

# Influencia de la Fisioterapia perineal en el bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria

## *Influence of pelvic floor Physiotherapy on affective symptoms in women with urinary incontinence*

- C. Suárez Serrano.** Fisioterapeuta. Doctora por la Universidad de Sevilla. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España
- J. Rebollo Roldán.** Fisioterapeuta. Doctor en Pedagogía. Catedrático de Escuela Universitaria. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España
- R. García Pérez.** Doctor en Pedagogía. Profesor Titular de Escuela Universitaria. Departamento de MIDE. Universidad de Sevilla. Sevilla. España
- E. Medrano Sánchez.** Fisioterapeuta. Licenciada en Kinesiología y Fisiatría. Profesora Colaboradora. Departamento de Fisioterapia. Universidad de Sevilla. Sevilla. España

### Correspondencia:

Carmen Suárez Serrano  
E-mail: [csuarez@us.es](mailto:csuarez@us.es)

Recibido: 4 febrero 2009

Aceptado: 2 marzo 2009

### RESUMEN

*Introducción:* numerosos estudios confirman la relación de la incontinencia urinaria con la depresión y la ansiedad, pero hemos encontrado pocos trabajos centrados en conocer la mejoría que sobre estos síntomas ocasiona el tratamiento de Fisioterapia perineal. Nuestro *objetivo* es conocer la eficacia de un tratamiento de Fisioterapia perineal basado en ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico asistidos por *Biofeedback*, en el grado de bienestar psicológico de las mujeres que padecen incontinencia urinaria en alguna de sus tres formas clínicas de presentación: de esfuerzo, de urgencia y mixta. *Material y método:* nuestro diseño consiste en un estudio ex post-facto de tipo comparativo causal de sólo posttest con pretest retrospectivo. Mediante muestreo intencional seleccionamos 35 mujeres, con un rango de edad amplio cuya media es 53,66 años con una desviación típica de 11,66, que recibieron el tratamiento durante 2003 y 2005 en el Centro Urológico San Ignacio, de Sevilla. Elaboramos un cuestionario para recoger los datos personales, ginecológicos, urológicos y del tratamiento. Para valorar el grado de bienestar psicológico (variable dependiente), modificamos el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), adaptándolo a las necesidades de nuestro estudio. Constituyó la variable independiente el tratamiento de Fisioterapia perineal. *Resultados:* la T de Student para muestras relacionadas señala que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ) en los cambios de la variable después del tratamiento, lo que confirma también la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon ( $p = 0,000$ ). *Discusión:* extraemos que el tratamiento utilizado aumenta el grado de bienestar psicológico en las mujeres de la muestra.

**Palabras clave:** incontinencia urinaria, Fisioterapia, síntomas afectivos.

### ABSTRACT

*Background:* there are plenty of studies which confirm the relationship between urinary incontinence and depression and anxiety, but only a few of them have focused on the relief of urinary symptoms due to Physiotherapy. *Objective:* the aim of this study is to prove that pelvic floor muscles training, by means of Biofeedback, is effective

*for psychological welfare in incontinent women, whatever its clinical presentation is: stress incontinence, urge incontinence and mixed in continence. Material and methods: therefore, we have designed a causal-comparative research with retrospective pretest, in a 35-woman sample with a wide range of age, whose average was 53,66 and with a standard deviation of 11,66. All women underwent Physiotherapy treatment during the years 2003 and 2005. A questionnaire was developed for data collection; this one included personal, gynaecological, urological and treatment data, and a specific questionnaire, based on the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), was used to assess psychological welfare. Results: the results proved that Physiotherapy treatment was effective for women's psychological sphere, and modifications with a signification  $p < 0.001$  were found, which meant that Physiotherapy interventions were effective for this variable in the patients. Discussion: the conclusions of this study are that Physiotherapy treatment for urinary incontinence was effective to improve psychological welfare in our sample.*

