



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

Revisión bibliográfica de la autoeficacia para los ejercicios del suelo pélvico, un factor predictor de la adherencia terapéutica en mujeres con incontinencia urinaria tratadas con fisioterapia.

Alumna: Esther María Medrano Sánchez

Tutora: Prof^a. D^a. Beatriz López Luengo
Dpto: Fisioterapia

Julio, 2014

ÍNDICE

RESUMEN	1
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 La incontinencia urinaria como problema de salud	2
1.2 Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida relacionada con la salud	3
1.3 Tipos de incontinencia urinaria	4
1.4 Factores de riesgo para la incontinencia urinaria en la mujer	6
1.5 Tratamiento de Fisioterapia en la incontinencia urinaria	7
1.5.1 Fase de información	8
1.5.2 Fase de reeducación del suelo pélvico	9
1.5.3 Tratamiento en el domicilio	10
1.6 Teoría de la autoeficacia	10
1.7 Relación entre la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico y la adherencia al tratamiento de la incontinencia urinaria con Fisioterapia	11
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGÍA	14
4. RESULTADOS	15
5. CONCLUSIONES	23
6. BIBLIOGRAFÍA	24

TÍTULO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA AUTOEFICACIA PARA LOS EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO, UN FACTOR PREDICTOR DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA TRATADAS CON FISIOTERAPIA

RESUMEN:

La incontinencia urinaria, en cualquiera de sus diversas formas de presentación clínica, constituye un problema de salud de alta prevalencia y con un elevado impacto en la percepción de calidad de vida de quienes la padecen. Aunque existe más que suficiente evidencia acerca de la eficacia a corto y medio plazo de los programas de Fisioterapia para resolver este tipo de disfunción, la eficacia a largo plazo aún supone un reto para los fisioterapeutas. Uno de los factores de predicción que se han identificado sobre adherencia terapéutica en mujeres con incontinencia urinaria, es la autoeficacia. Por este motivo, esta revisión pretende mostrar las diferentes intervenciones que se han llevado a cabo para comprobar hasta qué punto la autoeficacia puede modular la adherencia al tratamiento.

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane, y PeDro, de las publicaciones comprendidas en el periodo 1995-2014, en la que hemos obtenido 11 resultados. Tras su lectura y análisis, se puede llegar a la conclusión de que la autoeficacia, sobre todo, en relación con las barreras que encuentran las mujeres para ejercitar su suelo pélvico, aparece como predictor importantes, tanto a corto como a largo plazo, de la adherencia al tratamiento de Fisioterapia para la incontinencia urinaria.

1. INTRODUCCIÓN

Muchas de las disfunciones abordadas por la Fisioterapia son de carácter crónico y con un alto índice de recidiva, las cuales se producen, al menos en parte, como consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento prescrito. Estamos convencidos de que esto es lo que ocurre con el tratamiento de la incontinencia urinaria, el cual se basa fundamentalmente en la

realización de una serie de ejercicios de suelo pélvico y en seguir unas recomendaciones que requieren la participación activa y continuada en el tiempo por parte de la paciente¹.

Aunque diversas investigaciones han demostrado la eficacia de los ejercicios de suelo pélvico a corto plazo^{2,3}, su eficacia a largo plazo parece depender de la adherencia al tratamiento, y ésta, a su vez, depende del grado de confianza que tenga la mujer en su capacidad para realizar los ejercicios de forma autónoma, y de recordar que tiene que hacerlos todos los días, a pesar de las diversas dificultades o inconvenientes que pueda encontrar en su vida diaria. Esta confianza en la propia capacidad para desempeñar los ejercicios prescritos se denomina autoeficacia, la cual influye en la intención de adherirse al tratamiento y requiere un cambio de conducta en las pacientes para que tomen un papel más activo en su recuperación⁴.

Consideramos, pues, que uno de los grandes retos que se plantea la Fisioterapia es promover eficazmente esta conducta de adherencia, y prevenir el abandono de los programas de intervención y seguimiento, con estrategias que fácilmente sean incorporadas en dichos programas, teniendo en cuenta aspectos actitudinales como la autoeficacia percibida por las pacientes.

1.1 La incontinencia urinaria como problema de salud

La Incontinencia urinaria, según la definición original de la International Continence Society (ICS) de 1979, es “la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra, objetivamente demostrable y que constituye un problema social e higiénico para la persona que la padece”. La nueva definición del año 2002, recoge que se trata de la manifestación o queja de cualquier “pérdida involuntaria de orina”⁵.

Los datos sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria varían según los estudios, posiblemente porque éstos parten de diferentes definiciones de la incontinencia urinaria y

también por las diferencias entre las poblaciones estudiadas. Se trata de una disfunción que se presenta en mayor proporción en mujeres, siendo, en líneas generales, dos veces más frecuente que en los varones. En Europa y Norte América los estudios epidemiológicos han demostrado que entre un 10% y un 40% de mujeres han manifestado, en algún momento, episodios de incontinencia de orina. En España, los datos de los que disponemos indican una prevalencia de entre el 15 y el 55% de la población femenina, una prevalencia que se incrementa con la edad y en personas mayores institucionalizadas⁵.

1.2 Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida relacionada con la salud

El impacto de la incontinencia urinaria es el grado de molestia o malestar que los síntomas de esta disfunción provocan en la vida de las pacientes a distintos niveles (físico, social y psicológico). Supone el sentir de las mujeres ante esta condición, cómo perciben ellas su problema de salud. Según la ICS, a la hora de establecer el diagnóstico de la incontinencia urinaria, lo más importante es la percepción que la paciente tiene de su calidad de vida⁶. Esta percepción se hace mucho más evidente en nuestra era, en la que el estrés, la estética, la competitividad laboral y la perfección hacen que la frecuencia de la sensación de no control de la micción o la frecuencia de la pérdida de orina, junto al volumen de orina perdido, su aparición en las actividades de la vida diaria y la necesidad de utilizar protectores, no sólo suponga un problema orgánico, sino que adquiera una dimensión social, afectiva y profesional, cuya gravedad variará en función de cada individuo.

