacer notar que entre las medidas 4 y 3 no se han obtenido diferencias ($p = .446$) pues el número de sujetos que mantienen puntuación es de 23 de los 30 sujetos que aportaron datos en esta medida.

Tabla 83
Función física. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental/

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p	
Función Física_1 - Función física Pretest	Rangos negativos	7	9.36	65.50	Función Física_1 < Función física Pretest	-1.772	.076	
	Rangos positivos	14	11.82	165.50	Función Física_1 > Función física Pretest			
	Empates	13			Función Física_1 = Función física Pretest			
	Total	34						
Función Física_2 - Función física Pretest	Rangos negativos	9	8.50	76.50	Función Física_2 < Función física Pretest	-.762	.446	
	Rangos positivos	10	11.35	113.50	Función Física_2 > Función física Pretest			
	Empates	5			Función Física_2 = Función física Pretest			
	Total	24						
Función Física_3 - Función física Pretest	Rangos negativos	2	15.25	30.50	Función Física_3 < Función física Pretest	-3.662	.000	
	Rangos positivos	23	12.80	294.50	Función Física_3 > Función física Pretest			
	Empates	6			Función Física_3 < Función física Pretest			
	Total	31						
Función Física_4 - Función física Pretest	Rangos negativos	3	7.50	22.50	Función Física_4 = Función física Pretest	-4.127	.000	
	Rangos positivos	25 ^k	15.34	383.50	Función Física_4 > Función física Pretest			
	Empates	6			Función Física_4 = Función física Pretest			
	Total	34						
Función Física_2 - Función Física_1	Rangos negativos	6	5.75	34.50	Función Física_2 < Función Física_1	-.367	.718	
	Rangos positivos	6	7.25	43.50	Función Física_2 > Función Física_1			
	Empates	12			Función Física_2 = Función Física_1			
	Total	24						
Función Física_3 - Función Física_1	Rangos negativos	3	16.17	48.50	Función Física_3 < Función Física_1	-3.236	.001	
	Rangos positivos	23	13.15	302.50	Función Física_3 > Función Física_1			
	Empates	5			Función Física_3 = Función Física_1			
	Total	31						
Función Física_4 - Función Física_1	Rangos negativos	4	7.13	28.50	Función Física_4 < Función Física_1	-3.885	.000	
	Rangos positivos	23	15.20	349.50	Función Física_4 > Función Física_1			
	Empates	7			Función Física_4 = Función Física_1			
	Total	34						
Función Física_3 - Función Física_2	Rangos negativos	1	13.00	13.00	Función Física_3 < Función Física_2	-3.582	.000	
	Rangos positivos	20	10.90	218.00	Función Física_3 > Función Física_2			
	Empates	2			Función Física_3 = Función Física_2			
	Total	23						
Función Física_4 - Función Física_2	Rangos negativos	1	6.00	6.00	Función Física_4 < Función Física_2	-3.492	.000	
	Rangos positivos	17	9.71	165.00	Función Física_4 > Función Física_2			
	Empates	6			Función Física_4 = Función Física_2			
	Total	24						
Función Física_4 - Función Física_3			8	5.19	41.50	Función Física_4 < Función Física_3	-.761	.446
	Rangos positivos	3	8.17	24.50	Función Física_4 > Función Física_3			
	Empates	20			Función Física_4 = Función Física_3			
	Total	31						

Por lo tanto, podemos decir, que el tratamiento puede haber ejercido alguna influencia positiva en la mejora de la Función Física de los sujetos.

2.2.1.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: Función Física (tabla 84). Tras comprobar la existencia de una evaluación durante el tratamiento de ésta variable, debemos establecer la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y la Función Física, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en la variable Función Física. Utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson, al medirse ambas variables en una escala continua.

Para hacerlo nos centraremos en la realización de un análisis correlacional bivariado cuyo fin es dar respuesta a la hipótesis planteada y en la que esperamos que un cambio en una variable propicia un cambio proporcional en la otra. Tomaremos como medidas para hacer la correlación las medidas pre test y pos test de ambas variables, pues estimamos que con la comparación de ambas podemos estimar si existe esta relación.

En la tabla 84 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran como antes de proceder al tratamiento no existe correlación entre las medidas pre-test de VH y Función Física ($p=.775$) y VH pre test y medida post tratamiento de Función Física ($p=.854$), si bien denotamos en ambos casos que la relación es inversa. Es decir que al aumentar la Vejiga Hiperactiva disminuye la Función Física.

Sin embargo, cuando analizamos las medidas post-test de VH (VH_4) con la función física pre test, sí encontramos relación significativa ($p=.047$); igualmente con la Función Fisica_1 ($p=.009$) y Función Fisica_2 ($p=.041$). Esta relación nos indica que, al disminuir la puntuación de la Vejiga hiperactiva (es decir, que se mejora), la función física aumenta. Sin embargo, para las dos medidas últimas de Función Física, esta relación no es significativa, pero el sentido de la correlación sigue siendo negativa. Esto nos puede indicar que, lograda una mejoría en la Función Física, posteriormente esta no correlaciona

significativamente. En todo caso en próximos estudios deberíamos tener en cuenta esta relación, pues nos puede estar indicando que a menor puntuación de VH (que es la que se obtiene a medida que se da el tratamiento), obtenemos una mayor calidad de vida a través de la Función Física.

Tabla 84
Correlación de Pearson. VH-Función Física

		Correlaciones				
		Función física Pretest	Función Física_1	Función Física_2	Función Física_3	Función Física_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.051	-.093	-.134	-.059	-.033
	Sig. (bilateral)	.775	.601	.533	.752	.854
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.348*	-.449**	-.430*	-.174	-.314
	Sig. (bilateral)	.047	.009	.041	.350	.076
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

2.2.2. Rol físico

El Rol Físico (RF) hace referencia SF-36 de calidad a la capacidad de las personas a enfrentarse con el trabajo o las actividades diarias debido a la salud física. Este dominio está constituido por 4 ítems que reflejamos en la tabla 85. Reflejamos, así mismo, el valor de recodificación para las dos categorías en que ha sido medida.

Tabla 85
Rol físico: Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems		
4a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?		
4b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?		
4c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?		
4d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?		
Valor precodificado y valor final para los ítems 3a-3j		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Sí	1	1
No	2	2

Fuente: Escala SF-36

2.2.2.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo de la dimensión Rol físico (RF) para el *grupo experimental*, pues como se ha dicho anteriormente solo se tomaron datos de calidad de vida para este grupo, presentando en la tabla 86 los resultados descriptivos obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 86
Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Rol físico

	Rol físico Pretest	Rol físico_1	Rol físico_2	Rol físico_3	Rol físico_4
N	35 245	35 245	25 255	31 249	34 246
Media (M)	83.2353	89.2857	81.4286	91.0000	100.0000
Mediana (Mdn)	90.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
Moda (M _o)	90.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Desviación típica	15.80575	29.25906	33.94571	22.68443	.00000
Rango	60.00	100.00	100.00	100.00	.00
Mínimo	40.00	.00	.00	.00	100.00
Máximo	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	100.0000	75.0000	100.0000	100.0000
	50	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
	75	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, vemos que hay una percepción del Rol físico muy grande en todas las medidas tomadas. Es decir, que la percepción de los sujetos de nuestra muestra es positiva por lo que pueden enfrentarse a las actividades diarias. Observamos como el valor de la media tiene una tendencia ascendente en las diferentes medidas tomadas oscilando entre valores del pre test de $M = 83.2353$ a $M = 100.000$ en Rol físico 4, existiendo una ligera oscilación en la mediana de la medida pre-test ($Mdn=90.000$) con las siguientes ($Mdn = 100.000$).

Hemos de hacer constar que todos los sujetos de la muestra son mayores activos que participan de la Universidad Senior y estos datos parecen indicarnos que, con independencia del tratamiento, el grupo de sujetos ya posee una valoración de su Rol Físico alto ($Mo=90$ en pre test y $Mo=100$ en las demás medidas). Teniendo en cuenta que la escala SF-36 señala que puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado de dominio, podemos observar un incremento en la puntuación a medida que se van teniendo las sesiones de tratamiento lo que hace presuponer una incidencia positiva de éste en los sujetos.

Las figuras de la 62 a la 66 representan la distribución de frecuencias de las medidas referidas al pre test y la final (Rol_físico_4). En ellos podemos visualizar más rápidamente las diferencias entre ambas medidas. Mientras que en la primera (pre test) la mayor parte de las frecuencias aun agrupándose en torno a la puntuación 100, tenemos cinco casos de puntuación 0 y 75, tres de los cuales tienen el peor estado de rol físico que mide la escala. En la tercera medida y la última pos test, todos los sujetos alcanzan la puntuación máxima.

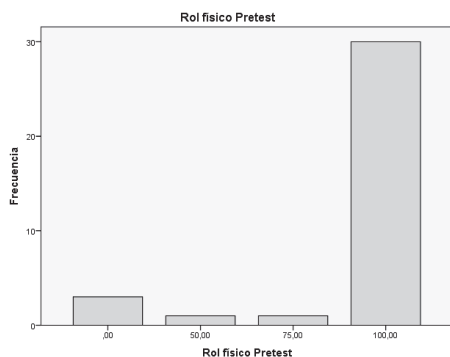


Figura 62: Experimental RF (pretest)

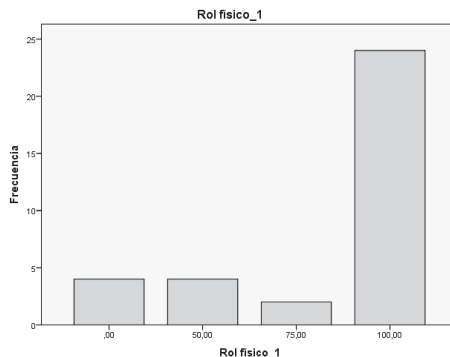


Figura 63: Experimental RF_1

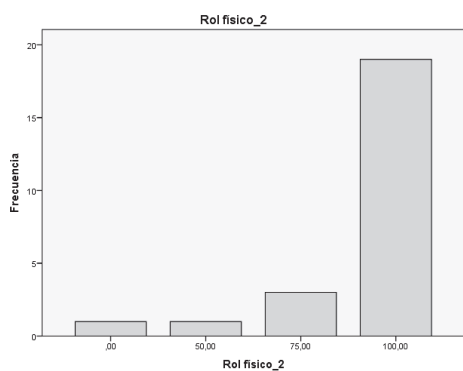


Figura 64: Experimental RF_2

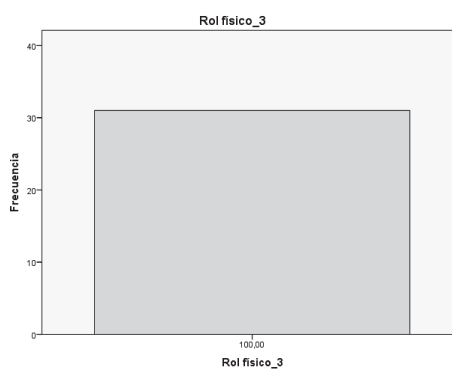


Figura 65: Experimental RF_3

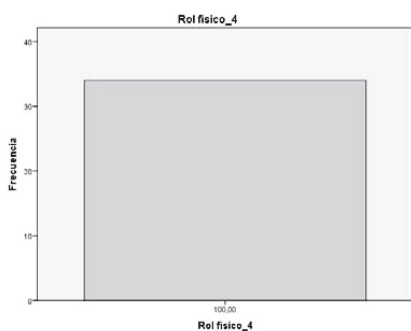


Figura 66: Experimental RF_4

2.2.2.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

Como en el caso anterior procederemos a realizar el análisis descriptivo previo a fin de comprobar la asimetría (g1) y la curtosis (g2) de la distribución muestral

para este dominio. En la tabla 87 reflejamos estos valores que, como era de esperar solo afecta a las tres primeras medidas ya que en las últimas todas las puntuaciones se agrupan entorno al valor 100.

Vemos que se trata de una asimetría negativa en las tres primeras medidas por lo que se extiende a valores inferiores a la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores positivos en todos los casos que indicaría una curva leptocúrtica, siendo muy apuntada en la tercera medida ($g_2 = 10.563$) fruto de la concentración de las puntuaciones a medida que se aplica el tratamiento. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual nos indica que las muestras no se distribuyen normalmente. Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral en todas las medidas obtenidas antes, durante y después del tratamiento, al igual que hicimos anteriormente, mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), con la que comparamos la distribución empírica de la muestra seleccionada respecto a la población normal. Los resultados indican el incumplimiento del supuesto de normalidad en todas las medidas obtenidas para el grupo experimental al obtener una significación $p=.000$.

Tabla 87
Resultado del análisis de la normalidad. Rol físico

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Rol físico Pretest	34	88.9706	29.63872	-2.641	5.692	2.904	.000
Rol físico_1	34	80.8824	34.29972	-1.649	1.383	2.433	.000
Rol físico_2	24	90.6250	23.09303	-3.109	10.563	2.201	.000
Rol físico_3	31	100.0000	.00000				
Rol físico_4	34	100.0000	.00000				

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.2.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio Rol Físico se realizó en análisis inferencial. Utilizaremos como ya quedó explicado en variables anteriores, la prueba T-Wilconson. Los resultados los presentamos en la tabla 88.

Los resultados nos muestran que los rangos negativos son superiores en las comparaciones entre el pre test y las medidas primera y segunda, lo cual nos indica que hasta la segunda medida de aplicación del tratamiento este no surgió efecto. Todos los demás rangos son positivos, lo que nos indica que hay una evolución positiva en el Rol físico de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.039$).

A partir de la tercera medida todos los sujetos se encuentran ya en una puntuación invariable respecto a su rol físico, dado que los rangos negativos del pre test con la tercera y cuarta medida es $R=.000$, de la misma forma que la tercera y la cuarta medida con la primera.

Podemos concluir que es a partir de la tercera medida cuando lo sujetos obtienen puntuaciones máximas que se mantienen en el tiempo, puesto que entre las medidas 4 y 3 no se han obtenido diferencias ($p=1.000$) dado que no existen rangos positivos ni negativos, por lo que el número de empates, es decir, la conservación de la puntuación se mantiene.

Tabla 88
Rol Físico. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Rol físico_1 - Rol físico Pretest	Rangos negativos	7	5.64	39.50	Rol físico_1 < Rol físico Pretest	-1.238	.216
	Rangos positivos	3	5.17	15.50	Rol físico_1 > Rol físico Pretest		
	Empates	24			Rol físico_1 = Rol físico Pretest		
	Total	34					
Rol físico_2 - Rol físico Pretest	Rangos negativos	2	3.25	6.50	Rol físico_2 < Rol físico Pretest	-.271	.786
	Rangos positivos	3	2.83	8.50	Rol físico_2 > Rol físico Pretest		
	Empates	19			Rol físico_2 = Rol físico Pretest		
	Total	24					
Rol físico_3 - Rol físico Pretest	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_3 < Rol físico Pretest	-2.060	.039
	Rangos positivos	5	3.00	15.00	Rol físico_3 > Rol físico Pretest		
	Empates	26			Rol físico_3 = Rol físico Pretest		
	Total	31					
Rol físico_4 - Rol físico Pretest	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_4 < Rol físico Pretest	-2.060	.039
	Rangos positivos	5	3.00	15.00	Rol físico_4 > Rol físico Pretest		
	Empates	29			Rol físico_4 = Rol físico Pretest		
	Total	34					
Rol físico_2 - Rol físico_1	Rangos negativos	1	3.50	3.50	Rol físico_2 < Rol físico_1	-2.058	.040
	Rangos positivos	7	4.64	32.50	Rol físico_2 > Rol físico_1		
	Empates	16			Rol físico_2 = Rol físico_1		
	Total	24					

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Rol físico_3 - Rol físico_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_3 < Rol físico_1	-2.842	.004
	Rangos positivos	10	5.50	55.00	Rol físico_3 > Rol físico_1		
	Empates	21			Rol físico_3 = Rol físico_1		
	Total	31					
Rol físico_4 - Rol físico_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_4 < Rol físico_1	-2.842	.004
	Rangos positivos	10	5.50	55.00	Rol físico_4 > Rol físico_1		
	Empates	24			Rol físico_4 = Rol físico_1		
	Total	34					
Rol físico_3 - Rol físico_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_3 < Rol físico_2	-2.060	.039
	Rangos positivos	5	3.00	15.00	Rol físico_3 > Rol físico_2		
	Empates	18			Rol físico_3 = Rol físico_2		
	Total	23					
Rol físico_4 - Rol físico_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_4 < Rol físico_2	-2.060	.039
	Rangos positivos	5	3.00	15.00	Rol físico_4 > Rol físico_2		
	Empates	19			Rol físico_4 = Rol físico_2		
	Total	24					
Rol físico_4 - Rol físico_3	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol físico_4 < Rol físico_3	-.000	1.000
	Rangos positivos	0	.00	.00	Rol físico_4 > Rol físico_3		
	Empates	31		39.50	Rol físico_4 = Rol físico_3		
	Total	31					

Por lo tanto, podemos decir, que el tratamiento puede haber ejercido alguna influencia positiva en la mejora de la Función Física de los sujetos.

2.2.2.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: Rol físico. Establecemos la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y el Rol Físico, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en la variable Rol Físico. Utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson, al medirse ambas variables en una escala continua. Realizaremos un análisis de correlación igual que hicimos anteriormente. En la tabla 89 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis.

Los resultados muestran como antes de proceder al tratamiento no existe correlación entre las medidas pre-test de VH y Rol Físico en ninguna de las medidas: entre medidas pre test de VH y Rol Físico ($p=.414$), VH pre test y Rol físico_1 ($p=.751$) y entre VH Pre test y Rol físico_2 ($p=.805$). Sin embargo, estas diferencias si son significativas cuando los sujetos han mejorado su Vejiga

Hiperactiva (VH_4) puesto que la relación entre la medida post test de VH es significativa con Rol Físico_2 ($p=.005$), lo que nos indica que al mejorar la Vejiga Hiperactiva obtenemos una mejoría también en el Rol Físico y por tanto en la calidad de vida.

Tabla 89
Correlación de Pearson. VH-Rol físico

		Correlaciones				
		Rol físico Pretest	Rol físico_1	Rol físico_2	Rol físico_3	Rol físico_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.145	.057	.053	.	.
	Sig. (bilateral)	.414	.751	.805	.	.
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.198	-.288	-.560	.	.
	Sig. (bilateral)	.269	.104	.005	.	.
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.3. Dolor Corporal

El *Dolor Corporal* (DC) hace referencia SF-36, a la percepción de las personas respecto al dolor y cómo éste influye en su rutina diaria. Este dominio está constituido por 2 ítems que reflejamos en la tabla 90. El valor de recodificación para cada categoría depende de la respuesta a la pregunta 7 y 8.

Tabla 90
Dolor Corporal: Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems					
7.	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?				
8.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?				
Valor precodificado y valor final para el ítem 7					
Opción de respuesta	Valor precodificado		Valor final		
No, Ninguno	1		6.0		
Sí, muy poco	2		5.4		
Sí, un poco	3		4.2		
Sí, moderado	4		3.1		
Sí, mucho	5		2.2		
Sí, muchísimo	6		1.0		
Puntuación para el ítem 8 — si ambos 7 y 8 están contestados					
Opción de respuesta	Si el valor precodificado del ítem 8	y	Valor precodificado del ítem 7	será	Valor final del ítem 8
Nada	1		1		6
Nada	1		2 a 6		5
Un poco	2		1 a 6		4
Regular	3		1 a 6		3
Bastante	4		1 a 6		2
Mucho	5		1 a 6		1
Puntuación para el ítem 8 — si el ítem 7 no ha sido contestado					
Opción de respuesta	Valor precodificado		Valor final		
Nada	1		6.0		
Un poco	2		4.75		
Regular	3		3.5		
Bastante	4		2.25		
Mucho	5		1.0		

Fuente: Escala SF-36

2.2.3.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Dolor Corporal* para el grupo *experimental*, pues solo se tomaron datos de calidad de vida para este grupo, presentando en la tabla 91 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 91

Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Dolor Corporal

		Dolor corporal Pretest	Dolor corporal_1	Dolor corporal_2	Dolor corporal_3	Dolor corporal_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
	Media	75.0588	67.1029	72.2458	97.5484	100.0000
	Mediana	73.0000	62.0000	72.0000	100.0000	100.0000
	Moda	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
	Desv. tip.	20.97609	26.84066	24.16696	9.83476	.00000
	Varianza	439.996	720.421	584.042	96.723	.000
	Rango	78.00	100.00	79.00	48.00	.00
	Mínimo	22.00	.00	21.00	52.00	100.00
	Máximo	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	61.0000	49.3750	51.0000	100.0000	100.0000
	50	73.0000	62.0000	72.0000	100.0000	100.0000
	75	100.0000	88.0000	100.0000	100.0000	100.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una variación a lo largo de las diferentes medidas; siendo a partir de la tercera medida cuando presenta una tendencia ascendente oscilando entre valores del pre test de $M = 75.0588$ a $M = 100.000$ en Dolor Corporal_4, siendo la medida Dolor corporal_3 de $M=97.5484$. Se puede observar que la mediana oscila a lo largo de las medidas entre valores $Mdn=73.000$ y $Mdn= 100.0000$ en la tercera y cuarta medida que, en contraste con las modas, que se mantienen estables en todas las medidas, siendo la puntuación que más se repite la de $Mo=100.00$. Los Rangos también muestran una tendencia en descenso, lo que nos indica la concentración la menor diferencia entre las puntuaciones obtenidas: Teniendo en cuenta que la escala SF-36, señala que las puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (menos dolor) y 0% el peor (más dolor), podemos observar que después del tratamiento observamos un aumento en las puntuaciones de los sujetos lo que hace presuponer una incidencia positiva en ellos.

La figura 67 la figura 68, la figura 69, la figura 70 y 71 representan la distribución de frecuencias de las medidas referidas al pre test, a la tercera, cuarta y quinta

medida (Dolor Corporal_2, DC_3, DC_4). En ellos podemos visualizar cómo las diferentes medidas tienen una evolución. En la primera (pre test) la mayor parte de las frecuencias se agrupan entorno a puntuaciones entre 61, 84 y 100, en la siguiente DC_2 se encuentran entre 51 y 100; en comparación en la siguiente DC_3, se ve como se agrupan en torno al 100 quedando casi imperceptible el resto, para que en la última medida (DC_4) sí se observa que todos los sujetos se encuentran en el 100, coincidiendo con el rango ($R=100.00$).

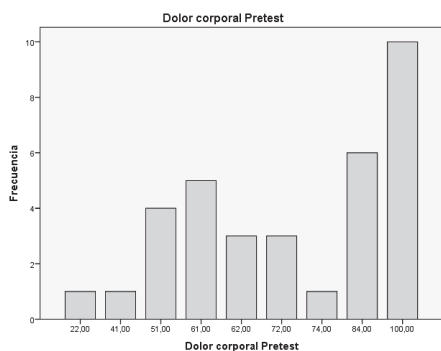


Figura 67: Experimental DC (pretest)

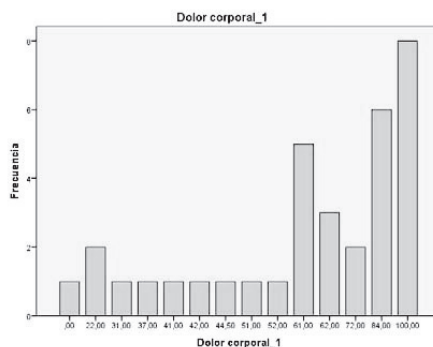


Figura 68: Experimental DC_1

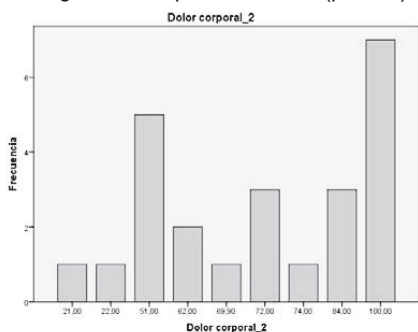


Figura 69: Experimental DC_2

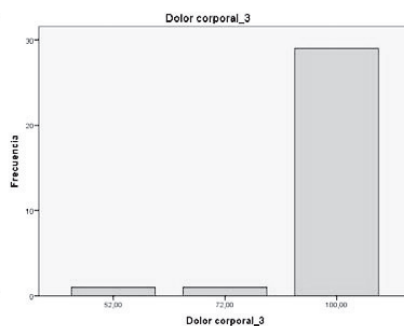


Figura 70: Experimental Dolor DC_3

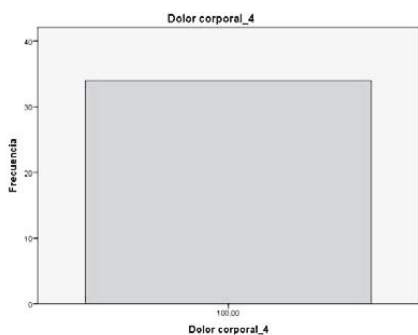


Figura 71: Experimental DC_4

2.2.3.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

Como en el caso anterior procederemos a realizar el análisis descriptivo previo a fin de comprobar la asimetría (g1) y la curtosis (g2) de la distribución muestral para este dominio. En la tabla 92 reflejamos estos valores que, como era de esperar solo afecta a las cuatro primeras medidas ya que en la última medida las puntuaciones se agrupan entorno al valor 100.

Vemos que se trata de una asimetría negativa en las medidas obtenidas por lo que las puntuaciones se extienden a valores inferiores a la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en las tres primeras medidas, casos que indicaría una curva platicúrtica, y positiva en la tercera (curva leptocúrtica) siendo muy apuntada en la tercera medida (g2 = 10.563) fruto de la concentración de las puntuaciones a medida que se aplica el tratamiento. Todos los valores son diferentes a 0, lo cual nos indica que las muestras no se distribuyen normalmente. Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral en todas las medidas obtenidas antes, durante y después del tratamiento, al igual que hicimos anteriormente, mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para un nivel de significación del 95%, donde solamente en el caso de la tercera medida se incumplía el supuesto de normalidad (p=.000). Por lo tanto, tal como viene ocurriendo hasta ahora emplearemos estadística no paramétrica.

Tabla 92
Resultado del análisis de la normalidad. Dolor

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Dolor Pretest	34	75,0588	20,97609	-,369	-,514	1,032	,238
Dolor_1	34	67,1029	26,84066	-,500	-,339	,859	,452
Dolor_2	24	72,2458	24,16696	-,528	-,369	,815	,521
Dolor_3	31	97,5484	9,83476	-4,148	17,270	2,973	,000
Dolor_4	34	100,0000	,00000				

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.3.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio Dolor Corporal, el análisis inferencial que detallaremos a continuación será el de la prueba T-Wilconxon. Los resultados los presentamos en la tabla 93.

Los resultados nos muestran que los rangos negativos son superiores en las comparaciones entre el pre test y primera medida, observando que a posteriori son positivos en todas las demás comparaciones de pares lo que nos indica que hay una evolución positiva en el Dolor Corporal de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.000$).

Encontramos rangos negativos entre la primera y segunda medidas ($R= 9.19$), sin embargo, se refiere a las diferencias encontradas en 5 sujetos del total de la muestra. Los Rangos negativos mínimos se encuentran en la comparación de la primera con la tercera medida con el Pretest ($R=1.000$). Este Rango será .0000 en las demás comparaciones. Lo que parece indicarnos que es a partir de la tercera medida cuando los sujetos tienen una evolución positiva respecto al Dolor corporal, no observando diferencias, al igual que ocurría con la Variable anteriormente descrita (Rol físico) entre las medidas 4 y 3 ($p=1.000$).

Tabla 93
Dolor corporal. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Dolor corporal_1 - Dolor corporal Pretest	Rangos negativos	17	14.18	241.00	Dolor Corporal_1 < Dolor Corporal Pretest	-1.666	.096
	Rangos positivos	9	12.22	110.00	Dolor Corporal_1 > Dolor Corporal Pretest		
	Empates	8			Dolor Corporal_1 = Dolor Corporal Pretest		
	Total	34					
Dolor corporal_2 - Dolor corporal Pretest	Rangos negativos	7	9.50	66.50	Dolor Corporal_2 < Dolor Corporal Pretest	-.372	.710
	Rangos positivos	8	6.69	53.50	Dolor Corporal_2 > Dolor Corporal Pretest		
	Empates	9			Dolor Corporal_2 = Dolor Corporal Pretest		
	Total	24					
Dolor corporal_3 - Dolor corporal Pretest	Rangos negativos	1	1.00	1.00	Dolor Corporal_3 < Dolor Corporal Pretest	-3.991	.000
	Rangos positivos	20	11.50	230.00	Dolor Corporal_3 > Dolor Corporal Pretest		
	Empates	10			Dolor Corporal_3 = Dolor Corporal Pretest		
	Total	31					
	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_4 < Dolor Corporal Pretest		

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Dolor corporal_4 - Dolor corporal Pretest	Rangos positivos	24	12.50	300.00	Dolor Corporal_4 > Dolor Corporal Pretest	-4.302	.000
	Empates	10			Dolor Corporal_4 = Dolor Corporal Pretest		
	Total	34					
Dolor corporal_2 - Dolor corporal_1	Rangos negativos	5	9.10	45.50	Dolor Corporal_2 < Dolor Corporal_1	-2.223	.026
	Rangos positivos	15	10.97	164.50	Dolor Corporal_2 > Dolor Corporal_1		
	Empates	4			Dolor Corporal_2 = Dolor Corporal_1		
Total	24						
Dolor corporal_4 - Dolor corporal_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_4 < Dolor Corporal_1	-4.468	.000
	Rangos positivos	26	13.50	351.00	Dolor Corporal_4 > Dolor Corporal_1		
	Empates	8			Dolor Corporal_4 = Dolor Corporal_1		
Total	34						
Dolor corporal_3 - Dolor corporal_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_3 < Dolor Corporal_1	-4.384	.000
	Rangos positivos	25	13.00	325.00	Dolor Corporal_3 > Dolor Corporal_1		
	Empates	6			Dolor Corporal_3 = Dolor Corporal_1		
Total	31						
Dolor corporal_3 - Dolor corporal_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_3 < Dolor Corporal_2	-3.526	.000
	Rangos positivos	16	8.50	136.00	Dolor Corporal_3 > Dolor Corporal_2		
	Empates	7			Dolor Corporal_3 = Dolor Corporal_2		
Total	23						
Dolor corporal_4 - Dolor corporal_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_4 < Dolor Corporal_2	-1.342	.180
	Rangos positivos	17	9.00	153.00	Dolor Corporal_4 > Dolor Corporal_2		
	Empates	7			Dolor Corporal_4 = Dolor Corporal_2		
Total	24						
Dolor corporal_4 - Dolor corporal_3	Rangos negativos	0	.00	.00	Dolor Corporal_4 < Dolor Corporal_3	-.000	1.000
	Rangos positivos	2	1.50	3.00	Dolor Corporal_4 > Dolor Corporal_3		
	Empates	29			Dolor Corporal_4 = Dolor Corporal_3		
Total	31						

Por lo tanto, podemos decir, que el tratamiento puede haber ejercido alguna influencia positiva en la mejora del Dolor Corporal de los sujetos.

2.2.3.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: Dolor corporal. Establecemos la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y el Dolor corporal, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en la variable Dolor Corporal. Utilizaremos como hemos hecho anteriormente, el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 94 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de dolor corporal.

Vemos así mismo, que a medida que pasa el tratamiento no existe correlación significativa entre las medidas pre test y las demás medidas de Dolor Corporal, si bien son negativas, lo que nos indica que a mayores puntuaciones de VH, el dolor Corporal es mayor (menores puntuaciones de Dolor corporal).

Realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva /VH_4), correlaciona solamente con Dolor corporal_1 ($p=.000$); es decir, en el momento que se finaliza las sesiones presenciales del tratamiento, siendo la correlación no significativa con las demás medidas, si bien en la última de ellas (Dolor Corporal_4) el valor es próximo al criterio de significativa $p=.085>.05$).

Hemos de considerar que el dolor es subjetivo y por lo tanto no podemos afirmar que el éste, esté relacionado con la VH.

Tabla 94
Correlación de Pearson. VH-Dolor Corporal

		Correlaciones				
		Dolor corporal Pretest	Dolor corporal_1	Dolor corporal_2	Dolor corporal_ 3	Dolor corporal 4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.032	-.212	.119	-.151	.
	Sig. (bilateral)	.859	.230	.581	.418	.
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.205	-.699	-.191	-.314	.
	Sig. (bilateral)	.253	.000	.384	.085	.
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.4. Salud General

La Salud General (SG) hace referencia en el SF-36, a la percepción de las personas respecto a su salud. Este dominio está constituido por 2 ítems que reflejamos en la tabla 95, donde el ítem 11 se subdivide en cuatro ítems. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor percepción de la salud general.

Tabla 95

Salud General: Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems			
1. En general, usted diría que su salud es:			
11a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas			
11b. Estoy tan sano como cualquiera			
11c. Creo que mi salud va a empeorar			
11d. Mi salud es excelente			
Ítem 1	Valor precodificados y final para los ítems 1 y 11a al 11d	Valor precodificado	Valor final
	Excelente	1	5.0
	Muy Buena	2	4.4
	Buena	3	3.4
	Regular	4	2.0
	Mala	5	1.0
Ítems 11a y 11c	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Totalmente cierta	1	1
	Bastante cierta	2	2
	No lo sé	3	3
	Bastante Falsa	4	4
	Totalmente Falsa	5	5
Ítems 11b y 11 d	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Totalmente cierta	1	5
	Bastante cierta	2	4
	No lo sé	3	3
	Bastante Falsa	4	2
	Totalmente Falsa	5	1

Fuente: Escala SF-36

2.2.4.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Salud General (SG)* para el *grupo experimental*, presentando en la tabla 96 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 96

Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Salud General

	Salud general Pretest	Salud general_1	Salud general_2	Salud general_3	Salud general_4	
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media		64.3529	65.9882	62.8333	76.5000	75.1765
Mediana		62.0000	64.5000	66.5000	77.0000	74.5000
Moda		72.00	47.00	67.00	67.00	67.00
Desv. típ.		15.59114	18.12562	17.15572	8.19044	13.30407
Varianza		243.084	328.538	294.319	67.083	176.998
Rango		60.00	57.00	66.00	35.00	63.00
Mínimo		30.00	35.00	30.00	62.00	37.00
Máximo		90.00	92.00	96.00	97.00	100.00
Percentiles		52.0000	49.2500	51.2500	67.0000	67.0000
	25	62.0000	64.5000	66.5000	77.0000	74.5000
	50	62.0000	64.5000	66.5000	77.0000	74.5000
	75	77.0000	83.2500	77.0000	82.0000	83.2500

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una variación a lo largo de las diferentes medidas; siendo de tendencia ascendente en el Pre test ($M = 64.3529$) y primera medida ($M=65.9882$), menor en la segunda medida (posiblemente debido a que el $N=24$, al tener 11 sujetos missing) y volver a ascender en las siguientes (Salud general_3 $M= 76.5000$). A la par se observa que en el caso de la mediana también se presenta una tendencia ascendente oscilando entre los valores $Mdn=62.0000$ y $Mdn=74.5000$ en el pretest y la última medida, siendo las modas más estables en las tres últimas medidas ($M_o=67$); las dos primeras medidas el valor que más se repite es en pretest $M_o=72$ y Salud general_1 $M_o=47.00$. Los rangos nos permiten ver que respecto a los valores mínimos excepto en la tercera medida (mín.=62) las puntuaciones están en torno entre 30 y 37 y los valores máximos entre 90 y 100.

Teniendo en cuenta que la escala SF-36, señala que las puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (mejor estado de salud) y 0% el peor (peor estado de salud), podemos observar que después del tratamiento observamos variabilidad en las puntuaciones, lo que nos indica que la salud general es una percepción personal de cada uno de los sujetos y que está influido por motivos temporales.

