



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.

Trabajo de grado previo a la obtención del título licenciatura en terapia física
médica

AUTOR: Vargas Aguas Yessenia Gabriela

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

Ibarra, 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc. en calidad de tutor de la tesis titulada: "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019", de autoría de Vargas Aguas Yessenia Gabriela, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 02 días del mes de Enero del 2020

Lo certifico:



Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	172611346-5		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Vargas Aguas Yessenia Gabriela		
DIRECCIÓN:	Villas Camila, casa #20		
EMAIL:	Yessvargas13@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:		TELF. MÓVIL:	0983844175
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”.		
AUTOR (A):	Vargas Aguas Yessenia Gabriela		
FECHA:	2020/01/30		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		

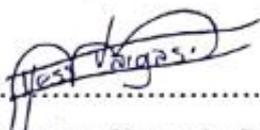
TITULO POR EL QUE OPTAN:	Licenciado en Terapia Física Médica
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

2.- CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, 30 de Enero del 2020

AUTORA:



.....
Vargas Aguas Yessenia Gabriela

C.C: 172611346-5

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: 30 de enero del 2020

VARGAS AGUAS YESSENIA GABRIELA “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL FEMENINO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS Y ECONÓMICAS, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019” / Trabajo de Grado. Licenciatura en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

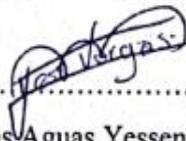
El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres de la Facultad Ciencias de la Salud, Centro Académico de Idiomas y empresa pública La U emprende de la Universidad Técnica del Norte. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

Fecha: Ibarra, 30 de enero del 2020



.....
Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

DIRECTOR DE TESIS



.....
Vargas Aguas Yessenia Gabriela

AUTORA

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico principalmente a Dios por haberme dado la vida y guiar mi camino para culminar mis estudios con éxito, a pesar de los obstáculos que se me han presentado.

A mi madre quien ha sido mi pilar fundamental, apoyo incondicional y ayudarme con los recursos necesarios para culminar mi carrera profesional y también convirtiéndome en una persona de valores, principios, carácter y perseverante para alcanzar los objetivos que me he propuesto. A mis hermanos, que con ellos he sabido superarme en las caídas, errores y dificultades que tiene la vida.

A mi abuelita que siempre estuvo junto a mí en todo momento y ahora como mi ángel protector e inspirador para continuar con mi proyecto de vida

Sobrinos y familia por enseñarme, que las cosas se deben realizar bien y sin necesidad de hacerlo de prisa, por su comprensión y cariño que siempre me lo han demostrado.

Amigos porque han estado a mi lado para apoyarme en los momentos en los que más los he necesitado, impulsando la fuerza necesaria para lograr este paso en mi vida profesional.

Vargas Aguas Yessenia Gabriela

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios quien me ha dado la fortaleza, sabiduría para seguir adelante y culminar una etapa más de mi vida.

A la Universidad Técnica del Norte, que me acogió, convirtiéndose en mi segundo hogar para poder alcanzar mi sueño de culminar con mis estudios universitarios. A la Carrera de Terapia Física Médica por su labor incansable en la formación de profesionales al servicio de la comunidad y a todos los docentes que la conforman quienes orientan nuestra formación universitaria, compartiendo sus conocimientos de una forma desinteresada. Y al personal de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas por su ayuda y colaboración en la realización de este proyecto de investigación.

Gracias a mi madre que con sus valores me ha enseñado a no desfallecer, ni rendirme ante nada, ha sido mi ejemplo a seguir y motivo de superación académica y profesional.

A mi familia que siempre estuvo a mi lado, brindándome su apoyo incondicional en los buenos y malos momentos a lo largo de mi carrera y a mis amigos por llegar a convertirse en mi segunda familia con quienes estoy segura podré contar en todo momento.

A mi tutor Licenciado Cristian Torres Msc. quien mostro interés constante durante el transcurso del tiempo para la elaboración de mi tesis y por su ayuda para finalizar este trabajo de investigación, gracias a sus conocimientos sobre el tema abordado.

Vargas Aguas Yessenia Gabriela

INDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	i
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	ii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
INDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I.....	15
1. Problema de la Investigación	15
1.1. Planteamiento del problema.....	15
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Justificación	19
1.4. Objetivos.....	20
1.4.1. Objetivo General	20
1.4.2. Objetivos Específicos	20
1.5. Preguntas de investigación.....	20
CAPÍTULO II	21
2. Marco Teórico.....	21
2.1. Sistema urinario	21
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	22
2.2.1. Pelvis ósea	22
2.3. Piso pélvico.....	22

2.3.1.	Funciones destacadas.....	23
2.4.	Fisiología de la micción.....	24
2.5.	Control nervioso de las vías urinarias inferiores	24
2.6.	Fisiopatología de la micción.....	25
2.7.	Disfunción del suelo pélvico.....	27
2.8.	Incontinencia urinaria	27
2.9.	Fisiopatología de la incontinencia urinaria	28
2.9.1.	Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo	28
2.9.2.	Fisiopatología de la incontinencia urinaria de urgencia y de la hiperactividad vesical.....	28
2.9.3.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	29
2.9.4.	Mecanismo esfinteriano de la mujer.....	30
2.9.5.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico	30
2.10.	Clasificación de la incontinencia urinaria	32
2.10.1.	Factores de riesgo	33
2.11.	Mujeres y salud	34
2.12.	Calidad de vida.....	35
2.12.1.	Calidad de vida relacionada con la salud	35
2.12.2.	Aspectos de calidad de vida relacionados con salud	36
2.12.2.1.	Funcionamiento físico.....	36
2.12.2.2.	Bienestar psicológico.....	37
2.12.2.3.	Estado emocional.....	37
2.12.2.4.	Dolor	38
2.12.2.5.	Funcionamiento social	39
2.12.2.6.	Percepción general de la salud.....	39
2.12.3.	Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria.....	40

2.13.	Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida.....	41
2.13.1.	King’s Health Questionnaire (KHQ).....	41
2.13.2.	Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000	42
2.13.3.	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	42
2.13.4.	Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL)	43
2.14.	Marco Legal y Ético.....	45
2.14.1.	Constitución del Ecuador	45
2.14.2.	Objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida 45	
CAPÍTULO III.....		48
3.	Metodología de la Investigación.....	48
3.1.	Diseño de la Investigación.....	48
3.2.	Tipo de la Investigación.....	48
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	49
3.4.	Población de estudio.....	49
3.4.1.	Criterios de Inclusión	49
3.4.2.	Criterios de exclusión.....	49
3.4.3.	Criterios de Salida	50
3.5.	Operacionalización de variables	51
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de información.....	53
3.6.1.	Métodos de recolección de datos.....	53
3.6.2.	Técnicas e instrumentos	53
3.6.3.	Validación de instrumentos	54
3.7.	Análisis de datos	54
CAPÍTULO IV.....		55
4.	Discusión de resultados.....	55

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación.....	63
CAPÍTULO V	64
5. Conclusiones y recomendaciones	64
5.1. Conclusiones.....	64
5.2. Recomendaciones	65
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la población de estudio según edad.....	55
Tabla 2. Distribución de la población de estudio etnia.....	56
Tabla 3. Distribución de la población de estudio según número de hijos.....	57
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.....	58
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.....	59
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida I-QOL test.....	60
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test.....	61
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las sub escalas de calidad de vida.....	62

TEMA: “Incontinencia urinaria y calidad de vida en personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte, 2019”.

Autora: Vargas Aguas Yessenia Gabriela

Correo: ygvargasa@utn.edu.ec

RESUMEN

La incontinencia urinaria es definida como cualquier pérdida involuntaria de orina, según la OMS aproximadamente 200 millones de personas en edad mediana sufren de incontinencia urinaria, esta patología trae consigo repercusiones en el aspecto psicológico, emocional, económico y en la calidad de vida de quienes la padecen. El objetivo de esta investigación fue identificar la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que padecen esta condición en la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte. La investigación es de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo, no experimental y de corte transversal, la cual se realizó con una población de estudio de 34 mujeres, mismas que se les aplicó un cuestionario para caracterizarlas sociodemográficas, el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) para determinar el tipo de incontinencia urinaria, Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL) que sirvió para determinar la calidad de vida. En los resultados se pudo evidenciar que el rango etario que predomina es de 36-64 (Adulto) con un 73,5%, el 100% se identificó como mestizas y finalmente el 55,9% son multíparas; en cuanto a la incontinencia urinaria la prevalencia fue de 61,76%; predominó la incontinencia urinaria de esfuerzo con 35,29%; el 57.1% presentan pérdida de la calidad de vida, siendo la sub escala de vergüenza social la más afectada; finalmente en la relación entre tipos de incontinencia urinaria y sub escalas la incontinencia urinaria de esfuerzo fue la más afectada en la sub escala de vergüenza social con un 73,33%.

Palabras claves: características sociodemográficas, incontinencia urinaria, micción, calidad de vida, mujeres.

TOPIC: "Urinary incontinence and quality of life in female staff of the Faculty of Administrative and Economic Sciences, Técnica del Norte University, 2019".

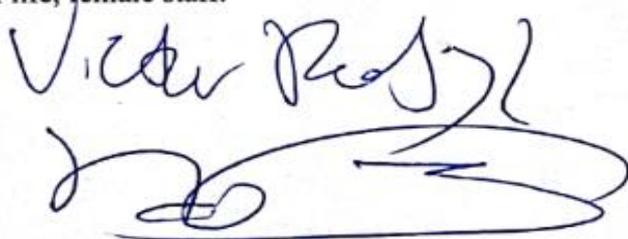
Author: Vargas Aguas Yessenia Gabriela

Email: ygvargasa@utn.edu.ec

ABSTRACT

Urinary incontinence is defined as any involuntary loss of urine, according to the WHO approximately 200 million middle-aged people suffer from urinary incontinence, this pathology has repercussions in the psychological, emotional, economic aspects and affecting the quality of life of those who suffer it. The objective of this research was to identify urinary incontinence and its effect on the quality of life of the female staff suffering from this condition in the Faculty of Administrative and Economic Sciences, at the "Técnica del Norte" university. The research is qualitative-quantitative, descriptive, non-experimental and cross-sectional, which was conducted to a population of 34 women, who were applied a questionnaire to characterize them sociodemographic, the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) to determine the type of urinary incontinence, Incontinence Quality of Life Instrument Questionnaire (I-QOL) that was used to determine the quality of life. The results showed that the predominant age range is 36-64 (Adult) with 73.5%, 100% were identified as mestizos and finally 55.9% are multiparous; regarding urinary incontinence, its prevalence was of 61.76%; the effort urinary incontinence prevailed with 35.29%; 57.1% show loss of quality of life, with the sub-scale of social shame being the most affected. Finally, in the relationship between types of urinary incontinence and sub-scales, stress urinary incontinence was the most affected in the social shame sub-scale with 73.33%.

Keywords: sociodemographic characteristics, urinary incontinence, urination, quality of life, female staff.



Tema:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte, 2019”.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La Incontinencia urinaria (IU) es definida por la Sociedad Internacional de Continencia como cualquier pérdida involuntaria de orina. Es un problema que se presenta con mayor frecuencia en la población femenina de mediana edad y que presenta repercusiones en la calidad de vida de las mujeres que la padecen, se podría mencionar que la IU es un problema tanto higiénico y social (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de incontinencia urinaria, independientemente de la edad y del género. Estudios realizados en este campo muestran que el número de casos de IU está entre el 20% y el 50%; lo cual está asociado a varios factores como: al hecho de ser mujer, la obesidad, la multiparidad y las cirugías uroginecológicas previas, entre otros. Los resultados de la 4ª Consulta Internacional Sobre Incontinencia, celebrada en Europa indica que la incontinencia urinaria, o aparición de pérdidas, afecta un 69% de las mujeres, y entre 39% de los varones. En general, la frecuencia de la IU en las mujeres duplica la de los varones, por lo que las mujeres se encuentran en un riesgo mayor a presentar esta patología (2).

Una investigación realizada en mujeres de España, denominado Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud, determina que el número de afectados con incontinencia urinaria es del 30-40% en las mujeres de mediana edad y hasta un 50% en las mujeres ancianas (3).

Un estudio realizado sobre esta patología en países desarrollados como Estados Unidos, estima que la población estadounidense con IU en los adultos es del 30%, y

que la misma se presenta en todas las edades, detectándose un incremento progresivo según avanza la edad (4).

En México, un análisis sobre la incontinencia urinaria y su repercusión sobre la calidad de vida contó con 352 participantes, de las cuales el 72% reportó urgencia urinaria, con edad promedio de 52 años. En cuanto a la afectación en la calidad de vida, se observó que 31% refirió afectación moderada-severa en su CV (5).

La información en Argentina sobre Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes, en la cual se encuestó a 134 mujeres, de entre 20-45 años de edad con el cuestionario de la Consulta Internacional de la Incontinencia Urinaria en su forma abreviada (ICIQ-UI SF), el cual arrojó como resultado que 38 mujeres padecían de IU y 96 no, por lo que la prevalencia de IU en esta investigación es de 28,35% (6).