**Key words:** urinary incontinence, Physiotherapy, affective symptoms.

## INTRODUCCIÓN

El impacto de la incontinencia urinaria es el grado de malestar que los síntomas de esta disfunción miccional provoca en las diferentes esferas (física, social y psicológica) de la vida de las pacientes. Supone el sentir de las mujeres ante esta condición, cómo perciben ellas su problema de salud. Según la ICS, el diagnóstico de la incontinencia urinaria desde el punto de visto objetivo debe ser menos importante que la forma en que las pacientes perciben las pérdidas de orina y el efecto que tiene esta percepción en las diferentes dimensiones que componen al individuo<sup>(1)</sup>. Actualmente, el estrés, la estética, la competitividad laboral y la perfección hacen que la frecuencia de la pérdida de orina, la sensación de falta de control de la micción, no sólo suponga un problema orgánico sino que adquiera repercusiones sociales, afectivas y profesionales<sup>(2)</sup>, cuya gravedad variará en función de cada individuo.

Desde la década de los años cuarenta del siglo XX, se recoge en los textos urológicos el impacto psicológico que la incontinencia urinaria provoca en los que la padecen<sup>(3)</sup>. Así, Aldridge<sup>(4)</sup> escribió que esta disfunción puede llevar a un estado de depresión que fuerce a las mujeres a aislarse socialmente. En épocas más recientes, otros autores<sup>(5-8)</sup> se manifiestan en este mismo sentido, señalando que la incontinencia urinaria puede provocar una limitación de la actividad social, depresión, ansiedad, sentimientos de vergüenza y aislamiento.

Fultz y Herzog<sup>(9)</sup> llegaron a la conclusión de que la incontinencia urinaria está asociada a una confluencia de factores físicos y comportamentales, que pueden provo-

car una alteración emocional y social, aun cuando en su estudio, realizado entre mujeres con incontinencia y continentes, no encontraron una asociación fuerte entre incontinencia urinaria y depresión. Contrariamente, Bogner y cols.<sup>(10)</sup> valoraron los problemas psicológicos en personas mayores de 50 años, cuando éstos presentan incontinencia urinaria, obteniendo como resultado que la pérdida funcional derivada de esta condición, especialmente la limitación para disfrutar de las actividades diarias y de las relaciones sociales, es lo que provoca más síntomas depresivos. Encontraron, además, una asociación significativa entre incontinencia urinaria y otros problemas psicológicos. Nygaard y cols.<sup>(11)</sup> confirmaron también la relación de la incontinencia urinaria con la depresión para una población femenina comprendida entre los 50 y los 69 años.

Stach-Lempinen y cols.<sup>(12)</sup> avanzaron en el conocimiento de esta conjunción de factores, buscando la relación que podría darse entre los diversos tipos de incontinencia urinaria y la depresión severa. Utilizando el cuestionario Urinary Incontinence Severity Store (UISS) para valorar calidad de vida en la incontinencia urinaria, y el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para medir el grado de bienestar psicológico, encontraron que la depresión está más asociada a la incontinencia de urgencia que a la de esfuerzo.

Desde otra perspectiva observamos que la depresión agrava los problemas derivados de la incontinencia urinaria. En este sentido, los estudios realizados por Melville y cols.<sup>(13, 14)</sup> muestran que los sujetos depresivos con incontinencia urinaria presentan un grado más severo de esta disfunción, su calidad de vida es significativamente

más baja y sufren una pérdida funcional mayor que los sujetos que no presentan depresión. De ello se deduce que la presencia de depresión en las mujeres incontinentes acarrea la existencia de un peor pronóstico de esta disfunción. Otros autores consideran también que la presencia de depresión puede influir en la adhesión al tratamiento y, por lo tanto, predecir que éste tendrá menos éxito, pues las mujeres con incontinencia que además sufren depresión o ansiedad, presentan mayor dificultad para mantener un tratamiento largo, como en estos casos es el de Fisioterapia<sup>(12)</sup>.