Las figuras 72 a la 76 representan la distribución de frecuencias de las medidas referidas a todas las medidas de *Salud General*. En ellos podemos visualizar cómo evolucionan las diferentes medidas. En la primera (pre test) la mayor parte de las frecuencias se agrupan entre las puntuaciones de 30 a 90, siendo los puntos donde más se agrupan en el 50, 57 y 72. En las siguiente, SG_1 se encuentran entre 35 y 92, siendo los más destacables el 74 y el 57; en comparación en la siguiente SG_2, se ve como se agrupan en torno al 67, para que en SG_3 haya algunas muy disminuidas y las agrupaciones se hagan sobre todo en el 67, 77 y 82, siendo las puntuaciones globales en comparación con las medidas anteriores la que van de 62 a 97; para que en la última se agrupen en su mayoría entre el 67 y el 87. Aunque los rangos son similares, las puntuaciones mínimas y máximas varían de una a otra medida.

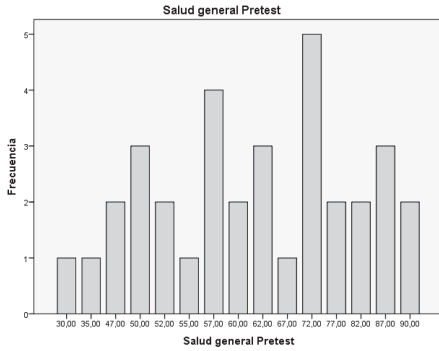


Figura 72: Experimental SG (pretest)

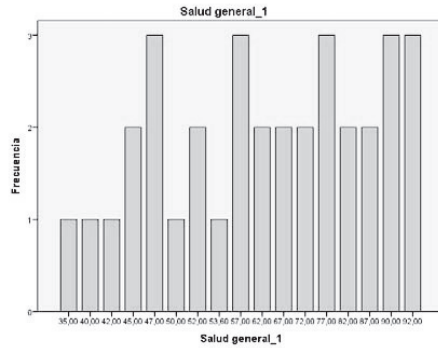


Figura 73: Experimental SG_1

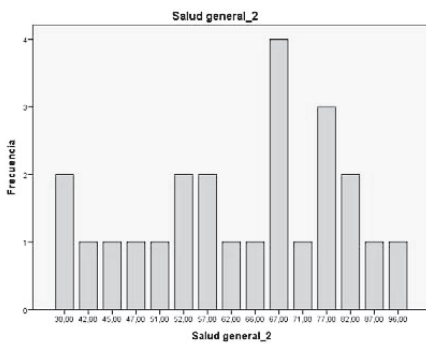


Figura 74: Experimental SG_2

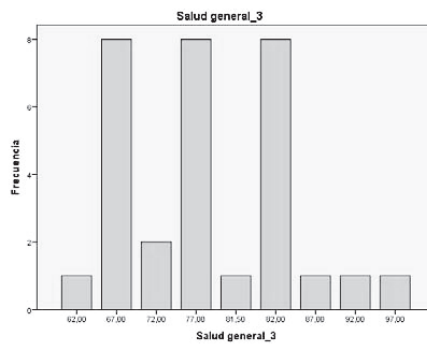


Figura 75: Experimental SG_3

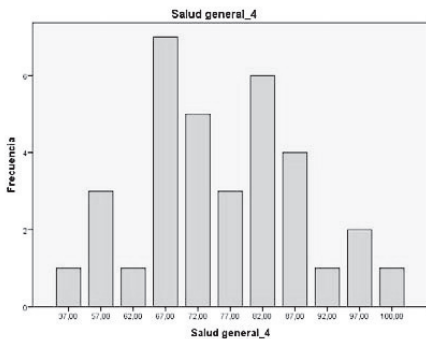


Figura 76: Experimental SG_4

2.2.4.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

A continuación, procederemos a realizar la asimetría (g1) y la curtosis (g2) de la distribución muestral para este dominio. En la tabla 97 reflejamos estos valores que, como era de esperar las medidas son diferentes a lo largo del tiempo.

Vemos que se trata de una asimetría negativa en las medidas obtenidas en el Pre test (As = -.048), en la segunda (As = -.188) y en la cuarta (As = -.418) por lo que las puntuaciones se extienden a valores inferiores a la media. Tienen asimetría positiva la medida de Salud General_1 (As = .063) y la Salud General_3 (As = .315) reflejando que la mayoría de las puntuaciones se separan por encima de la media.

Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en las cuatro primeras medidas, casos que indicaría una curva platicúrtica, y positiva en la última (curva leptocúrtica) a pesar de no ser muy apuntada (.789). Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral en todas las medidas obtenidas mediante la prueba de bondad de ajuste, como hemos realizado hasta ahora, de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para un nivel de significación del 95%. Todas las medidas obtienen valores $p > .05$, por lo que debemos aceptar la hipótesis nula de que pertenecen a la misma población. Se distribuyen de acuerdo a la curva normal siendo homogénea, por lo tanto, procede realizar el análisis de diferencias a través de pruebas paramétricas, que en nuestro caso será la prueba t de Student para muestras relacionadas.

Tabla 97
Resultado del análisis de la normalidad. Salud General

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Salud general Pretest	34	64.3529	15.59114	-.048	-.570	.693	.723
Salud general_1	34	65.9882	18.12562	.063	-1.403	.765	.602
Salud general_2	24	62.8333	17.15572	-.188	-.388	.563	.909
Salud general_3	31	76.5000	8.19044	.315	-.026	.944	.335
Salud general_4	34	75.1765	13.30407	-.418	.789	.713	.689

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.4.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio *Salud General*, el índice que utilizaremos a continuación será la t de Student para muestras relacionadas, dado el carácter paramétrico de la distribución. Los resultados los presentamos

en la tabla 98 muestran a nivel general que las medias obtenidas cada vez que avanza el tratamiento son superiores que las anteriores y, en algunos casos significativa. Entre la Pretest y la Primera medida la diferencia de medias es de -1.63529 sin embargo, no es significativa. Si lo son las diferencias entre el Pre test y la tercera (con una diferencia de medias de -12.822258, $p = .000$) y Pre test con la cuarta medida (-10.82353, $p = .000$); lo que nos indica que las puntuaciones de los sujetos a medida que pasa el tiempo después de la aplicación del tratamiento in situ y de las actividades que realizan por su cuenta son superiores a las iniciales.

Podemos observar así mismo que es a partir de la tercera medida cuando el efecto es mayor al compararlas con medidas anteriores y posteriores. Así, la diferencia entre la primera y la tercera es de -12.70645 ($p = .000$), y la segunda con la segunda con la tercera de -14.97826 ($p = .000$). No existiendo diferencias significativas entre la tercera y la cuarta medida ($p = .716$). Lo que parece indicarnos que es a partir de la tercera medida cuando los sujetos tienen una evolución positiva respecto a la Salud General, no observando diferencias, al igual que ocurría con las Variable anterior: Rol físico, Dolor y Función física.

Tabla 98
Salud General. Prueba t para muestras relacionadas. Grupo Experimental

Par	N	Media	Desviación típica	T	gl	Sig. (bilateral)
Salud general Pretest - Salud general_1	34	64.3529	15.59114	-.506	33	.616
Salud general Pretest - Salud general_2	24	65.4583	14.06809	.807	23	.428
Salud general Pretest - Salud general_3	31	63.6774	15.93610	-4.188	30	.000
Salud general Pretest - Salud general_4	34	64.3529	15.59114	-4.008	33	.000
Salud general_1 - Salud general_2	24	64.6917	17.77355	.936	23	.359
Salud general_1 - Salud general_3	31	63.7935	17.40004	-4.346	30	.000
Salud general_1 - Salud general_4	34	65.9882	18.12562	-2.664	33	.012
Salud general_2 - Salud general_3	23	62.2174	17.26783	-4.191	22	.000
Salud general_2 - Salud general_4	24	62.8333	17.15572	-3.447	23	.002
Salud general_3 - Salud general_4	31	76.5000	8.19044	.367	30	.716

2.2.4.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: Salud General. Establecemos la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y el Dolor corporal, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en el dominio Salud General. Utilizaremos como hemos hecho anteriormente, el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 99 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Salud General; es decir, que Vemos así mismo. que a medida que pasa el tratamiento no existe correlación significativa entre las medidas pre test y las demás medidas de Salud General, si bien son negativas. lo que nos indica que a mayores puntuaciones de VH Salud General es menor. Tenemos valores positivos en la primera de las medidas y en la segunda (esta posiblemente porque esté sesgada al haber perdido 11 sujetos en esta medida). Sin embargo, vemos que realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva /VH_4) correlaciona negativamente con todas las demás medidas (incluso la medida segunda para $N=24$, aun siendo no significativa $p=.281$) siendo significativa en todas las demás correlaciones.

Hemos de considerar que la Salud General correlaciona con la VH, y mejora a medida que mejoramos en VH, rechazando la Hipótesis nula de que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones por efecto del tratamiento; siendo conscientes que dentro de la Salud General influyen muchas más variables.

Tabla 99
Correlación de Pearson. VH-Salud general

		Correlaciones				
		Salud general Pretest	Salud general_1	Salud general_2	Salud general_3	Salud general_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.181	.078	.236	-.252	-.154
	Sig. (bilateral)	.306	.660	.267	.171	.386
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.351	-.416	-.235	-.417	-.341
	Sig. (bilateral)	.045	.016	.281	.020	.052
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significante al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.5. Vitalidad

La Vitalidad (V) hace referencia en el SF-36, a la percepción de las personas respecto a su capacidad vital o sentimiento de agotamiento o cansancio. Este dominio está constituido por 4 ítems que reflejamos en la tabla 100. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor percepción de la vitalidad.

Tabla 100

Vitalidad. Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems			
9a. se sintió lleno de vitalidad? 9e. tuvo mucha energía?			
9g. se sintió agotado? 9i. se sintió cansado?			
9a. se sintió lleno de vitalidad? 9e. tuvo mucha energía?			
9g. se sintió agotado? 9i. se sintió cansado?			
Valor precodificados y final para los ítems 1 y 11a al 11d			
Ítem 9 ^a y 9e	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Siempre	1	6
	Casi siempre	2	5
	Muchas veces	3	4
	Algunas veces	4	3
	Solo alguna vez	5	2
	Nunca	6	1
Ítems 9g y 9i	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Siempre	1	1
	Casi siempre	2	2
	Muchas veces	3	3
	Algunas veces	4	4
	Solo alguna vez	5	5
	Nunca	6	6

Fuente: Escala SF-36

2.2.5.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Vitalidad* para el *grupo experimental*, presentando en la tabla 101 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 101

Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Vitalidad

		Vitalidad Pretest	Vitalidad_1	Vitalidad_2	Vitalidad_3	Vitalidad_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media		65.7353	61.4059	63.7500	93.7097	88.5294
Mediana		70.0000	70.0000	67.5000	100.0000	90.0000
Moda		80.00	70.00	70.00	100.00	90.00
Desv. tıp.		19.92913	18.82265	19.06796	7.74250	8.83600
Varianza		97.170	54.292	63.587	59.946	78.075
Rango		90.00	75.00	65.00	20.00	40.00
Mínimo		10.00	10.00	35.00	80.00	60.00
Máximo		100.00	85.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	50.0000	50.0000	46.2500	90.0000	85.0000
	50	70.0000	70.0000	67.5000	100.0000	90.0000
	75	80.0000	76.2500	80.0000	100.0000	95.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una variación a lo largo de las diferentes medidas. Observamos que entre el pre test ($M=65.7353$) y la primera medida ($M=61.4059$) el valor de la media es más bajo (como viene ocurriendo también en las demás variables analizadas); sin embargo, a partir de ésta última la media es ascendente lo que refleja que los sujetos tienen más vitalidad y, por lo tanto, menos cansancio. Se puede observar que la mediana oscila a lo largo de las medidas entre valores $Mdn=70.000$ y $Mdn= 100.0000$ en las diferentes medidas, siendo la desviación típica en las dos últimas medidas ($s=7.74250$ para la tercera y $s=8.83600$ para la cuarta) inferior a las anteriores, lo que nos indica una mayor concentración de las puntuaciones en torno a su medida y más homogeneidad en las repuestas. Así mismo, los rangos en estas dos últimas variables son menores ($R_3=20$ y $R_4=40$), mostrándonos una tendencia en descenso respecto a las demás variables, es decir, menor dispersión de las puntuaciones, concentrándose en torno a valores de Vitalidad altos. Teniendo en cuenta que la escala SF-36, señala que las puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (menos cansancio) y 0% el peor (más cansancio), podemos decir que después del tratamiento se percibe un aumento en las puntuaciones respecto a este dominio.

Las figuras 77 a la 81 reflejan el comportamiento de las puntuaciones representadas a través de unos diagramas de barras. Podemos observar como en las primeras gráficas las puntuaciones de los sujetos son dispersas, con puntuaciones, concentrándose y obteniendo mejores puntuaciones a partir de la segunda medida (de puntuación mínima de 10 se pasa a 35, 80 y 60. Si bien en la tercera medida las puntuaciones son altas, en la última de ellas para haber un crecimiento constante de las puntuaciones, logrando una mayor frecuencia en 85 y 90 puntos.

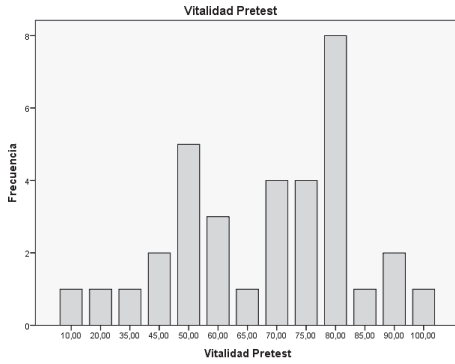


Figura 77: Experimental V (pretest)

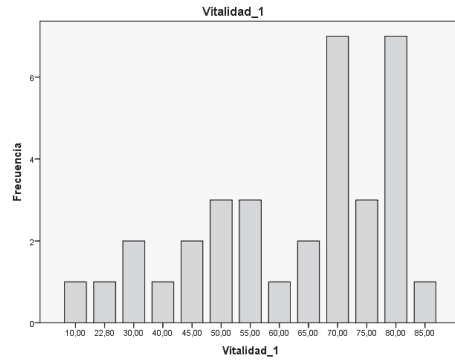


Figura 78: Experimental V_1

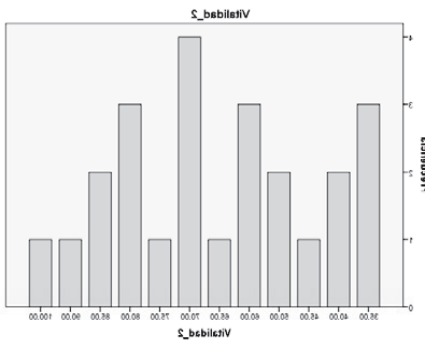


Figura 79: Experimental V_2

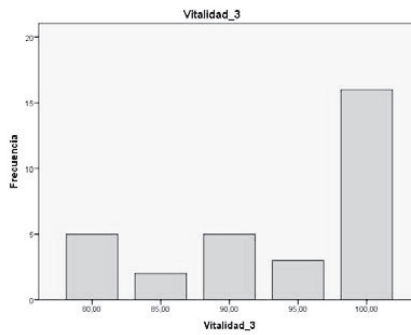


Figura 80: Experimental V_3

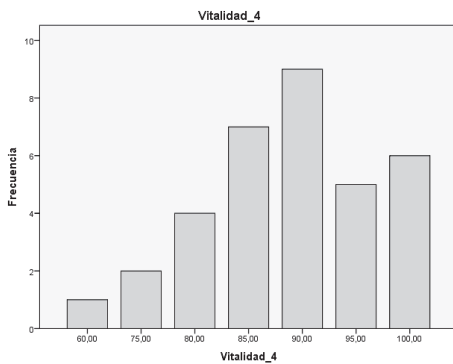


Figura 81: Experimental V_4

2.2.5.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

En la tabla 102 reflejamos los valores referidos a la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2) que, es negativa en todas sus medidas indicándonos una distribución de las puntuaciones a valores inferiores a la media. Por lo que hace referencia a la

curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en la segunda y tercera medida indicándonos una distribución platicúrtica de las puntuaciones. No así pretest, primera y cuarta medida, que siendo positiva nos indica valores por encima de la media.

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral e mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para un nivel de significación del 95%, donde solamente en el caso de la cuarta medida se incumplía el supuesto de anormalidad ($p=.006$). Por lo tanto, tal emplearemos estadística no paramétrica en análisis posteriores.

Tabla 102
Resultado del análisis de la normalidad. Vitalidad

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Vitalidad Pretest	34	65.7353	19.92913	-.948	.894	1.009	.261
Vitalidad_1	34	61.4059	18.82265	-1.009	.428	1.198	.113
Vitalidad_2	24	63.7500	19.06796	-.067	-.991	.629	.823
Vitalidad_3	34	93.7097	7.74250	-.804	-.898	1.714	.006
Vitalidad_4	34	88.5294	8.83600	-.958	1.862	.900	.393

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.5.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio Vitalidad, se realizó el análisis inferencial utilizando la prueba T-Wilcoxon dado el carácter no paramétrico de los datos. Los resultados los presentamos en la tabla 103.

Los resultados nos muestran que los rangos negativos son superiores en las comparaciones entre el pre test y primera medida, observando que a posteriori son positivos en todas las demás comparaciones de pares lo que nos indica que hay una evolución positiva en la vitalidad de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.000$).

Encontramos Rangos negativos entre el Pre Test y primera Medida ($R= 14.89$, $p = .396$) donde 14 sujetos obtienen una puntuación menor y entre el Pre Test y la Segunda medida ($R=13.15$, $p = .527$) con el problema ya dicho de que el tamaño muestral es menor. Sí encontramos diferencias estadísticamente significativas y

con rangos de mayoría positiva en la comparación del Pre Test con la tercera medida (R negativo = .00, p = .000) y cuarta medida (R negativo = 5.50, p = .000) indicándonos que casi todos los sujetos han mejorado en su Vitalidad. No existe diferencias entre la primera y segunda medida (p = .714)

Podemos, así mismo verificar que existen diferencias significativas a partir de la tercera medida en comparación con las demás con una significatividad de p = .000 y de la tercera con la cuarta de p = .018

Estos datos nos permiten verificar una evolución positiva de los sujetos a lo largo del tiempo con una mejoría gradual a nivel muestral en el dominio Vitalidad.

Tabla 103
Vitalidad. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Vitalidad_1 - Vitalidad Pretest	Rangos negativos	14	14.89	208.50	Vitalidad_1 < Vitalidad Pretest	-.849	.396
	Rangos positivos	12	11.88	142.50	Vitalidad_1 > Vitalidad Pretest		
	Empates	8			Vitalidad_1 = Vitalidad Pretest		
	Total	34					
Vitalidad_2 - Vitalidad Pretest	Rangos negativos	10	13.35	133.50	Vitalidad_2 < Vitalidad Pretest	-.632	.527
	Rangos positivos	11	8.86	97.50	Vitalidad_2 > Vitalidad Pretest		
	Empates	3			Vitalidad_2 = Vitalidad Pretest		
	Total	24					
Vitalidad_3 - Vitalidad Pretest	Rangos negativos	0	.00	.00	Vitalidad_3 < Vitalidad Pretest	-4.635	.000
	Rangos positivos	28	14.50	406.00	Vitalidad_3 > Vitalidad Pretest		
	Empates	3			Vitalidad_3 = Vitalidad Pretest		
	Total	31					
Vitalidad_4 - Vitalidad Pretest	Rangos negativos	3	5.50	16.50	Vitalidad_4 < Vitalidad Pretest	-4.636	.000
	Rangos positivos	29	17.64	511.50	Vitalidad_4 > Vitalidad Pretest		
	Empates	2			Vitalidad_4 = Vitalidad Pretest		
	Total	34					
Vitalidad_2 - Vitalidad_1	Rangos negativos	11	9.45	104.00	Vitalidad_2 < Vitalidad_1	-.367	.714
	Rangos positivos	8	10.75	86.00	Vitalidad_2 > Vitalidad_1		
	Empates	5			Vitalidad_2 = Vitalidad_1		
	Total	24					
Vitalidad_3 - Vitalidad_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Vitalidad_3 < Vitalidad_1	-4.867	.000
	Rangos positivos	31	16.00	496.00	Vitalidad_3 > Vitalidad_1		
	Empates	0			Vitalidad_3 = Vitalidad_1		
	Total	31					
Vitalidad_4 - Vitalidad_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Vitalidad_4 < Vitalidad_1	-4.946	.000
	Rangos positivos	32	16.50	528.00	Vitalidad_4 > Vitalidad_1		
	Empates	2			Vitalidad_4 = Vitalidad_1		
	Total	34					
	Rangos negativos	0	.00	.00	Vitalidad_3 < Vitalidad_2		.000

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Vitalidad_3 - Vitalidad_2	Rangos positivos	22	11.50	253.00	Vitalidad_3 > Vitalidad_2		
	Empates	1			Vitalidad_3 = Vitalidad_2		
	Total	23				-4.112	
Vitalidad_4 - Vitalidad_2	Rangos negativos	2	4.00	8.00	Vitalidad_4 < Vitalidad_2		
	Rangos positivos	19	11.74	223.00	Vitalidad_4 > Vitalidad_2		
	Empates	3			Vitalidad_4 = Vitalidad_2		
	Total	24				-3.742	.000
Vitalidad_4 - Vitalidad_3	Rangos negativos	19	14.11	268.00	Vitalidad_4 < Vitalidad_3		
	Rangos positivos	7	11.86	83.00	Vitalidad_4 > Vitalidad_3		
	Empates	5			Vitalidad_4 = Vitalidad_3		
	Total	31				-2.368	.018

Por lo tanto, podemos decir, que el tratamiento puede haber ejercido alguna influencia positiva en la mejora de la vitalidad de los sujetos.

2.2.5.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: *Vitalidad*. Establecemos la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y la *Vitalidad*, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en el dominio Vitalidad. Utilizaremos como hemos hecho anteriormente, el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 104 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Vitalidad, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la *Vitalidad* es menor.

Realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), no correlaciona como era de esperar con la medida Pre Test, pues el tratamiento no se había ejecutado; sin embargo, si observamos correlaciones estadísticamente significativas con las demás variables. Estos valores nos permiten señalar que, a medida que hemos aplicado el tratamiento sobre VH, la *Vitalidad* de las personas ha mejorado en la medida que los sujetos disminuyen en su puntuación VH.

Tabla 104

Correlación de Pearson. VH-Vitalidad

		Correlaciones				
		Vitalidad Pretest	Vitalidad_1	Vitalidad_2	Vitalidad_3	Vitalidad_4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-,052	-,233	-,263	-,140	-,066
	Sig. (bilateral)	,770	,184	,215	,451	,709
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-,214	-,439	-,291	-,382	-,514
	Sig. (bilateral)	,231	,011	,178	,034	,002
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.6. Función Social

La Función Social (FS) hace referencia, en el SF-36, a cómo la salud física dificulta las actividades sociales, tanto con la familia como con la sociedad. Este dominio está constituido por 2 ítems que reflejamos en la tabla 105. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor Función Social.

Tabla 105

Función Social. Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems			
6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?			
10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?			
Valor precodificados y final para los ítems 6 y 10			
Ítem 6	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Nada	1	5
	Un poco	2	4
	Regular	3	3
	Bastante	4	2
	Mucho	5	1
Ítems 10	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Siempre	1	1
	Casi siempre	2	2
	Algunas veces	3	3
	Solo alguna vez	4	4
	Nunca	5	5

Fuente: Escala SF-36

2.2.6.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Función Social* para el *grupo experimental*, presentando en la tabla 106 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas

Tabla 106

Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Función Social

		Función social Pretest	Función social_1	Función social_2	Función social_3	Función social_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media		89.7059	87.5000	88.0000	99.5968	96.2500
Mediana		100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
Moda		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Desv. típ.		16.70561	23.83656	19.02573	2.24507	16.54024
Varianza		279.078	568.182	361.978	5.040	273.580
Rango		62.50	87.50	63.00	12.50	90.00
Mínimo		37.50	12.50	37.00	87.50	10.00
Máximo		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	87.5000	87.5000	100.0000	100.0000	100.0000
	50	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
	75	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas vemos como el valor de la media va en ascenso en las diferentes medidas; así, observamos que entre el pre test (M=89.7059) y la tercera medida (M=99.5968) el valor de la media es más bajo (como viene ocurriendo en casos anteriores); al ser la media ascendente, refleja que los sujetos mejoran en su función social, por lo que las relaciones interpersonales mejoran con el tiempo. Se puede observar que la mediana se mantiene constante en todas las medidas Mdn= 100.0000, coincidiendo en este caso con las modas de todas las medidas Mo= 100.00 (valor que más se repite); siendo la desviación típica similar en todas las medidas (s=16.70561 para la pretest y s=16.54024 para la cuarta), siendo superiores a la tercera medida siendo la más inferior (s= 2.24507). Así mismo los rangos son variables a lo largo de las diferentes medidas, siendo en la tercera medida (R₃=12.50) mostrando la menor dispersión de las puntuaciones, en los que los valores de Función Social son altos. Teniendo en cuenta que las puntuaciones de la escala SF-36 van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (más Función Social) y 0% el peor (menos Función Social), podemos decir que a lo largo del tratamiento se da una mejoría en esta función.

Las figuras 82 a la 86 reflejan el comportamiento de las puntuaciones representadas a través de unos diagramas de barras. Podemos observar como en las distintas graficas las puntuaciones se concentran sobre todo en la medida 100. La medida pre test los valores en donde más se concentran son en 62.50, 87.50 y 100.00. si bien es verdad, observamos que, en el resto de las medidas, a pesar de perder en alguna de ellas sujetos, los valores se siguen concentrando

en 100.00, lo que indica que los sujetos tienen puntuaciones elevadas de Función Social. Si bien se esperaban ya valores elevados debido a las características del colectivo, pues al ser sujetos de la Universidad Senior, son personas activas en este rol.

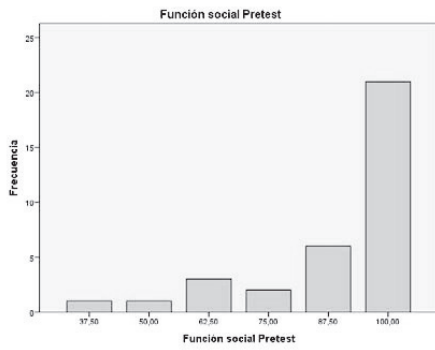


Figura 82: Experimental FS (pretest)

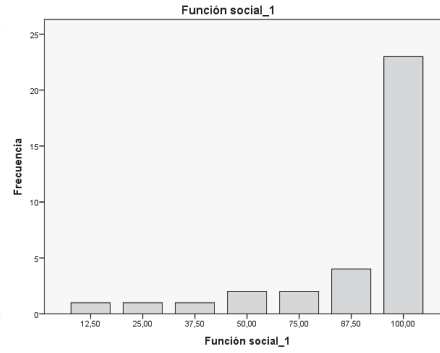


Figura 83: Experimental FS_1

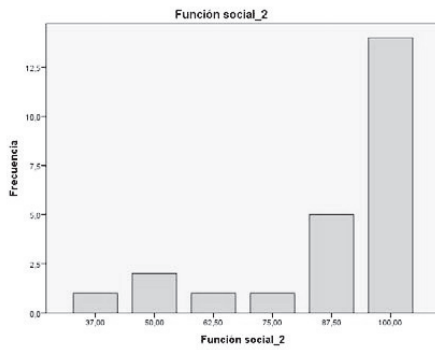


Figura 84: Experimental FS_2

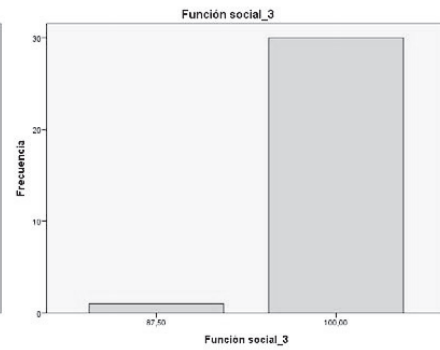


Figura 85: Experimental FS_3

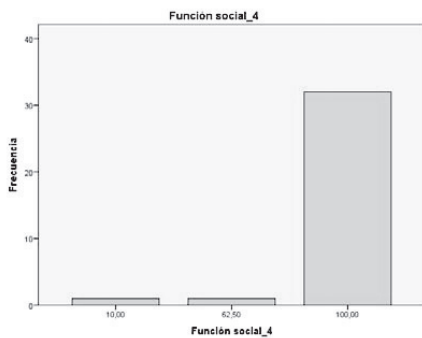


Figura 86: Experimental FS_4

2.2.6.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

En la tabla 107 reflejamos los valores referidos a la asimetría (g1) es negativa en todas las medidas y la curtosis (g2) por el contrario, es positiva. Los valores de

asimetría que tenemos implican que los valores se alejan de la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores positivos en todas las medidas indicándonos una distribución leptocúrtica de las puntuaciones, indicando valores por encima de la media.

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto estudiamos la distribución muestral mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para un nivel de significación del 95% en donde en todas las medidas el significado es estadísticamente significativo alrededor de los valores ($p=.000$). Por lo tanto, emplearemos estadística no paramétrica en análisis posteriores.

Tabla 107
Resultado del análisis de la normalidad. Función Social

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	P
Función social Pretest	34	89,7059	16,70561	-1,718	2,255	2,034	,001
Función social_1	34	87,5000	23,83656	-2,034	3,205	2,195	,000
Función social_2	24	88,0000	19,02573	-1,632	1,597	1,564	,015
Función social_3	31	99,5968	2,24507	-5,568	31,000	3,001	,000
Función social_4	34	96,2500	16,54024	-4,827	24,217	3,095	,000

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.6.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio *Función Social*, realizaremos el análisis inferencial. Utilizaremos la prueba T-Wilconson. Los resultados los presentamos en la tabla 108.

Los resultados nos muestran que los rangos negativos son superiores en las comparaciones entre el pre test y primera medida, observando que a posteriori son positivos en todas las demás comparaciones de pares lo que nos indica que hay una evolución positiva en el Función Social de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.000$).

Encontramos Rangos negativos entre el Pre Test y primera Medida ($R = 9.38$, $p = .715$) donde 14 sujetos obtienen una puntuación menor y entre la Segunda y primera medida ($R = 5.50$, $p = 1.000$) con el problema de que el tamaño muestral es menor. Como ya ocurría en dominios anteriores, sí encontramos diferencias estadísticamente significativas y con rangos de mayoría positiva en la comparación del pre Test con la tercera medida (R positivo = 7.77 , $p = .002$) indicándonos que casi todos los sujetos han mejorado en su función social. No existe diferencias entre la primera y segunda medida ($p = 1.000$).

Podemos así mismo verificar que existen diferencias significativas a partir de la tercera medida en comparación con las demás con una significatividad de $p = .005$; si bien ya existen diferencias entre el pre test y ésta medida ($p = .002$); no habiendo diferencias estadísticamente significativas entre la tercera con la cuarta de $p = .285$

Estos datos nos permiten verificar una evolución positiva de los sujetos a lo largo del tiempo con una mejoría gradual a nivel muestral en el dominio Función Social, si bien es verdad que ya es un colectivo con una buena capacidad en este dominio desde los inicios, debido a que son sujetos activos en su vida diaria.

Tabla 108

Función Social. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	P
Función social_1 - Función social Pretest	Rangos negativos	14	9.38	75.00	Función social_1 < Función social Pretest	-.365	.715
	Rangos positivos	12	7.63	61.00	Función social_1 > Función social Pretest		
	Empates	8			Función social_1 = Función social Pretest		
	Total	34					
Función social_2 - Función social Pretest	Rangos negativos	10	5.14	36.00	Función social_2 < Función social Pretest	-.268	.788
	Rangos positivos	11	7.50	30.00	Función social_2 > Función social Pretest		
	Empates	3			Función social_2 = Función social Pretest		
	Total	24					
Función social_3 - Función social Pretest	Rangos negativos	0	4.00	4.00	Función social_3 < Función social Pretest	-3.091	.002
	Rangos positivos	28	7.77	101.00	Función social_3 > Función social Pretest		
	Empates	3			Función social_3 = Función social Pretest		
	Total	31					
Función social_4 - Función social Pretest	Rangos negativos	3	10.50	21.00	Función social_4 < Función social Pretest	-1.991	.046
	Rangos positivos	29	7.00	84.00	Función social_4 > Función social Pretest		
	Empates	2			Función social_4 = Función social Pretest		
	Total	34					

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	P
Función social_2 - Función social_1	Rangos negativos	11	5.50	33.00	Función social_2 < Función social_1	.000	1.000
	Rangos positivos	8	6.60	33.00	Función social_2 > Función social_1		
	Empates	5			Función social_2 = Función social_1		
	Total	24					
Función social_3 - Función social_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Función social_3 < Función social_1	-	.005
	Rangos positivos	31	5.50	55.00	Función social_3 > Función social_1	2.814	
	Empates	0			Función social_3 = Función social_1		
	Total	31					
Función social_4 - Función social_1	Rangos negativos	0	10.00	10.00	Función social_4 < Función social_1	-	.039
	Rangos positivos	32	5.60	56.00	Función social_4 > Función social_1	2.059	
	Empates	2			Función social_4 = Función social_1		
	Total	34					
Función social_3 - Función social_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Función social_3 < Función social_2	-2.692	.007
	Rangos positivos	22	5.00	45.00	Función social_3 > Función social_2		
	Empates	1			Función social_3 = Función social_2		
	Total	23					
Función social_4 - Función social_2	Rangos negativos	2	11.00	11.00	Función social_4 < Función social_2	-1.977	.048
	Rangos positivos	19	5.50	55.00	Función social_4 > Función social_2		
	Empates	3			Función social_4 = Función social_2		
	Total	24					
Función social_4 - Función social_3	Rangos negativos	19	2.50	5.00	Función social_4 < Función social_3	-1.069	.285
	Rangos positivos	7	1.00	1.00	Función social_4 > Función social_3		
	Empates	5			Función social_4 = Función social_3		
	Total	31					

Por lo tanto, podemos decir, que el tratamiento puede haber ejercido alguna influencia positiva en la mejora de la función social de los sujetos.

2.2.6.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: *Función Social*. Establecemos la Hipótesis alternativa H₁ de la existencia de relación entre la VH y la *Función Social* entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en el dominio *Función Social*. Para ello utilizaremos el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 109 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas

pre test y las puntuaciones de *Función Social*, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la *Función Social* es menor.

Realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4) no correlaciona como era de esperar con la medida Pre Test de Función Social ($p=.910$), pues el tratamiento no se había ejecutado; correlacionando significativamente solo con una medida (Función social_1 $p=.017$). Estos valores nos permiten señalar que la Función Social no se encuentra relacionada con la VH, por lo que debemos rechazar la H_1 y aceptar la H_0 . Esto puede ser debido, como se ha mencionado en apartados anteriores, a las características muestrales.

Tabla 109
Correlación de Pearson. VH-Función Social

		Correlaciones				
		Función social Pretest	Función social 1	Función social 2	Función social 3	Función social 4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	-.041	.063	-.004	-.328	.140
	Sig. (bilateral)	.819	.722	.984	.072	.431
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.020	-.414	-.207	.053	-.043
	Sig. (bilateral)	.910	.017	.344	.778	.810
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.7. Rol emocional

El *Rol Emocional* (RE) hace referencia en el SF-36, a cómo influyen e interfieren los problemas emocionales en la vida de las personas. Este dominio está constituido por 3 ítems que reflejamos en la tabla 110. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica un mejor estado del rol emocional.