Según Thomas et al.⁷, la pérdida del control urinario puede afectar a los aspectos social, psicológico, doméstico, ocupacional, físico y sexual en sus vidas, limitando sus actividades sociales, generando ansiedad y sensaciones de vergüenza y de aislamiento. Por ejemplo, las pacientes incontinentes tienden a restringir la ingesta de líquidos, ciertas actividades físicas y evitan lugares que no tengan un acceso fácil a los aseos.

Entre los factores que influyen en el impacto negativo que la incontinencia tiene en la calidad de vida de las pacientes, encontramos la edad, el tipo y la severidad de la incontinencia y otros factores de salud y sociodemográficos, aportados por Tennstedt et al.⁸, como son el consumo habitual de tabaco, el bajo estatus socioeconómico y ser mujeres hispanas. Existe un acuerdo entre los autores en cuanto a la relación entre edad de la paciente y el grado de impacto de la incontinencia, de tal forma que a menor edad y mayor severidad, mayor es la repercusión en sus vidas. Sin embargo, la relación entre la severidad de los síntomas urinarios y la percepción de calidad de vida es moderada y motivo de discrepancias entre autores.

Para medir el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida se han validado diversos cuestionarios específicos que, administrados de forma única o combinados con otros cuestionarios genéricos, nos indican objetivamente cómo se ven afectadas las diferentes facetas de la vida de la mujer incontinente⁹⁻¹¹.

1.3 Tipos de incontinencia urinaria

A continuación describiremos los diferentes tipos de incontinencia urinaria en la mujer en función de su presentación y su duración⁵.

1. En función de su presentación clínica:

a) Incontinencia continua o total: Es la pérdida de orina constante, independientemente de la postura que adopte el paciente, y se debe a una lesión del esfínter externo de la uretra.

b) Incontinencia de esfuerzo: Se trata de la pérdida de orina involuntaria causada por un incremento de la presión intravesical sobre la presión uretral máxima, en ausencia de contracción del detrusor. Cualquier alteración del soporte vesicouretral, debido a alteraciones

hormonales, cirugías, partos o traumatismos de otra índole, impide la actuación de los mecanismos compensadores a medida que aumenta la presión vesical.

Este tipo de incontinencia es la más común en las mujeres, con una prevalencia de un 48% de todos los casos. Su presencia se asocia a diferentes factores de riesgo como la obesidad, depresión, menopausia (disminución de la capa muscular y de los plexos periuretrales), traumatismos obstétricos, estreñimiento o práctica de ejercicio y/o trabajo físico intenso.

c) Incontinencia con urgencia miccional: Este tipo de incontinencia se caracteriza por la emisión involuntaria de orina acompañada de un intenso deseo miccional, consecuencia de la contracción no inhibida del detrusor. Cuando estas contracciones involuntarias del detrusor son objetivadas mediante estudio urodinámico, se denomina “hiperactividad del detrusor” y las causas pueden ser de origen urológico (enfermedades irritativas o infecciosas, u obstrucción del flujo urinario), por patología cercana (endometriosis o enfermedad inflamatoria pélvica), una disinergia o incluso una pseudodisinergia vesico-esfinteriana, por la ingesta de ciertos fármacos o por el Síndrome de Hinman o incoordinación del esfínter periuretral.

d) Incontinencia mixta: En numerosas ocasiones, la incontinencia de esfuerzo va acompañada de un detrusor hiperactivo. Se trata de la forma de presentación clínica más prevalente¹².

e) Incontinencia por rebosamiento: Es secundaria a una retención de orina prolongada y se asocia a una presión intravesical superior a la resistencia uretral.

f) Enuresis: Ocurre por fallo del control voluntario y consciente de la micción, y aunque el término enuresis se utiliza para la incontinencia nocturna, en realidad puede suceder tanto de día como de noche.

2. *En función de su duración:*

a) Incontinencia transitoria o aguda: Se trata de la incontinencia cuya duración es inferior a 4 semanas. Es la que afecta al 50% de los incontinentes ingresados y sus causas más frecuentes son los cuadros confusionales agudos (delirium), infecciones urinarias o vaginitis atóricas. Suele remitir con la administración de estrógenoterapia en cuestión de días.

b) Incontinencia establecida o crónica: Es la debida a una hiper o hipoactividad del detrusor, o bien a una incompetencia esfinteriana.

1.4 Factores de riesgo para la incontinencia urinaria en la mujer

Son diversos los factores que identifican a los pacientes con mayor riesgo de desarrollar problemas de incontinencia urinaria:

- Si los músculos del suelo pélvico se contraen insuficientemente o demasiado tarde, se produce un fallo en el mecanismo de soporte que afecta al mecanismo de cierre uretral. Como consecuencia, se produce un movimiento anormal del suelo pélvico que provoca una hipermovilidad uretral y del cuello vesical. Factores que pueden influir en ello son la condición física y el estado de salud general y nutricional. Esto puede estar relacionado con hábitos fumadores, sobrepeso y estreñimiento crónico.
- El uso de catéteres incrementan el riesgo de daño del esfínter uretral y, por ende, del mecanismo de cierre.
- La edad es un factor de riesgo significativo en la prevalencia de incontinencia urinaria aumentando esta con la edad un 46% en las mujeres y un 34% en los hombres.
- La prevalencia de incontinencia urinaria es mayor en adultos que sufrieron de enuresis cuando fueron niños.
- Hay una evidencia robusta relacionando el desarrollo de la incontinencia urinaria con el embarazo y los partos, particularmente:

- Los efectos del embarazo en la incontinencia urinaria son más que puramente mecánicos. Las mujeres sin historia previa de incontinencia urinaria pueden desarrollar problemas de incontinencia urinaria durante el embarazo que pueden continuar en el puerperio. No hay relación establecida entre el tamaño del útero grávido y la presión sobre la vejiga.
 - La prevalencia de incontinencia urinaria aumenta en el transcurso del embarazo y en las semanas inmediatamente posteriores al parto
 - El uso de fórceps en el parto implica el desarrollo de incontinencia urinaria.
 - La incontinencia urinaria que se desarrolla durante el embarazo y después del parto y que persiste durante 3 meses después del mismo, es un factor pronóstico de problemas de continencia en el futuro.
 - El incremento de edad maternal, la paridad y bebés de elevado peso (>4000 gr) están asociados con un mayor riesgo de incontinencia urinaria.
- Las mujeres con alto índice de masa corporal (>30) son más propensas a sufrir de incontinencia urinaria.
- Cambios asociados con la menopausia actúan en detrimento de la continencia.