Por último, encontramos que la relación entre la depresión y la incontinencia urinaria es bidireccional, pues si bien los síntomas y la pérdida funcional asociada a la incontinencia urinaria pueden llevar a la depresión, de igual forma, la depresión y las alteraciones en la función neurotransmisora podrían afectar el complejo control de la vejiga, provocando así un problema de incontinencia de urgencia<sup>(15)</sup>.

Otro de los problemas relacionados con el bienestar psicológico que presentan las mujeres con esta disfunción miccional es la ansiedad, la cual puede deberse igualmente al hecho de que ven mermadas sus actividades en la esfera social a causa de los escapes, de sentirse mojada y de la dependencia del baño<sup>(16)</sup>.

Dada la repercusión que este problema miccional presenta en la esfera psicológica de las mujeres y, por lo tanto, en su calidad de vida, pretendemos averiguar la influencia que sobre este aspecto pueda tener un programa de Fisioterapia perineal. El objetivo, pues, de este estudio es conocer la eficacia del tratamiento de Fisioterapia perineal, basado en ejercicios del suelo pélvico asistidos con *Biofeedback*, en la mejora del grado de bienestar psicológico de las mujeres que padecen incontinencia urinaria.

Como hipótesis de investigación, nos planteamos que existen diferencias significativas en la mejora del grado de bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria tras la aplicación del tratamiento de Fisioterapia perineal.

## MATERIAL Y MÉTODO

El diseño que hemos trazado se corresponde con el de un estudio ex post-facto de tipo comparativo causal

de sólo posttest, con pretest retrospectivo<sup>(17,18)</sup> basado en la memoria de los sujetos sobre su situación previa a la exposición de la variable independiente.

La muestra está compuesta por 35 mujeres diagnosticadas de incontinencia urinaria desde el punto de vista clínico, con una media de edad de 53,66 años y una desviación típica de 11,96, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico, intencional o de conveniencia. Las participantes, procedentes del Centro Urológico San Ignacio, ubicado en la ciudad de Sevilla y especializado en el tratamiento de la incontinencia urinaria, fueron tratadas mediante Fisioterapia perineal durante los años 2003 y 2005.

Se adoptaron los siguientes criterios de inclusión:

- Presentar diagnóstico médico de incontinencia urinaria en cualquiera de sus tres formas clínicas<sup>(19, 20)</sup>.
- Haber sido tratada con Fisioterapia perineal para la mejora o recuperación de la incontinencia urinaria.
- Estar capacitada para comunicarse y entender los requerimientos del estudio.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron: padecer trastornos mentales que impidieran a las mujeres el normal ejercicio de la memoria y padecer infecciones urinarias en el momento de la investigación.

La variable independiente está configurada por el programa de intervención fisioterapéutica (tratamiento de Fisioterapia perineal) y la variable dependiente por el grado de bienestar psicológico de las pacientes.

El tratamiento de Fisioterapia perineal está basado en ejercicios del suelo pélvico asistidos por *Biofeedback*, supervisados por un fisioterapeuta especializado en el campo de la uroginecología. De acuerdo con lo establecido por diferentes autores, el tratamiento de Fisioterapia realizado se basa en tres fases<sup>(21)</sup>: una primera de información sobre el objetivo del tratamiento, la vía de abordaje, la zona anatómica en la que se centra el trabajo que debe realizar, la valoración de esta musculatura y la importancia de la motivación y participación activa por parte de la paciente, que se lleva a cabo en una sola sesión. En la segunda fase, que consta de unas 6-8 sesiones, el tratamiento se centra en la toma de conciencia del suelo pélvico, en eliminar las posibles sinergias, en la potenciación de esta musculatura mediante *Biofeedback*

y en un programa de ejercicios a realizar de forma controlada en el domicilio. Cada sesión consta de 30 minutos. Por último, existe una tercera fase que consta de 3 revisiones, realizadas: al mes, a los tres meses y al año, para comprobar el estado de la musculatura perineal y la adhesión al tratamiento.