Tabla 110
Rol emocional. Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems		
5a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?		
5b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?		
5c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?		
Valor precodificados y final para los ítems 5a-5c		
Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
Si	1	1
No	2	2

Fuente: Escala SF-36

2.2.7.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Rol Emocional* para el grupo experimental, presentando en la tabla 111 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 111
Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Rol Emocional

		Rol emocional Pretest	Rol emocional_1	Rol emocional_2	Rol emocional_3	Rol emocional_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
Media		74.5059	78.0541	83.3308	100.0000	94.8529
Mediana		100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
Moda		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Desv. típ.		41.89273	39.11595	32.60494	.00000	21.12321
Varianza		1755.001	1530.057	1063.082	.000	446.190
Rango		100.00	100.00	100.00	.00	100.00
Mínimo		.00	.00	.00	100.00	.00
Máximo		100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Percentiles	25	33.3000	66.6700	75.0025	100.0000	100.0000
	50	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000
	75	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000	100.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media tiene una progresión ascendente a lo largo de las diferentes medidas al igual que en dominios anteriores. Los valores que obtenemos de la tercera medida saturan las respuestas en su valor máximo, es decir, que todos los sujetos muestran un gran Rol Emocional. Observamos, en todo caso que la evolución de la media es ascendente desde el pre test (M=74.5059) a la tercera medida (M=100.000) con un ligero descenso de dos casos en la cuarta medida (Pos test, M=94.8529); lo que implica que, a lo largo del tiempo, el *Rol Emocional* ha ido mejorando. Se puede observar que la mediana se mantiene estable en puntuación en todas las medidas Mdn=100.0000, disminuyendo igualmente el valor de la desviación típica (s=41.8927 del pre test a s=21.12321 para la cuarta) lo que nos indica una mayor concentración de las puntuaciones en torno a su medida y más homogeneidad en las repuestas. La medida que más se repite es $M_0=100.00$, indicándonos la buena percepción sobre el *Rol Emocional* de los sujetos.

Así mismo, los rangos son todos iguales en las medidas (R=100) dado que las puntuaciones oscilan entre .00 y 100.

Teniendo en cuenta que la escala SF-36, señala que las puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (mayor rol emocional) y 0%

el peor (menor rol emocional), podemos decir que después del tratamiento se percibe un aumento en las puntuaciones respecto a este dominio.

Las figuras 87 a la 91 reflejan el comportamiento de las puntuaciones representadas a través de unos diagramas de barras. Podemos observar como en las primeras gráficas las puntuaciones de los sujetos son dispersas si bien hay una concentración de puntuaciones sobre 100, lo que indica de antemano la buena percepción de los sujetos sobre el Rol Emocional con una tendencia positiva y mejores puntuaciones a partir de la primera medida (donde a pesar de que hay sujetos que puntúan 0, éstos van en descenso y pasan a puntuar más elevado, siendo los picos más grandes en 66.67, 87.50 y 100.00). Según observamos en las figuras vemos como en la tercera medida (Figura 89: Experimental RE_2) solo dos sujetos obtienen puntuaciones de .000, otros dos de 33.33 y otros dos de 66.67. En la tercera medida se observa que la valoración global es de un 100% y en la última, se lograría esta puntuación si un sujeto no hubiera puntuado con .00 y otra 25.00.

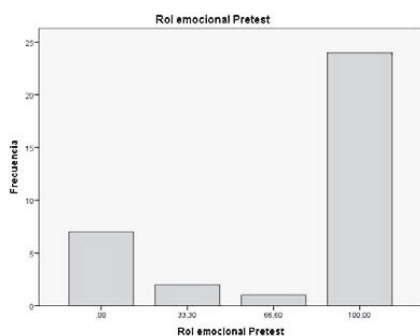


Figura 87: Experimental RE (pretest)

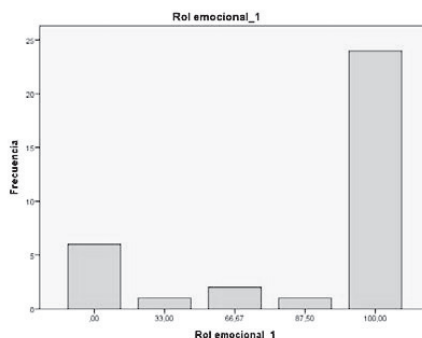


Figura 88: Experimental RE_1

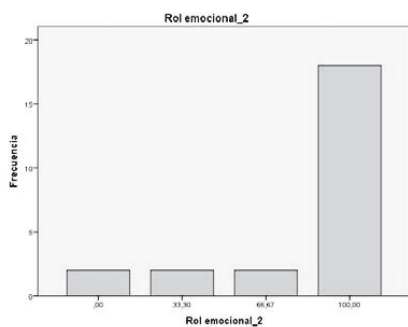


Figura 89: Experimental RE_2

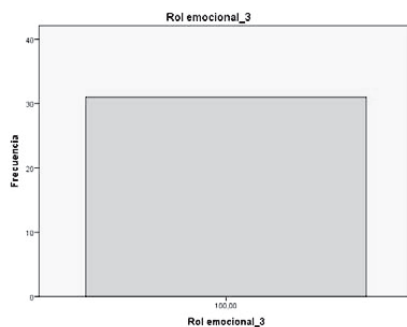


Figura 90: Experimental RE_3

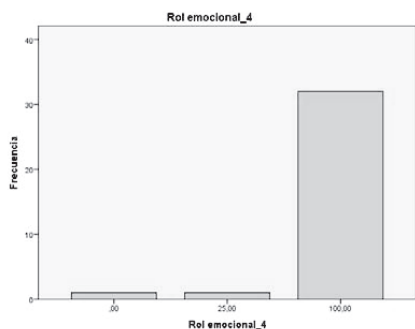


Figura 91: Experimental RE_4

2.2.7.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

En la tabla 112 reflejamos los valores referidos a la asimetría (g1) y la curtosis (g2) que, es negativa en todas sus medidas indicándonos una distribución de las puntuaciones a valores inferiores a la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en el pre test indicándonos una distribución platicúrtica de las puntuaciones. No así en el resto de las medidas, que siendo positiva nos indica valores por encima de la media; no existiendo ni asimetría ni curtosis en la tercera medida. Lógicamente, no aportamos valores de asimetría y curtosis para la tercera medida dado el valor de la media, mediana y desviación típica (s=0000).

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral e mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para un nivel de significación del 95%, donde en todas las medidas en el tiempo son estadísticamente significativas (p=.000). Por lo tanto, como tal emplearemos estadística no paramétrica en análisis posteriores.

Tabla 112
Resultado del análisis de la normalidad. Rol emocional

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	P
Rol emocional Pretest	34	74.5059	41.89273	-1.155	-.560	2.533	.000
Rol emocional_1	34	78.0541	39.11595	-1.449	.316	2.440	.000
Rol emocional_2	24	83.3308	32.60494	-1.825	2.087	2.182	.000
Rol emocional_3	31	100.000	.00000				
Rol emocional_4	34	94.8529	21.12321	-4.065	15.838	3.134	.000

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.7.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio *Rol Emocional*, el análisis inferencial lo realizaremos utilizando la prueba T-Wilconxon. Los resultados que presentamos en la tabla 113 nos muestran que los rangos positivos son superiores a los negativos en todas las medidas, lo que nos indica que hay una evolución positiva en el *Rol Emocional* de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones.

Las diferencias entre pre test y la primera y segunda medida no son significativas. Es a partir de la tercera cuando las encontramos. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.006$). Podemos, así mismo verificar que existen diferencias significativas a partir ésta en comparación con las demás, con una significatividad de $p = .006$ con la primera y de $p = .026$ con la segunda. No existiendo diferencias con la cuarta de las medidas ($p= .180$). Existiendo diferencias entre todas las medidas después de la primera sesión del tratamiento con las subsiguientes (a excepción de la 1ª y 2ª, $p = .916$).

Estos datos nos permiten verificar una evolución positiva de los sujetos a lo largo del tiempo con una mejoría gradual a nivel muestral en el dominio *Rol Emocional*.

Tabla 113
Rol emocional. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Rol emocional_1 - Rol emocional Pretest	Rangos negativos	6	5.50	33.00	Rol emocional_1 < Rol emocional Pretest	-4.75	.635
	Rangos positivos	6	7.50	45.00	Rol emocional_1 > Rol emocional Pretest		
	Empates	22			Rol emocional_1 = Rol emocional Pretest		
	Total	34					
Rol emocional_2 - Rol emocional Pretest	Rangos negativos	4	3.63	14.50	Rol emocional_2 < Rol emocional Pretest	-4.493	.622
	Rangos positivos	4	5.38	21.50	Rol emocional_2 > Rol emocional Pretest		
	Empates	16			Rol emocional_2 = Rol emocional Pretest		
	Total	24					
Rol emocional_3 - Rol emocional Pretest	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol emocional_3 < Rol emocional Pretest	-2.754	.006
	Rangos positivos	9	5.00	45.00	Rol emocional_3 > Rol emocional Pretest		
	Empates	22			Rol emocional_3 = Rol emocional Pretest		
	Total	31					
	Rangos negativos	1	4.00	4.00	Rol emocional_4 < Rol emocional Pretest	-2.453	

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	p
Rol emocional_4 - Rol emocional Pretest	Rangos positivos	9	5.67	51.00	Rol emocional_4 > Rol emocional Pretest		
	Empates	24			Rol emocional_4 = Rol emocional Pretest		.014
	Total	34					
Rol emocional_2 - Rol emocional_1	Rangos negativos	3	3.67	11.00	Rol emocional_2 < Rol emocional_1		
	Rangos positivos	3	3.33	10.00	Rol emocional_2 > Rol emocional_1		
	Empates	18			Rol emocional_2 = Rol emocional_1	-.106	.916
	Total	24					
Rol emocional_3 - Rol emocional_1	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol emocional_3 < Rol emocional_1		
	Rangos positivos	9	5.00	45.00	Rol emocional_3 > Rol emocional_1	-2.754	.006
	Empates	22			Rol emocional_3 = Rol emocional_1		
	Total	31					
Rol emocional_4 - Rol emocional_1	Rangos negativos	1	3.00	3.00	Rol emocional_4 < Rol emocional_1		
	Rangos positivos	8	5.25	42.00	Rol emocional_4 > Rol emocional_1		
	Empates	25			Rol emocional_4 = Rol emocional_1	-2.352	.019
	Total	34					
Rol emocional_3 - Rol emocional_2	Rangos negativos	0	.00	.00	Rol emocional_3 < Rol emocional_2		
	Rangos positivos	6	3.50	21.00	Rol emocional_3 > Rol emocional_2		
	Empates	17			Rol emocional_3 = Rol emocional_2	-2.220	.026
	Total	23					
Rol emocional_4 - Rol emocional_2	Rangos negativos	1	5.00	5.00	Rol emocional_4 < Rol emocional_2		
	Rangos positivos	6	3.83	23.00	Rol emocional_4 > Rol emocional_2		
	Empates	17			Rol emocional_4 = Rol emocional_2	-1.529	.126
	Total	24					
Rol emocional_4 - Rol emocional_3	Rangos negativos	2	1.50	3.00	Rol emocional_4 < Rol emocional_3		
	Rangos positivos	0	.00	.00	Rol emocional_4 > Rol emocional_3		
	Empates	29		33.00	Rol emocional_4 = Rol emocional_3	-1.342	.180
	Total	31		45.00			

2.2.7.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: *Rol emocional*. Establecemos la Hipótesis alternativa H_1 de la existencia de relación entre la VH y el *Rol emocional*, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en el dominio *Rol emocional*. Utilizaremos como hemos hecho anteriormente, el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 114 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de *Rol emocional*, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH el *Rol Emocional* es menor.

Realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), no correlaciona como era de esperar con la medida Pre Test de Rol emocional al obtener valores superiores a .05, pues el tratamiento no se había ejecutado; sin embargo, sí observamos correlaciones estadísticamente significativas con la primera medida ($p=.05$) y no significativas en las siguientes. Estos valores nos hacen presuponer que no existe una correlación entre VH y *Rol Emocional*, en términos generales.

Tabla 114
Correlación de Pearson. VH-Rol emocional

		Correlaciones				
		Rol emocional Pretest	Rol emocional_1	Rol emocional_2	Rol emocional_ 3	Rol emocional_ 4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	.209	-.182	-.047	.	-.026
	Sig. (bilateral)	.235	.302	.828	.	.886
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.045	-.423	-.190	.	-.317
	Sig. (bilateral)	.806	.014	.385	.	.072
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

2.2.8. Salud Mental

La *Salud Mental* (SM) hace referencia en el SF-36, a la percepción del estado de ánimo de las personas. Este dominio está constituido por 5 ítems que reflejamos en la tabla 115. Esta escala se puntúa de tal manera que un valor elevado indica una mejor percepción de la salud mental.

Tabla 115
Salud mental. Texto de los ítems e información sobre su puntuación

Texto de los ítems			
9b. Estuvo muy nervioso?			
9c. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?			
9d. Se sintió calmado y tranquilo?			
9f. Se sintió desanimado y triste?			
9h. Se sintió feliz?			
Valor pre codificados y final para los ítems 9b, 9c, 9d, 9f, y 9h			
Ítems 9b, 9c, y 9f	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Siempre	1	1
	Casi siempre	2	2
	Muchas veces	3	3
	Algunas veces	4	4
	Solo alguna vez	5	5
	Nunca	6	6

Ítems 9d y 9h	Opción de respuesta	Valor precodificado	Valor final
	Siempre	1	6
	Casi siempre	2	5
	Muchas veces	3	4
	Algunas veces	4	3
	Solo alguna vez	5	2
	Nunca	6	1

Fuente: Escala SF-36

2.2.8.1. Estadísticos descriptivos

Procedemos a realizar un análisis descriptivo del dominio *Salud Mental* para el grupo experimental, presentando en la tabla 116 los resultados obtenidos para cada una de las medidas tomadas.

Tabla 116
Estadísticos descriptivos Grupo experimental. Salud mental

		Salud mental_pretest	Salud mental_1	Salud mental_2	Salud mental_3	Salud mental_4
N	Válidos	34	34	24	31	34
	Perdidos	1	1	11	4	1
	Media	71.7647	75.4118	73.0833	91.7419	88.5000
	Mediana	76.0000	80.0000	78.0000	96.0000	92.0000
	Moda	68.00	80.00	72.00	100.00	96.00
	Desv. típ.	19.91354	17.70143	22.29236	11.16831	14.19400
	Varianza	396.549	313.340	496.949	124.731	201.470
	Rango	80.00	64.00	75.00	44.00	75.00
	Mínimo	20.00	32.00	25.00	56.00	25.00
	Máximo	100.00	96.00	100.00	100.00	100.00
	Percentiles					
	25	59.0000	67.0000	59.0000	84.0000	84.0000
	50	76.0000	80.0000	78.0000	96.0000	92.0000
	75	88.0000	89.0000	91.0000	100.0000	96.0000

Atendiendo a las puntuaciones obtenidas, observamos como el valor de la media asciende a lo largo de las distintas medidas; Observamos que entre el pre test (M=71.7647) y la última medida (M=88.500) el valor de la media va en aumento; produciéndose, como ocurre en los otros dominios analizados, que en la tercera medida la media alcanza su punto más alto (M=91.7419), lo que refleja que los sujetos tienen más *Salud Mental* y, por lo tanto, menos se encuentran mal psíquicamente. Se puede observar que la mediana oscila a lo largo de las medidas entre valores Mdn =76.000 en el pre test y Mdn = 96.0000 en la tercera medida, siendo las desviaciones típicas más bajas las correspondientes a las medidas últimas (s=11.16831 para la tercera y s=14.19400 para la cuarta) lo que nos indica una menor dispersión de puntuaciones en torno a éstas y más homogeneidad en las repuestas existiendo una mayor dispersión en el pre test. En cuanto a la moda, se puede observar que, en la tercera medida y cuarta, que

es donde más se concentran las puntuaciones y mejor estado tienen los sujetos, ($M_0=100.00$ y $M_0= 96.000$).

Así mismo, los rangos muestran un descenso progresivo, siendo la tercera medida donde es ($R_3=44$), mostrándonos una menor dispersión de las puntuaciones, concentrándose en torno a valores de *Salud Mental* altos. Teniendo en cuenta que la escala SF-36, señala que las puntuaciones van entre 0 y 100, siendo el 100% el mejor estado del dominio (mejor estado anímico) y 0% el peor (pésimo estado anímico), podemos decir que después del tratamiento se percibe un aumento en las puntuaciones respecto a este dominio.

Las tres primeras figuras 92 a la 96 muestran resultados similares respecto a su distribución. Podemos observar como en las primeras gráficas las puntuaciones de los sujetos son dispersas, con puntuaciones que se van concentrando en valores superiores a partir de la primera medida que refleja un valor mínimo de 20 que se va a superar en las siguientes. Si bien en la tercera medida las puntuaciones son altas con puntuaciones mínimas de 56 y máximas de 100 (14 sujetos alcanzan esta puntuación). En la última de ellas se refleja un ligero descenso de las puntuaciones, debido a que hay un sujeto que puntúa 25, pero el resto de sujetos sigue puntuando elevado, alcanzando un valor de 96. Esta diferencia puede estar debida a que la muestra de la última medida es mayor en comparación con la tercera, donde había una pérdida de 4 sujetos (en este tipo de muestras pequeñas el valor de N es sensible a variaciones de resultados).

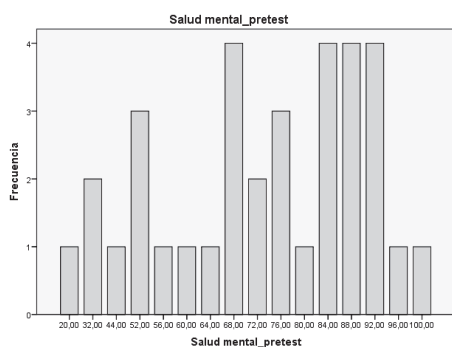


Figura 92: Experimental SM (pretest)

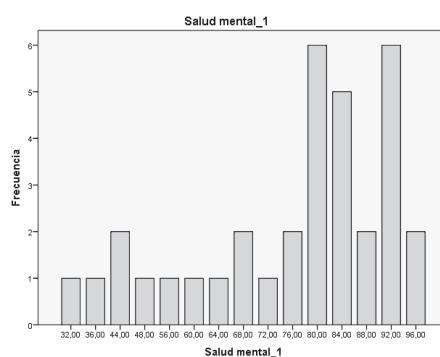


Figura 93: Experimental SM_1

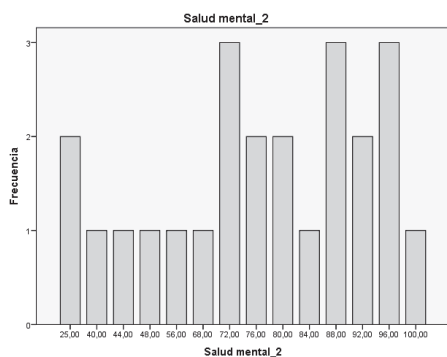


Figura 94: Experimental SM_2

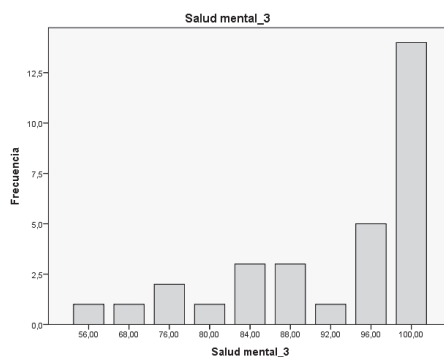


Figura 95: Experimental SM_3

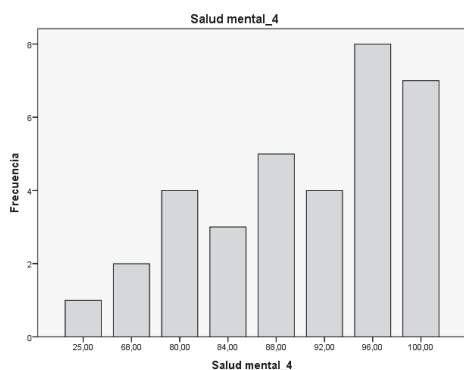


Figura 96: Experimental SM_4

2.2.8.2. Comprobación de los supuestos de normalidad.

En la tabla 117 reflejamos los valores referidos a la asimetría (g_1) y la curtosis (g_2). La primera de ellas es negativa en todas sus medidas indicándonos una distribución de las puntuaciones a valores inferiores a la media. Por lo que hace referencia a la curtosis (apuntamiento) ofrece valores negativos en la tercera medida indicándonos una distribución platicúrtica de las puntuaciones. No así pretest, primera, segunda y cuarta medida, que siendo positiva nos indica valores por encima de la media, o que es una distribución leptocúrtica.

Para comprobar el supuesto de normalidad previsto, estudiamos la distribución muestral mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), para un nivel de significación del 95%, donde solamente en el caso de la

tercera medida se incumplía el supuesto de anormalidad ($p=.029$). Por lo tanto, tal emplearemos estadística no paramétrica en análisis posteriores.

Tabla 117
Resultados del análisis de la normalidad. Salud Mental

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov-Smirnov ^a	
						Estadístico	p
Salud mental_pret est	34	71.7647	19.91354	-.898	.253	.830	.497
Salud mental_1	34	75.4118	17.70143	-1.082	.258	1.282	.075
Salud mental_2	24	73.0833	22.29236	-.954	-.037	.926	.358
Salud mental_3	31	91.7419	11.16831	-1.579	2.354	1.455	.029
Salud mental_4	34	88.5000	14.19400	-2.948	11.737	1.218	.103

Nota: la asimetría y curtosis corresponden al grupo experimental

2.2.8.3. Análisis inferencial.

Realizado el análisis descriptivo del dominio *Salud mental*, el análisis inferencial que utilizaremos será la T-Wilcoxon. Los resultados los presentamos en la tabla 118.

Los resultados nos muestran que los rangos positivos son mayores que los negativos desde el inicio de las comparaciones entre las diferentes medidas, lo que nos indica que hay una evolución positiva en la *Salud Mental* de aquellas personas que obtenían peores puntuaciones. De hecho, existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre test y la tercera medida ($p=.000$).

Encontramos rangos negativos entre el Pre Test y la segunda medida ($R= 13.17$, $p = .201$) donde 6 sujetos obtienen una puntuación menor en la segunda medida que en la previa; hemos de considerar como en casos anteriores la pérdida experimental en la segunda medida de 11 sujetos respecto a la muestra inicial que pueden estar sesgando los resultados de esta medida con las demás.

Sí encontramos diferencias estadísticamente significativas y con rangos de mayoría positiva en la comparación del Pre Test con las demás. Así, si bien en el pre test con la primera de las medidas teníamos 19 sujetos que habían mejorado (no siendo aún significativo, $p=.125$), al compararla con la tercera

indicándonos que casi todos los sujetos han mejorado son ya 26 los que han mejorado su puntuación, siendo significativa ($p = .000$).

No encontramos, como viene siendo habitual en los demás dominios diferencias entre la primera y segunda medida ($p = .196$), ni entre la tercera y cuarta ($p = .176$), indicándonos en este caso que el tratamiento a partir de la tercera medida ya no produce diferencias.

Podemos, así mismo verificar que existen diferencias significativas de las demás inferiores con las demás.

Estos datos nos permiten verificar una evolución positiva de los sujetos a lo largo del tiempo con una mejoría gradual a nivel muestral en el dominio *Salud mental*.

Tabla 118
Salud mental. Prueba T de Wilconxon. Grupo Experimental

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	P
Salud mental_1 - Salud mental_pretest	Rangos negativos	11	14.41	158.50	Salud mental_1 < Salud mental_pretest	-1.533	.125
	Rangos positivos	19	16.13	306.50	Salud mental_1 > Salud mental_pretest		
	Empates	4			Salud mental_1 = Salud mental_pretest		
	Total	34					
Salud mental_2 - Salud mental_pretest	Rangos negativos	6	13.17	79.00	Salud mental_1 < Salud mental_pretest	-1.278	.201
	Rangos positivos	15	10.13	152.00	Salud mental_2 > Salud mental_pretest		
	Empates	3			Salud mental_2 = Salud mental_pretest		
	Total	24					
Salud mental_3 - Salud mental_pretest	Rangos negativos	3	11.50	34.50	Salud mental_3 < Salud mental_pretest	-3.963	.000
	Rangos positivos	26	15.40	400.50	Salud mental_3 > Salud mental_pretest		
	Empates	2			Salud mental_3 = Salud mental_pretest		
	Total	31					
Salud mental_4 - Salud mental_pretest	Rangos negativos	5	10.30	51.50	Salud mental_4 < Salud mental_pretest	-4.215	.000
	Rangos positivos	29	18.74	543.50	Salud mental_4 > Salud mental_pretest		
	Empates	0			Salud mental_4 = Salud mental_pretest		
	Total	34					
Salud mental_2 - Salud mental_1	Rangos negativos	7	11.29	79.00	Salud mental_2 < Salud mental_1	-1.292	.196
	Rangos positivos	14	10.86	152.00	Salud mental_2 > Salud mental_1		
	Empates	3			Salud mental_2 = Salud mental_1		
	Total	24					
Salud mental_3 - Salud mental_1	Rangos negativos	4	9.88	39.50	Salud mental_3 < Salud mental_1	-3.982	.000
	Rangos positivos	26	16.37	425.50	Salud mental_3 > Salud mental_1		
	Empates	1			Salud mental_3 = Salud mental_1		
	Total	31					

		N	Rango promedio	Suma de rangos	Interpretación rangos	Z	P
Salud mental_4 - Salud mental_1	Rangos negativos	4	11.00	44.00	Salud mental_4 < Salud mental_1	-3.887	.000
	Rangos positivos	26	16.19	421.00	Salud mental_4 > Salud mental_1		
	Empates	4			Salud mental_4 = Salud mental_1		
	Total	34					
Salud mental_3 - Salud mental_2	Rangos negativos	3	4.00	12.00	Salud mental_3 < Salud mental_2	-3.733	.000
	Rangos positivos	19	12.68	241.00	Salud mental_3 > Salud mental_2		
	Empates	1			Salud mental_3 = Salud mental_2		
	Total	23					
Salud mental_4 - Salud mental_2	Rangos negativos	3	9.33	28.00	Salud mental_4 < Salud mental_2	-3.051	.002
	Rangos positivos	18	11.28	203.00	Salud mental_4 > Salud mental_2		
	Empates	3			Salud mental_4 = Salud mental_2		
	Total	24					
Salud mental_4 - Salud mental_3	Rangos negativos	18	13.61	245.00	Salud mental_4 < Salud mental_3	-1.352	.176
	Rangos positivos	9	14.78	133.00	Salud mental_4 > Salud mental_3		
	Empates	4			Salud mental_4 = Salud mental_3		
	Total	31					

2.2.8.4. Análisis de correlaciones.

En este apartado pretendemos comprobar en qué medida existe relación entre la VH y la dimensión de la calidad de Vida: *Salud mental*. Establecemos la Hipótesis alternativa H₁ de la existencia de relación entre la VH y la *Salud mental*, entendiendo que un mayor nivel de VH implicaría una menor puntuación en el dominio Salud mental. Utilizaremos como hemos hecho anteriormente, el coeficiente de correlación de Pearson.

En la tabla 119 recogemos los coeficientes de correlación resultantes del análisis. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Salud mental, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la *Salud Mental* es menor.

Realizado el tratamiento observamos que la medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), no correlaciona como era de esperar con la medida Pre Test, pues el tratamiento no se había ejecutado; sin embargo, si observamos correlaciones estadísticamente significativas con la primera y última medida. Estos valores, no concluyentes, nos permiten señalar que, a medida que hemos aplicado el tratamiento sobre VH, la *Salud Mental* de las personas ha mejorado en la medida que los sujetos disminuyen en su puntuación VH, en estos dos casos. Por el contrario, en la segunda y tercera medida tendríamos que aceptar

el H_0 , que nos indica que la *Salud Mental* no estaría relacionada con la VH y que, por lo tanto, la *Salud Mental* puede estar influida por otras variables no controladas en este estudio.

Tabla 119
Correlación de Pearson. VH-Salud mental

		Correlaciones				
		Salud mental pretest	Salud mental 1	Salud mental 2	Salud mental 3	Salud mental 4
Vejiga Hiperactiva (VH) Pretest	Correlación de Pearson	.004	-.168	-.069	-.033	-.176
	Sig. (bilateral)	.981	.343	.749	.860	.319
	N	34	34	24	31	34
Vejiga Hiperactiva (VH)_4	Correlación de Pearson	-.168	-.459	-.247	-.238	-.600
	Sig. (bilateral)	.349	.007	.255	.198	.000
	N	33	33	23	31	33

*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

3.3. Calidad de Vida y Vejiga Hiperactiva

Pretendemos a continuación realizar un análisis de correlación entre la VH y calidad de vida de manera global. Inicialmente para poder realizar esta correlación, hemos procedido a calcular un valor global de calidad de vida, resultante de la suma de todos los dominios analizados anteriormente. Resultando cinco medidas de calidad de vida: pre test, una puntuación de Calidad de Vida 1 fruto de la suma de todas las primeras medidas tomadas después del pre test y así sucesivamente, hasta las cuatro a lo largo del tratamiento.

El coeficiente de correlación ha sido el de Pearson. Los resultados globales que reflejamos en la tabla 120 nos muestran como la VH Pretest (es decir, con anterioridad al tratamiento) no se correlaciona con ninguna de las medidas de calidad de vida global, obteniendo valores de $p > .05$ en todos los casos; sin embargo, teniendo en cuenta la medida post test de la Vejiga Hiperactiva, obtenemos que no correlacionan con el Pre test de calidad de vida ($p = .133$), pero sí con todas las demás al obtener valores $p < .05$ en todos los casos. Hemos de observar también que en todos los casos la correlación es negativa, lo que nos indica que a menor VH, mejores puntuaciones de calidad de vida, en términos globales, tienen los sujetos.

Tabla 120
Correlación de Pearson. VH-Calidad de Vida Global

		CV Pretest	CV_1	CV_2	Cv_3	CV_4
Vejiga	Correlación de Pearson	.003	-.218	.033	-.241	-.064
Hiperactiva (VH) Pretest	Sig. (bilateral)	.988	.209	.875	.191	.719
	N	35	35	25	31	34
Vejiga	Correlación de Pearson	-.267	-.578**	-.442*	-.522**	-.484**
Hiperactiva (VH)_4	Sig. (bilateral)	.133	.000	.035	.003	.004
	N	33	33	23	31	33

3.3.1. Síntesis de los resultados: Calidad de Vida

Reflejamos en la tabla 121 una síntesis de los principales resultados alcanzados respecto a las variables tratadas en relación a la Calidad de vida en sus dominios y su relación con la Vejiga Hiperactiva:

- Función Física
- Rol Físico
- Dolor Corporal
- Salud General
- Vitalidad
- Función Social
- Rol emocional
- Salud Mental

Así mismo, los resultados del análisis de la Calidad de Vida como medida global, en relación a la Vejiga Hiperactiva.

Esta tabla recoge los datos referidos a las variables estudiadas, a la escala de medida, las pruebas estadísticas de contraste utilizadas y los principales resultados obtenidos de acuerdo a las hipótesis planteadas.

Tabla 121
Síntesis de los resultados del análisis de Calidad de Vida.

VI	Tipo	VD Tipo	Prueba	Diferencias Estadísticamente Significativas
Función Física (FF) la capacidad de las personas de desarrollar las actividades de la vida diaria	intervalo	VH Intervalo	Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson	<p>Se acepta la hipótesis de normalidad para la medida pre-test y segunda medida, no así para las demás; por lo que se aconseja el uso de estadística no paramétrica en el análisis de contraste.</p> <p>No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas, indicando que el tratamiento hace efecto a partir de la tercera medida.</p> <p>Existen diferencias significativas a partir de la segunda de las medidas con las siguientes.</p> <p>No se encuentran diferencias significativas entre la tercera y cuarta, indicando que a partir de la tercera medida ya se han conseguido los objetivos relativos a la mejora de la Función Física.</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y las medidas de Función Física. • Si existe correlación significativa entre la medida post de VH y las medidas de Función Física, siendo esta correlación negativa, indicando que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Función Física.
Rol Físico (RF) Capacidad de las personas a enfrentarse con el trabajo o las actividades diarias debido a la salud física	Intervalo	VH Intervalo	Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson	<p>No se acepta el supuesto de normalidad para ninguna de las medidas aconsejando el uso de estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>No existen diferencias significativas entre la medida <i>pre test</i> y la primera y segunda de las medidas de Rol Físico, indicando que el tratamiento hace efecto a partir de la tercera medida.</p> <p>Existen diferencias significativas a partir de la primera medida de dolor Corporal en relación a las posteriores</p> <p>No se encuentran diferencias significativas entre la tercera y cuarta, indicando que a partir de la tercera medida ya se han conseguido los objetivos relativos a la mejora de Rol Físico.</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Rol Físico • Si existe correlación significativa entre la medida post de VH y la tercera medida de Rol Físico, siendo esta correlación negativa, indicando que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Rol Físico.
Dolor Corporal (DC) Percepción de las personas respecto al dolor y cómo éste influye en su rutina diaria.	Intervalo	VH Intervalo	Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson	<p>Se acepta el supuesto de normalidad para la tercera medida, si para la primera, segunda y tercera, aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p> <p>No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Dolor corporal.</p> <p>Existen diferencias significativas a partir de la primera medida con las siguientes.</p> <p>No se encuentran diferencias significativas entre la tercera y cuarta, indicando que a partir de la tercera medida ya se han conseguido los objetivos relativos a la mejora de Dolor Corporal</p> <p>La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Dolor corporal. • No existe correlación significativa entre la medida post de VH el dolor corporal (exceptuando con la primera medida que es significativa), aun siendo las correlaciones negativas que podrían estar

indicando que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Dolor Corporal, pero no podemos afirmar que ambas variables VH y Dolor Corporal estén asociados. Hemos de considerar el tipo de sujetos con los que estamos trabajando y que el Dolor Corporal puede estar asociado a otro tipo de variables.