En Brasil se realizó un estudio de incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados, el cual contó con 319 adultos hospitalarios, de los cuales 182 son mujeres 57,1% y 137 hombres 42,9%. La prevalencia de la incontinencia urinaria global fue del 22,9% (el 28% para las mujeres y el 16,1% para los hombres) (7).

En el Ecuador no existen datos exactos sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria pero se han realizado estudios sobre personas que padecen de incontinencia urinaria, un ejemplo de ello está en Guayaquil en el cual la mayor incidencia de las pacientes que presentan incontinencia urinaria fue el grupo etario de 51 a 60 años que alcanzó un 48% del total de la población estudiada, demostrando así que la incontinencia urinaria tiene mayor cantidad de afectadas en las mujeres de edad mediana (8).

La incontinencia trae consigo consecuencias físicas y psicológicas de quienes la padecen. Sin embargo, el índice de consulta generado por este problema de salud es sorprendentemente bajo, estimándose que más de la mitad de los afectados nunca solicita ayuda médica por vergüenza, falta de conocimiento, indisponibilidad financiera o porque consideran esta enfermedad como algo normal (9).

Las personas que presentan incontinencia urinaria tienden a tomar hábitos inadecuados como el aislamiento social por la angustia de sentirse permanentemente húmeda y el temor constante de emitir olor a orina. También limitan la ingesta de líquidos para disminuir las posibilidades de incontinencia (10) (11).

Las enfermedades relacionadas con la higiene íntima femenina tienen gran relación con los componentes químicos y plásticos con los cuales se fabrican las toallas higiénicas y pañales. Un pañal puede durar 500 años en degradarse, un claro ejemplo es Costa Rica donde se desechan 17 mil toneladas de pañales de adulto al año (12) (13).

La incontinencia urinaria es un síntoma que genera importantes connotaciones económicas. Se estima que en países desarrollados el 90% del presupuesto sanitario está destinado a productos desechables. Debido a esto el impacto económico es considerable, con un estimado anual en Estados Unidos de más de treinta y seis mil millones de dólares para gastos de incontinencia urinaria (14) (15).

En la ciudad de Ibarra, específicamente en las docentes y empleadas de Universidad Técnica del Norte no existen estudios sobre la incontinencia urinaria y el efecto sobre la calidad de vida, por lo que es apropiado realizar esta investigación para conocer las cifras de prevalencia en esta población de estudio. Debido a que mediante la revisión bibliográfica se ha evidenciado que la incontinencia urinaria es una enfermedad que repercute en la calidad de vida y en las actividades de la vida diaria de las personas que la padecen.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres del personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte, 2019?

1.3. Justificación

El motivo del presente estudio fue identificar la presencia de la incontinencia urinaria y su afectación en la calidad de vida de quienes padecen esta condición, realizado en el personal femenino docente y empleadas de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, de la Universidad Técnica del Norte, en la provincia de Imbabura.

La investigación fue viable gracias a los permisos obtenidos por parte de la Universidad Técnica del Norte, así como también los consentimientos informados de las mujeres participantes, permitiendo esto, mantener un acercamiento con el grupo de estudio, para interactuar y conocer su estado de salud orientado a este problema.

La investigación fue factible ya que no ameritó mayor gasto de recursos económicos, así como también se pudo tener fácil acceso a los recursos tecnológicos y fuentes bibliográficas sobre este tema, finalmente se contó con test validados para que los datos recolectados sean fiables.

Esta investigación tiene como beneficiarios directos al personal femenino de la FACAE, mediante la identificación de las personas con incontinencia urinaria y su impacto en la calidad de vida; y el investigador ya que aplica y amplía sus conocimientos obtenidos durante su formación académica. Los beneficiarios indirectos son la Universidad Técnica del Norte y la carrera de Terapia Física Médica, ya que mediante la base de datos obtenida nos permite aumentar la producción científica.

Este estudio contribuye al ámbito científico, ya que mediante la identificación de mujeres que padecen incontinencia urinaria, se puede dar paso a futuras investigaciones orientadas a brindar tratamientos fisioterapéuticos a dicha patología, disminuyendo las repercusiones sociales, psicológicas, higiénicas, económicas.

La trascendencia social de esta investigación se verá reflejada al identificar si la población a estudiar presenta o no afectación en su calidad de vida.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que padecen esta condición en la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar socio demográficamente la población de estudio.
- Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos.
- Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria de los sujetos de estudio.
- Relacionar los tipos de incontinencia urinaria con las sub escalas de calidad de vida.

1.5.Preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos?

¿Afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de los sujetos de estudio?

¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Sistema urinario

El riñón es un órgano complejo cuya función consiste en filtrar los productos residuales de la sangre y producir orina. Los dos riñones desempeñan además otras funciones vitales, como el mantenimiento de la homeostasia y la regulación de la presión arterial, la presión osmótica y el equilibrio ácido básico. Los riñones reciben el 25 % del gasto cardíaco total, lo que supone una exposición potencial a las toxinas endógenas y exógenas. La orina resulta de tres procesos básicos que realizan las nefronas y los túbulos colectores como la filtración glomerular, la reabsorción y secreción tubular (16).

El uréter llega a la pelvis por delante de la bifurcación de la arteria iliaca primitiva y se dirige hacia abajo por la pared externa de la pelvis hasta que a nivel de la espina ciática cambia su trayectoria hacia adentro y adelante, pasa por detrás del ovario (forma parte del lecho ovárico) y de la arteria uterina hasta casi alcanzar el fondo lateral de la vagina. Se dirige hacia delante hasta alcanzar la base de la vejiga en los ángulos externos (17).

La vejiga es un órgano hueco con paredes musculares, con gran capacidad de distenderse siendo un depósito temporal de orina. Se encuentra en la parte inferior del peritoneo, sobre la sínfisis púbica anteriormente, y la pared anterior de la vagina posteriormente (18).

La uretra femenina es un tubo corto de 3 a 5 cm de largo. Se inicia en el ángulo inferior del triángulo de la vejiga y su desembocadura se localiza en el vestíbulo vaginal por detrás del clítoris y por delante de la abertura vaginal. Se le pueden considerar una porción pélvica y otra perineal de acuerdo a si se localiza por arriba o por abajo del diafragma urogenital (17).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

2.2.1. Pelvis ósea

La pelvis ósea está formada por la unión de los dos huesos coxales con el sacro y el cóccix. Tiene forma de un cono truncado de base superior. En su superficie interior o endopélvica se distinguen dos pisos, la pelvis mayor y la pelvis menor, limitadas por el estrecho superior de la pelvis. Este estrecho está constituido por: el promontorio que es el borde anterior del sacro, la línea arqueada del hueso coxal y el borde superior del pubis. La pelvis mayor corresponde anteriormente a la región abdominal inferior y está ocupada por las vísceras abdominales. La pelvis menor, más estrecha es un embudo óseo y muscular. Contiene la vejiga urinaria, órganos genitales y el recto (19).

La pelvis femenina es más ancha y delgada y tiene un estrecho superior e inferior más grande. Sus características distintivas son: huesos iliacos más separados debido a una mayor anchura del sacro, las tuberosidades isquiáticas tienen una mayor separación porque el arco del pubis es más ancho, el sacro es menos curvo y los agujeros obturados son ovales (17).

2.3. Piso pélvico

El suelo pélvico (SP) constituye un complejo de estructuras musculares, fascias, aponeurosis, vasos, nervios y orificios, que forman una unidad anatómica y funcional. Para que esta estructura anatómica funcione correctamente, sus músculos deben estar preparados para actuar, tanto con el mantenimiento del tono muscular basal, como para reaccionar ante situaciones urgentes y rápidas. Al estar situados en la parte inferior de la cavidad pélvica, dichos músculos realizan siempre su acción anti gravitatoria, lo que implica que deben estar dotados para soportar cargas. Cierran la cavidad abdominal en su parte inferior y su función principal es sostener los órganos pélvicos (vejiga y uretra, útero y vagina; y recto) en la posición adecuada porque de ello depende su normal funcionamiento (20) (21).

2.3.1. Funciones destacadas

- Funciones de continencia: el suelo pélvico controla los esfínteres para una correcta micción y defecación.
- Función sexual: unos músculos perineales tonificados mejoran la calidad de las relaciones sexuales.
- Función reproductiva: el periné es el último obstáculo que debe salvar la cabeza del bebé, ayuda a que su cabeza rote y produce una contracción refleja en el útero (reflejo expulsivo) que provoca a la embarazada un deseo de empujar.
- Función de sostén: el perineo sostiene la vejiga, el útero, la vagina y el recto (21).

El suelo pélvico está constituido por la fascia perineal y los músculos del diafragma Pélvico:

- La fascia perineal o diafragma urogenital es una lámina de forma triangular de tejido fibromuscular denso que proporciona soporte a la uretra, la vagina, y el cuerpo perineal uniéndolos a las ramas isquiopubianas. La capa de músculo esquelético que forma la fascia comprende el esfínter urogenital que da lugar al músculo compresor de la uretra y al esfínter uretrovaginal (22).

- Los músculos del diafragma pélvico comprenden el músculo elevador del ano y el músculo coxígeo y se encuentran recubiertos por las fascias superior e inferior (22).

- El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis y es considerado el más importante ya que su función de soporte va a ser vital para el buen funcionamiento del suelo pélvico. Está compuesto por tres fascículos o haces: el haz puborrectal (su función es acortar el canal del ano en la defecación, contribuir en la continencia junto con los esfínteres y dirigir la cabeza fetal en el parto), pubococcígeo (su función es mantener cerrado el hiato urogenital) e iliococcígeo (actúa como compresor lateral de los canales de las vísceras pélvicas). Junto con el músculo elevador del ano, el músculo coxígeo colabora en el movimiento anterior del cóccix tras la defecación y el parto (22).

2.4. Fisiología de la micción

La vejiga es un órgano que cicla en dos fases de manera constante: la fase de continencia y la fase miccional. Para su adecuado funcionamiento requiere de complejas relaciones anatómicas y funcionales entre el músculo de su pared (detrusor) y su tracto de salida (esfínter interno, externo y uretra) (23).

1. Llevar a cabo el almacenamiento vesical de la orina. Esta debe ser un sistema libre de contracciones involuntarias y con una presión baja, a la vez que el sistema esfinteriano está cerrado para mantener de este modo la continencia (24).
2. Eliminación de la orina de manera completa y voluntaria mediante la contracción del detrusor de forma voluntaria y sinérgica con la relajación del sistema esfinteriano (24).

Estas dos funciones son resultado de una compleja interrelación en la que participan de forma sinérgica la vejiga, la musculatura del cuello vesical, la uretra (músculo liso y músculo estriado) y el diafragma pelviano (25).

La micción es el proceso de evacuación de orina de la vejiga, a través de la uretra cuando se ha alcanzado un dintel de llenado vesical. En el adulto, dicha actividad es producida por un acto reflejo que, a través de una vía espinobulboespinal, coordina la actividad del centro pontino de la micción y de la sustancia gris periacueductal del tronco del encéfalo. En el feto y el neonato, la micción es básicamente un reflejo espinal, el cual durante el desarrollo se transforma en un reflejo bulbo espinal bajo el control suprapontino (25).

2.5. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

Dentro de la dinámica funcional del tracto urinario inferior, la fase de llenado involuntaria e inconsciente se produce gracias a la regulación del sistema nervioso parasimpático y del sistema nervioso simpático. Solo ante la eventualidad de un escape de orina se pondrá en acción el sistema nervioso somático y voluntario, para contraer

el esfínter externo y así evitar la incontinencia. El sistema nervioso voluntario y somático es el que utilizamos cuando cortamos el chorro de la orina (26).

El detrusor es inervado por el sistema nervioso parasimpático que asegura el vaciado vesical por contracción. El trigono y el esfínter interno son inervados por el sistema nervioso simpático y aseguran la continencia manteniendo el cuello vesical cerrado durante el llenado de la vejiga (26).

El sistema nervioso somático, con el nervio pudendo, inerva el esfínter externo de la uretra y el esfínter anal. Así se asegura la continencia pudiendo cerrar la uretra y el ano (26).

Sobre la micción actúan los siguientes centros medulares:

- Núcleo simpático: nervio hipogástrico (metámera D10-L1)
- Núcleo parasimpático: nervio erecto pélvico (metámera S2-S3_S4)
- Núcleo somático: nervio pudendo (metámera S3-S4)

Núcleo de la micción: es el auténtico núcleo de la micción, coordina los núcleos medulares (26).

2.6. Fisiopatología de la micción

a) Hiperactividad vesical

La hiperactividad vesical, se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por un incremento sostenido del tono del mismo (27).

En relación a la hiperactividad del detrusor distinguimos la idiopática: patología vesical (litiasis, neoplasia, infección) y la obstrucción al tracto urinario inferior (hiperplasia prostática, estenosis uretral). Y la neurógena, (anteriormente llamadas hiperreflexia e inestabilidad primaria del detrusor): patología neurológica (Parkinson, ACV, demencia, hidrocefalia, tumores) (27).