1.5 Tratamiento de Fisioterapia en la incontinencia urinaria

La eficacia de un programa de ejercicios de suelo pélvico depende de tres factores: la conciencia junto con la capacidad de contraer la musculatura pélvica, el programa de entrenamiento y la motivación de la mujer para completar y continuar el tratamiento¹².

Existe consenso a la hora de afirmar que este tratamiento debe ser dirigido y supervisado por un fisioterapeuta especializado debido a que su intervención constituye un pilar fundamental en la motivación de las pacientes. Se ha encontrado evidencia de una mayor eficacia cuando el tratamiento es controlado¹²⁻¹⁴, incluso de una disminución del volumen de intervenciones quirúrgicas para resolver la incontinencia urinaria de hasta un 33%¹³.

De lo que no hay evidencia en la actualidad es sobre cuál es el mejor programa de tratamiento de la incontinencia, puesto que los estudios muestran una gran heterogeneidad en relación con el uso del programa, la duración del tratamiento, el seguimiento del mismo a largo plazo, el tipo de población motivo de estudio, los individuos que componen la muestra, y los resultados obtenidos^{5,15}.

El tratamiento de Fisioterapia, en líneas generales, consta de una primera fase de información, seguida de una fase de reeducación de la musculatura abdomino-pelvi-perineal^{16,17}. Esta reeducación se puede llevar a cabo de forma activa (ejercicios de suelo pélvico y biofeedback) y de forma pasiva (electroestimulación y dispositivos intravaginales tales como los conos vaginales).

1.5.1 Fase de información

Cuando la paciente va a comenzar un programa de reeducación del suelo pélvico, debe recibir información sobre cómo se va a realizar el tratamiento, sobre la anatomía de la musculatura que va a tener que ejercitar, así como las relaciones anatómicas con otras estructuras abdomino-lumbo-pélvicas y sobre los resultados que caben esperar.

Esta fase es fundamental en el proceso de recuperación de las pacientes porque de ella depende, por un lado, la participación activa de la mujer en el tratamiento y, por otro lado, la motivación, elemento clave para el éxito de las posteriores fases del tratamiento y para favorecer la conducta de adherencia una vez el tratamiento supervisado por el fisioterapeuta haya finalizado^{17,18}.

1.5.2 Fase de reeducación de suelo pélvico

Se recomienda que el programa de ejercicios para recuperar el suelo pélvico, previa valoración del paciente, conste de tres fases importantes: en primer lugar, una fase cinestésica, basada en la toma de conciencia de esta musculatura; en segundo lugar, ejecución de las contracciones activas y de relajación posterior; y en tercer lugar, el entrenamiento funcional, mediante la integración de esta musculatura en las actividades diarias de la paciente^{17,18}.

a. Toma de conciencia del suelo pélvico

Con ella se pretende la integración de la contracción y de la relajación del suelo pélvico dentro de su esquema corporal. Existe evidencia de que las pacientes no siempre son capaces de aprender a contraer su suelo pélvico mediante una orden verbal¹⁹. Una vez que se conoce la respuesta de la paciente ante la orden de contraer el suelo pélvico (contracción óptima, contracción débil, no contracción o respuesta inversa), se pueden establecer los objetivos y las pautas de tratamiento.

b. Estrategias terapéuticas para el fortalecimiento de la musculatura

Para la incontinencia urinaria de esfuerzo, los objetivos del abordaje de esta musculatura son mejorar el apoyo de los órganos pélvicos y aumentar la presión uretral durante el esfuerzo¹⁷. Para la incontinencia urinaria de urgencia, sin embargo, al no estar aún claro la influencia del trabajo del suelo pélvico, se ha sugerido que las contracciones repetidas del mismo inhiben las contracciones reflejas de la vejiga¹².

En función de la participación voluntaria de la paciente en los ejercicios, el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico puede realizarse mediante cinesiterapia

activa (ejercicios de suelo pélvico sin soporte mecánico o asistidos mediante biofeedback) y pasiva (electroestimulación, conos vaginales y calendario miccional⁵).

1.5.3 Tratamiento en el domicilio

Esta fase depende de la fase de información mencionada con anterioridad, que llevada a cabo correctamente, mantiene a la paciente motivada y concienciada de la importancia de mantener su periné en buenas condiciones, por lo que realizará de forma regular los ejercicios del suelo pélvico en su domicilio.

1.6 Teoría de la autoeficacia

Bandura²⁰ define la autoeficacia como la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados, es decir, hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente determinadas situaciones de su vida para conseguir los resultados deseados. La teoría de la autoeficacia se basa en una teoría socio-cognitiva, que intenta predecir y explicar el comportamiento utilizando conceptos clave tales como las expectativas de autoeficacia y las expectativas de resultados.

Estas expectativas, de autoeficacia y de resultados, se pueden interpretar en conjunto como los resultados globales que una persona espera de una intervención determinada, de modo que la autoeficacia global habrá que valorarla teniendo en cuenta ambas dimensiones.

Las expectativas de autoeficacia se definen como el juicio individual de nuestra confianza en desempeñar conductas específicas y, por tanto, dependerá del conocimiento y habilidad que el individuo demuestre para desempeñar dichas conductas. Este juicio de autoeficacia desempeña un papel importante en la determinación de llevar a cabo esas

conductas específicas, en el grado de esfuerzo empleado por el individuo, y en el tiempo que se persiste en una actividad dada. Cuanto más fuerte sea la expectativa de autoeficacia del individuo, más vigorosos y persistentes en el tiempo serán sus esfuerzos²¹.