<p>Salud General (SG) Percepción de las personas respecto a su salud</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Student para muestras relacionadas Correlación r de Pearson</p>	<p>Se acepta el supuesto de normalidad para todas las medidas aconsejando la estadística paramétrica en el contraste de hipótesis (t Student). No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Salud General ni entre la primera y segunda de las medidas lo que indica que +el tratamiento hace efecto a partir de la tercera medida. Existen diferencias significativas a partir de primera medida con la tercera y cuarta y de la segunda con las siguientes. No se encuentran diferencias significativas entre la tercera y cuarta, indicando que a partir de la tercera medida ya se han conseguido los objetivos relativos a la mejora de Salud General La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Salud General • Existe correlación significativa entre la medida post de VH y las medidas de Salud General (exceptuando la correlación con la segunda medida, que no es significativa); siendo las correlaciones negativas lo que indica que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Salud General.
---	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--

<p>Vitalidad (V) Percepción de las personas respecto a su capacidad vital o sentimiento de agotamiento o cansancio</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson</p>	<p>Se acepta el supuesto de normalidad todas las medidas excepto para la tercera aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis. No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Vitalidad, ni entre estas dos últimas entre sí. Existen diferencias significativas a partir de la medida pre test y primera medida con la tercera y siguientes. Si se encuentra, en contraposición con dominios anteriores, diferencias significativas entre la tercera y cuarta. La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Vitalidad. La medida post test de Vejiga Hiperactiva /VH_4), no correlaciona significativamente con la medida Pre Test, pues el tratamiento no se había ejecutado. • Si existe correlación significativa entre la medida post de VH con Vitalidad (exceptuando con la segunda medida que no es significativa posiblemente debido a la mortandad experimental en esta medida –se pasa de un N=33 a N=24-), siendo las correlaciones negativas que indican indicando que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Vitalidad.
---	-----------------------------------	-----------------------------------	--	---

<p>Función Social (FS) Se analiza cómo los problemas emocionales</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Intervalo</p> <p>VH</p>	<p>Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon</p>	<p>Se acepta el supuesto de normalidad todas las medidas la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis.</p>
---	-----------------------------------	-----------------------------------	---	--

<p>difficultan las actividades sociales</p>	<p>Correlación r de Pearson</p>	<p>No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Función Social, ni entre estas dos últimas entre sí. Lo que nos indica que son necesarias varias sesiones de trabajo para alcanzar resultados positivos. Existen diferencias significativas a partir de la medida pre test con la tercera medida y primera con la tercera y siguientes. No existen diferencias significativas entre la tercera y cuarta. La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de función Social • No existe correlación significativa entre la medida post de VH con Función Social (exceptuando la primera medida que puede ser resultados de influencias de variables ocasionales, sin controlar). Aun no siendo significativas la tendencia de las correlaciones es negativa igualmente por lo que sigue indicando que a menor puntuación de VH obtenemos una mayor calidad de vida en relación al dominio Función Social.
<p>Rol Emocional (RE) Se analiza cómo interfieren los problemas emocionales en la vida de las personas</p>	<p>Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson</p>	<p>Se acepta el supuesto de normalidad todas las medidas aconsejando la estadística no paramétrica en el contraste de hipótesis. No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Rol emocional, ni entre estas dos últimas entre sí. Existen diferencias significativas a partir de la medida pre test y primera con la tercera y siguientes. Existen diferencias significativas primera y tercera, primera y cuarta, segunda y cuarta media. No existen diferencias significativas entre la tercera y cuarta medida, indicando que a partir de la tercera medida el tratamiento satura las puntuaciones máximas. La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Rol Emocional • La medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), no correlaciona significativamente con el Rol emocional (solamente con la primera de las medidas). Hemos de considerar que el Rol emocional mide los problemas emocionales, con lo que la VH no parece tener relación con este dominio.
<p>Salud Mental (SM) Estado de ánimo de las personas</p>	<p>Kolmogorov-Smirnov (K-S) T de Wilcoxon Correlación r de Pearson</p>	<p>Se acepta el supuesto de normalidad en dos de las medidas, aconsejando el contraste de hipótesis. No existen diferencias significativas entre la medida pre test y la primera y segunda de las medidas de Salud Mental, ni entre estas dos últimas entre sí. Existen diferencias significativas a partir de la medida pre test y primera con la tercera y siguientes. Existen diferencias significativas primera y tercera, primera y cuarta, segunda y tercera media. No existen diferencias significativas entre la tercera y cuarta medida, indicando que a partir de la tercera medida el tratamiento satura las puntuaciones máximas. La correlación nos permite comprobar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la medida de Salud Mental • La medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), no correlaciona significativamente con la Salud Mental (solamente con la primera de las medidas). Hemos de considerar que el Rol emocional mide el estado de ánimo, con lo que la VH no parece tener relación con este dominio, si bien, aun no

siendo significativas las correlaciones obtenidas, son negativas, lo que indica que a menor VH obtenemos mayores puntuaciones de salud mental.

Calidad de Vida	Intervalo	VH	Intervalo	Correlación r de Pearson	No existe correlación significativa entre la medida pre test de VH y la calidad de Vida en ninguno de los momentos en que ésta se ha medido. Se observan diferencias significativas entre la Vejiga Hiperactiva post tratamiento (VH-4) y la calidad de vida, siendo todas ellas negativas, indicando que a menor VH la calidad de vida aumenta a nivel global
------------------------	-----------	-----------	-----------	--------------------------	---

Nota: Siglas VD: Variable dependiente, VI: Variable independiente, FF: Función Física, RF (Rol Físico), DC: Dolor corporal, SG: Salud General, V: Vitalidad, FS: Función Social,

Capítulo 7.

Discusión de resultados



Capítulo 7. Discusión de resultados

Los capítulos precedentes se han centrado en desarrollar la investigación “Intervención conductual en la vejiga hiperactiva y su impacto en la calidad de vida”. Este último apartado tiene como finalidad realizar, en primer lugar, una síntesis de los resultados principales obtenidos en el estudio y contrastarlos con otras evidencias empíricas obtenidas en trabajos precedentes sobre la misma temática; en segundo lugar, se pretende alcanzar alguna conclusión general que ayude a realizar una reflexión sobre los resultados obtenidos, plantear las principales potencialidades y limitaciones del estudio, así como las posibles futuras líneas de investigación que pueden abrirse a raíz de éste.

El marco teórico de este trabajo desglosa este título bajo cuatro capítulos en los que se aborda la tercera edad, los trastornos de la tercera edad, la vejiga hiperactiva y la calidad de vida. Una introducción y un resumen de cada capítulo ha sido incluido al principio y al final de cada uno a modo de resumen.

A lo largo del marco empírico se ha observado que nuestro propósito general es analizar en qué medida un tratamiento orientado puede mejorar la Vejiga Hiperactiva y, por tanto, la calidad de vida de las personas mayores, concretamente mujeres; paralelamente se aborda esta temática incrementando la funcionalidad con una formación específica aplicable a la vejiga hiperactiva tratando de reforzar la mejora de la calidad de vida de las mujeres aquejadas de dicha patología y analizando cómo otras variables pueden afectarla; por último, se pretende que, tras diferentes sesiones de intervención las mujeres que participan en el estudio se recuperen en gran parte de su problema o, en su defecto, mejoren los síntomas que presentan, obteniéndose, de esta manera, una mejora en sus respectivas esferas biopsicosociales.

Como se ha podido ver a lo largo de la investigación, la vejiga hiperactiva afecta a diferentes áreas de la calidad de vida de las mujeres, como son la ansiedad, la depresión, el sueño y las relaciones sexuales, por lo que es importante abarcar dichas áreas en el estudio.

Discusión de resultados sobre la vejiga hiperactiva y el tratamiento cognitivo conductual

Los dos primeros objetivos que se han establecido en esta investigación han sido Diseñar y aplicar un tratamiento cognitivo conductual para tratar la vejiga hiperactiva en mujeres que la padecen y evaluar la efectividad del tratamiento cognitivo-conductual en las mujeres que padecen VH.

En investigaciones previas que se han realizado acerca del tratamiento en la VH, hemos encontrado que, en su mayoría, pertenecen a estudios en los que se lleva a cabo un tratamiento farmacológico, como los de Rebassa et al (2007), Herschorn et al. (2009), Pérez y Reyes (2010), Zacche et al (2014) y Dmochowski et al (2014). Así, Rebassa et al. (2007), realizaron una investigación en la que 8 mujeres de edades comprendidas entre 36 y 78 años con VH refractaria fueron tratadas mediante la inyección vía citoscópica de la toxina botulínica en el detrusor, obteniendo como resultado una mejoría clínica. El estudio de Herschorn et al. (2010) consistió en comparar la eficacia y tolerancia de la fesoterodina 8 mg. con la tolterodina de liberación prolongada 4 mg. y placebo en un ensayo clínico aleatorizado de pacientes con vejiga hiperactiva. Por su parte, Pérez y Reyes (2010) realizaron un estudio descriptivo en el que se incluyó a 15 mujeres entre 29 y 76 años con VH refractaria a tratamiento farmacológico y a las que se aplicó vía citoscópica de 100UI de toxina botulínica tipo A en el detrusor obteniendo como resultado una mejoría clínica en todas las mujeres. Zacche et al (2014), hacen una descripción de medicamentos utilizados en la VH. Por último, Dmochowski et al. (2014), asignó al azar a 138 pacientes con VH a someterse a tratamiento con tolterodina/pilocarpina, tolterodina o placebo obteniendo como resultado que la medicación farmacológica produjo mejoras en esas personas.

Como vemos la VH ha sido tratada positivamente con fármacos; sin embargo, consideramos que también puede ser tratada de otra manera menos agresiva. En nuestro caso, los trabajos que más nos interesan son aquellos en los que no se han utilizado fármacos ni otras técnicas invasivas, es decir, aquellos en los que se realiza un tratamiento de manera conductual, en el marco de la Psicología de la Salud. Desde esta perspectiva, son pocas fuentes de información que han estudiado la vejiga hiperactiva. Concretamente, hemos encontrado algún estudio que abarca la problemática desde la fisioterapia, como por ejemplo el de Bergmans (2006) que presentó una revisión acerca del papel del fisioterapeuta pélvico, demostrando que la realización de ejercicios de musculatura pélvica favorece el tratamiento de este tipo de patologías. Burgio (2007) realiza una revisión acerca de las intervenciones conductuales (aquellos que van dirigidos a evitar hábitos y estilos de vida, así como aquellos que entrenan la musculatura del suelo pélvico para mejorar su fuerza y control), en donde enseñando nuevas técnicas y habilidades se mejoran patologías como la VH. Siegel (2014) hace una revisión acerca de los ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico y cómo ayudan a tratar patologías como la VH entre otras; y, Stewart (2009) que discute las causas, implicaciones, evaluación y tratamientos conservadores disponibles para mujeres mayores de 65 años de edad que presentan VH.

Siguiendo la línea de estos autores, en nuestro estudio planteamos un tratamiento cognitivo-conductual compuesto por ejercicios de suelo pélvico para fortalecer la musculatura de esa zona, así como la asociación de técnicas conductuales que ayudarán a la modificación de hábitos urinarios, y a mejorar aspectos de la calidad de vida mejorando la VH.

Para la consecución de estos objetivos se han utilizado dos grupos de muestra (un grupo experimental y un grupo control) para así poder observar la influencia del tratamiento en el grupo experimental a lo largo del tiempo, comparándolo con el grupo control, y teniendo en cuenta las cinco medidas aplicadas a cada sujeto del grupo experimental: el pre test como medida previa aplicada en ambos grupos, experimental y control, anterior al tratamiento, y las cuatro medidas de seguimiento aplicadas en el grupo experimental.

Para realizar este análisis utilizamos la prueba T de Wilcoxon. El resultado de contraste entre el grupo experimental y grupo control respecto al Pre-test, indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95% ($p > .05$) entre ellos, lo cual demuestra la homogeneidad muestral respecto a la variable Vejiga Hiperactiva ($U = 320.000$, $p = .420 > .05$), con rangos similares $R = 29.86$ y $R = 26.24$). Sin embargo, estas diferencias si se dan entre las puntuaciones pos-test ($U = 36.500$, $p = .000 < .05$), obteniendo valores más bajos en el grupo experimental ($R = 18.57$), lo que nos confirma la hipótesis de partida de que el tratamiento ha surtido el efecto deseado. Esto implica que el paquete de intervención realizado (técnicas conductuales, ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico, etc.) fue efectivo, es decir, las mujeres que fueron sometidas a él (grupo experimental), tuvieron un efecto positivo en la VH, por lo que ésta disminuyó, lo que conlleva una mejoría en el resto de los aspectos de sus vidas, sobre todo la calidad de vida.

Discusión de resultados sobre la vejiga hiperactiva y la edad y el peso

El tercer objetivo específico que planteamos fue Comprobar si existe relación entre la VH y variables propias del desarrollo de las personas como la edad y el peso.

Estudios acerca de la relación de la *edad* con la VH como los de Palma et al. (2013) y Martínez-Agulló et al. (2010), llegaron a la conclusión de las mujeres mayores presentan más síntomas de VH en comparación con las jóvenes. Castro et al. (2005), también mostraban datos acerca de estas afirmaciones donde el 9,8% de las mujeres menores de 60 años tenían síntomas de vejiga hiperactiva, frente a valores superiores de las mujeres de más de 60, correspondiendo el 10,9%. Nuestro estudio se centra en mujeres mayores, que están por encima de los 60 años dada la especificidad de la muestra utilizada que, recordemos, son estudiantes de la Universidad Senior de la UDC. En nuestro estudio, hemos dividido la muestra en dos grupos (<65 años y >65 años), encontrando los siguientes resultados, una vez utilizada la prueba estadística U de Mann-Whitney para muestras independientes:

- El resultado de contraste entre el grupo ≤ 65 años y > 65 años respecto al Pre-test, indica la ausencia de diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95% ($p > .05$), lo cual demuestra la homogeneidad muestral respecto a la variable Vejiga Hiperactiva en relación a la edad ($U = 120.000$, $p = .682 > .05$), con rangos similares $R = 18.48$ y $R = 16.954$). Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones post-test ($U = 83.000$, $p = .101 > .05$), obteniendo valores de $R = 15.61$ y $R = 21.45$.

En nuestro estudio hemos comprobado que para estos dos grupos de edad ésta no es una variable que influya en la VH. Esto puede ser debido, como decíamos anteriormente, a las características de nuestra muestra y al hecho de que los grupos de edad con los que contamos están en una franja de edad muy similar y no permiten realizar estudios comparados con mujeres más jóvenes, siendo esto una limitación de la propia investigación.

Por lo que hace referencia al peso, lo hemos medido a través del índice de masa corporal (IMC). Estudios como los realizados por Noblett, Jensen y Ostergard (1997) comprobaron la relación entre el peso y la VH; en este estudio se concluyó que, de 136 pacientes estudiados con un nivel alto de masa muscular el 13,2% padecía inestabilidad del detrusor. Han, Lee y Park (2006) demostraron que tener una gran circunferencia abdominal era un factor de riesgo asociado a padecer incontinencia de estrés en mujeres. Ya más recientemente, el estudio de Pérez et al. (2013) acerca de la relación del peso con la VH en una muestra de 327 pacientes, de las cuales 158 tenían síntomas de VH, concluye que casi la mitad de las mujeres con obesidad mórbida padecía síntomas urinarios de VH.

Siguiendo la línea de investigaciones anteriores, en nuestro estudio hemos trabajado el peso a través de la variable Índice de masa muscular (IMC); ya que se utiliza para clasificar el estado ponderal de la persona, y se calcula a partir de la fórmula: peso (kg)/ talla (m²). De acuerdo con la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) (2000), Arroyo Izaga et al. (2006) y Moreno (2012), la clasificación del IMC que hemos utilizado ha sido la siguiente:

- <18.5: peso insuficiente
- 18.5-24.9: normopeso
- 25-26.9: sobrepeso grado I
- 27-29.9: sobrepeso grado II o preobesidad
- 30-34.9: obesidad tipo I
- 35-39.9: obesidad tipo II
- 40-49.9: obesidad tipo III o mórbida
- >50: obesidad tipo IV o extrema

A la hora de realizar los análisis de nuestro estudio, la clasificación anterior la hemos simplificado en cuatro categorías: 1 peso insuficiente; 2 normopeso; 3 sobrepeso grado I y II; 4 obesidad tipo I, II, III y IV. La prueba estadística para el análisis de los datos que utilizamos fue la prueba H de Kruskal-Wallis para contrastar la relación entre el IMC y la puntuación de la VH:

- Antes de realizar la intervención, podemos apoyar los resultados obtenidos en otras investigaciones, mencionadas en párrafos anteriores como las de Noblett, Jensen y Ostergard (1997), Han, Lee y Park (2006) y Pérez et al., (2013), dado que comprobamos que existen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de IMC en medidas pre test $p=.032<.05$ frente a las medidas post test ($p=.450$).
- Con el fin de analizar si estas diferencias son estadísticamente significativas se opta por realizar un análisis para a par (dos muestras) con la prueba U de Mann-Whitney, igualmente para pruebas independientes. Los resultados muestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de normopeso con sobrepeso, siguiendo la misma línea de resultados de investigaciones previas como las mencionadas en el párrafo anterior.
- Por el contrario, tras aplicar la intervención cognitivo conductual no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos en VH atendiendo al IMC. Esto se podría atribuir a que, si bien el IMC puede relacionarse en un principio con la VH, si aplicamos un paquete de tratamiento como el presentado en nuestro estudio, el IMC y la VH dejarían de estar relacionados, puesto que factores como realizar los ejercicios de Kegel se fortalecerían los músculos, junto a la educación

vesical y las medidas higiénico-dietéticas que ayudan a que el problema disminuya o desaparezca, y no tanto, por lo que a la importancia del IMC se refiere, si bien es cierto que estos resultados se podrían considerar pioneros en este ámbito, de acuerdo a la muestra que tenemos, dado que no se han encontrado investigaciones similares en esta misma línea, sino que siempre se han centrado en la relación VH y Obesidad.

Discusión de resultados de la vejiga hiperactiva y la ansiedad y depresión.

El cuarto y quinto objetivo específico que planteamos fue Analizar si existe relación entre la VH y la depresión y la ansiedad y, comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en el nivel de ansiedad y en los síntomas de depresión de las mujeres con VH.

Vamos a dividir en dos secciones la discusión de estos resultados, dado que son análisis diferentes los de la ansiedad de los de la depresión. En primer lugar, desarrollaremos la relación de la VH con la ansiedad; y, en segundo lugar, la relación entre la VH y la depresión.

- Respecto a la relación entre VH y ansiedad, en investigaciones previas en las cuales se investigó la relación existente entre los niveles de ansiedad y su relación con padecer VH, se muestran resultados positivos, es decir, las personas que padecían VH, presentaban niveles de ansiedad en diferentes grados (leve, moderado o fuerte). Como defensores de dichas conclusiones cabe citar los estudios de Díez-Rábago, 2004, Teixeira Alves et al. (2014) y Sang Yoo, Soo Kim, Yoon Kim, Oh y Chul Kim (2011).
 - En nuestro estudio, la muestra se trata de un grupo que no tiene, en términos generales, ansiedad previa al estudio, dado que la puntuación media obtenida al medir esta variable ($M = 7.8857$) es inferior a 8, considerándose un valor normal, y la Moda $M_0 = 4$ en el pretest y $M_0 = .00$ en la última medida tomada. Esta media a lo largo del estudio va descendiendo progresivamente alcanzando un valor mínimo en la última medición de la ansiedad de $M = 2.5429$. Ahora bien, hay que precisar que, a pesar de estos datos, sí encontramos algunos casos clínicos (es decir, que superan la puntuación de 11),

dado que los rangos obtenidos oscilan entre las puntuaciones de $R = 13$ y $R = 15$. Siguiendo la línea de investigaciones anteriores para saber si hay una relación entre la VH y la ansiedad, se utiliza la correlación de Pearson:

- Los resultados indican que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre-test de VH con el grupo experimental y control, lo cual es de esperar dado que no se ha aplicado ningún tratamiento. Las diferencias las encontramos entre las medidas de VH_4 pos test y Ansiedad_4 del grupo experimental ($p = .005$), no así con el grupo control ($p = .162$). A la vista de estos resultados, el tratamiento o intervención parece indicar que ha propiciado efectos positivos en la ansiedad de los participantes del grupo experimental.
- La VH y la ansiedad se relacionan entre sí, demostrado por la medida VH_4 pos test y ansiedad_4 del grupo experimental con una significatividad de $p = .005$; estando de acuerdo estos hallazgos con investigaciones previas. Los resultados obtenidos muestran como a medida que se aplicaba el tratamiento cognitivo-conductual, las puntuaciones de VH disminuían, produciendo una mejoría en las mujeres con dicha patología. Al mismo tiempo que disminuyen estas puntuaciones, lo hacen también las de niveles de ansiedad; por lo que, al mejorar la VH también lo hace la ansiedad.

- VH y depresión

Investigaciones como las llevadas a cabo por Kinsey, Pretorius, Glover y Alexander (2014), Sacco et al. (2010) y Teixeira et al. (2014), confirman que síntomas como los que se dan en la VH o incluso en la incontinencia urinaria (a veces presente en las mujeres que padecen vejiga hiperactiva), provocan diferentes niveles de depresión.

Del mismo modo que ocurría con la ansiedad, en nuestro estudio, se trata de un grupo de sujetos que no tiene, en términos generales, depresión previa, dado

que la media ($M = 4.8857$) es inferior a 8, considerándose valores normales, y la Moda $M_0 = 1.000$ en las medidas pre test y $M_0 = .00$ en las dos últimas medidas tomadas. Sin embargo, sí encontramos, al igual que ocurría con la ansiedad, algunos casos considerados por la puntuación obtenida “clínicos” (es decir que superar la puntuación de 11), tal como podemos ver en los valores máximos alcanzados (de 14 y 12 puntos) y con rangos que oscilan entre estas puntuaciones también ($R = 13$ y $R = 15$). Similar a lo que sucedía con la ansiedad, y que, utilizando la correlación de Pearson, los resultados son los siguientes:

- No existen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas pre test de VH con el grupo experimental y control al obtener valores $p > .05$, lo cual es de esperar dado que no se ha aplicado ningún tratamiento.
- Sí encontramos diferencias estadísticamente significativas entre las medidas de VH_4 pos test y Depresión_4 del grupo experimental ($p = .001 < .05$), no así con el grupo control ($p = .997$).
- El resultado alcanzado tras el tratamiento parece indicar que la intervención ha propiciado efectos positivos en la Depresión de los participantes en el grupo experimental. Una vez que se realiza el tratamiento, los niveles de depresión mejoran; es decir, a medida que disminuye la VH, también lo hace la depresión.

Discusión de la vejiga hiperactiva y la función sexual femenina

El sexto y séptmo objetivo específico están relacionados con la función sexual femenina: comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se ven afectadas por esta patología y, comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en las relaciones sexuales que mantienen las mujeres con VH/ Comprobar si las relaciones sexuales de las mujeres con VH se modifican/mejoran tras la aplicación del tratamiento cognitivo-conductual diseñado.

La función sexual de las mujeres es un factor importante y que esta esfera se encuentre afectada en sus vidas supone, en su gran mayoría, un gran problema. Si a esta situación le añadimos el hecho de padecer VH, esta cuestión se

multiplica, dado que, en muchas ocasiones, las mujeres dejan de tener relaciones sexuales por miedo a tener pérdidas durante el coito. Investigaciones como la de Akyuz et al (2014), confirman este presupuesto. Otros estudios como los de Patel et al. (2006), concluyen que las mujeres con VH no mantienen relaciones sexuales, o como los de Ahmet, Madny y Sayed (2014), Chen et al. (2013) y Proietti et al. (2012) que defienden que aquellas mujeres que padecen VH disminuyen las relaciones sexuales, e incluso en ocasiones dejan de tenerlas.

Comparando los estudios mencionados en el párrafo anterior con nuestra investigación, no podemos afirmar que exista una relación entre mantener o no relaciones sexuales con padecer VH. Esto puede ser debido a las características de la muestra; dado que estas las mujeres participantes en nuestro estudio o dicen que no mantienen relaciones sexuales por no tener pareja (en su mayoría son viudas) y en otras ocasiones, no contestan a esta cuestión por ser un tema demasiado íntimo. A pesar de esto, se realiza un análisis de los datos que se obtienen y se calcula la correlación de Pearson, obteniendo los siguientes resultados:

- No hay diferencias significativas entre la VH y la Función Sexual Femenina al obtener valor $p > .05$ en todas las medidas analizadas, desde la medida pre test hasta todas las posteriores.

Discusión sobre la vejiga hiperactiva y el sueño

El octavo objetivo específico es comprobar si la presencia de problemas del sueño se asocia con los problemas que provoca la vejiga hiperactiva/Analizar si existe relación entre los problemas de sueño y padecer VH; dado que el tener que levantarse a orinar de noche en numerosas ocasiones interfiere en el descanso y, por lo tanto, en la vida diaria pues el rendimiento durante el día no será el mismo.

El noveno se orienta a comprobar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios/mejoras/reducción de en los problemas de sueño de las mujeres con VH.

A lo largo del tiempo se han llevado a cabo diferentes estudios acerca del sueño; Hernández, Estivill y Cantalapiedra (2010), realizaron un estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal a un total de 249 pacientes de 60 o más años con síntomas del tracto urinario inferior/HBP para evaluar la calidad de sueño de pacientes con y sin nocturia a través de los cuestionarios específicos *Medical Outcomes Study Sleep Scale* y el *Cuestionario de Oviedo del Sueño*, donde observaron que los pacientes con nocturia presentaban más problemas de sueño que aquellos que no la presentaban (más alteraciones del sueño, menos adecuación del sueño, mayor somnolencia diurna, mayor preocupación por su funcionamiento laboral, etc.); Velázquez, Muñoz, Sánchez, Zenner y Velázquez (2012) realizaron un estudio para evaluar la calidad del sueño en pacientes con dolor crónico no maligno tratado con potentes opioides donde utilizaron como herramienta el HAD y el Cuestionario de Oviedo del Sueño, y cuyos resultados muestran que en función del opioide consumido hay diferencias significativas en el sueño; Martínez Guerrero, Correa Rodríguez y Gutiérrez Romero (2014), realizaron una investigación para determinar la prevalencia y la gravedad del insomnio en 101 sujetos mayores de 65 años, para conocer el nivel de satisfacción subjetiva de éstas con respecto al sueño y la prevalencia del empleo de algún tipo de ayuda para dormir a través de un estudio transversal donde se utilizó el Cuestionario de Oviedo del Sueño, cuyos resultados fueron que el 34,7% de la población de estudio presentó insomnio presentándose la media de la escala de gravedad en el 27.74, el 27.75% de la muestra percibió su sueño como insatisfactorio y el 49% presentaba ayuda para dormir.

A pesar de estudios como los mostrados anteriormente, aquellos que nos interesan son los que se encuentran relacionados con la VH. A la hora de poder comparar nuestra investigación con otras de la misma temática, nos encontramos con el problema de que el sueño en relación con padecer VH se encuentra poco estudiado, si bien cabe citar una investigación realizada por España-Pons et al. (2010), en el que se realizó un estudio epidemiológico de 1454 pacientes con diagnóstico de VH y se relacionó con la nocturia (necesidad de orinar durante la noche más de dos veces), cuyo resultado fue que el 84.6% de muestra presentó este problema.

En nuestra investigación hemos visto que la relación entre problemas de sueño y VH también se da. Sin embargo, nuestro estudio abarca esta relación desde un nuevo punto de vista, al estudiar dicha relación del sueño con la VH desde varias perspectivas, teniendo en cuenta la clasificación de la escala Oviedo del Sueño que identifica: Insomnio, hiperinsomnio y satisfacción subjetiva del sueño. Así, se ha analizado el nexo entre VH e insomnio, VH e hipersomnio y, por último, la VH y la satisfacción subjetiva del sueño. Nuestros resultados relacionan altos niveles de VH con estas tres alteraciones del sueño. A saber:

- Respecto a la VH y el insomnio:
 - Se ha realizado un análisis de correlación bivariada para ver la relación existente previamente citada. Los coeficientes de correlación indican que no existe correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de Insomnio al obtener valor $p > .05$ en todos los casos. Sin embargo, esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la última de las medidas de Insomnio (insomnio_4).

Por lo tanto, a raíz de lo expuesto anteriormente, comprobamos que a mayor puntuación de VH tenemos un mayor nivel de insomnio. Así, se puede afirmar que, en nuestro caso, la VH y el insomnio se encuentran relacionados.

- Por lo que se refiere a la VH y el hipersomnio:

Para ver dicha relación, se realiza un análisis de correlación bivariada de Pearson. Los coeficientes de correlación indican la no existencia de correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de Hiperinsomnio al obtener valor $p > .05$ en todos los casos (como ya sucedía en el insomnio). Sin embargo, esta relación si es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera medida de Hiperinsomnio ($p = .015$) y última Hiperinsomnio_4 ($p = .006$).

Estos resultados indican que existe una relación entre padecer VH y padecer hipersomnio; dado que, a mayor puntuación de VH el hipersomnio es mayor.

- Respecto a la VH y la Satisfacción subjetiva del sueño:

Para analizar esta última relación realizamos un análisis de correlación de Pearson. Los coeficientes de correlación indican la no existencia de

correlación entre las medidas VH_pre test y las demás medidas de SSS al obtener valor $p > .05$ en todos los casos, como viene sucediendo en las dos variables del sueño anteriores. Esta relación sí es significativa en el caso de la VH pos test (VH_4) con la primera medida SSS_1 ($p = .002$) y última (SSS_4, $p = .003$) y en ambos casos negativa.

Estos resultados indican que a una mayor puntuación de VH la satisfacción Subjetiva del Sueño es menor, por lo que se vuelve a constatar una relación entre la VH y la satisfacción subjetiva del sueño.

Como se ha visto a lo largo de este apartado, los problemas del sueño son variados, y se relacionan con la VH. Entendemos que una mejoría en la VH produciría una mejor calidad del sueño.

Discusión sobre la vejiga hiperactiva y la calidad de vida

Finalmente, los objetivos décimo y onceavo de nuestro estudio hacen referencia a Evaluar/analizar si el tratamiento cognitivo-conductual aplicado produce cambios en la calidad de vida de mujeres que padecen VH. La calidad de vida ha sido medida a través de los dominios de calidad de vida y a nivel genera de ahí que nos planteásemos analizar los dominios de calidad de vida de mujeres con VH y comprobar si estos mejoran a medida que se aplica el tratamiento cognitivo conductual diseñado.

Se decidió dedicar especial interés en este ámbito dado que la calidad de vida se encuentra formada por diversas esferas y cuando éstas se ven afectadas, la vida de las personas, y en nuestro caso de las mujeres, se encuentra perjudicada, lo que implica un impedimento para la realización de las actividades básicas de la vida diaria con normalidad. Esto es aún en mayor medida si se padece de VH. Múltiples estudios son los que avalan esta afirmación, entre ellos los de Neimark y Davila (2002) realizan una revisión donde recogen alguna de las escalas que se usan para analizar la calidad de vida en personas con vejiga hiperactiva, así como datos epidemiológicos; Teloken et al (2006) evaluó la prevalencia de la VH, los factores asociados y las implicaciones en una población joven a través de un estudio con un cuestionario desarrollado por ellos mismos

que abarcaba los síntomas urinarios, estrategias de afrontamiento, la calidad de vida y el comportamiento de búsqueda de tratamiento a un total de 848 sujetos entre 15 y 55 años, donde pudieron concluir que aquellos sujetos con VH informaron sobre un deterioro en los quehaceres domésticos ($p=0.009$), actividades físicas ($p=0.016$), sueño ($p < 0.001$), trabajo ($p < 0.001$), vida social ($p < 0.001$) y vida sexual ($p < 0.001$), una mayor prevalencia de depresión ($p = 0,036$), ansiedad ($p < 0,001$), vergüenza ($p < 0,001$) y cansancio ($p < 0,001$); Irwin et al. (2006), determinaron el impacto de los síntomas de la VH en cuestiones relacionadas con el empleo, las interacciones sociales y el bienestar emocional en una población de 40 a 64 años, obteniendo como resultado que un 32% de los que padecían VH se sentían deprimidos y un 28% estresados, así como a expresar su preocupación por participar en actividades fuera de casa y a sentirse incómodos en situaciones sociales; Nicolson et al. (2008), realizaron un estudio cualitativo acerca de las percepciones de los pacientes con VH y aquellas que tienen síntomas pero no están diagnosticadas sobre su calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y las consecuencias psicológicas obteniendo como resultado que padecer VH tiene consecuencias devastadoras que impactan en su CVRS, su autoestima y sus relaciones; Flores y Bizarro (2012) describieron el efecto de los trastornos del piso pélvico en la calidad de vida en las distintas dimensiones, sin mediar intervenciones a través de una búsqueda en diferentes bases de datos durante el mes de mayo del 2011 obteniendo como resultado que los síntomas de alteraciones de suelo pélvico generaban un gran impacto en la calidad de vida afectando la función sexual, actividades cotidianas y generando efectos negativos en aspectos psicosociales, como la imagen corporal y el desempeño de las mujeres; Gotoh et al. (2014), realizaron un estudio donde analizaron a 967 pacientes con episodios de VH y obtuvieron como resultado que aquellas personas que padecían síntomas de esta patología, su calidad de vida se veía afectada, sobre todo en personas mayores.

Al igual que ocurre con los artículos mencionados en párrafos anteriores, a través de nuestra investigación quisimos comprobar si realmente padecer VH provoca un impacto importante en la persona, y en caso de ser afirmativo, si aplicando el tratamiento cognitivo-conductual se puede ayudar a mejorar este problema.

Para ello, la investigación en este ámbito la hemos realizado a través del cuestionario SF-36, donde la calidad de vida se divide en varios componentes (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental). Junto al análisis de dichos elementos se ha realizado un análisis conjunto de la calidad de vida. Una vez realizados los análisis pertinentes encontramos los resultados que se muestran a continuación.

- **Función física**

Para analizar esta dimensión de la calidad de vida en relación con la VH se lleva a cabo un análisis de correlación bivariada. Los resultados muestran como antes de proceder al tratamiento no existe correlación entre las medidas pre-test de VH y Función Física ($p=.775$) y VH pre test y medida post tratamiento de Función Física ($p=.854$), si bien denotamos en ambos casos que la relación es inversa. Es decir, que al aumentar la Vejiga Hiperactiva disminuye la Función Física. Por el contrario, cuando analizamos las medidas post-test de VH (VH_4) con la función física pre test, sí encontramos relación significativa ($p=.047$); igualmente con la Función Fisica_1 ($p=.009$) y Función Fisica_2 ($p=.041$). Esta relación nos indica que, al mejorar la Vejiga hiperactiva, dado que es la última de las medidas después del tratamiento, aún la Función Física ha disminuido dado que la correlación es negativa. Sin embargo, para las dos medidas últimas de Función Física, esta relación no es significativa, pero el sentido de la correlación es positivo, lo que nos indica que en próximos análisis deberíamos tener en cuenta esta relación, pues nos puede estar apuntando que a menor puntuación de VH, obtenemos una mayor calidad de vida a través de la Función Física.

- **Rol físico**

Al igual que en el caso anterior, para ver la relación entre el rol físico y la VH se utilizó un análisis de correlación. Los resultados muestran como antes de proceder al tratamiento no existe correlación entre las medidas pre-test de VH y Rol Físico en ninguna de las medidas: entre medidas pre test de VH y Rol Físico ($p=.414$), VH pre test y Rol físico_1 ($p=.751$) y entre VH Pre test y Rol físico_2 ($p=.805$). Dichas diferencias si son significativas cuando los

sujetos han mejorado su Vejiga Hiperactiva (VH_4) puesto que la relación entre la medida post test de VH es significativa con Rol Físico_2 ($p=.005$). Esto nos indica que al mejorar la Vejiga Hiperactiva obtenemos una mejoría en el Rol Físico y por tanto en la calidad de vida.

- Dolor corporal

Para ver esta variable se ha utilizado un análisis de correlación. Los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas y las puntuaciones de dolor corporal. De la misma manera, a medida que se desarrolla el tratamiento no existe una correlación significativa entre las medidas pre test y las demás medidas de Dolor corporal, si bien los valores obtenidos son negativos, lo que indica que a mayores puntuaciones de VH, el dolor corporal es mayor. Una vez realizado el tratamiento, la medida post test de Vejiga Hiperactiva (VH_4), correlaciona solamente con Dolor corporal_1 ($p=.000$), es decir, en el momento que finalizan las sesiones presenciales del tratamiento, siendo la correlación no significativa con las demás medidas. A la vista de los resultados, hemos de considerar que el dolor es subjetivo en cada individuo y, por lo tanto, no podemos afirmar que haya una relación entre padecer dolor corporal y VH.

- Salud general

Al realizar la correlación de Pearson para ver la relación existente entre la salud general y la VH, comprobamos que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Salud general. Si bien al ser puntuaciones negativas nos indican que a mayores puntuaciones de VH la salud general es menor. Sin embargo, una vez realizado el tratamiento, la correlación es significativa. Por lo tanto, la salud general está relacionada con la VH. Si mejora la VH, mejora la salud general.