Clínicamente se caracteriza por incontinencia de urgencia, polaquiuria y urgencia miccional, produciéndose escapes de moderado-grandes volúmenes de orina (28).

b) Estrés

Es más común en las mujeres ancianas e infrecuente en los varones, excepto cuando el esfínter uretral externo ha sido dañado durante la cirugía prostática (28).

Las causas suelen estar relacionadas con una debilidad del suelo pélvico (como ocurre en los partos múltiples, el hipoestrogenismo, la obesidad) y con cirugía pélvica previa (ginecológica, resección prostática) (28).

Clínicamente se producen escapes, de pequeño volumen de orina, cuando la presión intravesical supera la presión uretral (tos, esfuerzos, risa, maniobras de Valsalva, etc.) (28).

c) Rebosamiento

Aparece en situaciones de sobredistensión vesical, diferenciándose dos mecanismos etiológicos diferentes:

la obstrucción del tracto urinario de salida (hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral) y la alteración contráctil vesical (lesiones medulares, neuropatía periférica y/o autonómica) (28).

Los síntomas clínicos son la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y en ocasiones la ausencia de deseo miccional. Los escapes de orina son de escaso volumen, y en ocasiones se produce la micción gracias a la prensa abdominal, permaneciendo un residuo vesical postmiccional elevado (28).

d) IU Funcional

Existen determinadas situaciones, como la demencia o la incapacidad física severas, así como las barreras arquitectónicas o la falta de cuidadores, que pueden ser las responsables de la incontinencia (28).

No obstante, este diagnóstico debería utilizarse por exclusión de los otros mecanismos etiopatogénicos, ya que no es infrecuente que los pacientes severamente incapacitados puedan ser incontinentes por otro proceso bien diferente del puramente funcional (hiperactividad, obstrucción, arreflexia, formas mixtas) (28).

2.7. Disfunción del suelo pélvico

El concepto de disfunción del suelo pélvico se refiere a cualquier alteración en la fisiología de los órganos que comparten el área, o sea, del aparato urinario, digestivo y canal sexual. Las enfermedades del suelo pélvico constituyen un importante problema de salud por su significación como afecciones orgánicas, además de la implicación psíquica y social que representan. Si se tiene en cuenta que en este grupo de enfermedades se incluyen: incontinencia urinaria de esfuerzo, disfunción sexual, incontinencia fecal, constipación, dolor anal, prolapso uterino, cistocele y rectocele, entre otras (29).

Cuando la musculatura perineal se debilita, alguna o varias de sus funciones se pueden ver comprometidas. Las disfunciones más comunes en las mujeres van a ser la IU, la incontinencia fecal, el prolapso o descenso de los órganos pélvicos a través de la vagina (POP), el estreñimiento crónico y las disfunciones sexuales. El descenso de la vejiga y de la unión uretro-vesical puede predisponer a la IUE en las mujeres (30).

2.8. Incontinencia urinaria

El tracto urinario inferior tiene dos funciones: el almacenamiento y la eliminación oportuna de orina y cuando este no puede mantener su función de almacenamiento sobreviene la incontinencia urinaria (IU) (31).

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de la orina. Puede ser continua o intermitente; la primera consiste en la pérdida constante (día y noche), por lo general asociada con malformaciones congénitas (uréter ectópico, extrofia vesical), pérdida de la función del esfínter uretral externo (esfínterotomía externa) o causas iatrogénicas (fístula vesicovaginal) (32).

La aparente sencilla acción de orinar en el lugar adecuado y en el momento adecuado es el resultado de una compleja integración de mecanismos fisiológicos, en los que intervienen diferentes aparatos y sistemas (sistema muscular y esquelético, sistema nervioso y aparato genitourinario) (31).

2.9. Fisiopatología de la incontinencia urinaria

2.9.1. Fisiopatología de la incontinencia urinaria de esfuerzo

Es compleja y multifactorial (asociación variable de diferentes factores según las pacientes), pone el juego fenómenos pasivos, como una hiperpresión abdominal (sobrepeso, tos crónica, etc.), un defecto de transmisión de las presiones vesicales a la uretra, una hipermovilidad cervicouretral (probablemente por fallo de la sustentación por alteración de los tejidos de sostén musculoponeuróticos y de las fascias), un defecto de la distensibilidad uretral (pérdida de elasticidad o coaptación) y una insuficiencia esfinteriana, pero también fenómenos activos, como un defecto de la contracción voluntaria o del reflejo de los músculos periuretrales y perineales (trastorno de modulación, trastorno de precontracción pelvipereineal, fatigabilidad). Ninguno de estos mecanismos es suficiente por sí solo, es decir, algunas mujeres pueden presentar una o varias de estas «disfunciones» sin ser incontinentes. Por otra parte, algunas mujeres incontinentes no presentan ninguna de estas disfunciones, lo cual permite suponer que no se han identificado otros factores (33).

2.9.2. Fisiopatología de la incontinencia urinaria de urgencia y de la hiperactividad vesical

La IUU es uno de los síntomas que constituyen el síndrome de hiperactividad vesical, con la urgencia miccional, la polaquiuria y la nicturia. Existen numerosas enfermedades orgánicas tóxicas o sistémicas que pueden producir estos síntomas: infección urinaria, tumor vesical, uterino u ovárico, obstáculo miccional, enfermedad psiquiátrica, enfermedad neurológica central (traumatismo medular, esclerosis en placas, etc.), anomalía de los receptores del suburotelio, irradiación pélvica, etc. Sin embargo, cuando se habla de hiperactividad vesical, queda implícito que se trata de

una hiperactividad vesical «idiopática», es decir, que se supone que se han descartado todas las causas orgánicas potenciales. La hiperactividad vesical «idiopática» probablemente corresponda a una anomalía del tratamiento sensorial que regula la continencia, con trastornos del urotelio, del sistema nervioso central y periférico, incluido el vegetativo, y del músculo liso detrusoriano. No existe un paralelismo obligatorio entre la hiperactividad vesical clínica y la constatación urodinámica de una hiperactividad del detrusor (HAD): la mayoría de las mujeres que presentan síntomas de hiperactividad vesical no tienen HAD en el examen urodinámico y esto no pone en duda el diagnóstico de hiperactividad vesical, que es, por definición, puramente clínico (33).

2.9.3. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

La vejiga urinaria y la uretra forman una unidad funcional. La afectación de cualquier parte del sistema nervioso, desde el cerebro, región pontina, médula espinal, columna sacra o nervios periféricos lleva a la alteración del ciclo miccional y a la vejiga neuropática (34).

Desde un punto de vista práctico se pueden distinguir 3 tipos de VN:

- **Por disfunción de la motoneurona superior:** la lesión se localiza por encima del centro sacro de la micción y por tanto origina una conducta vesical y esfinteriana hiperactiva, con contracciones no inhibidas (CNI) y disinergia vésico-esfinteriana (DVE) (34).
- **Por disfunción de la motoneurona inferior:** la afectación del centro sacro de la micción provocará la ausencia de contracción del detrusor durante el vaciamiento y la incompetencia del cuello por lesión del centro hipogástrico (34).
- **Por disfunción de ambas motoneuronas:** son las más frecuentes y en ellas los estudios urodinámicos y datos clínicos comprenden la afectación a ambos niveles (34).

2.9.4. Mecanismo esfinteriano de la mujer

Se conocen dos componentes esfinterianos: el esfínter uretral proximal, (esfínter interno liso o del cuello vesical) y el esfínter uretral distal (esfínter externo estriado) (35).

El mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica; músculos levantadores del ano, que está compuesto por los músculos pubococcígeo y el íleooccígeo (piso pélvico o diafragma pélvico); y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función de “mecanismo esfinteriano de la uretra. El mecanismo intrínseco o pasivo está compuesto por las siguientes estructuras: inervación autonómica (sistema nervioso simpático) y tonos alfa Adrenérgico; musculatura estriada de la pared uretral, el esfínter urogenital estriado más externo (esfínter uretral); plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos periuretrales; la función de este músculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado (35).

Neurofisiología

La corteza cerebral participa en la percepción consciente de la necesidad de orinar, como en la decisión de retardar o comenzar el vaciamiento de la vejiga. Regula la actividad del centro de la micción y estimula la contracción voluntaria del esfínter estriado uretral y músculo elevador del ano. Los sistemas nerviosos simpático y somático favorecen el llenado y el parasimpático, el vaciamiento vesical. “Para vaciar la vejiga es necesario una perfecta coordinación entre los músculos detrusor y esfínteres, un perfecto sincronismo entre el sistema nervioso simpático y parasimpático, además del relajamiento voluntario del esfínter” (35).

2.9.5. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

El suelo pélvico está constituido por una serie de estructuras musculares y aponeuróticas que forman la porción caudal del abdomen, desempeñando un papel importante como soporte uretral e impidiendo la pérdida de orina relacionada con el aumento de las presiones intraabdominales (36).

La función de la fascia es consolidar y soportar los órganos pélvicos, los ligamentos suspenden estos órganos y actúan como punto de anclaje de los músculos. La acción sinérgica de los ligamentos, la fascia y los músculos influye directamente en la función normal de los órganos pélvicos (37).

Fascia endopélvica (fascia visceral)

Tiene dos importantes funciones:

1. Suspender en una posición horizontal sobre la plataforma de los elevadores, la vejiga, los dos tercios superiores de la vagina y el recto (37).
2. Servir de conducto flexible y soporte a los vasos, nervios y el tejido linfático del suelo pélvico (37).

DeLancey. divide este sistema de suspensión visceral en tres niveles:

Nivel I.

- Ligamentos cardinales
- Ligamentos uterosacros

Nivel II.

- Fascia pubocervical
- Fascia rectovaginal

Nivel III.

- Fusión de los tejidos fasciales

También existen otros ligamentos que desempeñan un papel importante en la estabilización de la uretra y vejiga.

- Arco tendinoso de la fascia pélvica
- Arco tendinoso del elevador del ano
- Ligamento pubouretral
- Ligamento uretral externo
- Ligamento pubovesical
- Membrana perineal
- Cuerpo perineal (37).

2.10. Clasificación de la incontinencia urinaria

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida. La clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente:

Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE): se define como la pérdida de orina que se produce con el esfuerzo (tos, risas, bajar escaleras, estornudar). Existen mecanismos que mantienen la presión uretral e intravesical. Si alguno de estos mecanismos se halla alterado la presión intravesical puede exceder a la presión uretral en ausencia de una contracción del músculo detrusor, combinado a la vez con una situación de esfuerzo que aumenta la presión intraabdominal produciendo de esta manera el escape de orina (38).

Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): tiene lugar poco después de sentir la urgencia por orinar. Se refiere a la incapacidad para retener la orina y es común en ambos sexos, desde los 55 años en las mujeres. Para controlar este tipo de disfunción, se recomienda crear un hábito para ir al baño, además de la consulta al médico, el cual dará una serie de ejercicios que ayudarán a regular este problema (39).

Incontinencia urinaria mixta (IUM): Resultado de la combinación de los dos anteriores, ya que el paciente presenta síntomas de incontinencia de esfuerzo y de urgencia (40).

Enuresis nocturna: Pérdida involuntaria de orina durante el sueño (31).

Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo: Esta pérdida involuntaria de orina se produce asociada a una obstrucción mecánica o funcional, cuando la vejiga es incapaz de vaciarse y la orina se acumula en su interior hasta que la presión intravesical vence la resistencia uretral, y se produce una pérdida de orina en forma de goteo constante (40).

Otros tipos de IU: Incontinencia urinaria continua, Goteo posmiccional (31).

2.10.1. Factores de riesgo

Se pueden distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, y entre los cuales podemos identificar:

Género; Por varias razones (longitud uretral, diferencias anatómicas en el suelo pélvico, efecto del parto) intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU (41).

Edad: Es determinante en estas alteraciones de la disfunción del suelo pélvico debido a los procesos de cambio fisiológico que ocurren en el transcurso de la vida. Se destaca la menopausia, debido a los cambios hormonales y psicológico. El envejecimiento hace que las mujeres de edad mediana constituyan un grupo vulnerable en términos de salud genitourinaria (11).

Parto: Estudios evidencian la relación entre el número de partos y la IU; Debido a que el parto produce laxitud en el piso pélvico, como consecuencia del debilitamiento y estiramiento de los músculos y tejido conectivo durante el parto. Además de las laceraciones espontáneas de tejidos y nervios; que interfieran en la habilidad para contraerse de modo eficiente del Esfínter uretral estriado en respuesta al aumento de la presión intraabdominal o de las contracciones del detrusor (41).

Obesidad: es uno de los factores de riesgo independiente para la prevalencia e incidencia de incontinencia. Se cree que la ganancia ponderal en las mujeres obesas puede favorecer el daño del suelo pélvico a través del estiramiento y debilitamiento de los músculos, nervios y otras estructuras del suelo pélvico (42).