Según Bandura²² la motivación se genera mentalmente, y ésta a su vez, se ve favorecida por la autoeficacia. Las personas utilizan la autoeficacia para decidir qué actividades están dispuestas a llevar a cabo en función de sus propias creencias sobre los beneficios que van a obtener como resultado de esas actividades que están desarrollando. Por lo tanto, la decisión de desempeñar una acción puede estar influenciada por la motivación que supone conseguir una serie de beneficios y de evitar resultados negativos. En este sentido, es de suponer que las mujeres que deciden formar parte de un programa de Fisioterapia para el suelo pélvico dan por hecho que van a obtener un beneficio en cuanto a la reducción de sus síntomas urinarios y que, por tanto, deben estar muy motivadas. Pero es la autoeficacia el elemento que subyace a dicha decisión y que, de forma adicional, va a predecir la mayor o menor probabilidad que existe de que realmente la paciente se adhiera al programa de tratamiento.

1.7 Relación entre la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico y la adherencia al tratamiento de la incontinencia urinaria con Fisioterapia

Favorecer la adherencia al entrenamiento de los músculos del suelo pélvico requiere de un proceso de cambio conductual en el sentido de que debemos hacer que la paciente integre estas nuevas conductas en su vida cotidiana y que evite otras que afectan de forma negativa a los síntomas urinarios¹.

La teoría de Bandura²⁰⁻²² explica los procesos de cambio de conducta en función de cinco etapas o fases emocionales: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Esta visión resulta muy acertada para determinadas conductas de salud, incluyendo la adherencia a los tratamientos. Cada una de estas fases se caracteriza por unos

factores conductuales, y en función de cómo los manejemos, podremos conseguir que las pacientes pasen de una fase a la siguiente.

- a) A la hora de hacer pasar a una paciente de la fase de pre-contemplación a la fase de contemplación, será fundamental la toma de conciencia, la cual indica que la paciente ha adquirido información sobre los aspectos negativos de su comportamiento actual (como por ejemplo, orinar con mucha frecuencia), y establece una relación entre la conducta aconsejada y su disfunción. Otras veces, basta con darse cuenta de algunas sensaciones internas (como cuando no son capaces de aguantar las ganas de orinar) o externas (oler a otras mujeres con el mismo problema y empezar a temer que ella también pueda oler mal) ²³.
- b) Al sopesar los resultados, tanto positivos como negativos de su nueva conducta, la paciente reevalúa cómo su problema de salud y su actitud hacia el mismo entran en conflicto con la consecución de sus metas personales. Cuando las pacientes comienzan a plantearse en serio resolver su problema de salud, quieren recibir información sobre las opciones terapéuticas y se preguntan por su propia capacidad para realizar los ejercicios (expectativas de autoeficacia) se adentran en la fase de preparación²³.
- c) Para pasar de la etapa de preparación a la fase de acción²³, la paciente va a necesitar un plan para avanzar. Su confianza en poder adherirse al tratamiento seguirá siendo fundamental en esta fase, así como estimularla para que lo realice adecuadamente y aprenda a responder cuando las circunstancias no sean del todo favorables (por ejemplo, cuando la paciente se siente estresada o cansada). Una vez ha entrado la paciente en la fase de acción, el apoyo de otras personas, como su fisioterapeuta, se hace imprescindible.
- d) Por último, una vez la paciente tiene que asumir la fase de mantenimiento, las estrategias previamente descritas serán igual de importantes. La literatura nos

muestra que el mantenimiento de una conducta resulta difícil²⁴, porque la paciente tiene que mantener los resultados ya obtenidos y evitar las recaídas.

Como cabe esperar, el éxito del tratamiento consiste en la desaparición de los síntomas, pero las pacientes deben saber que una falta puntual de adherencia al tratamiento no significa un fracaso del mismo, siempre que lo retomen o intensifiquen tan pronto como los síntomas vuelvan a aparecer o empeoren. Por tanto, lo que sí tienen que aprender es la intensidad de ejercitación que mejor mantiene los resultados óptimos.

La teoría de cognición social de Bandura²² proporciona una visión de la adherencia como una conducta que el paciente autogestiona, y establece que el paciente es un procesador activo que realiza una representación de su enfermedad y, en función de ésta, regula su comportamiento, siendo éste último fundamental para promover la adherencia al tratamiento que se le prescriba.

Para que sean los pacientes los que tomen un mayor control de sus vidas y alberguen más fe en sus propias capacidades y habilidades, debemos prestar atención a dicha representación cognitiva que tiene el paciente de la enfermedad, a cómo manejarla y a cómo valorar los resultados de la modificación de su conducta. Esa representación de la enfermedad tendrá mucho que ver con la sintomatología que presenta, con la experiencia de otras patologías en el pasado, y de su propio concepto de salud y enfermedad en función de su contexto socio-cultural²⁵.

Además, esa representación también va a afectar a las estrategias de auto-cuidados del paciente. En el caso de la incontinencia urinaria femenina, un claro ejemplo es la reducción de la ingesta de líquidos o el aumento de la frecuencia miccional para vaciar la vejiga y evitar así los temidos escapes²⁶.

Para valorar los resultados de la conducta de adherencia, los pacientes tendrán que evaluar sus propias representaciones, sus estrategias de autocuidados y los resultados. Esto, a cambio, puede servir para incrementar la eficacia y la autoeficacia de los pacientes en términos de conducta de adherencia al tratamiento.

2. OBJETIVOS

El objetivo que se plantea con este trabajo es conocer el efecto de la autoeficacia en la adherencia al tratamiento de la incontinencia urinaria con Fisioterapia.

3. METODOLOGÍA

Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Cochrane, y PeDro, de las publicaciones comprendidas en el periodo 1995-2014. Los descriptores empleados fueron: (“self-efficacy” AND “incontinence” AND “adherence”); (“Self efficacy” AND “pelvic floor” AND “adherence”); y (adherence AND (“PELVIC FLOOR” OR “incontinence”).

En la primera base de datos obtuvimos todos los artículos para esta revisión, un total de 11. Las demás bases de datos ofrecieron un menor número de resultados, coincidiendo éstos con los ya obtenidos en Medline.