- Vitalidad

Los resultados de la correlación entre la vitalidad y la VH muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de vitalidad, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la vitalidad es menor. Pero, una vez realizado el tratamiento sí existen

correlaciones estadísticamente significativas, por lo que se puede señalar que la vitalidad de las personas ha mejorado en la medida que los sujetos disminuyen su puntuación VH.

- Función social

No existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Función Social, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la Función Social es menor. Realizado el tratamiento observamos que correlaciona significativamente solo con una medida (Función social_1 $p=.017$). Estos valores nos permiten señalar que la Función Social no se encuentra relacionada con la VH. Esto puede ser debido, como se ha mencionado en apartados anteriores, a las características muestrales.

- Rol emocional

Una vez que se realiza el análisis de correlación para ver la relación entre la VH el rol emocional, los resultados muestran que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Rol emocional, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH el Rol emocional es menor. Realizado el tratamiento observamos que sí hay correlaciones estadísticamente significativas en la primera medida ($p=.05$) y no significativas en las siguientes. Estos valores nos hacen presuponer que no existe una correlación entre VH y Rol Emocional, en términos generales.

- Salud mental

Utilizando el coeficiente de correlación de Pearson, obtenemos que no existe correlación entre las medidas pre test y las puntuaciones de Salud mental, si bien el signo negativo de la correlación nos indica que a mayor VH la Salud Mental es menor. Realizado el tratamiento se observan correlaciones estadísticamente significativas con la primera y última medida. Estos valores, no concluyentes, nos permiten señalar que, a medida que hemos aplicado el tratamiento sobre VH, la Salud Mental de las personas ha mejorado en la medida que los sujetos disminuyen en su puntuación VH, en estos dos casos. Por el contrario, en la segunda y tercera medida tendríamos que aceptar la

hipótesis nula H_0 , que nos indica que la Salud Mental no estaría relacionada con la VH y que, por lo tanto, la Salud Mental puede estar influida por otras variables no controladas en este estudio.

- Calidad de vida

Se realizó un análisis de correlación entre la VH y calidad de vida de manera global. Como se ha explicado en el apartado de análisis, para poder realizar esta correlación, hemos procedido a calcular un valor global de calidad de vida, resultante de la suma de todos los dominios analizados anteriormente. Resultando cinco medidas de calidad de vida: pre test, una puntuación de Calidad de Vida 1 fruto de la suma de todas las primeras medidas tomadas después del pre test y así sucesivamente, hasta las cuatro a lo largo del tratamiento.

El coeficiente de correlación utilizado ha sido el de Pearson. Los resultados globales nos muestran como la VH pretest (es decir, con anterioridad al tratamiento) no se correlaciona con ninguna de las medidas de calidad de vida global, obteniendo valores de $p > .05$ en todos los casos; sin embargo, teniendo en cuenta la medida post test de la Vejiga Hiperactiva, obtenemos que no correlacionan con el pre test de calidad de vida ($p = .133$), pero sí con todas las demás medidas, al obtener valores $p < .05$ en todos los casos. Hemos de observar también que en todos los casos la correlación es negativa, lo que nos indica que a menor VH, mejores puntuaciones de calidad de vida, en términos globales, tienen los sujetos.

En resumen, comprobamos que nuestros resultados son acordes a los obtenidos por los diferentes autores descritos anteriormente.

Capítulo 8.

Conclusiones generales y líneas de futuro



Capítulo 8. Conclusiones generales y líneas de futuro

Aplicar un tratamiento cognitivo-conductual como el que se ha llevado a cabo en nuestra investigación es de vital importancia a la hora de tratar la VH, sobre todo en mujeres; dado que, este tipo de tratamiento y como se ha observado a lo largo del apartado de resultados, es efectivo, lo que nos permitió mejorar la calidad de vida de las mujeres con el paso del tiempo, a la vez que realizaban todo el paquete de ejercicios pertenecientes al tratamiento cognitivo-conductual presentado (ejercicios de Kegel, ejercicios de relajación, medidas higiénico-dietéticas...).

No vamos a extendernos en este apartado pues muchos de los aspectos que podríamos concluir han sido tratados en el apartado de discusión de resultados, por lo que nos limitaremos a hacer unas breves consideraciones.

Como observamos a lo largo de toda la investigación, la vejiga hiperactiva es un problema poco estudiado, y que en la mayoría de las ocasiones pasa desapercibido en las personas, sobre todo en las mujeres, por diversos motivos (ya sea por vergüenza a acudir al médico, o considerarlo síntomas normales del envejecimiento dentro de su confusión, entre otras causas). Si bien el impacto que este problema puede producir en la vida de las mujeres es de un riesgo potencial, ya que puede verse afectada todos los ámbitos de su vida; especialmente su calidad de vida.

Partimos de la premisa de que, si logramos detectar de manera precoz esta patología, se le puede poner solución de una manera rápida y sin llegar a tener que pasar por tratamientos farmacológicos para su resolución. Un adecuado

tratamiento cognitivo-conductual, como el presentado en la investigación, puede ayudar a lograr este objetivo.

El desarrollo de las habilidades para realizar este tipo de tratamiento, con una buena orientación profesional en sus inicios, y con un carácter de realizarlo de manera constante y llevarlo a la práctica por parte de cada persona, especialmente las mujeres (por ser el colectivo que más afectado se encuentra), influirá en que éstas resuelvan el problema y su calidad de vida, que tan importante es, se verá incrementada, permitiendo llevar una mejor vida y un adecuado desarrollo de sus actividades básicas de la vida diaria.

Si bien para afirmar lo anteriormente comentado, así como para comprobar si se han cumplido las expectativas con el estudio aquí presentado, a continuación, se muestran las conclusiones a las que se ha llegado:

1. La edad en sujetos con rangos de edad a partir de los 60 años, no parece ser una variable que influya en padecer VH.
2. A raíz de aplicar el tratamiento, no hay una relación entre el grado de IMC y padecer o no VH.
3. Padecer VH se encuentra relacionado con presentar síntomas de ansiedad.
4. A medida que mejora la VH, mejoran los niveles de ansiedad. A medida que se aplica el tratamiento cognitivo-conductual la ansiedad mejora. Después del tratamiento, en la mayoría de los casos, la ansiedad había mejorado.
5. Padecer VH se encuentra relacionado con presentar síntomas de depresión. A medida que mejora la VH, mejora la depresión. A medida que se aplica el tratamiento cognitivo-conductual la depresión mejora.
6. No hay relación entre padecer VH y mantener o no relaciones sexuales.
7. Existe una relación entre VH y problemas del sueño. En concreto encontramos que existe relación entre padecer VH y el nivel de insomnio; existe relación entre padecer VH y el grado de hiperinsomnio y existe relación entre padecer VH y el nivel de la satisfacción subjetiva del sueño.
8. Existe una relación entre VH y calidad de vida que se concreta en cada una de las dimensiones de esta variable. Así:

- Padecer VH influye en la función física de las mujeres.
- Padecer VH influye en el rol físico de las mujeres.
- La VH y el dolor no están relacionados.
- Padecer VH influye en la salud general de las mujeres.
- Padecer VH influye en la vitalidad de las mujeres.
- La función social no se relaciona con la VH.
- El rol emocional no se relaciona con la VH.
- La salud mental no se relaciona con la VH.

La calidad de vida está influenciada por la VH, siendo la calidad de vida es mayor cuanto menor sea la VH.

Para finalizar y una vez expuestas las conclusiones, se puede afirmar que se han cumplido los objetivos de analizar cada una de las esferas que afectan a la vida de las mujeres con VH, así como los objetivos específicos que de este general se derivan:

- Evaluar la vejiga hiperactiva (VH) en mujeres y analizar si la aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual produce mejoras en las personas en relación a la VH.
- Evaluar la relación entre la vejiga hiperactiva y la edad, a fin de determinar si este factor podía afectar a tener dicha patología.
- Evaluar la relación entre la vejiga hiperactiva y el índice de masa corporal (IMC), a fin de determinar si este factor podía afectar a tener dicha patología.
- Analizar si la vejiga hiperactiva puede ser causa de ansiedad o depresión, a fin de determinar si unas patologías estaban relacionadas con las otras.
- Evaluar si tener vejiga hiperactiva influye en mantener relaciones sexuales.
- Comprobar la presencia de problemas del sueño a raíz de los problemas que provocan la vejiga hiperactiva.
- Analizar los dominios de calidad de vida y ver si estos mejoran también a medida que se aplica el tratamiento y, a evaluar la calidad de vida en las mujeres con vejiga hiperactiva, respectivamente.

Limitaciones del estudio

No podemos finalizar este trabajo obviando algunas limitaciones que hemos encontrado en el desarrollo del estudio y tras la obtención de los resultados.

Primeramente, pese a los esfuerzos realizados para seleccionar una muestra representativa, debemos tener en cuenta que no se trata de una muestra aleatoria. Además, dado las características de la muestra, a veces se ha tenido que recurrir a la estadística no paramétrica, con sus consecuentes limitaciones, como es la obtención de resultados menos potentes y con menor eficiencia que con pruebas paramétricas.

En segundo lugar, cabe mencionar que, debido a las características de la muestra, la validez externa de la investigación es limitada pues los resultados son válidos sólo para nuestra población, sin poder ser extrapolarlos a la población general.

En tercer lugar, para comparar los resultados del tratamiento es necesario buscar otros grupos de edad para saber si el tratamiento también sería efectivo en ellos.

En cuarto lugar, para un mejor contraste de resultados sería necesario conseguir los datos de todas las variables en el grupo control.

En quinto lugar, debido al origen de la muestra, solamente se aplicó el tratamiento en mujeres; por lo que los hombres debido a sus características anatómicas y a la no presencia de un facultativo médico quedaron excluidos.

En suma, entendemos que estas limitaciones pueden ser tenidas en cuenta en estudios futuros y, por tanto, contribuirán al crecimiento y al desarrollo de este tipo de línea de investigación.

Líneas futuras de trabajo

Finalmente, proponemos varias líneas de futuro que se plantean como objetivos para dar continuidad a este trabajo de investigación:

- Ampliar la investigación con muestras de hombres y mujeres de varios grupos de edad. Habría que establecer técnicas de análisis que permitiesen valorar el efecto conjunto de un tratamiento cognitivo-conductual en la mejora de la calidad de vida.
- Promover un mayor conocimiento sobre la vejiga hiperactiva, sobre todo, por parte de los profesionales, dado el desconocimiento por parte de la población de este problema.
- Promover la aplicación de un programa de intervención cognitivo-conductual para la mejora de la calidad de vida en personas con este problema, que tenga su lugar de desarrollo en centros de salud accesibles a toda la población. Ello exigirá el compromiso por parte de las administraciones y del equipo de profesionales, y su colaboración y esfuerzo en beneficio de la salud de las personas.
- Promover la realización de un estudio a gran escala y con un grupo multidisciplinar de profesionales para abarcar ambos sexos; al mismo tiempo que se averigua el impacto de la vejiga hiperactiva en una población generalizada donde se puedan extrapolar los datos.
- Promover la prevención en la salud mediante programas orientados a, entrenar preventivamente a las mujeres y otros colectivos de la población general y evitar esta patología ayudaría al bienestar y calidad de vida.
- Hacer estudios de caso en profundidad, para interpretar en profundidad y comprender las condiciones de bienestar y calidad de vida de mujeres con este problema y como va cambiando su vida con la intervención.

En definitiva, pese a las limitaciones constatadas y sabiendo que aún queda mucho por trabajar, consideramos que este estudio constituye un pequeño paso, al que se le debe de dar continuidad, si consideramos lo importante que es abarcar este problema para mejorar la calidad de vida de las personas.

Referencias bibliográficas



Referencias bibliográficas

- Abellán, A., Ayala García, A., Pérez, J., y Pujol Rodríguez, R. (2018). Un perfil de las personas mayores en España. 2018. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en red*, 17. Recuperado de <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>>
- Abrams, P., Cardozo, L., Fall, M., & cols. (2003). The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society. *Neurology and Urodynamics*, 21, 167. doi:10.1016/S0090-4295(02)02243-4
- Abrams, P., & Drake, M. (2008). Vejiga hiperactiva. In Wein, Kavoussi, Novick, Partin & Peters (Ed.), *Campbell-Walsh Urología*, (pp. 2079-2090). Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Abrams, P., & Wein, A. J. (1997). Introduction to the overactive bladder from basic science to clinical management. *Urology*, 50(6, supp.1), 1-3. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00577-3
- ADA (American Diabetes Association) (2018). Older adults: standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care*, 41(1), 119-125. DOI: 10.2337/dc18-S011
- Adela Herrera, P. (2003). Sexualidad en la vejez: ¿mito o realidad? *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 68(2), 150-162. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000200011>
- Adot Zurbano, J., Esteban Fuertes, M., Batista Miranda, J.E. y Salinas Casado, J. (2015). *Guía vejiga hiperactiva de la AEU*. Asociación Española de Urología. Recuperado de <http://www.aeu.es/UserFiles/files/GuiaVejigaHiperactivaAEU.pdf>
- Ahmed, M.R., Madny, E.H., & Sayed Ahmed, W.A. (2004). Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women. *J Obstet Gynaecol Res.*, 40, 1023–9. doi:dx.doi.org/10.1111/jog.12313.

- Aguilar-Navarro, S. G. (2007). Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(1), 51-56. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071i.pdf>
- Aguilar-Navarro, S., y Ávila-Funes, J. A. (2007). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor. *Gaceta Médica de México*, 149(2), 141-148. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Aida, C. D. (2012). Bio-psycho social aspects shattering elderly health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(2), 79-86. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Akyuz, A., Kok, G., Kilic, A., y Guvenc, G. (2014). In her Own Words: Living with Urinary Incontinence in Sexual Life. *Sexuality and Disability*, 32, 23-33. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-013-9325-5>
- Alcalde Tirado, P. (1997). *Geriatría en atención primaria*. 2ª edición. Barcelona: Cartone Editorial. Uriach
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Alfaro González, J. V., García-Giralda Ruiz, L., Guirao Sánchez, L., Casas Aranda, I., Sánchez Pérez, G. A., Torralba Tophan, Y., y Sandoval Martínez, C. (2008). Repercusiones de los síntomas del tracto urinario inferior (LUTS) en la función sexual en atención primaria. *Revista Internacional de Andrología*, 6(2), 78-8. doi:10.1016/S1698-031X(08)75674-7
- Alonso J., Liu, Z., Evans-Lacko S., Sadikova, E., Sampson, N., Chatterji, S., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators (2018). Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*, 35(3):195-208. doi: 10.1002/da.22711
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M., y Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista Cubana Salud Pública*, 33(1), 1-17. Recuperado de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000100010

- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 104, 771-776. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7783470>
- Alonso, J., Prieto, L., Ferrer, M., Vilagut, G., Broquetas, J.M., Roca, J., & Antó, J. (1998). Testing the Measurement Properties of the Spanish Version of the SF-36 Health Survey Among Male Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1087-1094. doi: [https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(98\)00100-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00100-0)
- Alves, A.T., Jácomo, R.H., Gomide, L.B, Garcia, P.A., Bontempo, A.P., & Karnikoskwi, M.G. (2014). Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 36(7), 310-314. doi: 10.1590/SO100-720320140005008
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author. [http://www.scirp.org/\(S/lz5mqp453edsnp55rrgict55\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2324056](http://www.scirp.org/(S/lz5mqp453edsnp55rrgict55)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2324056)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, L. (1980). *La tensión psicosocial, población, ambiente y calidad de vida*. México: Editorial el Manual Moderno.
- Angermeyer, M. C., y Killian, R. (2000). Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En H. Katschnig, H. Freeman, H. y N. Sartorius (Eds.), *Calidad de vida en los trastornos mentales* (pp.19-29). Barcelona: Masson.
- Angulo, J. C., Brenes, F. J., Ochayta, D., Lizarraga, I., Arumí, D., & Rejas, J. (2014). La severidad de la vejiga hiperactiva modifica la carga asistencial y la productividad laboral. *Actas Urológicas Españolas*, 38(4), 249-256. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4702651>

- Antón Jiménez, M., Gálvez Sánchez, N., y Esteban Sáiz, R. (2006). Depresión y Ansiedad. En (varios). *Tratado de Geriatria para residentes* (pp.243-249). Madrid: Sociedad española de Geriatria y Gerontología.
- Aragonés Benaiges, E., Gutiérrez Pérez, M. A., Pino Fortuny, M., Lucena Luque, C., Cervera Virgili, J., y Garreta Estrada, I. (2001). Prevalencia y características de la depresión mayor y a distimia en atención primaria. *Atención Primaria*, 27(9), 623-628. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/journal/atencion-primaria/vol/27/issue/9>
- Aranibar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Santiago de Chile. Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE)– División de Población de la CEPAL Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7157/1/S01121061_es.pdf
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Arlandis, S., Ruiz, M.A., Errando, C., Villacampa, F., Arumí, D., Lizarraga, I. & Rejas J. (2012). Quality of life in patients with overactive bladder: validation and psychometric properties of the Spanish Overactive Bladder Questionnaire-short Form. *Clinical Drug Investigation*, 32(8), 523-532. DOI: 10.2165/11633760-000000000-00000.
- Arroyo Izaga, M., Rocandio Pablo, A. M^a., Ansotegui Alday, L., Pascual Apalauza, E., Salces Beti, I., y Rebato Ochoa, E. (2006). Calidad de la dieta, sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios. *Nutrición Hospitalaria*, 21(6), 673-679. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n6/original6.pdf>
- Ayuso-Mateos, J.L., Lasa, L., Vázquez-Barquero, J. L., Oviedo, A., y Díez-Manrique, J.F. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 26-32. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10066004>

- Badía, X. (1995). La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en los ensayos clínicos. En J. Sacristán., J. Badía y J. Rovira (eds). *Farmacoeconomía*. Madrid: Editores Médicos.
- Badia, X., y Alonso, J. (1995). Re-scaling the Spanish version of the sickness impact profile: An opportunity for the assessment of cross- cultural equivalence. *Journal Clinical Epidemiology*, 48, 949-957. doi: 10.1016/0895-4356(94)00197-X
- Badia, V., Rosset, M. M., & Herdman, M. (1999). Feasibility, validity EUROQOL 5D. *Quality of Life Research*, 8, 41-43.
- Baena, V., Blasco, P., Cozar-Olmo, J. M., Díaz-Itza, I., Espuña, M., Hidalgo, A., y Vozmediano, R. (2017). *Libro Blanco de la Carga Socioeconómica de la Incontinencia Urinaria en España*. Madrid: Instituto Max.
- Baker, F. & Intagliata, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Programme Planning*, 5, 69-79. doi:10.1016/0149-7189(82)90059-3
- Bakx Bermúdez, E. (2014). *Análisis de la calidad de vida desde una dimensión de realciones sociales en adultos mayores residentes en la comuna de Quilicura*. (tesis inédita de doctorado). Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.
- Balboni, G., Coscarelli, A., Giunti, G., & Schalock, R.L. (2013). The assessment of the quality of life of adults with intellectual disability: The use of self-report and report of others assessment strategies. *Research in Developmental Disabilities*, 34(11), 4248-4254. doi: 10.1016/j.ridd.2013.09.009
- Balluerka, N. y Vergara, A. (2002). *Diseños de investigación experimental en Psicología*. Madrid: PrenticeHall.
- Barefoot, J.C., Maynard, K.E., Beckham, J.C., Brummelt, B.H., Hooker, K., & Siegler, I.C. (1998). Trust, health and longevity. *Jornal of Behavioral Medicine*, 21, 517-526. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9891252>
- Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo*. Santiago de Chile: ediciones udp.

- Barton, A., & Mulley, G. (2003). History of the development of geriatric medicine in the UK. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 229–234. Recuperado de <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/79/930/229.full.pdf>
- Becker, M., Diamond, R., & Sainfort, F. (1993). *Factors affecting quality of life evaluations, paper presented at faculty residents and staff research división seminar*. Madison, Wisconsin: University of Wisconsin Medical School.
- Becoña Iglesias, E. (1999). Técnicas de solución de problemas. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado, y M. Muñoz, *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide.
- Belenger, M.V., y Aliaga, F. (2000). Autonomía funcional y ocupación del tiempo libre en personas mayores. *Revista Rol de Enfermería*, 23(3), 231-234. Recuperado de <http://www.uv.es/~aliaga/curriculum/TiempoLibre.htm>
- Beneit Medina, P. J., y Serrano Parra, M. (2007). Estrés y ansiedad. En M. P. Mompert García, *Actualizaciones* (pp. 149-177). ISBN: 978-84-95626-25-7.
- Berard, M.F.R., & Ahmed N. Mz. (1995). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) as screening instrument in a depressed adolescent and young adult population. *International Journal of Adolescence Medicine and Health*, 8 (3), 157-166. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.172701>
- Berghmans, B. (2006). El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 30(2), 110-122. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v30n2/v30n2a02.pdf>
- Bergner, M. (1989). Quality of life, health status and clinical research. *Medical care*, 27(3), 148-1456. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2646487>
- Bergner, M, Bobbitt, R., Carter, W., & Gilson, B. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Status Measure. *Medical Care* 19(8), 787-805. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7278416>
- Berlanga, V., y Rubio, M.J. (2012). Clasificación de pruebas no paramétricas. Cómo aplicarlas en SPSS. *REIRE, Revista d'innovació i Recerca en Educació*, 5, 101-113. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/39101714.pdf>

- Bermejo, L. (2006). Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y de adaptación a la jubilación. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento activo. Envejecimiento en positivo* (Vol. 47, pp.65-88). Logroño: Universidad de la Rioja.
- Bigelow, D.A., Brodsky, G., Stewart, L., & Olson, M.M. (1982). The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health service". In G.J. Stalher y W.R. Tash (Eds.), *Innovative approaches to mental health evaluation*. Nueva York: Academic Press Inc.
- Bigelow, D. A., McFarland, B. H., & Olson, M. M. (1991). Quality of life of community mental health program clients: Validating a measure. *Community Mental Health Journal*, 27, 43-55. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00752714>
- Bisquerra, R. (1989). *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. Barcelona: CEAC.
- Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, 35,1241-1252. doi: 10.1017/S0033291705004411
- Bohannon, R. W. (2006). Reference Values for the Timed Up and Go Test: A descriptive Meta-Analysis. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 29(2), 64-68. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16914068>
- Boix, C., López-Torres Hidalgo, J., David, Y., Tellez, J., Villena, A., & Párraga, I. (2009). Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Atención Primaria*, 41(10), 564-569. doi: 10.1016/j.aprim.2008.11.015
- Bonomi, A. E., Donald, P. L., Bushnell, D. M., & Martin, M. (2000). Validation of the United States version of the World Health Organization quality of life (WHOQOL) instrument. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 71-112. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00123-7
- Box. G.E., Hunter, J.S., y Hunter, W.G. (1999). *Estadística para investigadores*. Barcelona: Editorial Reverté, S.A.
- Brace, N., Snelgar, R., & Kemp, R. (2012). *SPSS for Psychologist*. Palgrave: McMillan.

- Bradley, C.J., Kroll, J., & Holmes-Rovner, M. (2000). The health and activities limitation index in patients with acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(6), 555-562.
- Brenes Bermúdez, F.J., Cozar Olmo, J. M., Esteban Fuertes, M. Fernández-Pro Ledesma A. y Molero García, J.M. (2013). Criterios de derivación en incontinencia urinaria para atención primaria. *Semergen. Medicina de familia*, 39(4), pp. 197-207. doi: 10.1016/j.semerg.2012.11.005
- Brenes, F. J., Angulo, J. C., Ochayta, D., Rejas, J., Arumí, D., Cañadas, A., & Lizarraga, I. (2014). Validación psicométrica de las escalas OAB-V8 y OAB-V3 para la detección de pacientes con probable vejiga hiperactiva en la población española. *Med Cli*, 143(12), 521-529. doi: 10.1016/j.medcli.2013.10.032
- Brezinski, D., Stone, P., Muller, J., Tofler, G., Davis, V., y Parker C (1991). Prognostic significance of the Karnofsky performance status score in patients with acute myocardial infarction: Comparison with the left ventricular ejection fraction and exercise treadmill test performance. *Am Heart J*, 121, 1374-1381. doi: 10.1016/0002-8703(91)90141-4
- Briones, G. (2003). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. México: Trillas.
- Brooks, R., y EuroQol Group (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37(1), 53-72. doi: 10.1016/0168-8510(96)00822-6
- Bruin, A. F., Buys, M., Witte, L.P., y Diederiks, P.M. (1994). The sickness impact profile: SIP 68, a short generic version. First evaluation of the reliability and reproducibility. *Journal Clinical Epidemiology*, 47, 63-871. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7730889>
- Buendía Eísman, L. (Coord.) (1993). *Análisis de la investigación educativa*. Granada: Universidad de Granada.
- Bukstein, D. A., McGrath, M. M., Buchner, D. A., Landgraf, J., & Gosst, F. (2000). Evaluation of a short form for measuring health-related quality of life among pediatric asthma patients: HRQL. *J Allergy Clin Immunol*, 105, 245-251. doi:10.1016/S0091-6749(00)90072-1

- Bump, R. C., Glenn Hurt, W., Andrew Fantl, J., & Wyman, J. F. (1991). Assessment of Kegel pelvic muscle exercise performance after brief verbal instruction. *Am J Obstet Gynecol*, 165(2), 322-329. doi: 10.1016/0002-9378(91)90085-6
- Burgio, K. L. (2009). Tratamiento conductual de la incontinencia urinaria, a disfunción miccional y la vejiga hiperactiva. *Obstet Gynecol Clin N Am*, 36(3), 475-491. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/251910>
- Burgio, K. L., & Borello-France, D. F. (2007). Pelvic floor muscle exercises and behavioral therapy. In K. Kreder, & R. Dmochowski, (Eds.), *The Overactive Bladder Evaluation and Management* (pp. 87-94). USA: Informa Healthcare.
- Cabrera, V., Martín-Aragón, M., Terol, M^a., Núñez, R., y Pastor, M^a. (2015). La Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) en fibromialgia: Análisis de sensibilidad y especificidad. *Terapia Psicológica*, 33(3), 181-193. doi: 10.4067/S0718-48082015000300003
- Caci, H., Bayle, F.J., Vianney, M., Dossios, C., Robert, P., & Boyer, P. (2003). How does the Hospital and Anxiety and Depression Scale measure anxiety and depression in healthy subjects? *Psychiatry Research*, 118, 89-99. doi:10.1186/1471-244X-5-46
- Calenti, M. (2009). Salud y envejecimiento. En Calenti, M. (ed.). *Envejecimiento, Dependencia, Demencias y Nuevas Tecnologías* (pp. 15-24). A Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Calle, Y., Montes, M., & Toro, E. (2016). Restless leg syndrome (Willis-Ekbom Disease). *Acta Neurológica Colombiana*, 32(4), 347-356. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n4/v32n4a13.pdf>
- Calman, K.C. (1987). Definitions and dimensions of quality of life. En N.K. Aaronson & Beckman (Eds.), *The Quality of life cancer patients* (pp.1-9). New York: Ravens Press.
- Cambell, D.T., & Stanley, J.C. (1966). *Experimental and cuasiexperimental desing for research*. Chicago: Rand McNally&Company.

- Cao Abad, R., Francisco Fernández, M., Naya Fernández, S., Presedo Quindimil, M. A., Vázquez Brage, M., Vilar Fernández, J. A., y Vilar Fernández, J. M. (2001). *Introducción a la estadística y sus aplicaciones*. Madrid: Pirámide.
- Cardona-Arias, J., A., y Higueta-Gutiérrez, L., F. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
- Cardona, D., y Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Salud Uninorte*, 28(2), 335-348. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1570/3040>
- Cardozo, L., & Kelleher, C.J. (1997). *King's Health Questionnaire (KHQ)*. London: Linda D Cardozo Publications (PubMed).
- Carp, F.M. (1987). Environment and Aging. In D. Stokols e I. Altman (Eds.), *Handbook of Environmental Psychology* (Vol.1). Nueva York: Wiley.
- Carp, F.M. & Carp, A. (1984). A complementary/congruence model of well-being or mental health for the community elderly. *Human Behavior & Environment: Advances in Theory & Research*, 7, 279-336. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1985-16123-001>
- Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes- Russell, Wald, T. G., Gerald, H., y Clamon, M. D. (1993). Screening for Depression and Anxiety in Cancer Patients using The Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15 (2), 69-74. doi: 10.1016/0163-8343(93)90099-A
- Carstensen, L., y Edelstein, B. (Comp.) (1990). *Gerontología clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona, España: Editorial Martínez Roca S.A.
- Casas Aranda, I., Guirao Sánchez, L., García-Giralda, L., Alfaro, J. V., Sandoval, C., y García-Giralda Ruiz, F. J. (2007). SyDSF.AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria. *SEMERGEN*, 33(1), 9-13. doi: 10.1016/S1138-3593(07)73836-4

- Castañeda, M.B. (2010). *Procesamiento de datos y análisis estadísticos utilizando SPSS. Un libro práctico para investigadores y administradores educativos*. Porto Alegre, Brasil: EDIPUCRS.
- Castro, D., Espuña, M., Prieto, M., y Badía, X. (2005). Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Urología Neurológica y Urodinámica*, 58(2), 131-138. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v58n2/neurologica.pdf>
- Castro, V., Gómez, H., Negrete, J. y Tapia, R. (1996). Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. *Salud Pública de México*, 38(6), 438-447. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/106/10638606.pdf>
- Castro, D., Rebollo, P., y González-Segura, D. (2009). Comorbilidad asociada al síndrome de vejiga hiperactiva. *Archivos Españoles de Urología*, 62(78), 639-645. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142009000800005
- Cella, D. F., & Tulsky, D. S. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology*, 4, 29-38
- Chambers, L.W., MacDonald, L. A., & Tugwell, P. (1982). The McMaster health index questionnaire as measure of quality of life for patients with rheumatoid disease. *The Journal of Rheumatology*, 9, 780-786. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6757424>
- Chen, J., Sweet, G., & Shindel, A. (2013). Urinary Disorders and Female Sexual Function. *Current Urology Report*, 14, 298-308. doi:10.1007/s11934-013-0344-7
- Coimbra, M. D., y Martins, A. M. (2014). O Estudo de Caso como abordagem metodológica no Ensino Superior. *Estudos Sobre Educação*, 24(3), 31-46. doi: <http://dx.doi.org/10.14572/nuances.v24i3.2696>
- Colman, S., Chapple, C., Nitti, V., Haag-Molkenteller, C., Hastedt, C., & Massow, U. (2008). Validation of Treatment Benefit Scale for Assessing Subjective Outcomes in Treatment of Overactive Bladder. *Urology*, 72(4), 803-807. doi: 10.1016/j.urology.2008.05.033

- Corder, G.W., & Foreman, D.I. (2014). *Nonparametric statistics: A step-by-step approach*. New Jersey: John Wiley&Sons.
- Coyne, K. S., Margolis, M. K., Bavendam, T., Roberts, V., & Elinoff, V. (2011). Validation of a 3-item OAB awareness tool. *International Clinical Practice*, 65(2), 219-224. doi: 10.1111/j.1742-1241.2010.02561.x.
- Coyne, K., Revicki, D., Corey, R., Stewart, W., Bentkover, J., Kurth, H., & Abrams, P. (2002). Psychometric validation of an overactive bladder symptom and health-related quality of life questionnaire: The OAB-q. *Quality of Life Research*, 11, 563-564. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12206577>
- Coyne, K. S., Zycznsky, T., Margolis, M., Elinoff, V., & Roberts, R. (2005). Validation of an overactive bladder awareness tool for use in primary care settingsOveractive Bladder 8-Question Awareness Tool. *Advances in Therapy*, 22(4), 381-94. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02850085>
- Coyne, K. S., Margolis, M. K., Thompson, C., & Kopp, Z. (2008). Psychometric Equivalence of the OAB-q in Danish, German, Polish, Swedish, and Turkish. *Value in Health*, 11, 1096–1101. doi: 10.5213/inj.2012.16.2.77
- Coyne, K.S., Matza, L.S., Kopp, Z., & Abrams. P. (2006). The Validation of the Patient Perception of Bladder Condition (PPBC): A Single-Item Global Measure for Patients with Overactive Bladder. *European Urology*, 49(6), 1079-1086. doi: 10.1016/j.eururo.2006.01.007
- Coyne, K.S., Sexton, C.C., Irwin, D.E., Kopp, Z.S., Kelleher, C.J., & Milsom, I. (2008). The impact of overactive bladder, incontinence and other, lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU International*, 101, 1388-1395. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07601.x
- Coyne, K. S., Sexton, C. C., Kopp, Z. S., Ebel-Bitoun, C., Milsom, I., & Chapple, C. (2011). The impact of overactive bladder on mental health, work productivity and health-related quality of life in the UK and Sweden: results from EpiLUTS. *BJU International*, 108, 1459-1471. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.10013.x

- Coyne, K. S., Thompson, C. L., Lai, J.S., & Sexton C.C. (2015). An overactive bladder symptom and health-related quality of life short-form: validation of the OAB-q SF. *Neurourology and Urodynamics*, 34(3), 255-63. doi: 10.1002/nau.22559
- Crespo, M., Jenaro, C., y Verdugo, M.A. (2006). Calidad de vida en la edad adulta y el empleo. En Verdugo, M.A. (Eds.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp.125-214). Salamanca: Amarú ediciones.
- Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cruz Lendínez, A. J. (2008). *Capacidad funcional y demanda de cuidados de personas mayores en un hospital sin unidad geriátrica*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad de Jaén, Jaén.
- Cuadras, C.M., Etcheverría, B., Mateo, J., y Sánchez, P. (1991). *Fundamentos de estadística. Aplicación a las ciencias humanas*. Barcelona: PPU.
- Cuijpers, P., Cistea, I. A., Karyotaki, E., Reinjnders, M., y Huibers, M. J. (2016). How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry*, 15(3), 245-248. doi: 10.1002/wps.20346
- Cummins, R. A. (1997). Asseing quality of life. In R. Browmn (Ed), *Quality od life for people with disabilities* (pp.116-150). Chentelham: Stanley Thornes.
- Cummins, R. A. (1999). A psychometric evaluation of the comprehensive quality od life scale-fifth edition. In Yuen, L. L., & Low, C. (Eds.), *Urban quality of life: critical issues and options* (fifth edit., pp- 32-46). Singapore: National University of Singapore.
- Cummins, R. A. (2000). Personal income and subjective wellbeing: a review. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 133-158.
- Cummins, R. A. & Cahill, J. (2000). Avances en la comprensión de la calidad de vida subjetiva. *Intervención psicosocial*, 9(2), 185-198, Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/63246.pdf>
- Csikszentmihaly, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós

- Czyzewski, D. I., Mariotto, M. J., Bartholomew L.K., LeCompte, & Sockrider M. M. (1994). Measurement of quality of wellbeing in a child and adolescent cystic fibrosis population. *Medical Care*, 32, 965-972. doi: 10.1097/00005650-199409000-00007
- D`Hyver, C. (2014). Proceso de envejecimiento. En D`Hyver, C., & Gutiérrez, L. M. *Geriatría*. 3ª edición. (pp. 14-33). México: Manual Moderno.
- Dannercker, C. (2010). Urinary Incontinence in Women. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (24), 420-426. doi: 10.3238/arztebl.2010.0420
- Davis, M., McKay, M., y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- DeBoer, J. B., Van Dam, F. S., & Sprangers, M.A.G. (1995). Healthrelated-quality-of-life evaluation in HIV-infected patients. *Pharmacoeconomics*; 8, 291-304. doi: 10.2165/00019053-199508040-00004
- De Andrés, J., Acuña, J. P., y Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Rev. Med. Clin. Condes*, 25(4), 674-686. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864014700896>
- De Febrer de los Ríos, A., y Soler Vila, Á. (1989). *Cuerpo, Dinamismo y Vejez*. Barcelona: MDE publicaciones (1ª edic) (2ª edic., 1996; 3ª edic., 2004).
- De la Paz, K. L., Proenza, L., Gallardo, Y., Fernández, S., y Mompié, A. (2012). Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. *MEDISAN*, 16(4), 489. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v16n4/san01412.pdf>
- Deusto Salud (2015). Características de la tercera edad: ¿cómo son nuestros mayores? Deusto salud. Recuperado de <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad>
- Deyo, R.A. (1984). Pitfalls in measuring the health status Mexican Americans: A comparative validity of the English and Spanish sickness impact profile. *American Journal Public Health*, 74, 569-573. Recuperado de <https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.74.6.569>