Factores uroginecológicos: Colapsos de la pared vaginal y de los órganos pélvicos, cirugía uroginecológica, cistitis, estreñimiento son factores de riesgo para la aparición de IU.

2.11. Mujeres y salud

La debilidad o lesión de los elementos que forman el suelo pélvico predispone, en especial a la mujer, por sus características anatómicas a presentar afecciones a ese nivel, que provocan, en ocasiones, una sintomatología múltiple como: incontinencia urinaria y fecal, prolapso genital, dolor pélvico crónico y disfunción sexual (43).

Con el aumento de la expectativa y calidad de vida de las personas, estos padecimientos ocupan un importante lugar entre las enfermedades crónicas no transmisibles, con notable repercusión negativa en la calidad de vida personal, familiar, laboral y social de quienes la padecen (43).

En Europa, según reportes del Grupo Español de Suelo Pélvico, 40 % de las féminas están afectadas; mientras que en África, 50 % de las mujeres con partos fisiológicos presentan al menos una de dichas variantes. Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2050 un tercio de la población femenina de todo el mundo entre los 45 y 65 años de edad estará afectada por esta enfermedad (44).

Los síntomas relacionados con el prolapso y la incontinencia urinaria constituyen el aspecto más evaluado. Algunos estudios plantean que los relacionados directamente con el prolapso son inespecíficos en aquellas portadoras de un grado I y II y que en estos casos los datos aportados por los cuestionarios no son fidedignos comparados con los hallazgos al examen físico, condición que cambia en los grados III y IV, sobre todo cuando se asocia a algún tipo de incontinencia (45).

Las mujeres con prolapsos se quejan de dolor bajo vientre, protrusión de masa a través de la vagina, obstrucción urinaria y dificultad para defecar. Esto limita la actividad física, la realización de esfuerzos físicos, la vitalidad y el dolor de manera significativa (45).

2.12. Calidad de vida

La calidad de vida (CV) según la Organización Mundial de Salud es un concepto extenso, complejo, subjetivo, con dimensiones tanto positivas como negativas, determinada por el contexto cultural, social y ambiental, que, relacionada con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales(46).

La definición actual de calidad de vida según la OMS como: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno (41).

La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida es ampliamente reconocida, la OMS definió 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida: la física, la psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Así pues, el bienestar físico y emocional son los dos aspectos más importantes, aunque hay que considerar otros como el sueño, ansiedad, fatiga, depresión, comunicación, relaciones con la pareja, relaciones sociales (41).

2.12.1. Calidad de vida relacionada con la salud

La definición de salud, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1948, como el completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. Relacionando el concepto con el de salud, se considera como el estado de bienestar tanto psíquico como físico de la persona y está

influenciado por múltiples variables de su entorno. Es un poco, el balance entre lo que el individuo espera de su vida y lo que percibe que realmente ha logrado, considerando los múltiples y complejos determinantes del bienestar, según la percepción de la persona y la comunidad, en lo que para ellos es su bienestar (47).

El concepto también se ha utilizado como una medida para evaluar los resultados en el área de la salud. Se ha descrito como una perspectiva centrada en el paciente y el bienestar individual, que identifica la definición de salud como definición de calidad de vida. Es así que la salud es uno de los principales componentes de la calidad de vida, pero integra una nueva dimensión: la salud perceptual. El énfasis está en cómo el individuo percibe su salud y no existen normas sobre lo que debería o no considerarse en esa percepción (47).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es una importante medida de percepción de la enfermedad por parte del paciente. Se entiende por CVRS aquella cualidad vital integrada por elementos físicos, sociales y psicológicos de la vida de los pacientes, determinados e influidos por las experiencias, creencias, expectativas del individuo en situación de salud y modificadas por el padecimiento de una enfermedad. La evaluación de una manera cuantitativa y fiable de la CVRS juega un importante papel no solo en la investigación aplicada en salud, sino también en el manejo terapéutico del paciente (48).

2.12.2. Aspectos de calidad de vida relacionados con salud

2.12.2.1. Funcionamiento físico

Un estudio sobre actividad física e IU buscaba revertir la creencia que los deportes o actividad física aumentan el riesgo de IU. Para ello, estudió a personas que realizaban actividad física en diferentes intensidades. Jiménez demostró que la intensidad y cantidad de actividad física no influye en el aumento de padecerla, teniendo todos los grupos las mismas probabilidades de tenerla (49).

La actividad física (motora) es el movimiento voluntario del musculo esquelético proporcionando un gasto energético, y disminuye las probabilidades de perdida rápida de masa muscular con los años. Favorece el fortalecimiento de cada músculo del cuerpo, así también los músculos del suelo pélvico, y por ende disminuye progresivamente la IU de esfuerzo (49).

2.12.2.2. Bienestar psicológico

Las repercusiones psicológicas están referidas a la pérdida de la autoestima, sensación de culpa, ansiedad y depresión miedo al salir a la calle e inhibición en sus relaciones sexuales. La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida (39).

La incontinencia urinaria es un problema que abarca la emisión involuntaria de pequeñas cantidades de orina, pese a que en algunas personas no constituye más que una pequeña molestia, pero en muchos pacientes esto repercute muy negativamente sobre su salud física y psicológica, limitando en gran medida su actividad familiar y social (50).

La incontinencia urinaria es una afección crónica que puede afectar la autoestima, desde el punto de vista médico no es un problema grave y no constituye una causa o amenaza de muerte, tiene repercusiones sociales importantes y puede llegar a afectar al nivel de autoestima de la persona, causando efectos devastadores en el estado de salud y bienestar de la mujer que la padece (depresión, aislamiento social, daño a la propia identidad, etc.) (39).

2.12.2.3. Estado emocional

A nivel mundial, el 60% de los individuos que padecen este problema se sienten avergonzados o preocupados por sus síntomas. Un 60% de las mujeres adultas con incontinencia evita alejarse de sus hogares, un 45% no utiliza el transporte público, y un 50% rechaza la actividad sexual. Las mujeres con incontinencia tienen mayor

predisposición a problemas emocionales y aislamiento social que las mujeres de la población general (50).

Es preciso considerar que las mujeres con incontinencia urinaria desarrollan hábitos de comportamiento para paliar el problema en parte, tales como la disminución en la ingesta de líquidos, el aislamiento y retracción social, la utilización de absorbentes y la adquisición de una determinada frecuencia miccional, y otros hábitos de eliminación. Pocas veces manifiestan el problema con facilidad, por vergüenza o sentimiento de culpa (50).

El grado de angustia vivido por las mujeres con IU y la magnitud de las dificultades que presentan no sólo están relacionados con la edad, etnia y religión, sino también con las reacciones de cada persona y con cómo percibe cada individuo su incontinencia, pues los significados que se dan a este problema son parte de la estructura de la vida de cada mujer. Dichas reacciones pueden destruir la confianza y el respeto que el individuo tiene por sí mismo, disminuyendo así su autoestima e impidiendo que busque ayuda (51).

2.12.2.4. Dolor

La incontinencia urinaria, puede dar lugar a numerosas complicaciones, siendo una de las más prevalentes las lesiones cutáneas, al comprometer la integridad de la piel, predisponer a infecciones cutáneas e incrementar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (UPP) (52).

A este tipo de lesiones cutáneas se las ha llamado «dermatitis asociadas a la incontinencia» (DAI), y forman parte de un grupo más amplio, denominado «lesiones cutáneas asociadas a la humedad» (LESCAH). La DAI es una forma de dermatitis de contacto irritante que se observa en pacientes con incontinencia urinaria. Se presenta como una inflamación, puede manifestarse como eritema o erosión cutánea, con apariencia de herida superficial, debido a la acción prolongada y repetida –aunque a

veces no necesariamente— de la humedad e irritantes procedentes de la orina, lo cual causa dolor al paciente que las padece y requiere de un cuidado especial (52).

2.12.2.5. Funcionamiento social

Esta patología es poco conocida por el médico de familia y, a pesar de no ser grave, limita su autonomía y tiene repercusiones psicológicas y sociales. Además, las actitudes sociales negativas acerca de la incontinencia también han sido una barrera para aumentar el conocimiento tanto público como profesional sobre el tema. Existen estudios que han demostrado que un simple programa de educación de salud es capaz de mejorar las actitudes hacia este tema de las personas que sufren de este trastorno y los alientan a buscar ayuda profesional (40).

La incontinencia urinaria en las mujeres se percibe además como un problema personal y social limitante que genera sentimientos de baja autoestima, restringe el contacto social, interfiere en las tareas domésticas y puede dificultar el trabajo fuera de casa (53).

2.12.2.6. Percepción general de la salud

La incontinencia urinaria, es un problema de salud infradiagnosticado, trae consigo daños en la piel, infecciones del tracto urinario, problemas para un buen sueño nocturno, pérdidas de orina en el acto sexual. Los pacientes priorizan para una atención sanitaria de calidad, que se disponga de tiempo suficiente en la consulta para hablar y para ser escuchados, que el profesional les garantice la confidencialidad y que se les preste información sobre lo que desean saber de su enfermedad (54).

Alteración de la calidad de vida en las mujeres con IU, sobre todo por las limitaciones provocadas en su actividad física y por la afectación en su imagen corporal. Además, los resultados evidenciaron que su calidad de vida empeoraba con la edad, con un mayor grado de incontinencia, con una mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria (53).

Muestran a la IU como un problema de salud oculto y analizan sobre todo las posibles causas de la baja tasa de consulta. Un estudio que analizaba las razones por las cuales las mujeres con IU tienen bajos índices de búsqueda de atención y tratamiento, destacando que las creencias sobre las causas de las pérdidas de orina influyen en esta decisión. Muchas de las mujeres del estudio creían que la causa de la IU está vinculada al hecho de ser mujer, relacionándolo con los partos, y al proceso implícito del envejecimiento (53).

2.12.3. Calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria con una prevalencia aproximada en el mundo de 50 millones de personas, siendo el sexo femenino la población más afectada. Se asocian a factores de riesgo, entre los que se destacan la edad, los antecedentes de enfermedades crónicas y padecimientos, el uso habitual de determinados medicamentos, los hábitos y costumbres, el embarazo y el parto (55).

Cualquiera que sea la forma clínica de presentación o el sexo del paciente, la incontinencia urinaria constituye un problema de salud que deteriora la calidad de vida, limita la autonomía y repercute en el ámbito psicosocial, laboral, afectivo y sexual. Al igual que otras muchas afecciones, provoca sufrimiento físico, psíquico y trae importantes costos directos e indirectos en salud de quienes la padecen (55) (56).

Se ha demostrado que la IU es una enfermedad que restringiendo gradualmente su autonomía, les impide llevar una vida normal, perturba el sueño, limita hacer actividades físicas exigentes, causa daños a la autoestima, provoca aislamiento, y la reducción de las actividades diarias, como ir de compras o mantener una vida social (57).

A pesar de padecer esta enfermedad la gran mayoría de las mujeres que la padecen no consultan específicamente sobre este problema, ya sea por vergüenza o por pensar que se debe a un proceso de envejecimiento normal, porque no consideran que sea un problema grave, pertenece a la intimidad de la persona, las bajas expectativas de los beneficios del tratamiento, a la falta de conocimiento de dónde conseguirlo, al

sentimiento de miedo para consultar con los profesionales sanitarios, los altos costes de la consulta y la irrelevancia por parte de los profesionales sanitarios, se estima que es muy alta, llegando en algunos casos al 55% (58) (59).

La incontinencia urinaria afecta la función sexual femenina y esto está relacionado con la imprevisibilidad y la cronicidad de la incontinencia. En muchos trabajos se estudió la relación de los diferentes tipos de incontinencia urinaria y la sexualidad. Se concluye que los síntomas incontinencia urinaria se asociaron a trastornos del estado de ánimo, síntomas de depresión y alteraciones en la vida sexual (59).

2.13. Evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

2.13.1. King's Health Questionnaire (KHQ)

King's Health Questionnaire (KHQ) se utiliza ampliamente como estos cuestionarios son fáciles de administrar, fácilmente comprensible por el participante y abarcan varios dominios de la vida, el corto tiempo requerido para administrar y completar los cuestionarios (una media de 5 minutos), la edad y la idoneidad de género (válido tanto para hombres y mujeres de entre 17 y 85 años) y la cobertura de diversas enfermedades de la vejiga (incontinencia de esfuerzo, incontinencia de urgencia, incontinencia mixta, sobre la vejiga activa) (60).

King's Health Questionnaire (KHQ) fue formulado por el Dr. CJ Kelleher (junto con sus colegas el Dr. V. Khullar, el Dr. S. Salvator bajo la dirección del profesor Dr. Cardozo LD) en 1997 durante su mandato como registrador de alto nivel en departamento de urogynaecology, King's College, Londres. La versión final del cuestionario era el resultado de seis estudios experimentales diferentes, después de evaluar la validez y fiabilidad utilizando técnicas psicométricas estándar. Hubo 293 encuestados y el artículo fue publicado en la revista British Journal of Obstetrics and Gynecology en diciembre de 1997. Se concluyó que KHQ es un instrumento válido y fiable para la evaluación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria (60).