Incluimos todos aquellos estudios relacionados directamente con los objetivos de esta revisión bibliográfica, quedando así excluidos los que no analizaban el papel de la autoeficacia como predictor de la adherencia a los programas de entrenamiento del suelo pélvico. No pusimos límite en cuanto al tipo de incontinencia urinaria, dada la escasez de estudios que se hallaron.

4. RESULTADOS

De los 11 artículos encontrados, tenemos 5 ensayos clínicos aleatorizados, un estudio cuasi-experimental, 4 estudios descriptivos y uno cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas (ver tabla 1).

Dianne Alewijnse llevó a cabo varios estudios, que dieron forma a su tesis doctoral²⁷⁻³⁰. Comenzó con el desarrollo de un programa basado en ejercicios de suelo pélvico unido a un programa de educación para la salud. Dicho programa de educación constaba de una charla por parte de un fisioterapeuta especializado, una guía de autoayuda para la paciente, en la que se le daban respuestas a las dudas típicas sobre la incontinencia urinaria y pegatinas para que las usaran para acordarse de realizar los ejercicios prescritos. En segundo lugar, realizó un trabajo de validación de las diferentes escalas que pretendía emplear en sus estudios posteriores. A los tres meses de haber finalizado su programa terapéutico, realizó un análisis de regresión múltiple y obtuvo un modelo de predicción que explicaba el 22% de la varianza, donde la autoeficacia percibida por las participantes en el estudio, destacaba como variable predictiva de la conducta de adherencia a corto plazo.

En la fase inicial de evaluación del estudio de Alewijnse²⁷, se identificaron numerosos factores que podrían afectar al grado de adherencia al tratamiento, aunque sólo unos pocos de ellos se pudieron considerar como predictivos relevantes tras el análisis de regresión³⁰, entre éstos, las expectativas de autoeficacia.

Según esta autora, la supervisión y las habilidades pedagógicas de los fisioterapeutas parecieron ser los factores más determinantes que influían en la adherencia, y propone, como parece lógico, recomendar a las pacientes susceptibles de abandonar el tratamiento, sesiones de recuerdo para optimizar los resultados de la terapia y el mantenimiento de la conducta de adherencia. Aparte, para incrementar las expectativas de autoeficacia, establece que es

crucial una buena relación entre la paciente y el fisioterapeuta, y conocer las situaciones que pueden llevar a las pacientes a no mantener su tratamiento.

Como conclusión final, la autora nos da a los fisioterapeutas las siguientes recomendaciones para la práctica clínica, en consonancia, entre otras, con las recomendaciones de las guías NICE¹⁵: supervisar las sesiones, incluir sesiones de recuerdo, usar protocolos, evaluar los objetivos del tratamiento para proporcionar un feedback a las pacientes, y, de forma especial, promover o favorecer la autoeficacia.

Hyland et al.³¹, investigaron la experiencia de 5 mujeres que, tras haber participado en un ensayo clínico sobre Fisioterapia para los prolapsos de órganos pélvicos (POP), recibieron un plan de mantenimiento consistente en el entrenamiento de los músculos perineales. Su objetivo era comprender mejor los factores que influían sobre la adherencia terapéutica para ofrecer información a futuras mujeres que se trataran por un prolapso de órgano pélvico. El estudio consistió en realizar entrevistas semi-estructuradas sobre sus experiencias con el programa de entrenamiento del suelo pélvico.

Con este estudio se puso de manifiesto la importancia de la influencia de la familia en los patrones de entrenamiento del suelo pélvico y de cómo ésta mediaba sobre la autoeficacia de las mujeres para poder realizar correctamente su tratamiento de mantenimiento. Los autores destacan la necesidad no sólo de incluir en los programas de tratamiento, estrategias que ayuden a las mujeres a conciliar su rol familiar con los ejercicios, sino que también se debería analizar la influencia del entorno familiar en relación con la adherencia terapéutica en otras disfunciones crónicas.

Autor/Año/ País	Tipo de estudio/ tamaño muestral	Intervención	Mediciones	Resultados
Alewijnse D. 2001 (descriptivo transversal), 2002 (descriptivo transversal), 2003 ^a , 2003 ^b (ensayos clínicos aleatorizados) 129 mujeres Países Bajos		Programa basado en ejercicios de suelo pélvico unido a un programa de educación para la salud: charla por parte de un fisioterapeuta especializado, una guía de autoayuda para la paciente, y pegatinas para recordar la realización de los ejercicios prescritos	Cuatro mediciones: antes y después de la intervención, a los 3 meses y al año.	La autoeficacia resultó ser el principal predictor de adherencia terapéutica
Hyland G. 2014. Nueva Zelanda	Estudio fenomenológico 5 mujeres	Plan de mantenimiento de entrenamiento de los músculos perineales, posterior a programa de reeducación de POP	Entrevistas semi-estructuradas postintervención.	Importante influencia del entorno familiar en la autoeficacia y en la adherencia al tratamiento.
Borello-France D. 2013. Estados Unidos	Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado 296 mujeres	Comparación entre una intervención conductual y la terapia basada en el uso de pesarios vaginales para la incontinencia urinaria de esfuerzo	Durante la fase de tratamiento, a los 3, 6 y 12 meses después del mismo.	A largo plazo, el único predictor fue la barrera “recordar hacer los ejercicios”
Borello-France D. 2010. Estados Unidos	Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado 307 mujeres	-Ejercicios de suelo pélvico, estrategias para disminuir la incontinencia de urgencia y prevenir la de esfuerzo, control de la ingesta de líquidos y disminuir la frecuencia de vaciado vesical. -Otras estrategias para eliminar barreras para realizar los ejercicios.	4 mediciones: al inicio, dos más a intervalos de 2-3 semanas y otra medición final, tras 10 semanas de intervención.	La barrera “recordar hacer los ejercicios” fue el mayor predictor de adherencia.