La variable dependiente se mide mediante un cuestionario basado en el Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)<sup>(22)</sup>, adaptado culturalmente al español<sup>(23)</sup>, en el que hemos incorporado algunas modificaciones para ajustarlo a las especificaciones de este estudio, con el fin de conseguir una mejor comprensión por parte de las mujeres, y para facilitarles la cumplimentación del mismo. El cuestionario consta de 14 ítems divididos en dos dimensiones: ansiedad y depresión. Su contenido hace referencia a la percepción subjetiva que tiene la paciente de aspectos psicológicos relacionados con los trastornos depresivos y de ansiedad. Aunque el cuestionario presenta estas dos dimensiones, nosotros hemos considerado la medición del grado de bienestar psicológico de las pacientes de forma global, aunando la valoración de los 14 ítems que lo componen. Cada ítem es evaluado mediante una escala tipo Likert con cuatro posibles respuestas, lo que permite la gradación de la intensidad del bienestar psicológico percibido por la paciente con un rango de puntuaciones que va de 0 (mayor bienestar psicológico) a 42 (menor bienestar psicológico).

Elaboramos también un cuestionario para recoger información acerca de los datos de filiación, los antecedentes personales y ginecológicos, los datos clínicos en relación a la incontinencia urinaria y el tratamiento de Fisioterapia perineal seguido.

## RESULTADOS

Debido a las modificaciones realizadas en el HADS, y para dar mayor consistencia a su uso en nuestro estudio, hemos realizado, por una parte, el examen de la validez de constructo de este instrumento de medida; y por otra, el estudio de la fiabilidad, tanto en el pretest como en el posttest en ambos casos. Para la validez de constructo hemos utilizado un análisis factorial, recogiendo los resultados obtenidos en el KMO, la prueba de esfericidad de Barlett y el porcentaje de saturación para el

pretest y el posttest. Para estudiar la fiabilidad hemos utilizado la prueba alfa de Cronbach en las dos mediciones: pretest y posttest. Los resultados de todos estos análisis se presentan en la tabla 1.

Mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov (tabla 2) conocimos que los datos de nuestra variable se distribuyen con normalidad antes y después de la aplicación del tratamiento, lo que nos ha permitido usar pruebas paramétricas en el análisis posterior. No obstante, hemos incluido también pruebas no paramétricas, para dar una mayor inferencia estadística al estudio.

Aunque el cuestionario para medir el grado de bienestar psicológico se estructuró para ser autoadministrado, nosotros hemos preferido obtener la información mediante entrevistas, debido a los otros datos que debíamos recoger sobre los antecedentes ginecológicos y urológicos, y porque, ante una disfunción como la incontinencia urinaria, las pacientes se sienten más cómodas para hablar de su problema de salud ante un profesional que actúe de entrevistador<sup>(24)</sup>. Los datos se analizaron con el paquete informático SPSS para Windows, utilizando las versiones 14.0 y 15.0.

En el análisis descriptivo de la variable dependiente se observa que la distribución de los datos en función de las puntuaciones obtenidas en el pretest (tabla 3) oscila entre 0 (valor mínimo) y 32 (valor máximo), con una media de 10,514 y una desviación típica de 7,845. En la figura 1 se muestra que, en el pretest, el mayor número de casos se da en el valor 10,00 ( $n = 5$ ), y ninguno para el valor 0,00. Se observan valores bajos (3,00; 4,00; 5,00) con una frecuencia similar para los valores más elevados (20,00; 25,00; 28,00).

En el posttest la media desciende a 5,771 y la desviación típica a 5,275 (tabla 4), encontrando, según se muestra en la figura 2, la aparición del valor 0,00 y un aumento de los casos con valor 1,00 ( $n = 7$ ), unido a una disminución en el resto de los valores, desapareciendo todos los valores superiores a 20,00.