- Díaz, P., Mercier, C., Hachey, R., Caron, J., & Boyer, G. (1999). An evaluation of psychometric properties of the client's questionnaire of the Wisconsin quality of life index Canadian version: CaW-QLI. *Quality of Life Research*, 8, 509-514. doi: 10.1023/A:1008970321690
- Díaz-Guzmán, J., Egido-Herrero, J. A., Gabriel-Sánchez, R., Barberá, G., Fuentes, B., Fernández-Pérez, C., y Abilleira, S. (2008). Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. *Revista neurología*, 47(12), 617-623. doi: 10.33588/rn.4712.2008576
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, E. R., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Díez-Rábago, V. (2004). Epidemiología de la vejiga hiperactiva. Impacto en las personas mayores. En C. Verdejo (Coord.) *Vejiga Hiperactiva y personas mayores* (pp. 21-32). Barcelona: Glosa.
- Dmochowski, R. R., Staskin, D. R., Duchin, K., Paborji, M., & Tremblay, T. M. (2014). Clinical safety, tolerability and efficacy of combination tolterodine/pilocarpine in patients with overactive bladder. *International Journal of Clinical Practice*, 68(8) 986-994. doi: 10.1111/ijcp.12409
- Domingo-Salvany, A., Lamarca, R., Ferrer, M., García-Aymerich, J., Alnso, J., Félez, M., ... & Antó, J.M. (2002). Health-related quality of life and mortality in male patients with chronic obstructive pulmonary disease. *American Journal of respiratory and critical care medicine*, 166(5), 680-685. doi: 10.1164/rccm.2112043
- Dratcu, L. (2004). Tratamiento de la depresión los secretos y los trucos del oficio. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 15, 196-207.
- DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadísticos de los trastornos mentales*. (1995). Barcelona: Masson SA. Recuperado de <http://www.mdp.edu.ar/psicologia/psico/cendoc/archivos/Dsm-IV.Castellano.1995.pdf>

- Dudley, E. (1905). The expansion of gynecology, and a suggestion for the surgical treatment of incontinence of urine in women. *Journal of the American Medical Association*, 3, 22.
- Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A. F., González, A., y Molina, J. M. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 51(1), 16-28. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/15965/12770>
- Echávarri, C., y Erro, M. E. (2007). Sleep disorders in the elderly and in dementias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 155-161. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/14.pdf>
- Elizalde Benito, F. X. (2016). Evaluación de vejiga hiperactiva idiopática y neurogénica en España. (tesis inédita de doctorado). Universidad de Zaragoza, Zaragoza. Recuperado de <https://zaguan.unizar.es/record/47438/files/TESIS-2016-040.pdf>
- El-Rufaie, O. E. F., & Absood, G. H. (1995). Retesting the Validity of the arabic version of the hospital Anxiety and depression (HAD) scale in primary health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 26-31. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7892615>
- Endler, N. S. & Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129
- Ergenoglu, A. M., Özgür Yeniel, A., Mete Itil, I., Askar, N., Meseri, R., & Petri, E. (2013). Overactive bladder and its effects on sexual dysfunction among women. *Asia Oceanía Geosciences Society*, 1202-1207. Recuperado de <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/aogs.12203>
- Errando-Smet, C., Ruiz, M. A., Villacampa-Aubá, F., Arlandis-Guzmán, S., Rejas, J., Ruiz, L., y García-Vargas, M. (2012). Adaptación cultural al español y validación psicométrica de la Escala de Beneficio del Tratamiento (Treatment Benefit Scale-TBS) en el tratamiento sintomático de la vejiga hiperactiva. *Medicina Clínica*, 140, 5-13. doi: 10.1016/j.medcli.2011.11.013.
- Escalante, A., Lichtenstein, M.J., Ríos, N., & Hazuda, H.P. (1996). Measuring chronic rheumatic pain in Mexican Americans: Cross-cultural adaptation of the McGill

pain questionnaire. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49, 1389-1399. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435696002764?via%3Dihub>

- Espinosa de los Monteros, M. J., Alonso, J., Ancochea, J., y González, A. (2002). Calidad de vida en asma: fiabilidad y calidez del cuestionario genérico SF-36 aplicado a población asmática en un área sanitaria. *Archivos de Bronconeumología*, 38(1), 4-9. DOI: 10.1016/S0300-2896(02)75139-9
- España, M., Rebollo, P., Fábregas, M. G., y Padrós, J. O. (2010). Detección de los síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres. Cuestionario CACV en un primer nivel asistencial. *Suelo Pélvico*, 6(2), 45-54.
- España, M., Puig, M., y Rebollo, P. (2006). Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga (CACV)". Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urológicas Españolas*, 30(10), 1017-1024. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3272253>
- España-Pons, M., Blasco, P., Pérez, M., y Rebollo, P. (2010). La Nocturia en pacientes con síntomas de vejiga hiperactiva. *Urología Neurológica y Urodinámica*, 63(5), 363-372. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/urol/v63n5/07.pdf>
- España-Pons, M., Castro-Díaz, D., Díaz-Cuervo, H., y Pérez, M. (2012). Impacto del tratamiento de la vejiga hiperactiva en las comorbilidades asociadas. *Actas Urológicas Españolas*, 36(10), 590-596. doi: 10.1016/j.acuro.2011.11.008
- España-Pons, M., Castro-Díaz, D., Díaz-Cuervo, H., y Pérez, M. (2013). Impacto del tratamiento de la vejiga hiperactiva en la calidad de vida de los pacientes mayores de 60 años con patologías asociadas. *Archivos Españoles de Urología*, 66(3), 287-294. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/326065>
- Etcheverría Murgiondo, J., y Tejedor Tejedor, F. (2005). *Análisis descriptivo de datos en educación*. Madrid: La Muralla.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield: Charles C. Thomas.

- Eysenck, H. J. (1975). Anxiety and the natural history of neurosis. In C. D. Spielberger (Ed.), *Stress and anxiety* (pp. 51-94). Washington, DC: Hemisphere.
- Failde, I., & Ramos, I. (2000). Validity and reliability of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with coronary artery disease. *J Clin Epidemiol.*, 53(4), 359-365. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10785566>
- Feria, G., Castillejos, R. A., y Arroyo, J. C. (2005). Vejiga hiperactiva. *Revista Mexicana de Urología*, 65(1), 50-54. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2005/ur051g.pdf>
- Fernández Ballesteros, R., y Marcia, A. (1993). Calidad de vida en la vejez. *Intervención psicosocial*, 2(5), 7-94. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol2/arti7.htm>
- Fernández Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez. *Anuario de Psicología*. 73, 89-104. Recuperado de <http://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/viewFile/9036/11488>
- Fernández, C., Martín, M., y Miguel, F. (1995). Miedo, ansiedad y fobia dental: definición, prevalencia y antecedentes. *Ansiedad y Estrés*, 1(1), 93-104. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/revista/97/V/1>
- Fernández-Mayoralas, G., Frades-Payo, M.B., Martínez-Martín, P., y Joap, M. (2011). La calidad de vida de los mayores nominada y evaluada por ellos mismos a partir del instrumento SEIQoL.DW. En F. Rojo-Pérez, G. Fernández-Mayoralas (Ed.), *Calidad de vida y envejecimiento. A visión de los mayores sobre sus condiciones de vida* (pp.83-114). España: Ibersaf Industrial, S.A.
- Ferrans C. E. (1990). Development of a quality of life index for patients with cancer. *Oncology Nursing*, 17, 15-21. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2342979>
- Ferrell, B. R, Wisdom, Ch, & Wenzl, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*, 63, 2321-2327. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2720579>
- Field, A., Miles, J., & Field, Z. (2012). *Discovering Statistics Using R*. London: Sage.

- Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly, Approaches to multidimensional assessment*. Switzerland: World Health Organization, WHO, Offset Publications, N° 84. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39694>
- Fisher, J., & Noll, P. (1996). Anxiety in older adults. En L. Carstensen, B. Edelman & P. Dornbraud, *Handbook of clinical gerontology* (pp. 304-323). Oaks: Sage.
- Fletcher, A. E., Hunt, B. M., y Bulpitt, C.J. (1987). Evaluation of quality of life in clinical trials of cardiovascular disease. *Journal of Chronic Disease* 40, 557-566. doi: 10.1016/0021-9681(87)90014-2
- Flores, C., y Bizarro, J. (2012). Calidad de vida en mujeres con alteraciones del piso pélvico: revisión de la literature. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 77(3), 175-182. Doi:10.4067/S0717-75262012000300002
- Frank, M., y Elizondo, S. T. (1987). La alta Edad Media del siglo V al siglo X. En M., Frank, S.T. & Elizondo, *Desarrollo histórico de la enfermería* (pp. 73-126). México: Copilco.
- Freire Rodríguez, C., y Ferradás Canedo, M. D. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- García-Fernández, J., Inglés, C., Martínez-Monteagudo, M., Marzo, J., y Estévez, E. (2011). Inventario de Ansiedad Escolar: validación en una muestra de estudiantes de Educación Secundaria. *Psicothema*, 23(2), 301-307. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3886.pdf>
- García Ferrando, M. (2000). *Socioestadística. Introducción a la estadística en sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gállego, J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E., y Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 30(1), 19-36. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s1/03.pdf>
- García de la Torre, M. d., y Muñoz, N. (2015). Vejiga hiperactiva y función sexual. En Gázquez Linares, J.J., y Pérez-Fuentes, M. d. Molero Jurado, A. B. Barragán Martín, F. Cardila Fernández y Á. Martos Martínez, *Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento*. Volumen I (pp. 506-509). Almería: ASUNIVEP.

- García de la Torre, M. d. y Muñoz, N. (2015b). Overactive Bladder and Quality of life. *Revista de estudios e investigaciones psicología y educación*, 14, 1-4. doi: 10.17979/reipe.2015.0.14.245
- García, A. I., Del Olmo, P., Carballo, N., Medina, M., Gonzalez, C., y Morales de los Ríos, P. (2005). Reeduación del suelo pélvico. *Enfuro*, 94, 19-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3099456>
- García, J. C. (2008). Hacia una fundamentación científica de la Gerontología. *Praxis sociológica*, 12, 118-136.
- García, M. C. y Romero, G. J. (2006). Escalas de valoración geriátrica. *Jano*, 10-16.
- García, M., Rodríguez, C., y Toronjo, A. M. (2003). *Enfermería S21. Enfermería del anciano*. Madrid: DAE, S.L.
- García, M., Torres, M. P., y Ballesteros, E. (2004). *Enfermería Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- García, M.A., Mansilla, J.J., Nieto, E., Cereto M.E., Salas, F., Vallejo, M., y Martínez, J. (2001). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH medida por el Cuestionario de Salud SF-36. *Anales de Medicina Interna*, 18(2), 74-79. <http://scielo.isciii.es/pdf/ami/v18n2/original4.pdf>
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. & Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324(7351), 1417. doi: 10.1136/bmj.324.7351.1417
- Garriga Trillo, A.J., Lubín Pigouche, P., Merino Merino, Padilla Suárez, M., Recio Saboya, P., y Suárez Falcón, J.C. (2011). *Introducción al análisis de datos*. Madrid: UNED.
- Gibbons, J. D., & Chakraborti, S. (2003). *Nonparametric Statistical Inference* (4ª ed.). Nueva York: Marcel Dekker.
- Gibson, H.B. (1992). *The emotional and sexual lives of older people: a manual for professionals*. New York: Chapman and Hall.
- Gil Gregorio, P. (2012). *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Incontinencia urinaria*. Madrid: Sociedad española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de

<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEG/CentrosDia/GBPCG%20INCONTINENCIA%20URINARIA.pdf>

- Giró, J. (2005). El envejecimiento demográfico. En J. Giró (Ed.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 17-42). Logroño: Universidad de la Rioja.
- Gómez, L. E., Verdugo, M.A., Arias, B., y Navas, P. (2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: La Escala Fumat. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199. Recuperado de http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Gómez-Besteiro, M.I., Santiago-Pérez, M.I., Aonso-Hernández, A., Valdés-Cañedo, F. & Rebollo-Álvarez, P. (2004). Validity and Reliability of the SF-36 Questionnaire in patients on the Waiting List a Kidney Transplant and Transplant Patients. *American Journal of Nephrology*, 24, 346-351. doi: 10.1159/000079053
- Gómez de Vicente, J. M., López-Fando, L., Carracedo Calvo, D., Sánchez Gallego, M.D., Jiménez Cidre, M.A., Vallejo Herrador, J., ... y Burgos Revilla, J. (2016). *Análisis de incongruencias de la versión española del diario miccional de tres días*. En XXII Reunión Nacional del Grupo de Urología Funcional, Femenina y Urodinámica, Asociación Española de Urología, La Coruña.
- Gómez-Vela, M^a., y Sabeh, E. (2001): *Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la practica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- González, P., Díaz, J., Rodríguez, L. F., y Bobes, J. (1993). Modelos de calidad de vida. *Psiquiatra*, 5(6), 18.-19. Recuperado de https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/1993_Gonzalez_Modelos.pdf
- González-Galán, A. (2014). Características técnicas de los instrumentos de medida desde la teoría clásica de los test. Fiabilidad y validez. En C. Martínez Mediano (Coord.), *Técnicas s instrumentos de recogida y análisis de datos* (pp.213-243). Madrid: UNED.
- González, C.J., González, V. M., & Lorig, K. (1997). The health related quality of life: HRQOL. *Arthritis Care & Research*, 10, 448-456.

- Goffman, E. (1998). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Gormley, L. D., Lightner, D. J., Burgio, K. L., Chai, T. B., Clemens, J. Q., Culkin, D. J., ..., & Vasavada, S. P. (2014). *Diagnosis and treatment of overactive bladder (non-neurogenic) in adults: AUA/SUFU*. American Urology Association. Recuperado de American Urology Association. doi: 10.1016/j.juro.2015.01.087
- Gotoh, M., Kobayashi, T., & Sogabe, K. (2014). Characterization of Symptom Bother and Health-related Quality of Life in Japanese Female Patients with Overactive Bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 34(8), 730-735. doi: 10.1002/nau.22663
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Griebing, T. L. (2013). Overactive Bladder in Elderly Men: Epidemiology, Evaluation, Clinical Effects, and Management. *Current Urology Reports*, 14, 418-425. doi: 10.1007/s11934-013-0367-0
- Groenvold, M., Klee, M. C., y Sprangers, M. A. G. (1997). Validation of the EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire through combined qualitative and quantitative assessment of patient-observer agreement. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50, 441-450. Doi: 10.1016/S0895-4356(96)00428-3
- Günther, H. (2006). Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão? *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 22(2), 201-210. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar quality of life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 31, 215-220. doi: 10.1111/j.1547-5069.1999.tb00483.x|
- Hadorn, D. C., Sorensen, J., & Holte, J. (1995). Large-scale health outcomes evaluation. How should quality of life be measured? Part II – Questionnaire validation in a cohort of patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Epidemiology*, 48, 619-629. doi: 10.1016/0895-4356(94)00186-T
- Hammer, D., Sanjeev, D., Butterworth, E., & Barczack, P. (1991). Using the Hospital Anxiety and Depression Scale to Screen for Psychiatric Disorders in People

presenting with Deliberate Self- Harm. *British Journal of Psychiatry*, 158, 782-84.
Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1873631>

Han, M., Lee, N., & Park, H. (2006). Abdominal obesity is associated with stress urinary incontinence in Korean women. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 17, 35-39. doi: 10.1007/s00192-005-1356-8

Hannestad, Y.S., Rortveit, G., Sandvik, H., & Hunskaar S. (2000). A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: The Norwegian EPINCONT study. *Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trondelag. Journal Clinical Epidemiological*, 53, 1150-1157. Recuperado de http://www.ssu.ac.ir/cms/fileadmin/user_upload/Mtahghighat/salamat_salmandi/pdf/1A_community-based_epidemiological_survey_of_femalen.pdf

Haslam, J. (2008). Biofeedback. In Haslam, J. & Laycock, J. (Eds.) *Therapeutic Management of Incontinence and Pelvic Pain. Pelvic Organ Disorders* (pp. 105-120). London: Springer.

Heidler, S., Mert, C., Temml, C., & Madersbacher, S. (2011). The Natural History of the Overactive Bladder Syndrome in Females: A Long-Term Analysis of a Health Screening Project. *Neurourology and Urodynamics*, 30, 1437-1441. doi: 10.1002/nau.21093

Herdman, M., Badia, X., y Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*, 28(6), 425-429. Recuperado de http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13020211&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=100&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v28n06a13020211pdf001.pdf

Herdman, M., Gudez, C., Lloyd A., Janssen M.F., Kind, P., Parkin D. & Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20, 1727-1736. Doi: 10.1007/s11136-011-9903-x. doi: 10.1007/s11136-011-9903-x

Hernández C, Estivill, E. & Cantalapiedra, A. (2010). Impact of nocturia on sleep quality in patients with lower urinary tract symptoms suggesting benign prostatic

- hyperplasia (LUTS/BPH). The NocSu Study. *Actas Urológicas Españolas*, 34(5), 450-459. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/aeue/v34n5/original5.pdf>
- Hernández Figueroa, A. (s.f). Enfermería geriátrica. Recuperado de <https://de.slideshare.net/AlonsoFigueroa/enfermera-geritrica?cv=1>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., y Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. Recuperado de http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Herrero, M. J., Balnch, J., Peri, J. M., De Pablo, L., Pintor, A., & Bulbena, A. (2003). A validation study of the Hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25, 277-283. doi: 10.1016/S0163-8343(03)00043-4
- Herschorn Sender, S., Steven, S., Zhonghong, G., Carlsson, M., Morrow, J., Brodsky, M. & Gong, J. (2009). Comparison of fesoterodine and tolterodine extended release for the treatment of overactive bladder: a head-to-head placebo-controlled trial. *BJU International*, 105, 58-66. doi: 10.1111/j.1464-410X.2009.09086.x
- Higginson, I., & Carr, A. (2001). Measuring the quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, 322, 1297-1300. doi: 10.1136/bmj.322.7297.1297
- Himmelfarb, S., & Murrel, S. (1984). The prevalence and correlation of anxiety symptoms in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 116, 159-167. doi: 10.1080/00223980.1984.9923632
- Holmes, W.C., & Shea, J.A. (1999). Two approaches to measuring quality of life in the HIV-AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. *Quality of Life Research*, 8 (6), 515-527. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/4037485>
- Hornquist, J.O. (1982). The concept of quality of life. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 10, 57-61. Doi: 10.1177/140349488201000204
- Hunger, C., Hilzinger, R., Kock, T., Mander, J., Sander, A., Bents, H., & Schweitzer, J. (2016). Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social

- anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 17(171), 1-13. doi: 10.1186/s13063-016-1252-1
- Hunnskaar, S., Arnold, E. P., Burgio, K., Diokno, A. C., Herzog, A. R., & Mallet, V. T. (2000). Epidemiology and Natural History of Urinary incontinence. *International Urogynecology Journal*, 22 (5), 301-319. doi: 10.1007/s001920070021
- Ikeda, Y., Nakagawa, H., Ohmori-Matsuda, K., Hozawa, A., Masamune, Y., Nishino, Y., ... & Arai, Y. (2011). Risk factors for overactive bladder in the elderly population: a community-based study with face-to-face interview. *Journal Urology*, 18, 212-218. doi: 10.1111/j.1442-2042.2010.02696.x
- INE (2017). Lugar de publicación: INEbase. Recuperado de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
- INE (2018). Lugar de publicación: Notas de prensa. Recuperado de http://www.ine.es/prensa/pad_2018_p.pdf
- Irwin D.E., Milsom, I., Kopp, Z., Abrams, P., & Cardozo, L. (2006). Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU International*, 97, 96-100. doi: 10.1111/j.1464-410X.2005.05889.x
- Izal, M., y Fernández-Ballester, R. (1990). Modelos ambientales sobre la vejez. *Anales de psicología*, 6(2), 181-198. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v06/v06_2/07-06_2.pdf
- Jackson, S., Donovan, J., Brookes, S., Eckford, S., Swithinbank, L., & Abrams, P. (1996). The Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms questionnaire: development and psychometric testing. *British Journal of Urology*, 77(6), 805-812. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8705212>
- Jerez-Roig, J., Souza, D. L., Espelt, A., Costa-Marín, M., y Belda-Molina, A. M. (2013). Electroestimulación del suelo pélvico e mujeres con incontinencia urinaria y/o síndrome de vejiga hiperactiva: una revisión sistemática. *Actas Urológicas Españolas*, 37(7), 429-444. doi: 10.1016/j.acuro.2012.08.003

- Jiménez Cidre, M. (2002). Obstrucción del tracto urinario inferior en la mujer. *Archivos Españoles de Urología*, 55(9), 989-999. Recuperado de <https://medes.com/publication/7171>
- Jiménez Cidre, M.M., López-Fando Lavalle, L., Esteban Fuertes, M., Salinas Casado, J., y Prieto Chaparro, L. (2011). *Evaluación de la urgencia miccional en mujeres con vejiga hiperactiva idiopática en unidades de urología funcional y urodinámica. Resultados de un estudio multicéntrico nacional (VH04-09)*. En LXXVI Congreso Nacional de Urología. Asociación Española de urología, Málaga.
- Kahana, E. (1975). A congruence model of person environment interaction. In P.G. Windley, T. Byerts & E.G. Ernst (Eds.), *Theoretical development in environments and aging* (pp.97-131). Washington, DC.: Gerontological Society. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/278667470_A_Congruence_Model_of_Person-Environment_Interaction
- Kaplan, R.M. (1994). The Ziggi theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychology*, 13, 451-460. Doi: 10.1037/0278-6133.13.6.451
- Karnofsky, D.A. (1965). Problems and pitfalls in the evaluation of anticancer drugs. *Cancer*, 18, 1517-1528. doi: 10.1002/1097-0142
- Keller, S., Ware J., Bentler, P.M., Aaronson, N.K., Alonso, J., Apolone, G., ... & Gandek, B. (1998). Use of structural equation modeling to test the construct validity of the SF-36 Health Survey in ten countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1179-88. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00110-3
- Kerlinger, F.N. (1975). *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. México: Interamericana.
- Kevin, W.S., Smith, N.E., Assmann, A., & Assmann, S. (2000). Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A meta analysis. *Quality of Life Research*, 8, 447-459. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10474286>
- Kilic, M. (2016). Incidence and risk factors of urinary incontinence in women visiting Family Health Centers. *SpringerPlus*, 5, 1331. doi: 10.1186/s40064-016-2965-z

- Kind, P., & Car-Hill, R. (1987). The Nottingham health profile: A useful tool for epidemiologist? *Social Science & Medicine* 25(8), 905-910. doi: 10.1016/0277-9536(87)90260-7.
- Kinsey, D., Pretorius, S., Glover, L., & Alexander, T. (2014). The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 1-13. doi: 10.1177/1359105314522084
- Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., fantopoulos, J., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. (2008). Validity of the EuroQol (EQ-5D) Instrument in a Greek General Population. *Value in health*, 11(7), 1162-1169. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00356.x
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subjetividad y Procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. Recuperado de <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/1042>
- Kreder, K., & Dmochowski, R. (2007). *The overactive bladder. Evaluation and management*. USA: Informa Healthcare.
- Lains Mota, R. (2017). Female urinary incontinence and sexuality. *International Brazilian Journal of Urology*, 43(1), 20-28. doi: 10.1590/S1677-5538.IBJU.2016.0102
- Lakatos, E. M., y Marconi, M. A. (2008). *Metodologia Científica: Ciência e Conhecimento Científico; Métodos Científicos; Teoria, Hipóteses e Variáveis; Metodologia Jurídica*. São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Lally, S.J. (1989). Does being in here mean there is something wrong with me? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 253-265. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/15.2.253>
- Lalonde, L., Clarke, A. E., Joseph, L., Mackenzie, T., & Grover, S.A. (1999). Comparing the psychometric properties of preference-based and nonpreference-based health-related quality of life in coronary heart disease. *Quality of Life Research*, 8, 399-409. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10474281>

- Lara-Muñoz, M. C., Ponce de León, S., y De la Fuente, J.R. (1995). Conceptualización y medición de la calidad de vida con cáncer. *Revista de Investigación Clínica*, 47, 315-327. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8525135>
- Lara-Muñoz, M.C, Ponce de León, S., y De la Fuente, R. (1996). Desarrollo de un instrumento para medir la calidad de vida de pacientes con cáncer. *Salud Mental*, 19(3), 30-35. Recuperado de http://revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/632/631
- Latorre, A., Del Rincón, D., y Arnal, J. (1996). *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: GR92.
- Lawton, M. P. (1999). Quality of life in chronic illness. *Gerontology*, 45, 181-183. doi: 10.1159/000022083
- Lawton, M. P. (2001). Quality of life and the end of life. In J. E. Birren, & K. W. Schaie, *Handbook of the psychology of aging* (pp. 593-616). Nueva York: Academic Press.
- Lawton, M.P. (1975). Competence, environmental press and adaptation. In P. G. Windley, T.O. Byerts & G. Ernst (Eds.): *Theory development in environment and aging*. Washigton D.C.: Gerontological Society.
- Lawton, M.P. (1977). The impact of the environment on aging behavior. In L. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Lee, W., & Chi, K. N. (2000). The standard of reporting of health-related quality of life in clinical cancer trials. *Journal Clinical Epidemiology*, 53, 451-458. doi: 10.1016/S0895-4356(99)00221-8
- Lehman, A.F., Ward, N. C., & Linn, L. S. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of psychiatry*, 39,1271-1276. doi: 10.1176/ajp.139.10.1271
- Leiva-Moral, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index de Enfermería*, 17(2). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010

- Leturia Arrazola, F. J., Yanguas Lezaun, J. J., Arriola Manchola, E., y Urriarte Méndez, A. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Madrid: Cáritas. Recuperado de <http://sid.usal.es/4563/8-1>
- Leung, C. M., Ho, S., Kan, C. S., Hung, C.H., & Chen, C.N. (1993). Evaluation of the Chinese version of the Hospital Anxiety and depression scale. A cross-cultural perspective. *International Journal of Psychosomatics*, 40(1-4), 29-34. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8070982>
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Leyva-Moral, J. M. (2008). La expresión sexual de los ancianos. Una sobredosis de falsos mitos. *Index de Enfermería*, 17(2), 124-127. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200010
- Liang, M. H., Fossel, A. H., & Larson, M.G. (1990). Comparisons of five health status instruments for orthopedic evaluation. *Medical Care*, 28(7), 632-642. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2366602>
- Lim, J. R., Bak, C. W., & Lee, J. B. (2007). Comparison of anxiety between patients with mixed incontinence and those with stress urinary incontinence. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 41, 403-406. doi: 10.1080/00365590701303702
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v29n3/enf08313.pdf>
- López Barajas Zayas, E., López López, E., y Pérez Juste, R. (1988). *Pedagogía Experimental I*. Madrid: UNED.
- López Chao, V. (2016). *El impacto del diseño del espacio y otras variables socio-físicas en el proceso de enseñanza-aprendizaje*. (Tesis inédita de doctorado). Universidade da Coruña, A Coruña.
- López García, G. A., Valoís Figueroa, L., Arias Gómez, J., Alonzo Vázquez, F., Cárdenas Navarrete, R., Villasis Keever, M. A....y Morales Castillo, M. E. (1996). Validación del cuestionario COOP-Dartmouth para evaluar estado funcional

biopsicosocial en escolares y adolescentes con enfermedad crónica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 53, 606-615.

López Revuelta, K., García López, F.J., Moreno, F., y Alonso, J. (2004). Perceived mental health at the start of dialysis as a predictor of morbidity and mortality in patients with end-stage renal disease (calvidia Study). *Nephrology Dialysis Transplant*, 19, 2347-2353. doi: 10.1093/ndt/gfh392.

López-García, E., Banegas, J. R., Pérez-Regadera, A. G., Gutiérrez-Fisac, J. L., Alonso, J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 Health Survey in the elderly. *Medicina Clínica*, 120(15), 568-573. doi: 10.1157/13046436

López-Ibor, J. J. (1969). *La angustia vital*. Madrid: Paz Montalvo.

López-Torres Hidalgo, J., Navarro Bravo, B., Párrada Martínez, I., Andrés Pretel, F., Rabanales Sotos, J., y Simarro Herráez, M. J. (2013). El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 47-52. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.11.014

Lorenzo Viego, C. (2004). La sexualidad en la tercera edad. *Psicocentro*. Recuperado de en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art48001

Lose, G. (2005). The burden of stress urinary incontinence. *Eur Urol Supplements*, 4, 5-10. Recuperado de [https://www.eusupplements.europeanurology.com/article/S1569-9056\(04\)00084-3/pdf](https://www.eusupplements.europeanurology.com/article/S1569-9056(04)00084-3/pdf)

Lovell, D.J. (1992). The health assessment questionnaire: HAQ. *The Journal of Rheumatology*, 30, 819-824. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16273780> (Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. Recuperado de <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/07/HAQ-SER-SPANISH-QUESTIONNAIRE.pdf>)

Lugo, L.H., García, H.L., y Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf>

- MacFarland, T.W., & Yates, J. M. (2016). *Mann-whitney U test. In Introduction to Non parametric Statistics for the Biological Sciences Using R*. Suiza: Springer International Publishing.
- Macías Fernández, J. Á. (2007). *Manual Básico de psiquiatría geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Macías Núñez, J. F., Guillén Llera, F., y Ribera Casado, J. M. (2001). *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Glosa.
- Mafokozi, J. (2009). *Introducción a la estadística*. Madrid: CCS.
- Marín, P. (1998). La situación del adulto mayor en Chile. *Revista Médica de Chile*, 125 [artículo especial], 1207-1212.
- Martin, A., & Stockler, M. (1998). Quality-of-life assessment in health care research and practice. *Evaluation and the Health Professions*, 21, 141-156. doi: 10.1177/016327879802100202
- Martínez Arias, R. (1996). *Psicometría: teoría de los test psicológicos y educativos*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Martínez de la Iglesia, J., Duenas Herrero, R., Onis Vilches, M.C., Aguado Taberne, C., Albert Colomer, C., y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 17(4):129-34. doi:10.1016/S0210-4806(09)74117-8
- Martínez Guerrero, J. M., Correa Rodríguez, M^a. C., y Gutiérrez Romero, J. (2014). Satisfacción subjetiva del sueño, insomnio y empleo de ayuda para dormir en la población anciana. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 11(73). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/74>
- Martínez Martín, M. L. (2005). *Cambios estructurales y funcionales del envejecimiento (tema 7)*. Recuperado de <https://studylib.es/doc/4748165/cambios-estructurales-y-funcionales-del-envejecimiento-fi...>
- Martínez-Agulló, E., Ruiz Cerdá, J. L., Gómez Pérez, L., Ramírez Backhaus, M., Delgado Oliva, F., & Rebollo, P. (2009). Grupo de estudio cooperativo EPICC

Prevalence of urinary incontinence and hyperactive bladder in the Spanish population: Results of the EPICC study. *Actas Urol Esp*, 33(2), pp. 159-166. doi: 10.1016/S0210-4806(09)74117-8

Martínez-Agulló, E., Ruiz-Cerdá, J. L., Arlandis, S., Rebollo, P., Pérez, M., Chaves, J. & EPICC, G. D. (2010). Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25-64 años. Estudio EPICC. *Actas Urológicas Españolas*, 34(7), 159-66. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480609741178?via%3Dihub>

Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vinde, A., y García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Revista Ansiedad y estrés*, 18(2-3), pp. 201-219. Recuperado de https://www.academia.edu/24907859/Estado_actual_de_la_investigaci%C3%B3n_sobre_la_teor%C3%ADa_tridimensional_de_la_ansiedad_de_Lang

McFarland, T. W., & Yates, J. M. (2016). *Introduction to nonparametrics Statistics for the biological sciences using R*. Switzerland AG: Springer

McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F. A., Delgado, P. L., McKnight, K. M., & Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and Validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 25-40. doi: 10.1080/009262300278623

McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS-36-item short-form health survey: FS-36. *Medical Care*, 32, 40. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Meléndez Moral, J. C., Tomás Miguel, J. M., y Navarro Pardo, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 43(2), 90-95. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X08711612>

- Melotti, I. G., Teatin Juliato C. R., Tanaka, M., & Zanettinni Ricetto, C. L. (2017). Severe depression and anxiety in women with overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*, 37, 223–228. doi: 10.1002/nau.23277
- Méndez Rubio, S., y Salinas Casado, J. (2011). Parámetros urodinámicos: residuo postmiccional. *Pruebas diagnósticas*, 67-71. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/290830>
- Milla, F. J., y Díaz Romero, D. (2007). Electroestimulación percutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de la hiperactividad vesical. *Enfuro*, 104, 14-18. Recuperado de <file:///C:/Users/J%C3%A9sus%20Miguel/Downloads/Dialnet-ElectroestimulacionPercutaneaDelNervioTibialPoster-2949372.pdf>
- Millán Calenti, J. C. (2006). *Principos de Gerontología y Geriatría*. Madrid: McGraw-Hill.Interamericana.
- Milsom, I., Abrams, P., Cardozo, L., & cols. (2001). How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A populationbased prevalence study. *BJU International*, 87, 760-766. doi: 10.1046/j.1464-410x.2001.02228.x
- Milsom, I., Kaplan, S. A., Coyne, K. S., Sexton, C. C., & Kopp, Z. S. (2012). Effect of bothersome overactive bladder symptoms on health-related quality of life, anxiety, depression, and treatment seeking in the United States: results from EpiLUTS. *Urology*, 80, 90-96. doi: 10.1016/j.urology.2012.04.004
- Milsom, I., Stewart, W. y Thuroff, J. (2000). The prevalence of overactive bladder. *Am J Manag Care*, 6, pp. S565-S573. doi: 10.1016/j.urology.2012.04.004
- Minassian, V.A., Drutz, H.P. y Al-Badr, A. (2003). Urinary incontinence as a worldwide problem. *Int J Gynaecol Obste*; 82: 327-338. doi: 10.1016/S0020-7292(03)00220-0
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Guía de práctica clínica sobre la depresión mayor en la infancia y adolescencia. Actualización*. Madrid: Unidad de Asesoramiento Científico-técnico, Avalia-t. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_575_Depresion_infancia_Avaliat_compl.pdf

- Miralles Basseda, R., y Esperanza Sanjuán, A. (2004). Técnicas conductuales en la vejiga hiperactiva. En M. e. geriatría, *Vejiga hiperactiva y personas mayores* (pp. 45-56). Barcelona: Glosa.
- Montella, J. M. (2008). Management of Overactive bladder. En A., Bent, G. Cundiff, G. & S. Swift, *Urogynecology and Pelvic floor Dysfunction* (pp. 170-182). Philadelphia: Wolters Kluwer health.
- Montgomery, P., y Shepard, L. (2010). Insomnia in older people. *Clinical Gerontology*, 20, 205-218. doi: 10.1017/S095925981000016X
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A., y Márquez, M. (2001). Prevalence of anxiety and depression disorders in an elderly sample living in the community. *MAPFRE MEDICINA*, 12(1), 19-25.
- Moon, S. J., Tae, Y., Yong, T., Moon, H., Jung, M., Ah, S., & Youl, B. (2011). The Influence of an Overactive Bladder on Falling: A Study of Females Aged 40 and Older in the Community. *Neurology International*, 15, 41-47. DOI: 10.5213/inj.2011.15.1.41
- Moons, P., Marquet, K., Budts, W., & De Geest, S. (2004). Validity, reliability and responsiveness of the "Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting" (SEIQoL-DW) in congenital heart disease. *Health and Quality of life Outcomes*, 2,1-8. doi: 10.1186/1477-7525-2-27
- Moreno Astorga, F. (2006). *Enfermería geriátrica*. Recuperado de <https://www.monografias.com/trabajos31/enfermeria-geriatrica/enfermeria-geriatrica.shtml>
- Moreno, R., Arreortua, S.C. y Cruz, M. M. (2012). Efectividad de la estimulación magnética en pacientes con vejiga hiperactiva. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 24(2), 31-37. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2012/mf122b.pdf>
- Moríñigo Domínguez, A. (2006). *La sexualidad de los mayores: disfunciones sexuales y trastornos psicosexuales*. En Agüera, L., Cervilla J., y Martín, M. (Coord.), *Psiquiatría Geriátrica* (pp. 632-639). Barcelona: Masson.

- Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., y Vandeveldde, S. (2013). Quality of life in persons with intelectual disabilities and mental health problems: an explorative study. *The Scientific World Journal*, 1-8. doi: 10.1155/2013/491918
- Morley, J. E. (2004). *A brief History of Geriatrics. The Journals of Gerontology: Series A*, 59(11), 1132–11520022. doi: 10.1093/gerona/59.11.1132
- Muñiz, J. (2010). Las teorías de los test: Teoría clásica y teoría de respuesta a los ítems. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 57-66. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1796.pdf>
- Muñoz, M. Y., Augusto, R., y Petit, K. Z. (2013). Sexualidad en el adulto mayor. *Encuentro Educativo*, 20(3), 397-403.
- Muñoz, N., y García, M. P. (2015). Revisión de intervenciones no farmacológicas en el tratamiento de la vejiga hiperactiva. En J.J. Gázquez, M. D. Pérez-Fuentes, M. D. Molero, A. B. Barragán, F. Cardila y Marto, A. (Comps.), *Salud, Alimentación y sexualidad en el envejecimiento*. Volumen 1 (pp. 149-158). Almería: ASUNIVEP. Recuperado de <https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/sexualidad-envejecimiento.pdf>
- National Collaborating Centre for Mental Health. Depression (2009). *The treatment and management of depression in adults* (updated edition). *National Clinical Practice Guideline Number 90*. London: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists.
- Nauffal, D., Doménech, R., Martínez García, M. A., Compte, L., Macián, V., & Perpiñá, M. (2002). Noninvasive positive pressure home ventilation in restrictive disorders: outcome and impact on health related quality of life. *Respiratory Medicine* 96, 777-783. doi: 10.1053/rmed.2002.1347
- Nava Galán, M^a. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enf Neurol (Mex)*, 11(3), 129-137. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Neimark, M., & Davila, G.W. (2002). Vejiga hiperactiva: prevalencia y efectos sobre la calidad de vida. *Clínicas obstétricas y ginecológicas*, 1, 171-178. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/70912>

- Nelson, E.C, Landgraf, J.M., Hays, R.D., Wasson, J.H., & Kirk, J.W. (1990). The functional status of patients. How can it be measured in physicians offices? *Medical Care*, 28, 1111-1126. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2250496>
- Netter, F.H. (2008). Atlas de Anatomía Humana. Barcelona: Masson.
- Nicolson, P., Kopp. Z., Chapple, C. R., & Kelleher, C. (2008). It's just the worry about not being able to control it! A qualitative study of living with overactive bladder. *Journal Health Psychology*, 3(2), 343-59. doi: 10.1348/135910707X187786
- Noblett, K. L., Jensen, J. K., & Ostergard, D. R. (1997). The relationship of body mass index to intra-abdominal pressure as measured by multichannel cystometry. *International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction*, 8(6), 323-326. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9609328>
- O'Shea, E. (2003). *La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes*. Madrid: Insituto de Migraciones y servicios Sociales.
- Oppong J. R., Ironside R. G., & Kennedy L. W. (1987) *Perceived Quality of Life in a Centre: Periphery Framework*. Edmonton Area Series Report No. 52. Department of Sociology, University of Alberta, Edmonton, Alberta. USA. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF03359560>
- Organización Mundial de la Salud OMS (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Washington DC, EE. UU: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (1985). *Hacia el bienestar de los ancianos*. Washington DC, EE. UU: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Naciones Unidas (2002). Declaración de Johannesburgo sobre el desarrollo sostenible. Recuperado de <http://www.upv.es/contenidos/CAMUNISO/info/U0667148.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (1999). *Sigamos activos para envejecer bien. Día Mundial de la Salud*. Boletín oficial, 7 de abril. Washington DC, EE.UU.

- Pablo Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Theoretical and clinical models for the conceptualization and treatment of depression. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(1), 119-145. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/406115>
- Palma, T., Raimondi, M., Souto, S., Fozzati, C., Palma, P., y Riccetto, C. (2013). Correlación entre la edad y los síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres jóvenes en Brasil. *Actas Urológicas Españolas*, 37(3), 156-161. doi: <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2012.07.009>
- Pardo, G. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 22(1), 58-67. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v22n1/ibi08103.pdf>
- Parkerson, G. R., Broadhead, W. E., & Chiu-Kit, J. T. (1990). The Duke health profile. A 17- Item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, 28, 1056-1071. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2250492>
- Patel, A. S., O`Leary, M. L., Stein, R. J., Leng, W. W., Chancellor, M. B., Patel, S. G. & Borello-France, D. (2006). The relationship between Overactive Bladder and Sexual Activity in Women. *International Brazilian Journal of Urology*, 32(1), 77-87. Recuperado de http://www.brazjurol.com.br/january_february_2006/Patel_ing_77_87.pdf
- Paterson, C., Langan, C. E., McKaig, G. A., Anderson, P. M., Maclaine, G. D., Rose, L. B., & Campbell, M. J. (2000). Assessing patient outcomes in acute exacerbations of chronic bronchitis: The measure your medical outcome profile (MYMOP), medical outcomes study 6-items general health survey (MOS-6A) and EuroQol (EQ-5d). *Quality of Life Research*, 9(5), 521-527. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11190007>
- Patrick, D. L., & Erickson, P. (1988). What constitutes quality of life? Concepts and dimensions. *Clin Nutr* (7), 53-63.
- Patrick, D. L., & Erikson, P. (1993). *Health status and health policy. Allocating resources to health care*. New York: Oxford University Press.
- Patrick, D. L., Kinne, S., Engelberg, R. A., & Perllman. (2000). Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions: PQoL.

Journal of Clinical Epidemiology, 53, 779-785. doi: 10.1016/S0895-4356(00)00205-5

- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J., y García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas ¿qué estadístico utilizar. *Universitas Psychologica*, 14(1), 245-254. Recuperado de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/issue/view/567>
- Pérez Martínez, V. (2007). Sexualidad Humana: una mirada desde el adulto mayor. *Revista cubana de medicina general integral*, 24(1), 1-8. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n1/mgi10108.pdf>
- Pérez Serrano, G. (2006). *Calidad de vida en personas mayores*. Madrid: Dykinson.
- Pérez, A., Ros, C., Palau, M. J., Hergueta de Diego, B., Rovira, J., y Espuña-Pons, M. (2013). Factores de riesgo de hiperactividad vesical en mujeres con obesidad mórbida. *Suelo Pélvico*, 9(2), 28-32. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/335872>
- Pérez, M., y García, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/471.pdf>
- Pérez, R. J., y Reyes, M. A. (2010). Vejiga hiperactiva y su manejo con toxina botulínica tipo A en el Hospital General de México. *Revista Mexicana de Urología*, 70(4), 228-242. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2010/ur104h.pdf>
- Pérez, R., García, J. L., Gil, J. A., y Galán, A. (2009). *Estadística aplicada a la educación*. Madrid: UNED-Pearson.
- Permanyer Miralda, C., Brotons Cuixart, C., Ribera Solé, A., Alonso Caballero, J., Cascant Castelló, P. y Moral Peláez, I. (2001b). Resultados después de cirugía coronaria: determinantes de calidad de vida relacionada con la salud postoperatoria. *Revista Española de Cardiología*, 54(5), 607-616. Recuperado de http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13012807&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=49&accion=L&origen=

cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v54n05a13012807pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf

- Permanyer Miranda, C., Brotons, C., Ribera, A., Moral, I., Cascant, P., Alonso, J., y Martínez, C. (2001). Resultados clínicos y de calidad de vida de los pacientes tratados con angioplastia coronaria con balón o stent. Estudio multicéntrico prospectivo. *Revista Española de Cardiología*, 54(5), 597-606. http://appswwl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13012806&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=48&accion=L&origen=cardio&web=www.revespcardiol.org&lan=es&fichero=25v54n05a13012806pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf
- Piault, E., Evans, C. J., Espindle, D., Kopp, Z., Brubaker, L., & Abrams, P. (2008). Development and Validation of the Overactive Bladder Satisfaction (OAB-S) Questionnaire. *Neurology and Urodynamics*, 27, 179-190. doi: 10.1002/nau.20455
- Pinazo Hernandis, S., y Sánchez Martínez, M. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson. Prentice Hall.
- Plaza Zamora, P. (2012). *Enfermera-ensayos*. Universidad Pontificia Recuperado de <https://www.buenastareas.com/ensayos/Enfermera/6656679.html?cv=1>
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The timed "Up and Go" Test: a Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *Journal of American Geriatric Society*, 39, 142-148. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x
- Poradzisz, M. & Florczak, K. (2013). Quality of Life: Input or Outcome? *Nursing Science Quarterly*, 26(2), 116–120. doi: 10.1177/0894318413477149
- Prat, R. y Doval, E. (2003). Construcción y análisis estadístico de escalas. En J.P. Lévy, y J. Varela, J. (Dirs.), *Análisis multivariable para las ciencias sociales* (pp.43-90). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Prieto, O. (1999). Gerontología y geriatría. Breve resumen histórico. *RESUMED*, 12(2), 51-54.

- Proietti, S., Giannantoni, A., Sahai, A., Shamim Khan, M., & Dasgupta, P. (2012). Overactive Bladder and Sexual Function: A Nightmare Couple. *BJU International*, 921-924. doi: 10.1111/j.1464-410X.2012.11411.x
- Quintana, J.M., Padierna, A., Esteban, C., Arostegui I., Bilbao, A., & Ruiz, I. (2003). Evaluation of the Psychometric characteristics of the Spanish version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10, 216-221. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00062.x
- Quintero, J. (1992). Comunicación personal a J. Gradu (1996).
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Rassen Nunes, G. (2005). *Avaliação do programa Nacional de Informática na Educação –PROINFO- no estado de Rondônia-*. (Tesis inédita de doctorado). Universidade da Coruña, A Coruña.
- Razali, N.M. & Wah, Y.B. (2011). Power comparisons of chapiro-wilk, Kolmogorov-smirnov, lilliefors and Anderson-darling test. *Journal of statistical modeling and analytics*, 2(1), 21-33. Recuperado de http://www.de.ufpb.br/~ulisses/disciplinas/normality_tests_comparison.pdf
- Rebassa, M., Conde, G., Cholvi, M., Briones, G., Mus, A., Blasco, M., . . . & Gutiérrez, C. (2007). Nuevo tratamiento para la vejiga hiperactiva. Experiencia inicial en el tratamiento de la vejiga hiperactiva refractaria con toxina botulínica tipo A. *Medicina Balear*, 28-33. Recuperado de http://ibdigital.uib.cat/greenstone/collect/medicinaBalear/index/assoc/Medicina/_Balear2/007v22n2/p028.dir/Medicina_Balear2007v22n2p028.pdf
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., & Kramer, M. E. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States: based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3263101>
- Reig Ferrer, A., Cabrero García, J., y Richart Martínez, M. (1996). Comportamiento y salud en la vejez. *Rev española Geriatr Gerontol*, 3(1), 37-44. Recuperado de

<https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/comportamiento-y-salud-en-la-vejez.pdf>

Rexach Cano, L. (2004). El tratamiento farmacológico y otras alternativas terapéuticas en el manejo de la vejiga hiperactiva. En M. e. Geriátría, *Vejiga hiperactiva y personas mayores* (pp. 57-70). Barcelona: Glosa.

Rexach Cano, L. y Verdejo Bravo, C. (1999). Incontinencia urinaria. *Información terapéutica del sistema nacional de salud*, 23(6), 149-158. Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/incontinencia.pdf>

Rey de Castro, J. (2007). El síndrome de apneas-hipopneas del sueño en la población pediátrica. *Revista peruana de pediatría*, 62(3), 174-181. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/rpp/v60n3/pdf/a07v60n3.pdf>

Ribera, J. M., y Cruz, A. J. (1997). *Geriátría en Atención primaria* (2ª edic.). Barcelona: Uriach.

Ríos de Deus, P. M^a. (2003). *Evaluación de la calidad del PAS en la Universidad de A Coruña*. (Tesis inédita de doctorado). Universidade da Coruña, A Coruña.

Robles, J. E. (2006). La incontinencia urinaria. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 29(2), 219-232. Recuperado de <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2570/1950>

Rodríguez Adamns, E.M. (2012). Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir*, 4(1), 245-250. Recuperado de <http://files.sld.cu/cimeq/files/2012/06/imq-2012-4-1-244-259-calidad-de-vida-y-percepcion-de-salud-en-mujeres-de-mediana-edad.pdf>

Roca, F. V. (2014). Abordaje de la hipertensión arterial en el paciente anciano. SEMERGEN. *Revista medicina de familiar*, 40, 3-9. doi: 10.1016/S1138-3593(14)74381-3

Rojo-Pérez, F., y Fernández-Morayalas, G. (Eds). (2011). *Calidad de vida y envejecimiento. La visión de los mayores sobre sus condiciones de vida*. Bilbao: Fundación BBVA. Recuperado de https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2017/05/dat/DE_2012_calidad_vida.pdf

Rosado, M.A. (2005). *Metodología de investigación y evaluación*. México: Trillas.

- Rosen, R.C., Capelleri, J. C., & Gendrano III, N. (2002). The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review. *International Journal of Impotence Research*, 14, 226-244. doi: 10.1038/sj.ijir.3900857
- Rosen, R. C., Cappelleri, J. C., Smith, M. D., Lipsky, J., & Peña, B. M. (1999). Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 11, 319-326.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., . . . & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208. doi: 10.1080/009262300278597
- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., y Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830. doi: 10.1016/S0090-4295(97)00238-0
- Sacco, E., Tienforti, D., D'Addressi, A., Pinto, F., Racioppi, M., Totaro, A., . . . & Bassi, P. (2010). Social, economic, and health utility considerations in the treatment of overactive bladder. *Open Acces Journal of Urology*, 2, 11-24. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3818873/>
- Sach, T. H., Barton, G.R., Doherty, M., Muir, K.R., Jenkinson, C., & Avery, A.J. (2007). The relationship between body mass index and health-related quality of life: comparing the EQ-5D, EuroQol VAS and SF-6D. *International Journal of Obesity*, 31, 189-196. doi 10.1038/sj.ijo.0803365
- Sandin, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43(3), 343-351. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2797593>
- Santor, D. A., Gregus, M., & Welch, A. (2006). Eight Decades of Measurement in Depression. *Measurement: Interdisciplinary Research & Perspective*, 4(3), 135–155. doi: 10.1207/s15366359mea0403_1

- Salazar, J.G., Torres, T.M., Pando, M., Aranda, C., y Zúñiga, E. (2011). Dimensiones conceptuales sobre calidad de vida en estudiantes de psicología, México. *Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología*, 4(1), 47-58. Recuperado de https://works.bepress.com/jose_salazar/2/
- Salech, F., Jara, R., y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(1), 19-29. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70269-9
- Salinas, J., y Martín, C. (2004). Aclarando conceptos: la vejiga hiperactiva y su patofisiología. En M. e. Geriatria, *Vejiga Hiperactiva y personas mayores* (pp. 9-20). Barcelona: Glosa, S.L.
- Salinas, A. S., Hernández, I.R., Segura, M., Lorenzo, J. G., & Virseda, J.A. (2002). The impact of benign prostatic hiperplasia surgery on patients' quality of life. *Urología Internationalis*, 68(1), 32-37. doi: 10.1159/000048414
- Sánchez, P. (1993). *Sociedad y población anciana*. Murcia: Universidad de Murcia.
- Sánchez-Cárdenas, A. G., Navarro-Gerrard, C., Nellen-Hummel, H.y Halabe-Cherem, J. (2016). Insomnio. Un grave problema de salud pública. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54(6), 760-769. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im166k.pdf>
- Sang Yoo, E., Soo Kim, B., Yoon Kim, D., Oh, S. J., & Chul Kim, J. (2011). The Impact of Overactive Bladder on Health-Related Quality of life, Sexual Life and Psychological Health in Korea. *International Neurourology Journal*, 15, 143-151. doi: 10.5213/inj.2011.15.3.143
- Sanhueza, M., Castro, M., y Merino, J. M. (2005). Adultos mayores: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y enfermería*, XI(2), 17-21. doi: 10.4067/S0717-95532005000200004.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. In A. B. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2, pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- San Martín Castellanos, R., Espinosa Gil, L. y Fernández Pedreira, L. (1987). *Estadística. Estimación y contraste*. Madrid: Pirámide.

- Santiesteban Requena, C. (1990). *Psicometría. Teoría y práctica en la construcción de los test*. Madrid: Ediciones Norma.
- Schalock, R. L., y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Schalock, R. L., Gardner, J. F., & Bradley, V.J. (2007). *Quality of life for people with intellectual and other developmental disabilities. Applications across individuals, organizations, communities and systems* (2º ed). Washington, EE.UU.: AAIDD.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 2, 9-21. doi: 10.4067/S0717-95532003000200002
- Selby, P., y Griffiths, A. (1986). *Guía para un envejecimiento satisfactorio*. Inglaterra: Parthenon Publishing.
- Serati, M., Salvatore, S., Uccella, S., Cromi, A., Khullar, V., Cardozo, L. & Bolis, P. (2008). Urinary Incontinence at Orgasm: Relation to Detrusor Overactivity and Treatment Efficacy. *European Urology*, 54, 911-917. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2007.11.008>
- Serapioni, M. (2000). Métodos Qualitativos E Quantitativos Na Pesquisa Social Em Saúde: Algumas Estratégias Para A Integração. *Ciências Saúde Coletiva*, 5(1), pp.187-192. doi: 10.1590/S1413-81232000000100016.
- Sexton, C. C., Coyne, K. S., Thompson, C., Bavendam, T., Chen, C. I., & Markland, A. (2011). Prevalence and effect on health-related quality of life of overactive bladder in older americans: results from the epidemiology of lower urinary tract symptoms study. *Journal American Geriatric Society*, 59, 1465-70. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03492.x
- Sharp, M., y Dohme. (2004). *Manual Merk de información médica. Edad y Salud*. Barcelona: Oceano.
- Shaw A. (1977). Defining the quality of life. In James J. Walter & Thomas Anthony. *Quality of Life: The New Medical Dilemma* (pp.91-93). New Yersey: Paulist Press. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=BGB9Y3oqytIC&oi=fnd&pg=PA91>

&ots=VvilsTeRfS&sig=H4aTVMxLxmalYbd91XuSyyyqTDM&redir_esc=y#v=one
page&q&f=false

- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Fleishman, J. A., Vitiello, B., Magurder, K. M., Bing, E. G., ... & Shapiro, M. F. (2000). Impact of psychiatric conditions on health-related quality of life in persons with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 248-254. doi: 10.1176/appi.ajp.157.2.248
- Siegel, A. L. (2014). Pelvic Floor Muscle Training in Males: Practical Applications. *Urology*, *84*(1), 1-7. doi: 10.1016/j.urology.2014.03.016
- Siegel, S. (1987). *Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta*. México: Trillas.
- Sierra, J.C., y Zubeidat (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, *3*(1), pp.10-59. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Sigurdardottir, V., Brandberg, Y., & Sullivan, M. (1996). Criterion based validation of the EORTC QLQ-36 in advanced melanoma. The CIPS questionnaire and proxy raters. *Quality of Life Research*, *5*, 375-386. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00433922>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, *13*, 299-310. doi: 10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Sotelo-Alonso, I., Rojas-Soto, J. E., Sánchez-Arenas, C., y Irigoyen-Coria, A. (2012). La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Archivos en medicina familiar*, *14*(1), 5-15. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2012/amf121b.pdf>
- Spanemberg, L., y Juruena, M. F. (2004). Distimia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande de Sul*, *26*(3), 300-311. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v26n3/v26n3a07.pdf>

- Spinhoven, P.H., Ormel, J., Sloekers, P.P.A., Kempen, G.I.J.M., Speckens A.E.M & Van Hemert, A.M. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and depression scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27, 363-370. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9089829>
- Stewart, E. (2009). Overactive bladder syndrome in the older woman: conservative treatment. *British Journal of Community Nursing*, 14(11), 466-473. doi: 10.12968/bjcn.2009.14.11.45003
- Stewart, A.L, Hays, R.D. & Ware, J.E. (1988). The MOS short-form general health survey: Reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 732-724.
- Stewart, W.F., Van Rooyen, J.B., Cundiff, G.W., Abrams, P., Herzog, A.R., Corey... & Wein, A.J. (2003). Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World Journal of Urology*, 20, 327-36. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/42170/s00345-002-0301-4.pdf;sequence=1>
- Strand, V., Tugwell, P., Bombardier, C., Maetzel, A., Crawford, B., Dorrier, C. & Wells, G. (1999). Function and health-related quality of life: Results from a randomized controlled trial of leflunomide versus methotrexate or placebo in patients with active rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatology*, 42, 1870-1878. doi: 10.1002/1529-0131(199909)42:9<1870::AID-ANR11>3.0.CO;2-D
- Szalai, A. (1980). The meaning of comparative research on the quality of life. En A. Szalai & F. M. Andrews (Eds.), *The quality of life. Comparative studies*. London: Sage.
- Taillefer, M., Dupuis, G., Roberge, M., & Le May, S. (2003). Health-related quality of life models: systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 64(2), 293-323. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/27527124?seq=1#page_scan_tab_contents
- Teunissen, L. L., Eurelings, M., & Notermans, N. C. (2000). Quality of life in patients with axonal polyneuropathy. *Journal of neurology*, 247, 195-199. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s004150050562>

- Texeira, A., Henriques, R., Barbaresco, L., Azevedo, P., Paulino dos Santos, A., & Gomes de Oliveira, M. (2014). Relationship between anxiety and overactive bladder syndrome in older women. *Revista Brasileira de Ginecología y Obstetricia*, 36(7), 310-314. DOI:10.1590/SO100-720320140005008.
- Teloken, C., Caraver, F., Weber, F. A., Teloken, P. E., Moraes, J. F., Sogari, P. R., & Graziottin, T.M. (2006). Overactive bladder: prevalence and implications in Brazil. *European Urology*, 49, 1087-1092. doi: 10.1016/j.eururo.2006.01.026
- Terol, M. C., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón., M., Pastor, M. A., y Reig, M. T. (2007). Propiedades psicométricas de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en población española. *Ansiedad y estrés*, 13(2-3), 163-176. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/187948>
- Torres Velasco, C. (2016). *Sexualidad en la vejez*. Valladolid: Universidad de Valladolid. Recuperado de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/18041/1/TFG-H514.pdf>
- Tuesca Molina, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte. Barranquilla*, 21, 76-86. Recuperado de <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/4113/5676>
- Tuesca-Molina, R., Guallar-Castillón, P., Banegas-Banegas, J. R., y Graciani-Pérez, A. (2006). Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. *Revista Española de Salud Pública*, 80, 233-242. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v80n3/04original.pdf>
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Sociedad chilena de Psicología Clínica*, 30(1), 61-71. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Urzúa, A., y Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOLQOL-BREF en población adulta chilena. *Revista Médica de Chile*, 141, 1547-1554. doi: 10.4067/S0034-98872013001200008
- Valentín Manríquez, G., Sandoval, S. C., Lecannelier, A. J., Naser, N. M., Guzmán, R. R., Valdenito, S. R., y Abedrabo M. M. (2010). Neuromodulación en patologías de piso pélvico. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 75 (1), 58-63. doi: 10.4067/S0717-75262010000100010

- Vargas, K. G., Chávez, N. Y., y Taracaya, D. (2016). Tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes mayores en atención primaria: ¿existe algún riesgo en la medicación? *Anales de la facultad de medicina*, 77 (3), 291-292. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v77n3/a16v77n3.pdf>
- Vassilas, A.C., Nicol, A., & Short, C. (1995). The use of the hospital anxiety and depression scale in an outpatient alcohol treatment clinic. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 12(3), 101-102. doi: 10.1017/S079096670001452X
- Velarde-Jurado, E., y Avila-Figueiroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud pública de méxico*, 44(4), 349-361. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Velázquez, I., Muñoz, M., Sánchez, M., Zenner, A., y Velázquez L. (2012). Trastornos del sueño e incidencia de ansiedad y depresión en pacientes con dolor crónico no maligno tratados con opioides potentes. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 19(2), 49-58. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v19n2/original1.pdf>
- Velázquez, M., Solano, S. R., López, N. A., y Rodríguez, S. (2009). Guías de práctica clínica 2008. *Revista de Ginecología y Obstetricia de México*, 77(11), 331-370.
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor. *Anales de la facultad de medicina de Lima*, 68 (3), 284-290. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomédica*, 9, 116-121. Recuperado de <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>
- Verdejo Bravo, C. (2012). Valoración diagnóstica de la incontinencia urinaria y criterios de derivación. En M. Pedro Gil (Coord.). *Guía de buena práctica clínica en geriatría*. (pp. 27-38). Madrid: Sociedad española de geriatría y gerontología.
- Verdejo, C., Díez-Rábago, V., Esperanza, V., Martín, C., Miralles, R., Rexach, L., y Salina, J. (2004). *Vejiga hiperactiva y personas mayores*. Barcelona: Glosa.
- Verdejo-Bravo, C., Brenes-Bernúmez, F., Valverde-Moyar, M., Alcántara-Montero, A., y Pérez-León, N. (2015). Documento de consenso sobre vejiga hiperactiva en el

paciente mayor. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*, 50(5), 247–256. doi: 10.1016/j.regg.2015.04.001

Verdugo, M.A., Schalock, R. L., Gomez, L.E. y Arias, B. (2007). Construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto: la Escala GENCAT. *Siglo Cero*, 38(224), 57-72. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2513352>

Verdugo M. A., Gómez L., y Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT*. Salamanca: Inico. Recuperado de http://sid.usal.es/docs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Vila Castellar, J., y Fernández-Santaella, M. D. (2009). Desactivación fisiológica. En J. Vila Castellar, & M. d. Fernández-Santaella, *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental*. (pp. 71-86). Madrid: Pirámide.

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J. M., ... y Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n2/revision1.pdf>

Villacampa, F., Ruiz, M. A., Errando, C., Arlandis, S., Arumí, D., Lizarraga, I., & Rejas, J. (2013). Predicting self-perceived antimuscarinic therapy effectiveness on overactive bladder symptoms using the Overactive Bladder 8-Question Awareness Tool. *International Urogynecology Journal*, 24(4), 573-581. doi: 10.1007/s00192-012-1921

Vírseda, M., Salinas-Casado, J., Zarza-Luciañez, D., Méndez-Rubio, S., Pelaquim, H., y Esteban-Fuertes, M. (2012). Participación de la inervación pudenda en la hiperactividad del detrusor y el síndrome de vejiga hiperactiva. *Actas urológicas españolas*, 36(1), 37-41. doi: 10.1016/j.acuro.2011.07.011

Wachtel, T., Pitte, J., Mor, V., Stein, M., Fleishman, J., & Carpenter, C.H. (1992). Quality of life in persons with human immunodeficiency virus infection: Measurement by the medical outcomes study instrument. *Annals of Internal Medicine*, 116, 129-137. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1727616>

Ware, J.E., & Sherbourne, C.D. (1992). *The health related quality of life: HRQOL. Medical Care*, 30, 473-483.

- Ware, J. E., Kosinski, M., Gandek, B., Aaronson, N. K., Apolone, G., Bech, P.,... & Sullivan, M. (1998). The Factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51,1159-65. doi: 10.1016/S0895-4356(98)00107-3
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and ítem selection. *Medical Care*, 30,473-483. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/06cb/0076e310136d0ca8b56cc8585ec2bf43e029.pdf>
- Weber Baker, F., & Intagliata, J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and program planning*, 5, 69-79. Doi: 10.1016/0149-7189(82)90059-3
- Whitcomb, E. L., & Subak, L. L. (2011). Effect of weight loss on urinary incontinence in women. *Open Access Journal of Urology*, 3, 123-132. doi: 10.2147/OAJU.S21091
- White, D., Leach, C., Sims, R., At-kinson, M., & Cottrell, D. (1999). Validation of the Hospital Anxi-ety and Depression Scale for use with adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 175, 452-454. doi: 10.1192/bjp.175.5.452
- Williams, J.I. (2000). Reflections on assessing quality of life and the WHOQOL- 100 U.S. version. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 13-17.
- Wisocki, P. A., Hunt, J., & Souzas, S. (1993). *An in-depth analysis of worry and its correlates among elderly chronics worriers. Manuescript in preparation*. Amherst: Massachussets: University of Massachussets.
- World Health Organization (1996). *WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic versión of the assessment*. Geneva: WHO.
- Yanguas, J.J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional. Premio IMSERSO "Infanta Cristina" 2004*. Madrid, España: Artegraf, S.A.

- Yao, G., Chung, C. W., Yun, C. F., & Wang, J.D. (2002). Development and verification of validity and reliability of the WHOQOL-BREF Taiwan Version. *Journal of the Formosan Medical Association*, 101, 342-351. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12101852>
- Zacche, M. M., Giarenis, I., & Cardozo, L. (2014). Phase II drugs that target cholinergic receptors for the treatment of overactive bladder. *Expert Opin Investig Drugs*, 23(10), 1365-1374. doi: 10.1517/13543784.2014.925877
- Zhang, A.Z., Wang, Q.C., Huang, K.M., Huang, J.G., Zhou, C.H., Sun, F.Q., . . . & Wu, F.T. (2016). Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestive system diseases: A multicenter epidemiological study. *World J Gastroenterology*, 14; 22(42), 9437-9444. doi: 10.3748/wjg.v22.i42.9437
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zúñiga, A. M., Carrillo, J. G. T., Fos, P. J., Gandek, B., y Medina, M. R. M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36 resultados preliminares en México. *Salud Pública Mexicana*, 41, 110-118. Recuperado de <http://chime.med.ucla.edu/publications/docs/SF-36%20Mexico%20Spanish.pdf>

Anexos



ANEXO 1. Cuestionario OAB-V8



El cuestionario que te presentamos pretende recabar información para una investigación titulada “Intervención Conductual en la Vejiga Hiperactiva y su impacto en la calidad de vida”, que se está desarrollando dentro del programa de doctorado “Desarrollo psicológico, aprendizaje y salud”. Las respuestas solo se tratarán de manera colectiva, garantizando la confidencialidad de las respuestas. Por lo que de antemano le agradecemos su colaboración y sinceridad en las respuestas.

ESCALA OAB-V8

Nombre y Apellido

Hombre Mujer Edad/años

Peso aproximado: KG

¿Toma alguna medicación que le ayude a orinar? Si No

Las preguntas que encontrará a continuación se refieren a las molestias que Usted puede sentir debido a algunos síntomas de vejiga. Algunas personas sienten molestias. Por favor, rodee con un círculo el número que mejor describa hasta qué punto ha sentido molestias en relación con cada síntoma. Tenga en cuenta las siguientes valoraciones:

- 0 Nada
- 1 Un poco
- 2 Algo
- 3 Bastante
- 4 Mucho
- 5 Muchísimo



1. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener que orinar con frecuencia en las horas del día?	0	1	2	3	4	5
2. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener deseos molestos de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener deseos repentinos de orinar con poco o ningún aviso?	0	1	2	3	4	5
4. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener pérdida accidental de pequeñas cantidades de orina?	0	1	2	3	4	5
5. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener que orinar por la noche?	0	1	2	3	4	5
6. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a despertarse por la noche porque tenía que orinar?	0	1	2	3	4	5
7. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener un deseo incontrolable de orinar?	0	1	2	3	4	5
8. ¿Hasta qué punto ha sentido molestias debido a tener pérdida de orina asociada con un fuerte deseo de orinar?	0	1	2	3	4	5



Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galdin. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 2. Cuestionario HAD. Ansiedad y Depresión



APÉNDICE 3

HAD

Instrucciones:

Lea cada frase y marque con una X la respuesta que se ajusta más a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si trabaja de prisa sus respuestas serán más adecuadas.

1. Me siento nerviosa
 - Todos los días
 - Muchas veces
 - A veces
 - Casi nunca
2. Todavía disfruto con lo que antes me gustaba
 - Como siempre
 - No lo bastante
 - Sólo un poco
 - Nada
3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a sucederme
 - Definitivamente, y es muy fuerte.
 - Sí, pero no es muy fuerte.
 - Un poco, pero no me preocupa
 - Nada
4. Puedo reírme y ver el lado divertido de las cosas
 - Igual que siempre
 - Ahora no tanto
 - Casi nunca
 - Nunca
5. Tengo mi mente llena de preocupaciones
 - La mayoría de las veces
 - Con bastante frecuencia
 - A veces, pero no muy a menudo
 - Sólo en ocasiones
6. Me siento alegre
 - Nunca
 - No muy a menudo
 - A veces
 - Casi siempre
7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado
 - Siempre
 - Por lo general
 - No muy a menudo

- Nunca
- 8. Me siento como si cada día estuviera más lento
 - Por lo general, en todo momento
 - Muy a menudo
 - A veces
 - Nunca
- 9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo en el estómago
 - Nunca
 - En ciertas ocasiones
 - Con bastante frecuencia
 - Muy a menudo
- 10. He perdido interés por mi aspecto personal
 - Totalmente
 - No me preocupo tanto como debiera
 - Podría tener un poco más de cuidado
 - Me preocupa igual que siempre
- 11. Me siento inquieta, como si no pudiera parar de moverme
 - Mucho
 - Bastante
 - No mucho
 - Nada
- 12. Me siento optimista respecto al futuro
 - Igual que siempre
 - Menos de lo que acostumbraba
 - Mucho menos de lo que acostumbraba
 - Nada
- 13. Me asaltan sentimientos repentinos de pánico
 - Muy frecuentemente
 - Bastante a menudo
 - No muy a menudo
 - Nunca
- 14. Me divierto con un buen libro, la radio, o un programa de televisión
 - A menudo
 - A veces
 - No muy a menudo
 - Rara vez

Corrección

A=

D=



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 3. Entrevista al Grupo Experimental



APÉNDICE 1

HOJA DE DATOS

Datos sociales

Nivel de estudios:

Profesión anterior:

Antecedentes personales

Talla:

Patologías:

Intervenciones quirúrgicas:

Tratamiento médico domiciliario:

Fumar: SI NO N° de cigarrillos al día:

Alcohol: SI NO ¿Qué cantidad?:

Otras drogas: SI NO ¿Cuáles?:

Consumo de cafeína/teína/otras sustancias excitantes: SI NO

N° vasos/día:.....

Hábitos urinarios

En la última semana, ¿Cuántas veces al día ha ido a orinar?

Entre 1 y 4 veces.

1. Entre 5 y 8 veces.
2. Más de 8 veces.

¿Cree que últimamente orina más de lo habitual? ¿Cuándo?

Habitualmente, ¿Se levanta por las noches a orinar?

¿Cuántas veces orina cada noche?