Chen SY. 2009 China	Estudio descriptivo transversal 106 mujeres	Entrenamiento del suelo pélvico durante 6 semanas.	La medición se llevó a cabo una vez finalizó el tratamiento.	La autoeficacia fue un elemento predictivo importante de la adherencia a los ejercicios de suelo pélvico para el tratamiento de la IU
Messer KL. 2007. Estados Unidos	Ensayo clínico aleatorizado a doble ciego 164 mujeres	Comparación entre un programa de entrenamiento del suelo pélvico y otro programa que incluye una terapia conductual (charla informativa sobre anatomía y fisiopatología de la incontinencia).	Al inicio de la intervención, a las 2 y 4 postintervención, y cada 3 meses durante un período de un año.	La autoeficacia fue un factor predictor de la adherencia.
Hines SH. 2007 Estados Unidos	Estudio descriptivo longitudinal 164 mujeres	Programa de 2 horas sobre entrenamiento vesical y de los músculos perineales.	Antes de comenzar el programa, y a los 3, 6, 9 y 12 meses postintervención.	La autoeficacia apareció como factor predictor, junto a otros factores tipo barrera: enfermedad, estrés, olvidarse de los ejercicios.
Kim J. 2004 Corea	Estudio cuasi-experimental 30 mujeres	Programa de 10 sesiones semanales, incluyendo instrucciones verbales para la realización de los ejercicios de suelo pélvico, instrucciones mediante una cinta grabada, recomendaciones sobre dieta y hábitos de vaciado tanto vesical como rectal.	Tres mediciones: al inicio de la intervención, al final de la misma y al año.	La autoeficacia aumentó significativamente tras la intervención y se asoció a la elevada adherencia.

Tabla 1. Resultados de la búsqueda bibliográfica

Borello-France et al.³², realizó un análisis secundario de datos extraídos de un ECA en el que se comparaban una intervención conductual con el uso de pesarios vaginales para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (n= 296). Entre otros, tenía como objetivo identificar factores de predicción de adherencia al tratamiento de la IUE mediante ejercicios de SP. La adherencia terapéutica se midió durante la fase de tratamiento, así como en revisiones a los 3, 6 y 12 meses después del mismo. También encuestaron a las participantes para conocer qué impedimentos se habían encontrado a la hora de realizar los ejercicios prescritos, tanto durante el tratamiento, como a los 3 meses de haberlo finalizado.

Durante el tiempo que duró la intervención, más del 86% de las participantes realizaban sus ejercicios al menos 5 días en la semana. A los 3, 6 y 12 meses post-tratamiento, eran el 89%, 88% y 80% respectivamente, el porcentaje de mujeres adheridas al tratamiento. En el análisis de regresión observaron que los predictores de adherencia iban cambiando con el tiempo, de manera que al inicio del estudio mostraron mayor adherencia las mujeres con IU leve y mayor puntuación en el cuestionario de calidad de vida (SF-36); a los 3 meses precisamente las mujeres que abandonaron el estudio fueron aquellas con una IU menos severa; y a los 12 meses, el único predictor de adherencia era la dificultad para recordar hacer los ejercicios.

Nuevamente, Borello-France et al., en otro análisis secundario a un ECA sobre el tratamiento conductual para la incontinencia urinaria, esta vez de urgencia (n= 307)³³, estudia los posibles predictores de la intención de adherirse al tratamiento. Y presta especial atención a la autoeficacia, en concreto en la creencia que tiene la mujer de poder adherirse a la terapia a pesar de los inconvenientes que puedan darse en su vida diaria, tales como el cansancio, el olvido de los ejercicios por el estrés o la falta de tiempo. Las mediciones se llevaron a cabo durante la fase de intervención y al año de finalizar ésta. Mientras que en la primera fase de tratamiento el 81% de las participantes realizaban sus ejercicios al menos 5-6 días a la semana, sólo un 32% los continuaba realizando hasta la revisión un año después. De nuevo, el principal factor de predicción de adherencia terapéutica fue la dificultad para recordar la realización de los ejercicios, y en segundo lugar, encontrar tiempo para realizarlos. Concluyen que podría ser

beneficioso incluir en los programas de intervención estrategias para el día a día, para prevenir el abandono del tratamiento por olvido o falta de tiempo.

El estudio de Chen y Tzeng³⁴, que posee una metodología muy compleja, evalúa la capacidad de predicción de múltiples variables, cuyas mediciones ha llevado a cabo, mayoritariamente, con cuestionarios elaborados por la propia autora:

- Autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico.
- Actitud hacia el entrenamiento de los músculos perineales.
- Conocimiento de los beneficios de los ejercicios de suelo pélvico.
- Beneficios percibidos tras la realización de los ejercicios de suelo pélvico.
- Calidad de la relación de pareja de las participantes en el estudio.
- Severidad de las pérdidas de orina.

Chen comprobó que la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico tenía valor predictivo para la variable adherencia a los ejercicios de suelo pélvico ($R^2 = 0,59$; $p < 0,001$). Lo mismo obtuvo para la variable Severidad de las pérdidas de orina, cuyo coeficiente de regresión fue de 0,18, para un nivel de significación de $p < 0,5$. Además, sus resultados apoyan el rol de la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico como factor mediador entre las variables actitud hacia el entrenamiento de los músculos perineales, beneficios percibidos tras la realización de los ejercicios de suelo pélvico y calidad de la relación de pareja con la variable dependiente del modelo, la adherencia.

Sólo la edad de las pacientes y el conocimiento de los beneficios de los ejercicios de suelo pélvico no constituían factores predictivos de la adherencia.

Chen opina en su estudio que, para mejorar la adherencia al tratamiento mediante ejercicios de suelo pélvico y, de este modo, mejorar la eficacia del mismo, es necesario desarrollar un sistema en el que se incluyan estrategias para mejorar la autoeficacia. Para ello,

propone que dicho sistema incluya ciertos factores como los siguientes: conocimiento previo sobre ejercicio físico en general, la actitud hacia el tratamiento, la realización de los ejercicios de suelo pélvico en compañía de la pareja (durante las relaciones sexuales), los beneficios percibidos por las pacientes, la edad y la severidad de las pérdidas de orina.