Para conocer la eficacia del tratamiento hemos utilizado pruebas de contraste, paramétricas y no paramétricas, analizando si existen diferencias estadísticamente significativas en el grado de bienestar psicológico de las pacientes sometidas a tratamiento de Fisioterapia perineal, antes y después de su realización.

Los datos derivados de la aplicación de la T de Student para muestras relacionadas reflejan la existencia de

**TABLA 1. Puntuaciones de la calidad del instrumento de medida para la variable dependiente grado de bienestar psicológico**

Variable	KMO	Barlett	Nº ítems	% de la varianza	Alfa de Cronbach
Grado de bienestar psicológico pretest	0,672	p = 0,000	14	38,338	0,865
Grado de bienestar psicológico postest	0,621	p = 0,000	14	31,359	0,806

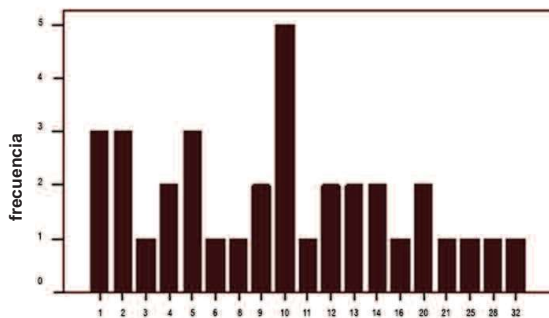
**TABLA 2. Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov**

Variable	Prueba de normalidad
Grado de bienestar psicológico pretest	Z = 0,760; p = 0,611
Grado de bienestar psicológico postest	Z = 0,962; p = 0,313

**Descriptivos pretest**

**TABLA 3. Estadísticos de frecuencia en la variable grado de bienestar psicológico pretest**

N	Válidos	35
	Perdidos	0
Media		10,5143
Mediana		10,0000
Moda		10,00
Desv. típ.		7,84546
Mínimo		1,00
Máximo		32,00
Suma		368,00

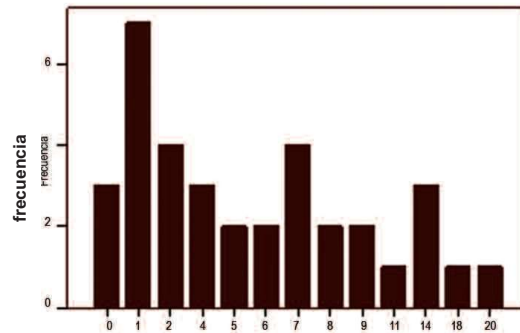


**FIG. 1. Variable grado de bienestar psicológico pretest.**

**Descriptivos postest**

**TABLA 4. Estadísticos de frecuencia en la variable grado de bienestar psicológico postest**

N	Válidos	35
	Perdidos	0
Media		5,7714
Mediana		5,0000
Moda		1,00
Desv. típ.		5,27528
Mínimo		0,00
Máximo		20,00
Suma		202,00



**FIG. 2. Variable grado de bienestar psicológico postest.**

TABLA 5. Prueba T de Student

	t	gl	Sig. (bilateral)
Grado de bienestar psicológico antes – grado de bienestar psicológico después	3,684	34	0,001

diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,001$ ) en los cambios producidos en esta variable después de la aplicación del tratamiento (tabla 5). Igualmente, los indicadores de la prueba no paramétrica del test de los rangos con signo de Wilcoxon para dos muestras relacionadas corroboran tales diferencias con un grado de significación cercano a cero ( $p = 0,000$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados de las dos pruebas de contraste llevan a la misma conclusión: la variación existente entre las puntuaciones obtenidas antes y después del tratamiento de Fisioterapia perineal no se produce al azar, sino que se debe a la aplicación de dicho tratamiento.