KHQ es un auto-administrado autoinforme del paciente y tiene 3 partes que consta de 21 artículos. Parte 1 contiene la percepción de la salud general y el impacto de la incontinencia (un artículo cada uno). Parte 2 contiene papel limitaciones, limitaciones físicas, limitaciones sociales (dos elementos cada una), las relaciones personales, las emociones (Tres artículos cada uno) y sueño / energía (dos artículos), medidas de gravedad (cuatro ítems). Parte 3 se considera como un único elemento y contiene diez respuestas en relación a la frecuencia, nicturia, urgencia, el estrés, la incontinencia coito, enuresis nocturna, infecciones, dolor y dificultad en la micción (60).

Las respuestas en XDQGR tienen sistema de calificación de cuatro puntos. Los ocho subescalas (“dominios”) encajados entre 0 (mejor) y 100 (el peor). La escala de gravedad de los síntomas se puntúa de 0 (mejor) a 30 (el peor). Disminuciones en las puntuaciones de dominio KHQ indican una mejora en la calidad de vida. La mínima diferencia importante - el más pequeño cambio en la puntuación que los sujetos perciben como beneficioso es de 3 puntos para la escala de gravedad de los síntomas y 5 puntos para todos los demás dominios del KHQ (60).

2.13.2. Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000

Para valorar el impacto de la IU sobre la CV de la mujer se utilizó el cuestionario Potenziani-14-CI-IO-QOL-2000. Se trata de un cuestionario autoadministrado específico para mujeres, con 14 preguntas que se puntúan del 0 al 2; la puntuación final permite clasificar la repercusión de la IU sobre la CV en dos grados: leve-moderada (entre 0 y 14 puntos) o severa (entre 15 y 28 puntos) (61).

2.13.3. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

El cuestionario denominado “ICIQ-SF” (“International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form”) validado originalmente en el idioma inglés. Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una traducción adecuada y cumplir con criterios de validez (de contenido, de constructo y de criterio), de confiabilidad (precisión,

reproducibilidad) y de sensibilidad. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de realizar las pruebas primarias esenciales destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante los coeficientes de Cronbach y de Kappa (prueba re-prueba) (62).

Además de la valoración clínica efectuada por el médico, la percepción del propio paciente respecto al cambio en sus síntomas y calidad de vida se considera indispensable al momento de evaluar una conducta terapéutica. Por ello, se han establecido guías para la elaboración y valoración de instrumentos de resultados percibidos por los propios pacientes. Entre los diversos instrumentos para la evaluación de la IU femenina, el ICIQSF (International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form) es un cuestionario breve dirigido a medir la percepción de los síntomas de IU y la calidad de vida de la paciente (62).

Recoge información a través de tres ítems sobre la percepción de la mujer:

- La frecuencia de pérdidas de orina.
- La cantidad de pérdida de orina.
- El impacto de estas pérdidas sobre la vida diaria en una escala de 0 (no afecta a su vida diaria) a 10 (afecta mucho a su vida diaria).

La puntuación total del ICIQ oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. Adicionalmente incluye sin formar parte de la puntuación opciones para determinar el tipo de incontinencia (41).

2.13.4. Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL)

Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son, comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un

baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y por último sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras (63).

Para probar la confiabilidad, la consistencia interna se evaluó mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Coeficiente de correlación intraclase (ICC). Se utiliza para evaluar la reproducibilidad. La validez se realizó utilizando validez convergente y análisis factorial confirmatorio (64).

La validez discriminatoria del cuestionario I-QOL se evaluó comparando las puntuaciones I-QOL y el número de médicos citas en el último año por incontinencia y autoreportación de la gravedad de la incontinencia cuestionario I-QOL demostró una buena confiabilidad y validez en una clínica de IU en mujeres muestra. La I-QOL es fácil de autoadministrarse y toma aproximadamente 5 minutos para la lectura promedio del paciente a un quinto nivel de grado para completar. Está disponible en 15 versiones en diferentes idiomas y ha sido validado en cuatro países europeos como, así como los estados unidos. La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con IU recomendada antes y después del tratamiento de los pacientes para estimación del efecto de la intervención (64).

El I-QOL es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems, con una puntuación máxima de 110 puntos. Cada ítem tiene 5 posibles respuesta en una Escala de Likert: 1=Siempre, 2=Casi Siempre, 3=Moderado, 4=Un Poco, 5=Nunca. La interpretación de la escala se transforma al totalizar las puntuaciones de cada ítem de la escala, que será de 22 a 110 (64).

Entonces los valores pueden oscilar entre:

- 22 Peor situación imaginable.
- 110 Óptima situación imaginable.

Para calcular la pérdida de calidad de vida (PVC) experimentada por la mujer como consecuencia de sufrir incontinencia urinaria.

$$PCV = 100\% - [PRO / P_{Max} * 100]$$

Los resultados más altos indican mejor calidad de vida relacionada a la IU (64).

2.14. Marco Legal y Ético

2.14.1. Constitución del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (65).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (65).

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectivo, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia en interculturalidad, con enfoque de género y generacional (65).

2.14.2. Objetivo del Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

Objetivo 1. Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el

principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (66).

Se ha decidido construir una sociedad que respeta, protege y ejerce sus derechos en todas las dimensiones, para, en consecuencia, erigir un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como: la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad. La Constitución de 2008 dio un paso significativo al definir al Ecuador como un Estado constitucional de derechos y justicia (CE, 2008, art. 1). Es así que el art. 66 núm. 2 de la Constitución señala que el Estado reconoce y garantiza a las personas el derecho a “una vida digna, que asegure la salud, alimentación, nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios” (66).

La garantía en la igualdad de oportunidades para todas las personas va mucho más allá de la simple provisión de servicios; significa luchar contra la pobreza, la inequidad y la violencia, promoviendo un desarrollo sustentable, la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, y la realización plena de los derechos humanos. Para ello, la Constitución estableció la creación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, como el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo (CE, 2008, art. 340). Es necesario que este sistema genere condiciones para la protección integral de los habitantes a lo largo de sus vidas, observando los derechos y principios establecidos en la Constitución; particularmente, la igualdad en la diversidad y la no discriminación (66).

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (Insel, Collins y Hyman, 2015; Basu, 2016) (66).

El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva (66).

En esta misma línea, durante los últimos años el Ecuador ha avanzado en el desarrollo de infraestructura sanitaria y en la concepción del Sistema Nacional de Salud, con una operación coordinada, ordenada y articulada entre la red pública y los demás proveedores. Es necesario continuar hacia la consolidación del Sistema como el mecanismo más efectivo para implementar el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI), cuya aplicación debe basarse en la equidad social y territorial, para contribuir a la disminución de la desigualdad entre territorios (66).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

No experimental: Debido que los sujetos de estudio fueron evaluados dentro de su entorno y no existió manipulación ninguna de las variables para la obtención de la información necesaria (67).

De corte transversal: La recolección de la datos es necesaria para el desarrollo de la investigación, por tal motivo se realizó en un solo cohorte de tiempo y espacio, sin tener que volver a evaluar posteriormente (67).

3.2. Tipo de la Investigación

Descriptivo: Debido a que en esta investigación se describió las características del personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, tras la aplicación de los instrumentos de evaluación seleccionados, describiendo su edad, etnia, número de hijos, tipo de incontinencia y calidad de vida (68) (69).

Epidemiológico: Se determinó el número de caso de incontinencia urinaria en un momento determinado obteniendo así la prevalencia puntual; es decir es la proporción de una población que presentan alguna enfermedad en un periodo particular, con el fin de recabar información para la toma de decisiones en planificación y gestión de actividades relacionados con este tipo de problema de salud (70).

Cualitativo: Este tipo de investigación nos permitió recoger y analizar los datos obtenidos gracias a los test que se utilizarán para así determinar las cualidades de los sujetos de estudio, tipo de incontinencia y la afectación en la calidad de vida (67).

Cuantitativo: Es una forma estructurada de recopilar y analizar datos, ya que dentro la investigación al realizar el levantamiento de la información se obtuvo valores numéricos los cuales servirán para realizar las tabulaciones sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria, los tipos de IU y la relación entre tipos y las sub escalas de calidad de vida (71).

3.3. Localización y ubicación del estudio

Este estudio se realizó en la Universidad Técnica del Norte, que se encuentra ubicado en Ibarra, provincia de Imbabura, en la Av. 17 de julio 5-21 y General José María Córdova, en la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas.

3.4. Población de estudio.

La población de estudio estuvo comprendida por 34 mujeres, docentes y empleadas entre el rango de 25 a 70 años de edad de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, de la Universidad Técnica del Norte.

3.4.1. Criterios de Inclusión

- Personal femenino docente y empleadas entre 25-70 años de edad, que presenten pérdida involuntaria de orina y que pertenezcan a la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte.
- Personal femenino docente y empleadas de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas que firme el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Personal femenino docente y empleadas entre 25-70 años de edad, que no refieran pérdida involuntaria de orina y no pertenezcan a la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte.

- Mujeres que presenten alguna de las siguientes condiciones: embarazo, estado de puerperio, problemas neurológicos, cirugía pélvica, programas de rehabilitación de la pelvis, tratamiento médico o quirúrgico, o que se encuentren en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Personal femenino docente y empleadas menores de 25 años y mayores a 70 años de edad de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas.
- Personal femenino docente y empleados de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.4.3. Criterios de Salida

- Personal femenino docente y empleadas que sea separado de la Institución.
- Personal femenino docente y empleados que no desee continuar en el proceso de investigación.

3.5. Operacionalización de variables

Variables de caracterización.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta Agrupada	Grupo etario	18-35 36-64 >65(OMS)	Adultos jóvenes Adultos Adultos mayores	Ficha sociodemográfica	Edad, con origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo (72).
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Ficha de datos sociodemográficos	-Blanco		Comunidad natural de hombres que presentan ciertas afinidades raciales, lingüísticas, religiosas o culturales (72).
				-Mestizo		
				-Afro Ecuatoriano		
				-Indígena		
Número de hijos	Cuantitativa Continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		Se refiere al número de hijos de las mujeres que han tenido en algún momento de su vida alguno nacido vivo, incluyendo los hijos que luego fallecieron (73).
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			>5 hijos (OMS)	Gran multípara		

VARIABLES DE INTERÉS.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-IU-SF)	Según la International Continence Society (ICS), se define Incontinencia urinaria como la queja por cualquier pérdida involuntaria de orina (31).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	Cualitativa nominal dicotómica	Afectación en la calidad de vida (Evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial y vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL)	Es un concepto relacionado con el ámbito de la salud, permite obtener información complementaria y diferente a los indicadores clínicos tradicionales (46).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos de recolección de datos

Para la investigación se utilizó el método inductivo, analítico sintético, estadístico y una revisión bibliográfica.

Método inductivo: Este método nos permitió ir de lo individual a lo general, es decir de los datos obtenidos de forma individual por parte del personal femenino docente y empleadas vamos a obtener un resultado general que nos permitirá encontrar las posibles relaciones que existen en el grupo de estudio (74).

Método analítico sintético: Se empleó para extraer las partes de un todo, con el objeto de estudiarlas y examinarlas por separado, es decir de manera individual, conociendo así sus causas, naturaleza, efectos y lograr una síntesis de lo investigado (67).

Método estadístico: Consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de datos cualitativos y cuantitativos, este método nos permitió la recolección, recuento utilizando la hoja de cálculo de Excel, presentación en la información en tablas, síntesis de los mismos y análisis de los resultados obtenidos (75).

Revisión bibliográfica: Corresponde a la descripción detallada del tema de investigación, es decir es recopilar información ya existente sobre el tema o problema. Se puede obtener esta información de diversas fuentes como, revistas, artículos científicos, libros, material archivado y otros trabajos académicos (76).

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

- **Encuesta:** Es un procedimiento destinado a la recolección de datos a través de la interrogación de los sujetos cuya finalidad es la de obtener de manera sistemática medidas sobre los conceptos que se derivan de una problemática de investigación previamente construida. La recogida de los datos se realiza a través de un cuestionario (77).

Instrumentos

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)
- Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL)

3.6.3. Validación de instrumentos

Para la valoración de la incontinencia urinaria se utilizará el International Consultation on Incontinence Questionnaire ICIQ Short Form (ICIQ-SF). Validado al español por España Pons et al. (2004).

La puntuación total del ICIQ-SF es el resultado de la suma de los 3 primeros ítems, oscilando entre 0 y 21, siendo indicador de incontinencia urinaria cualquier puntuación superior a 0. La cuarta pregunta ayuda a determinar el tipo de incontinencia (41) (62).

Para la valoración de la calidad de vida, se utilizará el cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), (Patrick et al. 1999). Se eligió este cuestionario debido a que los autores habían realizado una adaptación cultural de la versión en inglés americano al español, y además es específico para valorar la afectación de la calidad de vida en personas con IU.

El I-QOL es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems, con una puntuación máxima de 110 puntos. Mayor afectación de calidad de vida a menor puntuación o porcentaje (64).