Tal como hipotetizaba Chen en su estudio, la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico fue un elemento predictivo directo de la adherencia al tratamiento de ejercicios perineales. Además, la autoeficacia resultó ser un elemento que afectaba al efecto que tenía la actitud, la realización de los ejercicios en compañía de la pareja y de los beneficios percibidos sobre la adherencia.

La aportación de Chen, por tanto, es que la autoeficacia constituye un elemento predictivo importante de la adherencia a los ejercicios de suelo pélvico para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

Messer et al³⁵ estudiaron la autoeficacia como variable predictiva de la adherencia a los ejercicios de suelo pélvico, en un grupo de mujeres continentales que siguieron un programa de reeducación del suelo pélvico con el objetivo de prevenir la IU. El cuestionario de autoeficacia contemplaba varias dimensiones: autoeficacia para aprender medios para prevenir la IU, autoeficacia para adherirse al programa de ejercicios y autoeficacia para la correcta realización de dichos ejercicios. La adherencia fue medida en función de lo referido por las pacientes en términos de frecuencia con que se realizaba el tratamiento. El análisis de regresión dio como resultado que la autoeficacia para adherirse al tratamiento y la autoeficacia para la correcta realización de los ejercicios contribuían al modelo de predicción de la adherencia a los tres meses ($\beta = 0,48$ y $0,25$ respectivamente; $p < 0,01$). Sin embargo, la autoeficacia para aprender los medios de prevención de la IU no influía en la adherencia ($\beta = 0,04$).

Se realizaron diversas mediciones de la autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico, a las dos semanas del inicio del tratamiento, y a los tres, seis, nueve y doce meses post-intervención. El tratamiento consistió en una sesión informativa de dos horas, y revisiones periódicas para realizar las mediciones de la autoeficacia ya mencionadas. En función de los resultados aportados por Messer, la autoeficacia de las participantes disminuía a lo largo del tiempo. No se especifica el grado inicial de autoeficacia de la muestra y el tratamiento sólo consistió en una sesión de información, sin supervisión profesional del estado de la musculatura perineal.

El investigador llega a la conclusión de que conocer qué y cómo se realizan las contracciones del suelo pélvico no es suficiente para predecir la adherencia a las mismas. Resulta mucho más fiable, a la hora de predecir la adherencia, averiguar si la paciente se ve capaz de realizar estos ejercicios correctamente, es decir, su grado de autoeficacia.

Hines³⁶ analizó la adherencia terapéutica en 164 mujeres con menopausia a las que se les había instruido para realizar correctamente los ejercicios del suelo pélvico junto a un entrenamiento vesical. Les realizó un seguimiento durante un año para valorar el grado de adherencia y los factores que podían influir sobre ésta. En su análisis de regresión, fue determinante la capacidad de las mujeres para integrar estos ejercicios en sus actividades de la vida diaria, de manera que aquellas que habían convertido sus ejercicios en una rutina diaria a los 3 meses del inicio de la terapia, resultaban 12 veces más propensas a adherirse.

Kim³⁷ realizó un estudio para examinar los efectos de su programa de intervención basado en cuatro puntos: enseñar cómo realizar los ejercicios de suelo pélvico, animar a las pacientes a realizar los ejercicios con regularidad durante doce semanas, incrementar la autoeficacia para manejar su incontinencia mediante estrategias para favorecer la adherencia (llamadas telefónicas de recuerdo, cinta de video y panfletos informativos y un calendario para anotar sus avances entre otros) y controlar los cambios de conducta y los cambios de sintomatología.

Tras 12 semanas desde el inicio del tratamiento, la autoeficacia y la adherencia eran significativamente superiores en el grupo de participantes. Al igual que Alewijnse³⁰, Kim también constató que ni la información dada por escrito o recogida en la cinta de video fueron relevantes a la hora de mejorar la adherencia, ya que las pacientes dejaban de utilizar dicha información una vez habían aprendido a realizar las contracciones perineales.

Sin embargo, los elementos que más motivaron a las pacientes a continuar ejercitando sus músculos del suelo pélvico fueron, por este orden, los mensajes de ánimo optimistas recibidos por sus fisioterapeutas de que su disfunción se podía solucionar (tanto durante las sesiones como mediante llamadas telefónicas recordatorias) y el calendario para registrar los ejercicios que realizaban a diario.

La conclusión a la que llegó el autor fue que se consiguió aumentar la frecuencia con que las pacientes realizaban sus ejercicios para el suelo pélvico, la adhesión a los mismos y la autoeficacia para realizarlos.

5. CONCLUSIONES

-La autoeficacia para los ejercicios de suelo pélvico constituye un factor predictivo de la adherencia al tratamiento de la incontinencia urinaria con Fisioterapia.

-La autoeficacia puede mejorar si se realiza un programa de entrenamiento del suelo pélvico supervisado por un fisioterapeuta especializado, incluyendo sesiones informativas, y que permita el aprendizaje de los ejercicios de forma individual para cada paciente. También pueden incrementarse la autoeficacia y la adherencia terapéutica haciendo un seguimiento semanal de la evolución de las pacientes, durante dos meses aproximadamente, aparte de las revisiones periódicas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Sluijs EM, Kerssens JJ, Van der Zee J, Myers LB. Adherence to Physiotherapy. Adherence to Treatment in Medical Conditions. En: Myers LB and Midence K. Reading, Reino Unido: Harwood Academic Publishers; 1998, p. 363–382.
2. Bo K, Talseth T, Holme I, Single blind, randomized controlled trial of pelvic floor exercises, electrical stimulation, vaginal cones, and no treatment in management of genuine stress urinary incontinence in women. *BMJ*. 1999; 318: 487-493.
3. Bo K, Talseth T. Long-term effect of pelvic floor muscle exercise 5 years after cessation of organized training. *Obstet Gynecol*. 1996; 87: 261-265.
4. Hagger MS, Chatzisarantis N, Biddle S. The influence of self-efficacy and past behaviour on the physical activity of young people. *J Sports Sci*. 2001; 19(9): 711-725.
5. Suárez Serrano C, Medrano Sánchez E, Díaz Mohedo E. Guía de práctica clínica para fisioterapeutas en la incontinencia urinaria femenina. España: Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de Andalucía, 2011.
6. Naughton M, Donovan J, Badia X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, et al. Symptom severity and QoL scales for urinary incontinence. *Gastroenterol*. 2004; 126: S114-S123.
7. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*. 1980; 281: 1243-1246.
8. Tennstedt SL, Fitzgerald MP, Nager CW, Xu Y, Zimmen P, Kraus S y cols. Quality of life in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(5): 543-549.