Encontramos dos circunstancias que dificultan seriamente una discusión amplia y enriquecedora:

Una de ellas viene significada por el hecho ya comentado de que, aunque el cuestionario en el que nos hemos basado para medir el grado de bienestar psicológico permite realizar un análisis independiente para la depresión y para la ansiedad, hemos optado por presentar los resultados mediante una valoración global conjunta, habida cuenta de que no somos especialistas en el ámbito de conocimiento que se ocupa de estos problemas de salud, y de que nuestro interés se circunscribe a incardinar el grado de bienestar psicológico en el contexto de las dimensiones que conforman la calidad de vida relacionada con la salud, de la cual este constructo forma parte.

La otra circunstancia es que, aun cuando queda manifiesta la relación que presenta la incontinencia urinaria con la depresión y la ansiedad, según hemos podido dejar constancia en la introducción, en nuestro rastreo bibliográfico hemos encontrado pocos estudios centrados en la mejoría de estos problemas de salud tras la aplicación de un tratamiento de Fisioterapia perineal. Pero, además, las distintas metodologías utilizadas y los diferentes tratamientos fisioterapéuticos aplicados en di-

chos estudios, así como el hecho de que presentan los resultados diferenciados para la depresión y la ansiedad, dificultan extraordinariamente, cuando no imposibilitan, el establecimiento de puntos de conexión entre tales trabajos y el nuestro.

No obstante, deseamos dejar constancia del estudio realizado por Hagen y cols.<sup>(25)</sup>, quienes, utilizando la versión original del HADS, encontraron diferencias significativas en la dimensión ansiedad de este cuestionario, tras la aplicación de dos intervenciones terapéuticas, siendo el tratamiento de Fisioterapia una de ellas, comparándolas con un grupo control. No encontraron diferencias significativas en el caso de la depresión. Lo mismo ocurre en el estudio que realizaron Wyman y cols.<sup>(26)</sup>, quienes valoraron la depresión de las participantes mediante el cuestionario Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CED-s) y encontraron que los cambios producidos no eran significativos en las participantes tras un tratamiento basado en el entrenamiento vesical, intervención diferente a la utilizada en nuestro trabajo.

Los resultados de ambos estudios no sólo contradicen los nuestros y los reseñados en la introducción, sino también lo que afirman Melville y cols.<sup>(13)</sup>, quienes en el mismo año en que se publicaron aquellos (2002), relatan que hay investigaciones en las que se utilizan herramientas para el diagnóstico de la depresión en lugar de mediciones sintomáticas de las pérdidas de orina. Consideramos que, a pesar de tan extraordinarias divergencias, que parecen inclinar la balanza a favor de la relación incontinencia urinaria-depresión, y de que no somos capaces de determinar si son debidas a la diversidad de metodologías, de tratamientos o de otras circunstancias, no podemos obviar la realidad de quienes afirman lo contrario.

Por todo lo anteriormente expuesto consideramos que es necesario continuar en el estudio de las relaciones entre el bienestar psicológico y la incontinencia urinaria, profundizando en el conocimiento de la influencia que nuestro programa de Fisioterapia perineal pueda



tener en la mejoría de dicha parcela de la vida de las mujeres afectadas de esta disfunción, habida cuenta de que todavía es un campo poco abordado.

## CONCLUSIONES

Consideramos que la demostrada validez interna y la fiabilidad del cuestionario elaborado para este trabajo, permiten la valoración eficaz del grado de bienestar psicológico en las participantes del estudio.

Entendemos que el grado de bienestar psicológico, contemplado globalmente, aumenta de forma significativa después de la aplicación del tratamiento de Fisioterapia perineal.