3.7. Análisis de datos

Una vez realizado el levantamiento de la información en la población de estudio, todos los datos obtenidos fueron registrados en una hoja de cálculo Excel, de manera ordenada y organizada; así como también se utilizó el programa estadístico IBM SPSS 25 para realizar el análisis de datos mediante cruce de variables, para obtener los resultados requeridos representándolos a manera de tablas para una mejor lectura y comprensión.

CAPÍTULO IV

4. Discusión de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población de estudio según edad

Edad (OMS)	Frecuencia	Porcentaje
18-35 (Adulto joven)	9	26,5%
36-64 (Adulto)	25	73,5%
Total	34	100%

En los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según edad se puede evidenciar que, predomina el rango de edad entre 36 – 64 años con un 73.5%, seguido del rango de 18 – 35 años de edad con un 26,5%.

Estos rangos de edad se relacionan con el artículo “Factores de riesgo cardiovascular asociados al estado nutricional del personal Administrativo de la Universidad Técnica del Norte, Mayo – Noviembre 2014”, en el cual el rango de edad más prevalente fue de 40 a 59 años con un 63,73 %, datos que se asemejan a los obtenidos en nuestro estudio al haber encontrado mayor prevalencia de la población adulta (78).

Tabla 2.

Caracterización de la población de estudio según etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestiza	34	100%
Total	34	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según etnia indican que, el 100% de la población se autodenomina de etnia mestiza.

El total obtenido tiene similitud con el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en 2010, el cual muestra que existen 7.305.86 mujeres y 7.177.683 hombres, que sumados dan como total de la población ecuatoriana 14.483.499 personas, los cuales 10.417.299 personas (71,93%) pertenecen a la etnia mestiza (79).

Igualmente, en la provincia de Imbabura, los datos publicados por el INEC indican que la ciudad de Ibarra el total de la población es de 181.175, de las cuales 93.389 son mujeres (45,6%), la mayor parte de la personas se consideran mestizas con un 65,7%, estos resultados concuerdan con los del presente estudio al existir mayor población mestiza (80).

Tabla 3.

Distribución de la población de estudio según número de hijos.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara (sin hijos)	4	11,8%
Primípara (1hijo)	11	32,4%
Múltipara (2-4 hijos)	19	55,9%
Total	34	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según número de hijos, indican que el 55,9% representa a mujeres múltiparas, seguido del 32,4% siendo las mujeres primíparas y con un porcentaje menor del 11,8% representa a las mujeres nulíparas.

Este estudio coincide con los datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) en México 2017, muestran que tres cuartas partes (73.3%) de los 48 millones de mujeres de 15 años y más han sido madres, esto es 35.2 millones. Para las mujeres de 30 años y más, la proporción de quienes han tenido al menos un hijo nacido es de 90.2%, de ellas, 38.0% tienen de uno a dos hijos e hijas; casi la mitad (47.1%) entre tres y cinco hijas e hijos, y 14.9% de ellas tienen seis o más, ya que en la investigación existió mayor prevalencia de mujeres múltiparas (81).

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria

$$P = \frac{\text{Número de Afectados (21)}}{\text{Población de estudio (34)}} \times 100 = 61,76\%$$

La prevalencia de incontinencia urinaria en la población de estudio corresponde al 61,76%.

Resultado que se asemeja con la investigación “Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo” de una muestra 350 mujeres que decidieron participar en el estudio, se aplicó el International Consultation on Incontinence Questionnaire Short Form (ICIQ-IU-SF) para obtener el diagnóstico de IU de acuerdo a la suma de los ítems 1, 2 y 3 y cómo esta afecta la calidad de vida, y que tipo de IU, según su clasificación clínica, con el resultado del ítem 4 de estas pacientes, 216 presentaron algún tipo de incontinencia urinaria para una prevalencia de 61,7 %, este porcentaje concuerdan con nuestro estudio al haber obtenido la misma prevalencia de incontinencia urinaria (57).

Tabla 5.*Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos*

$$\text{IUE} = \frac{\text{Número de Afectados (12)}}{\text{Población de estudio (34)}} \times 100 = 35,29\%$$

$$\text{IUU} = \frac{\text{Número de Afectados (3)}}{\text{Población de estudio (34)}} \times 100 = 8,82\%$$

$$\text{IUM} = \frac{\text{Número de Afectados (6)}}{\text{Población de estudio (34)}} \times 100 = 17,65\%$$

Los resultados obtenidos en cuanto a la prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos, muestran que el 35,29% representa a mujeres que padecen de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE), seguida de la incontinencia urinaria mixta (IUM) con un 17,65% y finalmente la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) con un 8,82%.

Estos porcentajes concuerdan con el tratado “Presencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en mujeres en el postparto que acuden al Centro de Salud Centro Histórico de la Ciudad de Quito en el período abril – julio del 2017”, se empleó el International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) de las 100 madres que fueron parte del estudio el tipo más frecuente es I.U.E con 43 mujeres que representa el 67%, la I.U.M presentaron 18 mujeres tienen reflejado por el 28%, la I.U.U presentaron 3 mujeres representado por el 5%, debido a que el tipo de incontinencia con mayor prevalencia fue la incontinencia urinaria de esfuerzo (82).

Tabla 6.

Evaluación de la calidad de vida I-QOL test

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Nula afectación en la calidad de vida (100%)	9	42,9%
Pérdida de calidad de vida (<100%)	12	57,1%
Total	21	100%

De acuerdo a la evaluación de la calidad de vida, los resultados muestran que en mayor porcentaje con el 57,1% tiene pérdida en su calidad de la vida, frente a un 42,9% que presentó nula afectación en la calidad de la vida.

Datos que se asemejan con el estudio realizado en México, Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta, en el cual se utilizó el Cuestionario Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), en el que las pacientes con incontinencia urinaria reportaron menor índice de calidad de vida relacionado con el estado de salud 46.5%, en comparación con las mujeres continentales que tienen 53.5%, estos resultados concuerdan con nuestro estudio debido a que más de la mitad de las mujeres estudiadas presentan pérdida de la calidad de vida al presentar esta condición (83).

Tabla 7.

Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test

IQOL	Porcentaje
Evitar y limitar el comportamiento	78,095%
Impacto psicosocial	84,66%
Vergüenza social	75,24%

Los resultados obtenidos en cuanto a la afectación de la calidad de vida según sub escalas, indican que la de vergüenza social presenta mayor pérdida de calidad de vida con el 75,24%, seguida por la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con el 78,095% y finalmente impacto psicosocial con 84,66%.

Resultados que concuerdan con la investigación “La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida”, utilizando el cuestionario para medir la calidad de vida I-QOL, determinó que las mujeres con incontinencia urinaria presentan afectación en las sub escalas de calidad de vida, la sub escala de evitar y limitar el comportamiento presento 35%, el impacto psicosocial 44% y finalmente la sub escala de vergüenza social con el 21%, datos que coinciden con los resultados obtenidos en nuestra investigación debido a que la sub escala con mayor afectación es la de vergüenza social (26).

Tabla 8.

Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las sub escalas de calidad de vida

Subescalas C.V.	IU Esfuerzo	IU Urgencia	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	77,08%	81,68%	78,33%
Impacto psicosocial	81,30%	93,33%	87,04%
Vergüenza social	73,33%	84%	74,67%

Los resultados obtenidos en cuanto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida, indican que la IU de esfuerzo es la que tiene mayor pérdida de calidad de vida, específicamente en la escala de vergüenza social, con el 73,33%, seguida por la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con un 77,08% y finalmente el impacto psicosocial con 81,30%. En cuanto a la incontinencia urinaria de urgencia la sub escala con mayor afectación es la evitar y limitar el comportamiento con un 81,68%, después la vergüenza social con un 84% y con menor afectación la escala de impacto psicosocial con 93,33%. Finalmente, en la incontinencia urinaria mixta presenta mayor afectación en la sub escala de vergüenza social con el 74,67%, seguida de la escala de evitar y limitar el comportamiento con 78,33% y con menor afectación la de impacto social con el 87,04%.

Estos datos tienen similitud con el estudio “Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia” 2014, demuestra que la incontinencia urinaria de esfuerzo afecta en la calidad de vida de las mujeres que presentan esta condición con un 44,2%, por otro lado se hallan relaciones significativas entre la frecuencia de las pérdidas con el impacto psicosocial, estos datos se asemejan con nuestro estudio en cuanto al tipo de incontinencia urinaria con mayor afectación en la calidad de vida, mientras que en la sub escala con mayor afectación no existe similitud (84).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?

La caracterización de la población de estudio, muestra que la edad de los pacientes que predominó fue del rango etario de 36 a 64 años con 25 mujeres que representan el 73,5%, las 34 mujeres que representan al 100% pertenecen a la etnia mestiza y del total de la población 19 mujeres con el 55,9% representan a mujeres multíparas.

¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos?

La prevalencia de la incontinencia fue de 61,76%, y acorde a sus tipos se evidenció que 12 mujeres representando el 35,29% presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo, seguida de 6 mujeres con el 17,65% incontinencia urinaria mixta y finalmente 3 mujeres que reflejan el 8,82% con incontinencia urinaria de urgencia.

¿Afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de los sujetos de estudio?

Al aplicar el test de calidad de vida para la incontinencia (IQOL), se evidenció que 9 mujeres que representan el 42,9% tienen nula afectación en la calidad de vida, mientras que 12 mujeres con el 57,1% presentan afectación en la calidad de vida.

¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?

El tipo de incontinencia urinaria que refiere mayor afectación en la calidad de vida, es la incontinencia urinaria de esfuerzo, específicamente en la sub escala de vergüenza social con un 73,33%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Mediante la caracterización de la población estudio se evidenció predominio del rango de edad de 36 – 64 años (adultos), perteneciendo en su totalidad a la etnia mestiza, en su mayoría siendo multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria es de 61,76%, el tipo de incontinencia urinaria más prevalente fue IU de esfuerzo con 35,29%, seguida por la IU mixta 17,65% y finalmente IU de urgencia con 8,82%.
- La evaluación de la calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria reflejó que la mayor parte de los sujetos de estudio presentaron pérdida de la calidad de vida, siendo la sub escala de vergüenza social la más afectada.
- La relación entre las sub escalas de calidad de vida y el tipo de incontinencia urinaria mostró que, la incontinencia urinaria de esfuerzo tuvo mayor pérdida de calidad de vida, específicamente en la sub escala de vergüenza social.

5.2. Recomendaciones

- Dictar charlas por parte de especialistas al personal femenino diagnosticado con incontinencia urinaria en la FACAE, sobre la incontinencia urinaria, causas, prevalencia, prevención y tratamiento de la misma con el fin de reducir la incidencia y posibles complicaciones de esta enfermedad.
- Realizar proyectos a futuro para el personal femenino, en el cual se realice un seguimiento e intervención sobre los diferentes tratamientos que tiene esta patología, debido a que con un protocolo acorde a las necesidades de la persona que lo padece es posible mejorar su calidad de vida.
- Replicar este tipo de estudios, para conocer la prevalencia de la incontinencia urinaria, sumando datos estadísticos a nivel nacional, para que sirva como base para futuros estudios.
- Educar a la población que presenta incontinencia urinaria para que se evite tomar hábitos inadecuados que puedan afectar su estado de salud, mental y psicológico, ya que la incontinencia urinaria no es una enfermedad propia de la edad adulta, esta puede ser prevenida y tratada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez GÁ, Hernández HAC. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia Urinary. Med UPB [Internet]. 2016;34(1):16–22. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6493>
2. Indira Castañeda Biart, Jacqueline Del Carmen Martínez Torres, José Ángel García Delgado MRV-P. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. Rev Cuba Urol [Internet]. 2018;5(2):73–84. Available from: <http://www.revurologia.sld.cu/index.php/rcu/article/view/250/270>
3. García Méndez A. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud. RqR Enfermería Comunitaria. 2017;5(4):61–70.
4. Andrade Bastidas ME. Percepción del nivel de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con incontinencia urinaria que asisten a tratamiento de reeducación de piso pélvico. Rev Urol Colomb. 2013;22(2):17–24.
5. Cruz-Ruíz J, Farrera-González V, Ransom-Rodríguez A, Avalos-Jiménez JC, González-Serrano A, Cortez-Betancourt R, et al. Prevalencia de vejiga hiperactiva en la Ciudad de México . Resultados de un análisis preliminar. 2018;78(3):189–96.
6. Camusso GC, Videla EA, Compagnucci M, Juaneda R, Belisle D, Nores JB. Prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres jóvenes. 2017;82(4):126–32.
7. Betteloni Junqueira J. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25(e2970):1–8.
8. Becilla KiCM. Calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria en el Hospital Matilde Hidalgo de procel en el periodo Septiembre 2017- Febrero 2018. 2018. 1-94 p.
9. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados. Fisioterapia [Internet]. 2014;37(4):145–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2014.09.002>
10. Silva Muñoz MA, Hormazábal MG, Vera CL, Núñez CS, Rojas JT. Efectos de