1. Entre 1 y 2 veces.
2. Entre 3 y 4 veces.
3. Más de 4 veces.

¿Desde cuándo le sucede?

¿Habitualmente, tiene deseos repentinos de orinar, ha ido corriendo al baño y ha llegado a tiempo?

¿Cuántas veces al día le sucede?

1. Entre 1 y 2 veces.
2. Entre 3 y 4 veces.
3. Más de 4 veces al día.

¿Desde cuándo le sucede?

En cuanto a las pérdidas de orina, ¿se producen cuando le da un ataque de tos, cuando estornuda, se ríe o ante pequeños esfuerzos que realice?

Cuando comenzó con éstos, ¿sufrió usted eventos estresantes o vitales? Por ejemplo, la muerte de un ser querido, estrés laboral, estrés social, etc.

Desde la aparición de los síntomas, ¿Ha tenido alguna caída? Consecuencias ¿Ha consultado al médico por los problemas urinarios? ¿Le ha puesto a tratamiento?

Cuestionario solamente a responder por mujeres

Antecedentes ginecológicos:

Nº de embarazos:

Nº de abortos:

Nº hijos nacidos vivos:

Nº de partos vaginales:

Nº de cesáreas:

Partos instrumentados: SI NO

Episiotomías: SI NO

Menopausia: SI NO

Edad de comienzo:

Existencia de prolapso vaginal: SI NO



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 4. Resultados entrevista

Tabla
Datos entrevista. Grupo Experimental

DATOS SOCIALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nivel de estudios	Superiores	11	31,4	32,4	32,4
	Medios	16	45,7	47,1	79,4
	Básicos	7	20,0	20,6	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
ANTECEDENTES PERSONALES					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Índice de Masa Corporal	Peso insuficiente	1	2,9	2,9	2,9
	Normopeso	10	28,6	29,4	32,4
	Sobrepeso	16	45,7	47,1	79,4
	Obesidad	7	20,0	20,6	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Sistema	1	2,9		
Total	35	100,0			
Altura	150,00	1	2,9	2,9	2,9
	152,00	5	14,3	14,7	17,6
	153,00	2	5,7	5,9	23,5
	155,00	2	5,7	5,9	29,4
	156,00	2	5,7	5,9	35,3
	157,00	2	5,7	5,9	41,2
	158,00	2	5,7	5,9	47,1
	160,00	9	25,7	26,5	73,5
	162,00	2	5,7	5,9	79,4
	163,00	1	2,9	2,9	82,4
	164,00	1	2,9	2,9	85,3
	165,00	2	5,7	5,9	91,2
	167,00	2	5,7	5,9	97,1
	170,00	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Edad	52	1	2,9	2,9	2,9
	56	2	5,7	5,7	8,6
	59	3	8,6	8,6	17,1
	60	2	5,7	5,7	22,9
	62	3	8,6	8,6	31,4
	63	1	2,9	2,9	34,3
	64	5	14,3	14,3	48,6
	65	7	20,0	20,0	68,6
	66	2	5,7	5,7	74,3
	67	4	11,4	11,4	85,7
	68	1	2,9	2,9	88,6
	72	3	8,6	8,6	97,1
	75	1	2,9	2,9	100,0
	Total	35	100,0	100,0	
	Grupos de edad	igual o menores de 65 años	24	68,6	68,6
mayores de 65 años		11	31,4	31,4	100,0
Total		35	100,0	100,0	
Medicación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Si	3	8,6	8,6	8,6
	no	32	91,4	91,4	100,0
	Total	35	100,0	100,0	
Total	35	100,0			

PATOLOGÍAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HTA	Si	6	17,1	17,6	17,6
	No	28	80,0	82,4	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Hipercolesterolemia	Si	6	17,1	17,6	17,6
	No	28	80,0	82,4	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Enfermedad-cerebrovascular	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Tiroides	Si	4	11,4	11,8	11,8
	No	30	85,7	88,2	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Tensión ocular	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Enfermedades cardiacas	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Migrañas	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Enfermedades huesos	Si	7	20,0	20,6	20,6
	No	27	77,1	79,4	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Enfermedades alfa 1 anti tripsina	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Enfermedades gástricas	No	34	97,1	100,0	100,0
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
Diabetes	Si	1	2,9	2,9	2,9

	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermedades renales	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Miastenia gravis	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Enfermedades respiratorias	Si	2	5,7	5,9	5,9
	No	32	91,4	94,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Intervenciones quirúrgicas	Si	26	74,3	76,5	76,5
	No	8	22,9	23,5	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx traumatológica	Si	8	22,9	23,5	23,5
	No	26	74,3	76,5	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Neurocirugía	No	34	97,1	100,0	100,0
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx Torácica	No	34	97,1	100,0	100,0
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx maxilofacial	No	34	97,1	100,0	100,0
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx plástica	No	34	97,1	100,0	100,0
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx otorrino	Si	4	11,4	11,8	11,8
	No	30	85,7	88,2	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx general	Si	11	31,4		11
	No	23	65,7		23

	Total	34	97,1		34
	Perdidos	1	2,9		1
	Total	35	100,0		35
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx ginecológica	Si	12	12	34,3	35,3
	No	22	22	62,9	64,7
	Total	34	34	97,1	100,0
	Perdidos	1	1	2,9	
	Total	35	35	100,0	
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx dermatológica	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx vascular	Si	6	17,1	17,6	17,6
	No	28	80,0	82,4	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx cardiaca	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cx oftalmológica	2	5,7	5,9	5,9	
	32	91,4	94,1	100,0	
	34	97,1	100,0		
	1	2,9			
	35	100,0			

HÁBITOS

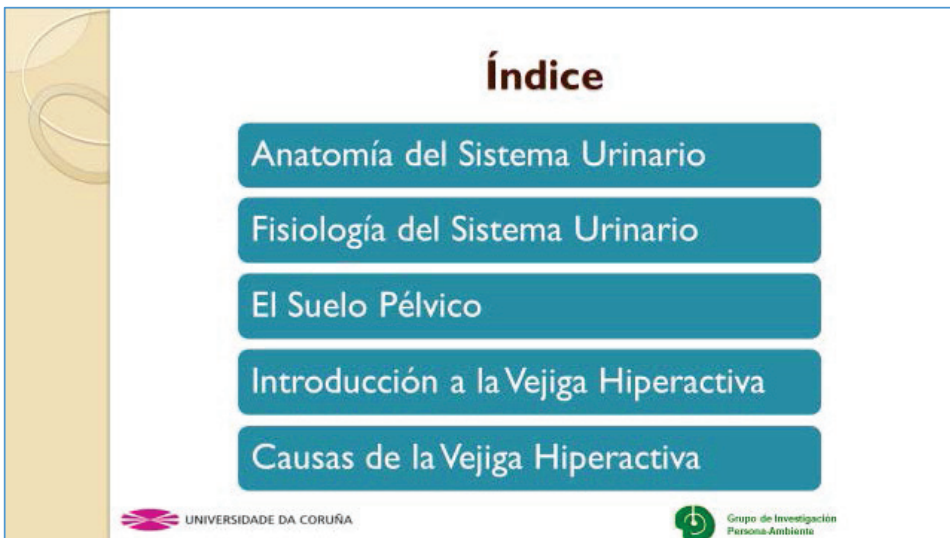
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Fumadora	Si	3	8,6	8,8	8,8
	No	31	88,6	91,2	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alcohol	Si	14	40,0	41,2	41,2
	No	20	57,1	58,8	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Otras drogas	Si	1	2,9	2,9	2,9
	No	33	94,3	97,1	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sustancias excitantes	Si	22	62,9	64,7	64,7
	No	12	34,3	35,3	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nº de embarazos	0	5	14,3	14,7	14,7

	1	5	14,3	14,7	29,4
	2	12	34,3	35,3	64,7
	3	12	34,3	35,3	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Partos	0	8	22,9	23,5	23,5
	1	3	8,6	8,8	32,4
	2	15	42,9	44,1	76,5
	3	8	22,9	23,5	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Cesáreas	Si	3	8,6	8,8	8,8
	No	31	88,6	91,2	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Partos no instrumentados	0	1	2,9	2,9	2,9
	Si	7	20,0	20,6	23,5
	No	26	74,3	76,5	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Espitismías	0	1	2,9	2,9	2,9
	Si	16	45,7	47,1	50,0
	No	17	48,6	50,0	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Prolapso vaginal	0	1	2,9	2,9	2,9
	Si	4	11,4	11,8	14,7
	No	29	82,9	85,3	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
	Total	35	100,0		
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Edad Menopausia	40,00	1	2,9	2,9	2,9
	44,00	1	2,9	2,9	5,9
	45,00	5	14,3	14,7	20,6
	46,00	2	5,7	5,9	26,5
	47,00	2	5,7	5,9	32,4
	48,00	3	8,6	8,8	41,2
	49,00	1	2,9	2,9	44,1
	50,00	6	17,1	17,6	61,8
	51,00	1	2,9	2,9	64,7
	52,00	3	8,6	8,8	73,5
	53,00	1	2,9	2,9	76,5
	54,00	2	5,7	5,9	82,4
	55,00	5	14,3	14,7	97,1
	56,00	1	2,9	2,9	100,0
	Total	34	97,1	100,0	
	Perdidos	1	2,9		
Total	35	100,0			

ANEXO 5. Clase 0. Introducción. Documento Powerpoint

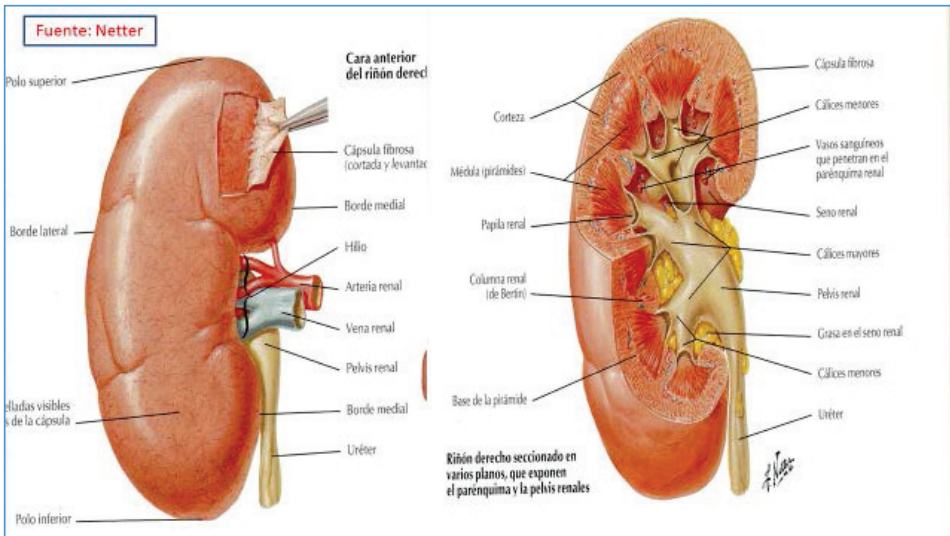
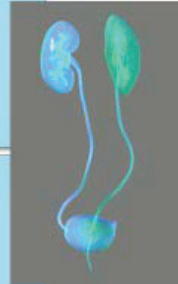


Anatomía del Sistema Urinario

Misión del sistema excretor: recoger y evacuar la orina al exterior.

Constituido por:

- Cálices y pelvis renal
- Uréter
- Vejiga urinaria
- Uretra



<p>Cállices y Pelvis Renal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forma de copa • Los cállices se reúnen para formar la pelvis renal. • Se continúa con el uréter.
<p>Uréter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órgano tubular • Longitud de 25 cm y un calibre variable
<p>Vejiga Urinaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reservorio colapsable donde se almacena la orina hasta el momento de su expulsión al exterior • 325 c.c antes de notar sensación de orinar, pero alcanza los 1.500 c.c. • Micción: función sometida a la voluntad.
<p>Uretra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Órgano tubular que conecta la vejiga urinaria con el exterior y por el cual es expulsada la orina • Uretra femenina: 4 cm

Fisiología

Vejiga urinaria: pared muscular llamada músculo detrusor.

2-3 años: capacidad de inhibir en forma voluntaria la micción.

Dos esfínteres musculares circundan la uretra.

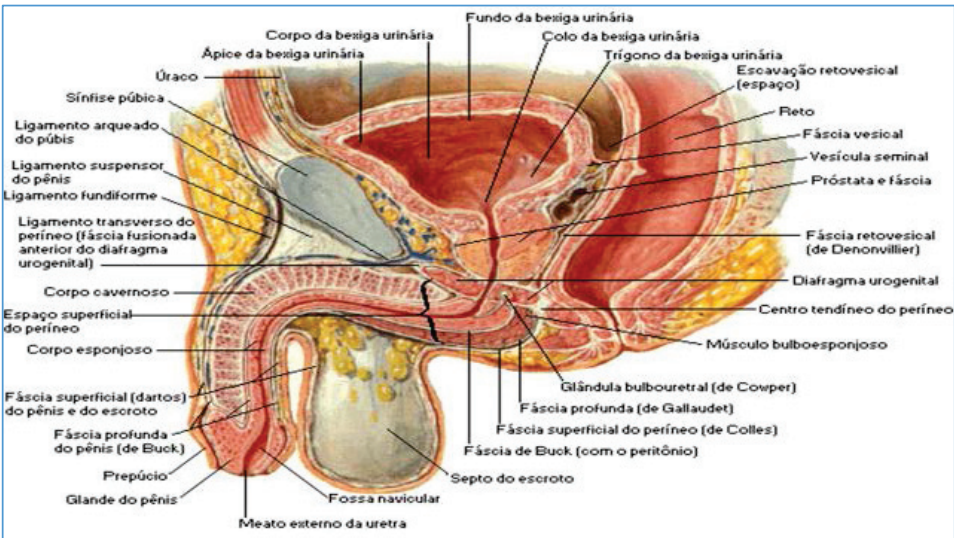
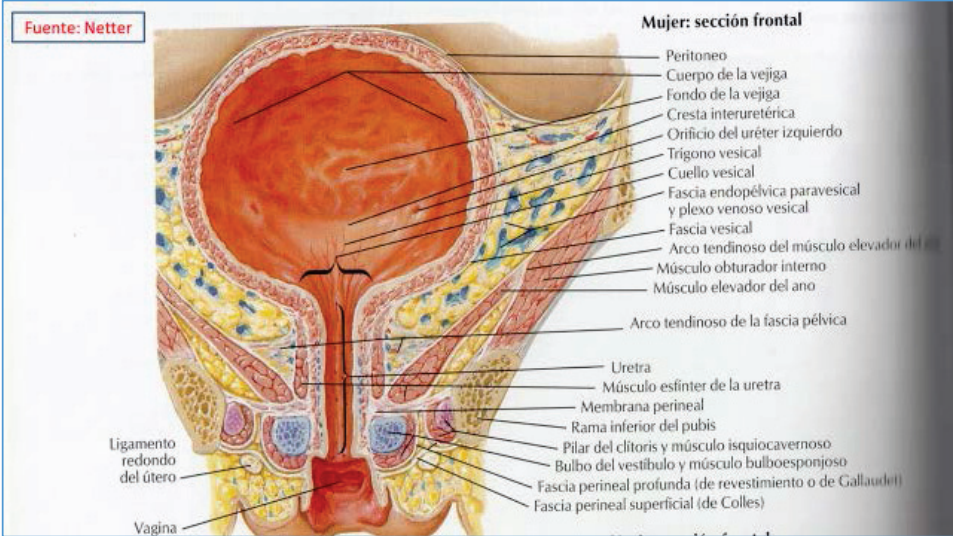
Funciones esfínteres: regular la emisión de orina.



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



Grupo de Investigación
Persona-Ambiente



Suelo Pélvico

Sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad.

N° de músculos: 8

Debilitamiento: incontinencia de esfuerzo, entre otras.

Causas:

- Embarazo.
- Parto
- Posparto
- Deportes
- Menopausia
- Herencia
- Hábitos Cotidianos
- Otras

Suelo Pélvico

Sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad.

N° de músculos: 8

Debilitamiento: incontinencia de esfuerzo, entre otras.

Causas:

- Embarazo.
- Parto
- Posparto
- Deportes
- Menopausia
- Herencia
- Hábitos Cotidianos
- Otras

Introducción a la Vejiga Hiperactiva (VH)

Incontinencia urinaria \neq Vejiga hiperactiva

Vejiga hiperactiva: complejo sintomático que incluye urgencia urinaria con o sin incontinencia, frecuencia y nicturia.

- Afectar a ambos sexos, predomina en las **mujeres**.
- Incrementa con la **edad**.
- Altera la **calidad de vida**.

Causas de la VH

Ansiedad

Depresión

Edad

Sexo

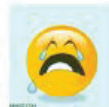
Raza

Gestación y partos

Patología del suelo pélvico

Diferentes patologías

Obesidad



Referencias bibliográficas

España Pons, M., Castro-Díaz, D., Díaz-Cuervo, H., y Pérez, M. (2012). Impacto de la vejiga hiperactiva en las comorbilidades asociadas. *Actas Urol Esp*, 36(10), 590-596.

Feria, G., Castillejos, R. A., & Arroyo, J. C. (2005). Vejiga hiperactiva. *Revista Mexicana de Urología*, 65(1), 50-54.

Fraga García, H. (2003). Sistema Urinario. En Fraga García, H. *Anatomía Básica. Morfología, estructura y desarrollo del cuerpo humano*. (pp.293-315). Galinova editorial, S.L.

García, A. I., Del Olmo, P., Carballo, N., Medina, M., González, C., y Morales de los Ríos, P. (2005). Reeducción del suelo pélvico. *Enfuro*, 94, 19-22.

Netter, F.H. (2008). *Atlas de Anatomía Humana*. Barcelona: Masson.

Patel, A.S., O'Leary, M.L., Stein, R.J., Leng, W.W., Chancellor, M.B., Patel, S.g., y Borello-France, D. (2006). The relationship between Overactive Bladder and Sexual Activity in Women. *International Braz J Urol*, 32(1), 77-87.

SangYoo, E., Soo Kim, B., Yoon kim, D., Oh, S.J., y Chul Kim, J. (2011). The impact of Overactive Bladder on Health-Related Quality of life, Sexual Life and Psychological Health in Korea. *Int Neuronal J*, 15, 143-151.

ANEXO 6. Cuestionario De Oviedo del Sueño



APÉNDICE 4

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1. Muy insatisfecho
2. Bastante insatisfecho
3. Insatisfecho
4. Término medio
5. Satisfecho
6. Bastante satisfecho
7. Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para.....

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2		4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1. 0-15 minutos
2. 16-30 minutos
3. 31-45 minutos
4. 46-60 minutos
5. Más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1. Ninguna vez
2. 1 vez
3. 2 veces
4. 3 veces
5. Más de 3 veces

Si normalmente se despertó VD. Piensa que se debe a..... (Información clínica)

- a) Dolor
 - b) Necesidad de orinar
 - c) Ruido
 - d) Otros. Especificar
5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?
1. Se ha despertado como siempre
 2. Media hora antes
 3. 1 hora antes
 4. entre 1 y 2 horas antes
 5. más de 2 horas antes
6. Eficacia del sueño (horas dormidas/horas en cama). Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche?.....
¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama?.....
1. 91-100%
 2. 81-90%
 3. 71-80%
 4. 61-70%
 5. 60% o más
7. ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?
1. Ningún día
 2. 1-2 días/semana
 3. 3 días/semana
 4. 4-5días/semana
 5. 6-7días/semana
8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, legando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?
1. Ningún día
 2. 1-2 días/semana
 3. 3 días/semana
 4. 4-5días/semana
 5. 6-7días/semana
9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido periodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?
1. Ningún día
 2. 1-2 días/semana
 3. 3 días/semana
 4. 4-5días/semana
 5. 6-7días/semana

10. ¿Cuántos días ala semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido).....? (información clínica)

		Ninguno	1-2 días/semana	3días/semana	4-5 días/semana	6-7 días/semana
a)	Ronquidos	1	2	3	4	5
b)	Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c)	Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d)	Pesadillas	1	2	3	4	5
e)	Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.) prescrito o no, para ayudarse a dormir? (información clínica)

- a) Ningún día
- b) 1-2 días/semana
- c) 3 días/semana
- d) 4-5días/semana
- e) 6-7días/semana

Si se ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describirlo...

Corrección:

CATEGORÍAS	ÍTEMS	PUNTOS
Satisfacción subjetiva del sueño	Ítem 1	
Insomnio	Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7	
Hipersomnio	Ítems 2-5, 8, 9	
Puntuación Total		



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 7. Cuestionario FSFI – Índice de Función Sexual Femenina



APÉNDICE 5

ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Instrucciones:

Las siguientes cuestionres están referidas a al sentimiento y respuestas sexuales durante las últimas cuatro semanas. Por favor, responde a las preguntas lo más honestamente y de forma más clara posible. Sus respuestas serán totalmente confidenciales.

1.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	
2.- En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel (grado) de deseo o interés sexual	
Muy alto	
Alto	
Regular	
Bajo	
Muy bajo o nada	
3.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia experimentó excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?	
Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces(más de la mitad de las veces)	
Algunas veces(la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	
4-En las últimas 4 semanas, ¿en qué porcentaje estima su nivel de excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?	
Sin actividad sexual	
Muy alto	
Alto	
Moderado	
Bajo	

Muy bajo o nada

--

5.- En las últimas 4 semanas, ¿qué confianza tiene de poder lograr excitación sexual durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual

Muy alta confianza

Alta confianza

Moderada confianza

Baja confianza

Muy baja o sin confianza

6.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha satisfecho su excitación durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual

Casi siempre o siempre

Muchas veces (más de la mitad de las veces)

Algunas veces (la mitad de las veces)

Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

Casi nunca o nunca

7.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha lubricado (húmedo o mojado) durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual

Casi siempre o siempre

Muchas veces (más de la mitad de las veces)

Algunas veces (la mitad de las veces)

Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

Casi nunca o nunca

8.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue lubricarse (mojarse) durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual

Extremadamente difícil o imposible

Muy difícil

Difícil

Levemente difícil

Sin dificultad

9.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia mantiene la lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual

Casi siempre o siempre

Muchas veces (más de la mitad de las veces)

Algunas veces (la mitad de las veces)

Pocas veces (menos de la mitad de las veces)

Casi nunca o nunca

10.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán difícil fue mantener su lubricación hasta completar la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	
Extremadamente difícil o imposible	
Muy difícil	
Difícil	
Levemente difícil	
Sin dificultad	

11.- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿con qué frecuencia logra el orgasmo (climax)?

Sin actividad sexual	
Casi siempre o siempre	
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	
Algunas veces (la mitad de las veces)	
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	
Casi nunca o nunca	

12.- En las últimas 4 semanas, cuando ha tenido estimulación o intercurso sexual, ¿cuán difícil fue lograr el orgasmo (climax)?

Sin actividad sexual	
Extremadamente difícil o imposible	
Muy difícil	
Difícil	
Levemente difícil	
Sin dificultad	

13.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con su habilidad para lograr el orgasmo durante la actividad o intercurso sexual?

Sin actividad sexual	
Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	
Muy insatisfecha	

14.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha estuvo con el acercamiento emocional durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

Sin actividad sexual	
Muy satisfecha	
Moderadamente satisfecha	
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	
Moderadamente insatisfecha	
Muy insatisfecha	

15.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha ha estado con la relación sexual con su pareja?

Muy satisfecha	<input type="text"/>
Moderadamente satisfecha	<input type="text"/>
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	<input type="text"/>
Moderadamente insatisfecha	<input type="text"/>
Muy insatisfecha	<input type="text"/>

16.- En las últimas 4 semanas, ¿cuán satisfecha ha estado con subida sexual en general?

Muy satisfecha	<input type="text"/>
Moderadamente satisfecha	<input type="text"/>
Igualmente, satisfecha e insatisfecha	<input type="text"/>
Moderadamente insatisfecha	<input type="text"/>
Muy insatisfecha	<input type="text"/>

17.- En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó dolor o molestias durante la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	<input type="text"/>
Casi siempre o siempre	<input type="text"/>
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Algunas veces (la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Casi nunca o nunca	<input type="text"/>

18.- En las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia experimentó dolor o molestias después de la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	<input type="text"/>
Casi siempre o siempre	<input type="text"/>
Muchas veces (más de la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Algunas veces (la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Pocas veces (menos de la mitad de las veces)	<input type="text"/>
Casi nunca o nunca	<input type="text"/>

19.- En las últimas 4 semanas, ¿Con qué porcentaje usted valora sus molestias o dolor durante o después de la penetración vaginal?

Sin actividad sexual	<input type="text"/>
Muy alto	<input type="text"/>
Alto	<input type="text"/>
Regular	<input type="text"/>
Bajo	<input type="text"/>
Muy bajo o nada	<input type="text"/>



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 8. Cuestionario SF 36 - Calidad de Vida



APÉNDICE 6

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Instrucciones:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

Marque una sola respuesta

1. En general, usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

2. ¿cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
- 1 Sí, Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1 Sí. Me limita mucho
2 Sí, me limita un poco
3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 Sí

2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (¿como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Si

2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Si

2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Si

2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 Nada
- 2 Un poco
- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nadapodía animarle?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces
- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

**ANEXO 9. Clase 1. Edad, sexo, raza y ansiedad y depresión.
Documento Powerpoint**

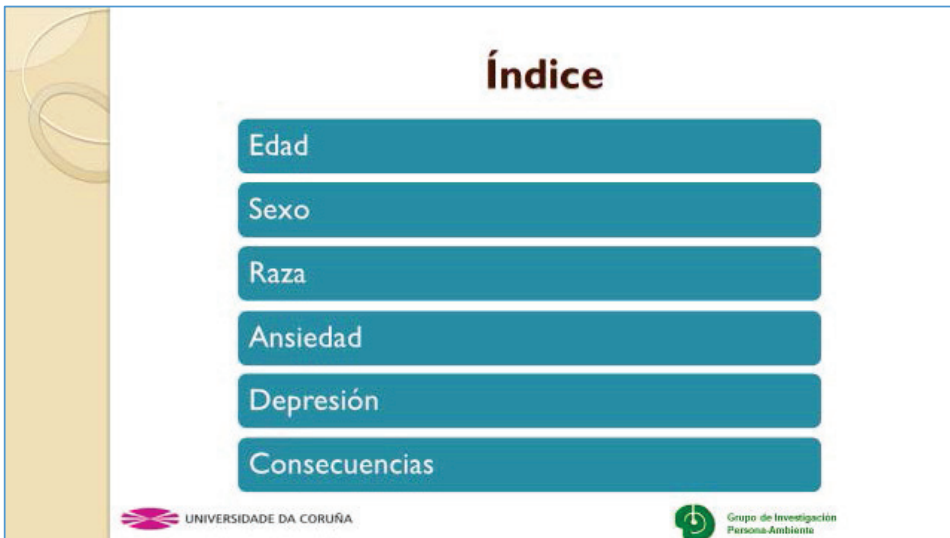


Causas de la Vejiga Hiperactiva

Natalia Muñoz Galán
Tutor/ Director: Manuel Peralbo
Director: María Pilar García de la Torre
*Doctorado en Desarrollo Psicológico,
Aprendizaje y Salud*


 UNIVERSIDADE DA CORUÑA


 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente



Índice

- Edad
- Sexo
- Raza
- Ansiedad
- Depresión
- Consecuencias

 UNIVERSIDADE DA CORUÑA

 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Edad



Sexo




VS





Raza




Prevalencia




UNIVERSIDADE DA CORUÑA




Grupo de Investigación
Persona-Ambiente




Raza



Prevalencia



UNIVERSIDADE DA CORUÑA



Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Ansiedad


ciclo de ansiedad y angustia
lleva con frecuencia a
producir una carga
psicológica importante y a
grados diversos de
aislamiento social


Ansiedad

ciclo de ansiedad y angustia
lleva con frecuencia a
producir una carga
psicológica importante y a
grados diversos de
aislamiento social

Consecuencias


Calidad de vida







Relaciones sexuales


Sueño




UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Referencias Bibliográficas

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Alcalde Tirado, P. (s.f.). *Geriatría en atención primaria*. 2ª edición. Barcelona: Uriach.
- Bergner, M. (1989). "Quality of life, health status and clinical research". *Med care*, 27(3), 1485-1456.
- Boix, C., López-Torres Hidalgo, J., David, Y., Tellez, J., Villena, A., & Parraga, I. (2009). Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. *Aten Primaria*, 41(10), 564-569.
- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (1995). Barcelona: Masson SA. Hunger, C., Hilzinger, R., Kock, T., Mander, J., Sander, A., Bents, H., & Schweitzer, J. (2016). Comparing systemic therapy and cognitive behavioral therapy for social anxiety disorders: study protocol for a randomized controlled pilot trial. *Trials*, 17(171), 1-13.
- Korman, G., & Sarudiansky, M. (2011). Modelos teóricos y clínicos para conceptualización y tratamiento de la depresión. *Subj. Procesos cogn*, 15(1), 119,145.
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232.
- Macías Fernández, J. Á. (2007). *Manual Básico de psiquiatría geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Montorio, I., Nuevo, R., Losada, A., & Márquez, M. (2001). Prevalence of anxiety and depression disorders in an elderly sample living in the community. *MAPFRE MEDICINA*, 12(1), 19-25.
- Muñoz, M.Y., Augusto, R., & Petit, K. Z. (2013). Sexualidad en el adulto mayor. *Encuentro Educacional*, 20(3), 397-403.
- Wisocki, P.A., Hunt, J., & Souza, S. (1993). An in-depth analysis of worry and its correlates among elderly chronics worriers. Manuscript in preparation. Amherst: Massachusetts: University of Massachusetts.
- Zhang A.-Z., Wang Q.-C., Huang K.-M., Huang J.-G., Zhou, C.-H., Sun, F.-Q., ... & Wu, F.-T. (2016). Prevalence of depression and anxiety in patients with chronic digestiv system diseases: A multicenter epidemiological study. *World J Gastroenterology*, 14; 22(42), 9437-9444.


UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ANEXO 10. Diario miccional



DIARIO MICCIONAL

Hora	Bebidas		Idas al baño		Escapes accidentales de orina ¿Cuánto? (ponga P, M o G; dependiendo si es poco, mediano o grande respectivamente)	¿Sintió muchas ganas de ir al baño? (ponga si o no)	¿Qué estaba haciendo en ese momento? Estornudando, haciendo ejercicio, teniendo sexo, levantando pesos, etc.
	¿Qué tipo?	¿Cuánto?	¿Cuántas veces?	¿Cuánta orina? P, M ó G dependiendo si es poco, mediano o grande)			
9:00-10:00	café	2 tazas	2	M	p	Si	Corriendo



**Grupo de Investigación
Persona-Ambiente**

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

ANEXO 11. Clase 2. Comorbilidad, obesidad, gestación y patología de suelo pélvico. Documento Powerpoint

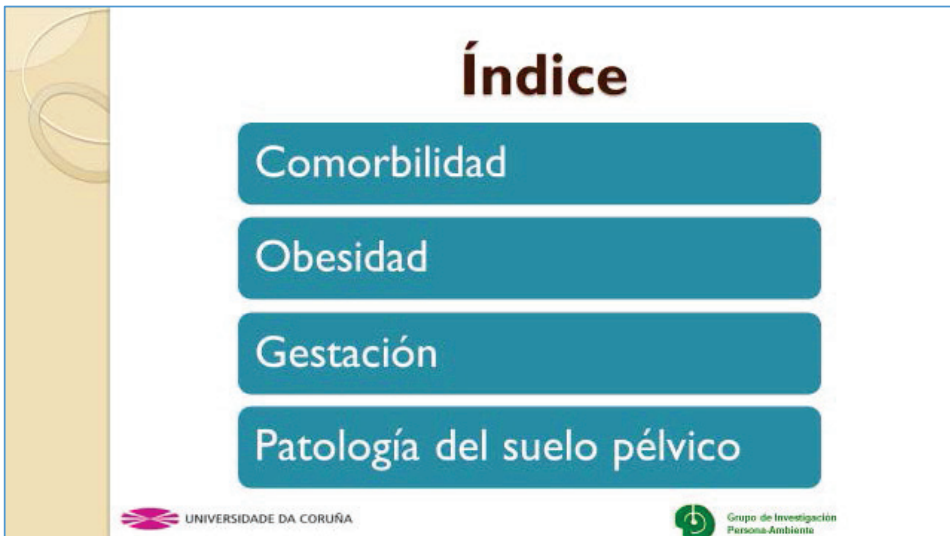


Causas de la Vejiga Hiperactiva

Natalia Muñoz Galán
Tutor/ Director: Manuel Peralbo
Director: María Pilar García de la Torre
*Doctorado en Desarrollo Psicológico,
Aprendizaje y Salud*


 UNIVERSIDADE DA CORUÑA


 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente



Índice

- Comorbilidad
- Obesidad
- Gestación
- Patología del suelo pélvico

 UNIVERSIDADE DA CORUÑA

 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Comorbilidad



Obstrucción del tracto urinario

Alteración funcional

Procesos sistémicos


Obesidad




10-20% de los adultos

Influye en la VH

¿Cómo afecta?




Obesidad





10-20% de los adultos

Influye en la VH

¿Cómo afecta?


 UNIVERSIDADE DA CORUÑA


 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente



Patología del suelo pélvico

Sistema de músculos y ligamentos que cierran el suelo del abdomen manteniendo en posición correcta y en suspensión los órganos pélvicos en contra de la fuerza de la gravedad

 UNIVERSIDADE DA CORUÑA

 Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Patología del suelo pélvico



Consecuencias
debilitamiento

Diferentes causas de
debilitamiento

Referencias Bibliográficas

- Díez-Rábago, V. (2004). Epidemiología de la vejiga hiperactiva. Impacto en las personas mayores. En M. e. geriatría, Vejiga hiperactiva y personas mayores (pp. 21-32). Barcelona: Glosa.
- Martínez-Agulló, E., Ruiz-Cerdá, J. L., Arlandis, S., Rebollo, P., Pérez, M., Chaves, J., & EPICC, G. d. (2010). Análisis del síndrome de vejiga hiperactiva y de la incontinencia urinaria en mujeres laboralmente activas entre 25-64 años. Estudio EPICC. Actas Urol Esp, 34(7), 618-624.
- Palma, T., Raimondi, M., Souto, S., Fozzati, C., Palma, P., & Riccetto, C. (2013). Correlación entre la edad y los síntomas de vejiga hiperactiva en mujeres jóvenes en Brasil. Actas Urol Esp, 37(3), 156-161.
- Pérez, A., Ros, C., Palau, M. J., Hergueta de Diego, B., Rovira, J., & Espuña-Pons, M. (2013). Factores de riesgo sw hiperactividad vesical en mujeres con obesidad mórbida. Suelo Pélvico, 9(2), 28-32.

ANEXO 12. Registro de situaciones estresantes

ANEXO 13. Evaluación subjetiva de la práctica de relajación



EVALUACIÓN SUBJETIVA DE LA PRÁCTICA DE RELAJACIÓN

Semana del.....al.....

Instrucciones: conteste a las siguientes preguntas rodeando con un círculo las respuestas.

Día.....	¿Ha realizado la práctica de relajación?	Sí										No									
1	¿En qué medida se ha relajado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	¿En qué medida se ha concentrado en los ejercicios?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	¿En qué medida cree que ha dominado la técnica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Día.....	¿Ha realizado la práctica de relajación?	Sí										No									
1	¿En qué medida se ha relajado?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	¿En qué medida se ha concentrado en los ejercicios?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	¿En qué medida cree que ha dominado la técnica?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



Grupo de Investigación
Persona-Ambiente

Dra. Pilar García de la Torre. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de A Coruña.
Doctoranda: Natalia Muñoz Galán. Contacto: natalia.munoz1@udc.es