9. Patrick DL, Martin ML, Bushnell DM; Yalcin I, Wagner TH, Buesching DP. Quality of life of women with urinary incontinence: Further development of the incontinence quality of life instrument (IQoL). *Urology* 1999; 53:71-76.
10. Kelleher C, Cardozo LD, Khullar V, Salvatore S. A new questionnaire to assess the quality of life of urinary incontinent women. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104(12): 1374-9.
11. Montserrat Espuña Pons, Pablo Rebollo Álvarez y Montserrat Puig Clota. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. Un cuestionario para evaluar la incontinencia urinaria. *Med Clin (Barc)* 2004; 122(8):288-92.
12. Espuña M, Puig M. Tratamiento conservador de la incontinencia de orina. Reeducción de los músculos del suelo pélvico. En: Espuña M, Salinas J. *Tratado de Uroginecología*. Ed Ars Médica. Barcelona. 2004. pp 449-459.
13. Slack A, Hill A, Jackson S. Is there a role for a specialized physiotherapist in the multidisciplinary Management of women with stress incontinence referred from primary care to a specialist continence clinic? *J Obstet Gynaecol*. 2008; 28(4): 410-412.
14. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(2): 110-122.
15. NICE Clinical Guideline 40. Urinary Incontinence: the Management of urinary incontinence in women. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006.
16. Soltero A, Campoy P, Barrero R, Medrano E, Pérez M, Rodríguez A. Tratamiento rehabilitador en la incontinencia urinaria de esfuerzo femenina. *Arch Esp Urol*. 2002; 55: 1035-1046.

17. Medrano EM, Campoy P, Soltero A. Tratamiento fisioterapéutico de la Incontinencia Urinaria Femenina en una unidad de Uroginecología. Cuestiones de Fisioterapia 2003; 22: 1-12.
18. Anders K. Recent developments in stress urinary incontinence in women. Nurs Stantard 2006; 20(35): 48-54.
19. Bo K, Larsen S, Oseid S, Kvarstein B, Hagen R, Jorgesen J. Knowledge and ability to correct pelvic floor muscle exercise in women with urinary stress incontinence. Neurol Urodyn 1988; 7: 261-262.
20. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977 Mar; 84(2):191-215.
21. Nieto J, Abad MA, Esteban M, Tejerina M. Psicología para Ciencias de la Salud. McGraw Hill Interamericana. Madrid 2004.
22. Bandura, A. Self-efficacy in changing societies. New York: Cambridge University Press; 1995.
23. Willey C, Redding C, Stafford J. Stages of change for adherence with medication regimens for chronic disease: development and validation of a measure. Clin Ther. 2000; 22(7): 858-871.
24. Curran C, Williams A, Potts H. Cognitive-behavioral therapy for persistent pain: Does adherence after treatment affect outcome? Eur J Pain. 2009; 13: 178-188.
25. De Vries H, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. Health Educ Res. 1998; 3: 273-282.

26. Johnson TM, Kincade JE, Bernard SL. Self-care practices used by older men and women to manage urinary incontinence: results from the national follow-up survey on self-care and aging. *J Am Geriatr Soc.* 2000; 48: 894-902.
27. Alewjinse D, Mesters I, Metsemakers J, van der Borne B. Predictors of intention to adhere to physiotherapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res.* 2001; 6(2): 173-186.
28. Alewjinse D, Mesters I, Metsemakers J, van der Borne B. Program development for promoting adherence during and after exercise therapy for urinary incontinence. *Patient Educ Cons.* 2002; 48: 147-160.
29. Alewjinse D, Mesters I, Metsemakers J, van der Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health education program to promote adherence among women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2003; 22(4): 284-295.
30. Alewjinse D, Mesters I, Metsemakers J, van der Borne B. Predictors of long term adherence to pelvic floor muscle exercise therapy among women with urinary incontinence. *Health Educ Res.* 2003; 18(5): 511-524.
31. Hyland G, Hay-Smith J, Trehan G. Women's experiences of doing long-term pelvic floor muscle exercises for the treatment of pelvic organ prolapse symptoms. *Int Urogynecol J.* 2014; 25(2):265-71.
32. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Ye W, Weidner AC, Lukacz ES, Jelovsek JE, Bradley CS, Schaffer J, Hsu Y, Kenton K, Spino C. Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Phys Ther.* 2013; 93(6):757-73.

33. Richter HE, Burgio KL, Brubaker L, Nygaard IE, Ye W, Weidner A, Bradley CS, Handa VL, Borello-France D, Goode PS, Zyczynski H, Lukacz ES, Schaffer J, Barber M, Meikle S, Spino C. Continence pessary compared with behavioral therapy or combined therapy for stress incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2010; 115(3):609-17.
34. Chen S, Tzeng Y. Path analysis for adherence to pelvic floor muscle exercise among women with urinary incontinence. *J Nurs Res.* 2009; 17(2): 83-91.
35. Messer K, Hines S, Raghunathan TE, Seng J, Diokno C, Sampsel C. Self-Efficacy as a predictor to Pelvic Floor Muscle Training adherence in a prevention of urinary incontinence clinical trial. *Health Educ Behav.* 2007; 34(6): 942-952.
36. Hines SH, Seng JS, Messer KL, Raghunathan TE, Diokno AC, Sampsel CM. Adherence to a behavioral program to prevent incontinence. *West J Nurs Res.* 2007; 29(1):36-64.
37. Kim JI. Continence efficacy intervention program for community residing women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nursing* 2001;18(1): 64-72.