- la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2018;44(1):1–14. Available from: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/307%0Ahttp://files/3/307.html>
11. Indira D, Biart C, Jacqueline D. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria . *Revisión bibliográfica*. 2016;8:88–98.
 12. Villacorta L, Honores Rios L, Pumachagua T, Caballero Rojas D. Toallas íntimas ecológicas “ECOFEMME.” 2019;
 13. Berrocal Barbaza J, Morales Garra S, Castro Jiménez A. Diseño de un producto novedoso para la minimización del impacto ambiental causado por los pañales desechables. 2015;
 14. González Ruiz de León C, Pérez Haro M, García Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. 2017;43(8):578–84.
 15. Urinaria I, Mar A, Rodr L, Mar V, Aparicio R, Integral MG, et al. Servicios especializados para personas mayores. “Clínica de Incontinencia Urinaria”. *Algunas reflexiones*. 2016;11(1):1–17.
 16. Hemstreet GP. *Sistemas renal y urinario*. 2014;8(1).
 17. Guzmán, S.; Vidal O. *Anatomía funcional de la pelvis femenina*. 2014;3–6. Available from: <http://media.axon.es/pdf/77392.pdf>
 18. Acosta Moreno E, Liger Borja MF. Efectos de los ejercicios de kegel vs ejercicios de core en la musculatura del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria producto de un cistocele [Internet]. *Universidad de las Américas*. 2018. Available from: [https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones/jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion para el aprendizaje Perspectiva alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_](https://www.uam.es/gruposinv/meva/publicaciones/jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion_para_el_aprendizaje_Perspectiva_alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379_Los_estudios_sobre_el_cambio_conceptual_)
 19. *Anatomía del compartimento abdómino-pelviano*. (1–23).
 20. Yaima D, Díaz A, Ana D, Chong M, Amaral LY. Tratamiento rehabilitador de disfunción de suelo pélvico en paciente adolescente post lesión traumática de pelvis y región perineal Rehabilitative treatment of pelvic floor dysfunction in

- adolescent patients post traumatic injury of pelvis and perineum. 2015;7(2):216–22.
21. Romero DG, Redondo M, Ubierna G. Suelo pélvico. 2014:1–10. Available from: [https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/servicios/servicio_preencion/unidades/salud-laboral/cuida-tu-espalda/suelo pelvico.pdf](https://www.unex.es/organizacion/servicios-universitarios/servicios/servicio_preencion/unidades/salud-laboral/cuida-tu-espalda/suelo_pelvico.pdf)
 22. Azcoiti VV. Salud del Suelo Pélvico: fortalecimiento y prevención en mujeres jóvenes. 2015;
 23. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(2):232–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.02.011>
 24. Cantabria U DE, Inés Álvarez de Eulate Director D, José Luis Gutiérrez Baños Santander D. Evaluación diagnóstica y tratamiento de las disfunciones neurógenas de la micción. 2015;1–56.
 25. Fernandes Ribeiro AS. Acción de la brandicinina y de los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 en la fisiología de la micción. 2015;
 26. Cruz Lendinez C. La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén, estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida [Internet]. Universidad De Jaén. 2016. Available from: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/794/1/9788491590460.pdf>
 27. Chiang H, Susaeta R, Valdevenito R, Rosenfeld R, Finsterbusch C. Incontinencia urinaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2013;24(2):219–27.
 28. Verdejo Bravo C. Incontinencia y retención urinaria. Tratado Geriátrica para Resid para Resid. 2006;151–61.
 29. Castro RA, Santisteban Alba S, Delgado Peruyera L, Fernández Maderos I. Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. Rev Cuba Med Gen Integr. 2017;33(2):171–9.
 30. Bosch Donate E. El silenciamiento de la incontinencia urinaria femenina desde una perspectiva de género: accesibilidad al tratamiento fisioterápico. 2017.
 31. Karla León Torres. Incontinencia Urinaria. Rev Med Clin Condes. 2016;24(2):219–27.
 32. Guerrero-Tinoco GA, Cano-Martínez MI, Vanegas-Ruiz JJ. Evaluación y

- tratamiento del niño con síntomas del tracto urinario inferior (LUTS). *Iatreia*. 2018;31(1):51–64.
33. Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain A, Faivre E, Trichot C. Incontinencia urinaria de la mujer. *EMC - Ginecol*. 2016;52(1):1–16.
 34. Burgos Lucena L. Influencia del inicio precoz del tratamiento conservador en la evolución de la vejiga neuropática. *Salud Madrid*. 2015;
 35. González de Castro L, Condé Rocha S, Silva Fernandes S, Chaves R, Hernández Aguirre E, Arrieta de Castro F. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud Uninorte*. 2018;34(3):784–96.
 36. Vázquez Alba D, Carballido Rodríguez J, Bustamante Alarma S. Alteraciones funcionales vesicales. *Rev la Educ Super [Internet]*. 2015;11(83):4964–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.07.003>
 37. Ibon LG. Incontinencia urinaria de esfuerzo: revisión bibliográfica del entrenamiento muscular del suelo pélvico basado en evidencia científica. *UPNA-Facultad Ciencias la Salud*. 2015;
 38. Ayala Pinto L, Quinteros Zambrano M. Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo. *Journal of Chemical Information and Modeling*. 2018.
 39. Saavedra Grandez K, Saldaña Ramirez M, Vargas Saldña F, Perez Lopez M. Incontinencia urinaria y autoestima de usuarios de la estrategia sanitaria no transmisibles adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2015. 2015.
 40. Martín Arrocha M. Impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres. 2015.
 41. Espinoza Huacre EV. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017. *Univ Nac Mayor San Marcos [Internet]*. 2018; Available from: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8746%0Ahttp://files/114/Huacre y Evelyn - 2018 - Relación de la incontinencia urinaria y la calidad.pdf%0Ahttp://files/115/8746.html](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/8746%0Ahttp://files/114/Huacre%20y%20Evelyn%20-2018-Relaci3n%20de%20la%20incontinencia%20urinaria%20y%20la%20calidad.pdf%0Ahttp://files/115/8746.html)
 42. Valencia Orgaz P. Calidad de vida en la mujer con incontinencia urinaria y papel del profesional sanitario y de la paciente, dentro del marco asistencial de

- atención primaria en la Comunidad de Madrid [Internet]. 2017. Available from: <https://eprints.ucm.es/41555/1/T38497.pdf>
43. Pérez Rodríguez NM, Martínez Torres J, Garcia Delgado JA, Rodriguez Adams EM, Rodriguez Lara H. Disfunción de suelo pélvico y sexual en mujeres. *Invest Medicoquir.* 2019;11(1):1–25.
 44. Musibay ER, Santiago R, Sandrino B. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Rev Cuba Obs Ginecol.* 2016;42(3):372–85.
 45. Medrano Pérez A. Calidad de vida en los primeros 3 a 6 meses postquirúrgicos en pacientes sometidas a cirugía de corrección de prolapso de órganos pélvicos en el servicio de uro ginecología del Hospital Vélez Paiz de febrero a agosto del 2018. 2019;
 46. Carreño Lina M, Angarita-Fonseca A, Delgado AN, García LM. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev Ciencias la Salud.* 2015;13(1):63–76.
 47. González Blanco M. Calidad de vida relacionada con la salud. *Rev Obs Ginecol Venez.* 2018;78(1):1–4.
 48. López Cortés R, Marín Fernández B, Hueso Montoro C, Escalada Hernández P, Sanz Aznarez AC, Rodríguez Gutiérrez C. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *An Sist Sanit Navar.* 2016;39(1):123–31.
 49. Valdés Arriagada M, Inostroza Martínez D, Valdebenito Vásquez L, Valenzuela Flores A, Veas Valdés C. Relación entre actividad física, calidad de vida e incontinencia urinaria en una muestra de mujeres adultas mayores de la ciudad de Talca – Chile. *Chile Rev Fac Cienc Salud UDES.* 2017;4(1):39–44.
 50. Barrios Ormeño EJ. Factores de riesgo y tipo de incontinencia urinaria en adultas mayores atendidas en el Hospital Augusto Hernández Mendoza Ica, Diciembre- 2015. 2017;
 51. Lamoglia-Puig M, Juvinyà-Canal D, Pérez-Pérez I, Godall-Castell M, Rifà-Ros R, Rodríguez-Monforte M, et al. Las influencias interpersonales en mujeres con incontinencia urinaria. *Matronas Prof.* 2016;17(1):6–11.
 52. Rodríguez Palma M, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J, García Fernandez

- F. Dermatitis asociada a la incontinencia. *Rev ROL Enferm.* 2018;41(11–12):768–76.
53. Lamogllia Puig M. Los comportamientos de salud en mujeres con incontinencia urinaria. 2015;
 54. Ortuño Esparza A. Experiencias de calidad de vida en hombres y mujeres con incontinencia urinaria. *Proy Investig* [Internet]. 2016; Available from: <https://digitum.um.es/xmlui/handle/10201/50460>
 55. Ms.C. Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres LOB, Abrahante, Ms.C. Lic. Elsa María Rodríguez Adams, Ms.C. Lic. Haymée Rodríguez Lara MCDJÁGD. Disfunciones sexuales y disfunciones del suelo pélvico. ¿Problemas de salud relacionados? *Rev Sexol y Soc* [Internet]. 2015;21(2):224–33. Available from: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/604/635>
 56. Rincón Ardila O. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev médica Chile* [Internet]. 2015;143(2):203–12. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 57. Pacheco Salas A, Uzcátegui Machuca C, Verenzuela A. Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Obs Ginecol Venez.* 2018;78(1):41–52.
 58. Molero M, Fuentes Perez C, Barragán A, Martos Á, Simón M. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud. 2017. 155-160 p.
 59. Stefania F, Melina G, Leandro M. Incontinencia urinaria y sus repercusiones en la actividad sexual Área : Ciencias de la Salud. 2017;
 60. Hebbar S, Pandey H, Chawla A. Understanding King ’ s Health Questionnaire (KHQ) in assessment of female urinary incontinence. *Int J Res Med Sci.* 2015;3(3):531–8.
 61. Rial T, Chulvi Medrano I, Cortell Tormo J., Álvarez Sáez M. ¿Puede un programa de ejercicio basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la

- incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer? Rev española sobre Med del suelo pélvico la mujer y cirugía Reconstr. 2015;11(2):1–7.
62. Busquets MC, Serra RT. Validación del cuestionario International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (icIQ-sf) en una población chilena usuaria del Fondo Nacional de Salud (fonasa). Articul Investig Rev Med Chile [Internet]. 2012;140:340–6. Available from: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n3/art09.pdf>
 63. Serrano Cardona L, Muñoz Mata E. Un estudio sobre la incontinencia urinaria femina y la afectación en la calidad de vida. Early Hum Dev [Internet]. 2013;83(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.09.003>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2014.01.002>
[http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782\(12\)70006-](http://dx.doi.org/10.1016/S0378-3782(12)70006-3)
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2341287914000763>
<http://dx.doi.org/10.1016/>
 64. Nojomi M1 BP. Incontinence quality of life instrument (i-qol): translation and validation study of the iranian version. 2013;1.
 65. Asamblea Nacional. Constitución del Ecuador. Regist Of [Internet]. 2017;449(Principios de la participación Art.):67. Available from: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf
 66. Weerakkody S, Mo Y, Sinopoli B. Toda una vida plan nacional de desarrollo 2017-2021. Proc IEEE Conf Decis Control. 2015–Febru(February):1–148.
 67. Gomez Bastar S. Metodología de la investigación [Internet]. Vol. 6ta edición, Metallurgia Italiana. 2014. 589 p. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/manual de bioseguridad.pdf](http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/infecciones/manual_de_bioseguridad.pdf)
<http://search.proquest.com/acceso.unicauca.edu.co/docview/199312445/6A7F84701E704E29PQ/4?accountid=41027>
<http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/34398/1/>
 68. Deobold B. Van Dalen y William J. Meyer. LA investigación descriptiva [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from:

- <https://noemagico.blogia.com/2006/091301-la-investigaci-n-descriptiva.php>
69. Universia Costa Rica. Tipos de investigación: Descriptiva, Exploratoria y Explicativa [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://noticias.universia.cr/educacion/noticia/2017/09/04/1155475/tipos-investigacion-descriptiva-exploratoria-explicativa.html>
 70. EUPATI. Conceptos epidemiológicos : incidencia y prevalencia. 2015;100:1–3.
 71. Internacional Research. ¿Qué es la investigación cuantitativa? [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://www.sisinternational.com/investigacion-cuantitativa/>
 72. <https://www.wordreference.com/definicion/>.
 73. http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_303/elem_11188/definicion.html.
 74. defición.de. Definición de método inductivo [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://definicion.de/metodo-inductivo/>
 75. Toda la UNAM en línea. El método estadístico [Internet]. [cited 2019 Dec 19]. Available from: <https://www.unamenlinea.unam.mx/recurso/83050-el-metodo-estadistico>
 76. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, Betancourt-Buitrago LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. *Dyna*. 2014;81(184):158–63.
 77. López-Roldán P, Fachelli S. Metodología de la Investigación Social Cuantitativa. *Univ Auton Barcelona* [Internet]. 2015;4–41. Available from: <http://ddd.uab.cat/record/129382>
 78. Acuña J, Salcedo T. Factores de riesgo cardiovascular asociados al estado nutricional del personal Administrativo de la Universidad Técnica del Norte, Mayo – Noviembre 2014. *Repos Digit Univ Técnica del Norte*. 2015;1–19.
 79. Desarrollo SN de P y. Indicadores básicos de población [Internet]. 2010 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <http://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJAXZfc/.opendoc.htm?document=SNI.qv>

w&host=QVS@kukuri&anonymous=truehttp://indestadistica.sni.gob.ec/QvAJ
AXZfc/opendoc.htm?document=SNI.qvw&host=QVS@kukuri&anonymous=
true&bookmark=Document/BM24

80. (INEC) IN de E y C. Fascículo provincial imbabura. 2010.
81. Instituto Nacional de las Mujeres. Las Madres en Cifras [Internet]. Mexico; 2018 [cited 2019 Dec 12]. Available from: <https://www.gob.mx/inmujeres/articulos/las-madres-en-cifras>
82. Lara Alvarez AF. Presencia de incontinencia urinaria y su influencia en la calidad de vida en mujeres en el postparto que acuden al Centro de Salud Centro Histórico de la Ciudad de Quito en el período abril – julio del 2017. 2017.
83. Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Neri Ruz ES, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex.* 2007;75(6):347–56.
84. Ortuño A, Lozano C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Enfuro* [Internet]. 2014;(127):20–3. Available from: [http://www.enfuro.es/images/Revistas enfuro/Enfuro127.pdf](http://www.enfuro.es/images/Revistas%20enfuro/Enfuro127.pdf)

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de autorización



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

Ibarra, 3 de junio del 2019
Oficio 490-TFM-UTN

Doctor
Miguel Naranjo Toro
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO UTN
Presente

Señor Vicerrector:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica.

En vista de que un grupo de estudiantes de octavo semestre se encuentran desarrollando el Macro Proyecto Titulado “Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en Mujeres de la Provincia de Imbabura”, dirigido por el Magister Cristian Torres; comedidamente solicito a usted la bebida autorización para que las y los estudiantes visiten todas las dependencias de la Universidad Técnica del Norte, con el propósito de aplicar cuatro test al personal femenino del área administrativa y del código de trabajo.

Cabe indicar a usted, que el desarrollo del mencionado trabajo de investigación, es de carácter estrictamente académico; y se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada participante, y la aplicación de los test en las fechas que de mutuo acuerdo se estimen conveniente.

Por su favorable atención a la presente, le agradezco y me despido.

Atentamente,
“CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO”


MSc. Rocío Castillo A.
DECANA FCS-UTN

Anabel R.

Copia: MSc. Cristian Torres – Docente TFM-UTN.

MISIÓN INSTITUCIONAL

“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.

Ciudadela Universitaria Barrio El Olivo
Telefax: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte, 2019”.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

El estudiante de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte, realizará evaluaciones mediante el uso de cuatro test, con el fin de conocer sus datos sociodemográficos, presencia de incontinencia urinaria(IU), calidad de vida en relación con la IU y conocimientos sobre la misma.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: La participación en este estudio es de carácter voluntario y el otorgamiento del consentimiento no tiene ningún tipo de repercusión legal, ni obligatoria a futuro, sin embargo, su participación es clave durante todo el proceso investigativo.

CONFIDENCIALIDAD: Es posible que los datos recopilados en el presente proyecto de investigación sean utilizados en estudios posteriores que se beneficien del registro de los datos obtenidos. Si así fuera, se mantendrá su identidad personal estrictamente secreta. Se registrarán evidencias digitales como fotografías acerca de la recolección de información, en ningún caso se podrá observar su rostro.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Como participante de la investigación, usted contribuirá con la formación académica de los estudiantes y a la generación de conocimientos acerca del tema, que servirán en futuras investigaciones para mejorar la calidad de vida de quienes padecen de incontinencia urinaria.

MISIÓN INSTITUCIONAL

“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país. Formar profesionales comprometidas con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

RESPONSABLE DE ESTA INVESTIGACIÓN: Puede preguntar todo lo que considere oportuno al director del Macroproyecto, Lic. Cristian Torres A MSc. (+593) 0960747156. cstorresa@utn.edu.ec

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

El Sr/a....., he sido informado/a de las finalidades y las implicaciones de las actividades y he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas.

En prueba de conformidad firmo este documento.

Firma:, el..... de..... del

MISIÓN INSTITUCIONAL

*"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".*

Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: _____

Paciente: _____

EDAD _____ ETNIA _____

PESO _____ TALLA _____ IMC _____

1) OCUPACIÓN (señale con una X solo la opción más adecuada)

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA

JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

2) SITUACIÓN FAMILIAR (señale su respuesta con una X)

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

3) NIVEL DE ESTUDIOS. (señale su respuesta con una X)

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS _____

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Anexo 4. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario auto administrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca.	0
Una vez a la semana.	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada.	0
Muy poca cantidad.	2
Una cantidad moderada.	4
Mucha cantidad.	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua

Fuente: Espinoza Huacre EV. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017.

Anexo 5. Cuestionario de Calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD DE VIDA CON INCONTINENCIA (I-QOL)

Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-un poco, 5-en absoluto.

		1	2	3	4	5
1.	Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio					
2.	Me preocupa toser y estornudar					
3.	Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada					
4.	Me preocupo si los servicios están en un nuevo lugar					
5.	Me siento deprimida					
6.	No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo					
7.	Me siento frustrada porque la IU me impide hacer lo que quiero					
8.	Me preocupa que los demás noten que huelo a orina					
9.	Tengo siempre presente la incontinencia					
10.	Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio					
11.	Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación					
12.	Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años					
13.	Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno					
14.	Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia					
15.	La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud					
16.	Mi incontinencia urinaria me hace sentir desvalida					
17.	Disfruto menos de la vida debido a la IU					
18.	Me preocupa orinarme					
19.	Siento que no tengo control sobre mi vejiga					
20.	Tengo que tener cuidado con lo que bebo					
21.	La IU limita mi variedad de vestuario					
22.	Me preocupan las relaciones sexuales.					

Fuente: Espinoza Huacre EV. Relación de la incontinencia urinaria y la calidad de vida de pacientes mujeres atendidas en el Servicio de Terapia Física y Rehabilitación en la Clínica San Juan de Dios filial Arequipa 2017.

Anexo 6. Fotografías

Fotografía 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13

Ibarra – Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en personal femenino de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Técnica del Norte, 2019”.

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

El estudiante de la carrera de Terapia Física Médica de la Universidad Técnica del Norte, realizará evaluaciones mediante el uso de cuatro test, con el fin de conocer sus datos sociodemográficos, presencia de incontinencia urinaria(IU), calidad de vida en relación con la IU y conocimientos sobre la misma.

PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO: La participación en este estudio es de carácter voluntario y el otorgamiento del consentimiento no tiene ningún tipo de repercusión legal, ni obligatoria a futuro, sin embargo, su participación es clave durante todo el proceso investigativo.

CONFIDENCIALIDAD: Es posible que los datos recopilados en el presente proyecto de investigación sean utilizados en estudios posteriores que se beneficien del registro de los datos obtenidos. Si así fuera, se mantendrá su identidad personal estrictamente secreta. Se registrarán evidencias digitales como fotografías acerca de la recolección de información, en ningún caso se podrá observar su rostro.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: Como participante de la investigación, usted contribuirá con la formación académica de los estudiantes y a la generación de conocimientos acerca del tema, que servirán en futuras investigaciones para mejorar la calidad de vida de quienes padecen de incontinencia urinaria.

MISIÓN INSTITUCIONAL

*“Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente”.*



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 001 – 073 – CEAACES – 2013 – 13
Ibarra – Ecuador
CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

RESPONSABLE DE ESTA INVESTIGACIÓN: Puede preguntar todo lo que considere oportuno al director del Macroproyecto, Lic. Cristian Torres A MSc. (+593) 0960747156. estorresa@utn.edu.ec

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

El Sr/a....., he sido informado/a de las finalidades y las implicaciones de las actividades y he podido hacer las preguntas que he considerado oportunas.

En prueba de conformidad firmo este documento.

Firma: el *17* de *06* del *2019*...

MISIÓN INSTITUCIONAL
"Contribuir al desarrollo educativo, científico, tecnológico, socioeconómico y cultural de la región norte del país.
Formar profesionales comprometidos con el cambio social y con la preservación del medio ambiente".

Descripción: Consentimiento informado

Fotografía 2

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Fecha: 17-06-19

Paciente: _____

EDAD 45 ETNIA Mestizo

PESO 48,7 TALLA 1,60 IMC 19,02

1) OCUPACIÓN (señale con una X solo la opción más adecuada)

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO TRABAJA MEDIA JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR _____

2) SITUACIÓN FAMILIAR (señale su respuesta con una X)

¿TIENE HIJOS?

SÍ NO _____

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS 2

3) NIVEL DE ESTUDIOS. (señale su respuesta con una X)

SIN ESTUDIOS _____

ESTUDIOS PRIMARIOS _____

BACHILLER _____

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL _____

Descripción: Ficha sociodemográfica

Fotografía 3

CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) es un cuestionario auto administrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida. Puntuación del ICIQ-SF: suma las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (marque sólo una respuesta).

Nunca.	0
Una vez a la semana.	1
2-3 veces/semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta.

No se me escapa nada.	0
Muy poca cantidad.	2
Una cantidad moderada.	4
Mucha cantidad.	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Señale todo lo que le pasa a Ud.

- Nunca.
- Antes de llegar al servicio.
- Al toser o estornudar.
- Mientras duerme.
- Al realizar esfuerzos físicos/ejercicio.
- Cuando termina de orinar y ya se ha vestido.
- Sin motivo evidente.
- De forma continua

Descripción: Cuestionario ICIQ-IU-SF

Fotografía 4

INSTRUMENTO PARA LA CALIDAD DE VIDA CON INCONTINENCIA (I-QOL)

Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-un poco, 5-en absoluto.

		1	2	3	4	5
1.	Me preocupa no poder llegar a tiempo al servicio				x	
2.	Me preocupa toser y estornudar			x		
3.	Tengo que tener cuidado al ponerme de pie cuando estoy sentada					x
4.	Me preocupo si los servicios están en un nuevo lugar					x
5.	Me siento deprimida					x
6.	No me siento libre para estar fuera de casa durante mucho tiempo					x
7.	Me siento frustrada porque la IU me impide hacer lo que quiero				x	
8.	Me preocupa que los demás noten que huelo a orina				x	
9.	Tengo siempre presente la incontinencia					x
10.	Para mí es importante desplazarme con frecuencia al servicio					x
11.	Debido a mi incontinencia, es importante planear cada detalle con antelación					x
12.	Me preocupa que mi incontinencia empeore con los años				x	
13.	Tengo problemas para tener un buen sueño nocturno					x
14.	Me preocupa la situación de vergüenza o humillación por la incontinencia					x
15.	La incontinencia me hace sentir que no tengo buena salud				x	
16.	Mi incontinencia urinaria me hace sentir desvalida					x
17.	Disfruto menos de la vida debido a la IU					x
18.	Me preocupa orinarme				x	
19.	Siento que no tengo control sobre mi vejiga					x
20.	Tengo que tener cuidado con lo que bebo				x	
21.	La IU limita mi variedad de vestuario					x
22.	Me preocupan las relaciones sexuales.					x

Descripción: Cuestionario ICIQ-IU-SF

Fotografía 5.



Descripción: Firma del consentimiento informado.

Fotografía 6



Descripción: Aplicación de los cuestionarios en el personal de la FACAE.

Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS BIEN.docx (D63060561)
Submitted: 1/27/2020 6:49:00 PM
Submitted By: \${Xml.Encode(Model.Document.Submitter.Email)}
Significance: 12 %

Sources included in the report:

Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
Ctesis.docx (D63060188)
Zudaire_Labayen_Oihane_TFG1819.pdf (D52831821)
TESIS FINALIZADA.docx (D54170597)
Tesis 2018 Cod. 005.pdf (D47212059)
[http://www.scielo.cl/scielo.php?
script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es57.](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es57)
<https://core.ac.uk/download/pdf/55519140.pdf>
[https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/198/1/ABORDAJE%20FISIOTERAP%C3%
89UTICO%20EN%20MUJERES.pdf](https://repository.usc.edu.co/bitstream/20.500.12421/198/1/ABORDAJE%20FISIOTERAP%C3%89UTICO%20EN%20MUJERES.pdf)

Instances where selected sources appear:

76

En la ciudad de Ibarra, a los 31 días del mes de Enero de 2020

Lo certifico:



Lic. Cristian Torres Andrade MSc.

C.I.: 100364968-6