Los evidentes resultados contradictorios entre los diversos trabajos hallados, aconsejan profundizar en el conocimiento de las relaciones entre el tratamiento de Fisioterapia perineal y el grado de bienestar psicológico de las mujeres con incontinencia urinaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Naughton M, Donovan J, Badía X, Corcos J, Gotoh M, Kelleher C, et al. Symptom severity and QOL scales for urinary incontinence. *Gastroenterology*. 2004; 126: S114-S123.
2. Crespo Ruiz MT. Aspectos psicológicos de la incontinencia. Libro blanco de la incontinencia urinaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1991; p. 139-62.
3. Moore KH, Paul P. A historical review of selected nursing and medical literature on urinary incontinence between 1850 and 1976. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 1997; 24: 106-22.
4. Aldridge AH. An evaluation of methods for the treatment of urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 1946; 51: 299-315.
5. Norton C. The effects of urinary incontinence in women. *Int Rehabil Med*. 1982; 4: 9-14.
6. Thomas M, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ*. 1980; 281: 1243-6.
7. Swithinbank LV, Abrams P. The impact of urinary incontinence on the quality of life of women. *World J Urol*. 1999; 17: 225-9.
8. Beizer JL. Urinary incontinence in women: a review for the pharmacist. *J Am Pharm Assoc*. 1996; NS36: 196-203.
9. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc*. 2001; 49: 892-9.
10. Bomer HR, Gallo JJ, Sammel MD, Ford DE, Armeniam HK, Eaton W. Urinary incontinence and psychological distress in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50: 489-95.
11. Nygaard I, Turvey C, Burns T, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States. *Obstet Gynecol*. 2003; 101: 149-56.
12. Stach-Lempinen B, Hakala A, Laippala P, Lehtinen K, Metsänoja R, Kujansuu E. Severe depression determines quality of life in urinary incontinent women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22: 563-8.
13. Melville JL, Walker E, Katon W, Lentz G, Miller J, Fenner D. Prevalence of comorbid psychiatric illness and its impact on symptom perception, quality of life, and functional status in women with urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol*. 2002; 187: 80-7.
14. Melville J, Delaney K, Newton K, Katon W. Incontinence severity and major depression in incontinent women. *Obstet Gynecol*. 2005; 106 (3): 585-92.
15. Zom B, Montgomery H, Pieper K, Gray M, Steers W. Urinary incontinence and depression. *J Urol*. 1999; 162: 82-4.
16. Chen GD, Lin TL, Hu SW, Chen YC, Lin LY. Prevalence and Correlation of Urinary Incontinence and Overactive Bladder in Taiwanese Women. *Neurourol Urodyn*. 2003; 22: 109-17.
17. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud, 6ª ed. México; Mc Graw-Hill; 2000.
18. Campbell D, Stanley J. Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 2001.
19. Espejo Maldonado E, Tallada Buñuel M, Cózar Olmo M. Incontinencia urinaria de esfuerzo femenina: aspectos diagnósticos y clasificaciones principales. En: Salinas J, Rapariz M. Tratado de Reeducción en Uroginecología. Madrid: Laboratorios Letti 1997, p. 65-102.
20. Moreno J, Carro C, Resel L. Etiología, Patogenia, Tipos y Clasificaciones. En: Resel Estévez L, Moreno Sierra J. Atlas de incontinencia urinaria. Madrid: Smithkline Beecham; 2000, p. 49-56.

21. Medrano Sánchez E, Campoy Martínez P, Soltero González A. Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria femenina en una unidad de Uroginecología. *Cuestiones de Fisioterapia*. 2003; 22: 1-12.
22. Zigmong AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983; 67: 361-70.
23. Badía X, Salamero M, Alonso J. *La Medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Ed. Edimac, 2002.
24. Milsom I, Abrams P, Cardozo L, Roberts RG, Thüroffs J, Wein AJ. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int*. 2001; 87: 760-6.
25. Hagen S, Hanley J, Camewell A. Test-retest reliability, validity, and sensitivity to change of urogenital distress inventory and the incontinence impact questionnaire. *Neurorol Urodyn*. 2002; 21: 534-9.
26. Wyman JF. Quality of life following bladder training in older women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 1997; 8 (4): 223-9.