



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

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DÍA ADULTO MAYOR URCUQUI, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciatura
en Terapia Física Médica

AUTORA: Rosero Salazar Erika Susana

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA - ECUADOR

2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de director de la tesis de grado titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DÍA ADULTO MAYOR URCUQUI, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”** de autoría de: *Rosero Salazar Erika Susana*. para obtener el Título en Terapia Física Médica, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:

(Firma).....

Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

C.I.: 1003649686

DIRECTOR DE TESIS



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 IDENTIDAD:	1004032122		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Rosero Salazar Erika Susana		
DIRECCIÓN:	Hueros Familiares		
EMAIL:	erikasusanarosero@gmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062545379	TELÉFONO MÓVIL:	0996399281
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAL DE LA FACULTAD DE INGENIERÍA EN CIENCIAS APLICADAS, UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”		
AUTOR (ES):	Rosero Salazar Erika Susana		
FECHA:	2019/09/24		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Terapia Física		
ASESOR /DIRECTOR:	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc		

2. CONSTANCIAS

La autora (es) manifiesta (n) 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 (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de febrero de 2020

LA AUTORA

(Firma).....

Rosero Salazar Erika Susana

C.C.: 1004032122

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 20 de Febrero del 2020

Rosero Salazar Erika Susana "INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DÍA ADULTO MAYOR URCUQUI, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019"
Licenciada en Terapia Física Universidad Técnica del Norte, Ibarra.

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc

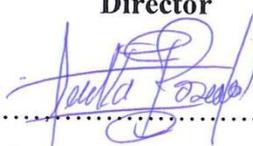
El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de mujeres adultas mayores que residen en el centro día adulto mayor Urcuqui, provincia de Imbabura. Entre los objetivos específicos se encuentran: Caracterizar 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, 20 de febrero del 2020



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

Director



.....
Erika Susana Rosero Salazar

Autora

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico primeramente a Dios, quien me ha brindado salud y bienestar para poder culminar con felicidad, a mis padres quienes han sido mi motor fundamental para salir adelante en todas las etapas de mi vida, a mis hermanos quienes me han brindado su apoyo incondicional, a mis abuelitos especialmente a mi abuelito Miguel quien ha sido mi gran ejemplo a seguir y quien ha sabido guiarme y apoyarme en todo a lo largo de mi formación profesional, y finalmente se la dedico a toda mi familia quienes me han brindado todos los consejos y fuerzas necesarias para poder soñar en grande y así poder cumplir todas mis metas con éxito y felicidad.

Rosero Salazar Erika Susana

AGRADECIMIENTO

Agradezco mucho a mi segunda casa que fue la Universidad Técnica del Norte, quien me abrió las puertas para mi formación, quiero agradecer a mis maestros quienes contribuyeron con mi educación regalándome todo su conocimiento con mucha paciencia y profesionalismo, a mis padres por brindarme todo su amor y apoyo siempre desde el comienzo hasta el final, a toda mi familia por estar guiando mis pasos por el camino del bien, a mis amigos quienes siempre estuvieron para apoyarnos mutuamente y por ultimo quiero terminar agradeciendo a una persona muy especial para mí, que es mi novio quien ha sabido darme todo su amor y comprensión para poder salir adelante.

Rosero Salazar Erika Susana

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT	xiii
TEMA:	xiv
CAPITULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	4
1.3. Justificación	5
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo general.....	6
1.4.2. Objetivos específicos	6
1.5. Preguntas de investigación	7
CAPÍTULO II	8
2. Marco teórico	8
2.1. Sistema Urinario	8
2.1.1. Riñón.....	9
2.1.2. Uréteres	9
2.1.3. Vejiga urinaria	9
2.1.4. Uretra	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico	10
2.2.1. Músculos del suelo pélvico.....	10
2.3. Fisiología de la micción.....	11

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores	11
2.4. Incontinencia Urinaria	12
2.5. Fisiopatología de la micción.....	12
2.5.1. Alteraciones de la micción.....	13
2.5.2. Factores que influyen directamente sobre la vejiga.....	13
2.5.3. Factores que afectan a la capacidad de controlar la vejiga	14
2.5.4. Clasificación de la disfunción vesical neuropática	14
2.5.5. Mecanismos esfinterianos en la mujer.....	15
2.5.6. Mecanismos de sostén del suelo pélvico	16
2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria	16
2.6.1. Incontinencia Urinaria de esfuerzo	16
2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia.....	17
2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)	17
2.6.4. Enuresis nocturna.....	17
2.6.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo	17
2.7. Factores de riesgo	17
2.7.1. Genero.....	17
2.7.2. Edad	18
2.7.3. Genética	18
2.7.4. Raza	18
2.7.5. Peso.....	18
2.7.6. Antecedentes obstétricos.....	18
2.8. Mujeres y Salud.....	19
2.9. Calidad de vida	19
2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud.....	20
2.9.2. Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud.....	20
2.9.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria	22
2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida	22
2.10.1. El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire) 22	
2.10.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	22
2.11. Marco Legal y Ético.	23
2.11.1. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida.....	28

CAPÍTULO III	31
3. Metodología de la Investigación	31
3.1. Diseño de la investigación	31
3.2. Tipo de la investigación.....	31
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	32
3.3.1. Población de estudio	32
3.3.2. Criterios de inclusión	32
3.3.3. Criterios de exclusión	32
3.3.4. Criterios de Salida.....	33
3.4. Operacionalización de variables.....	34
3.4.1. Variables de interés.....	35
3.5. Métodos y técnicas de recolección de información.....	36
3.5.1. Métodos de recolección de datos	36
3.5.2. Técnicas e instrumentos.....	36
3.5.3. Validación de instrumentos	37
3.6. Análisis de datos.....	38
CAPITULO IV	39
4. Análisis y discusión de resultados.....	39
4.1. Respuestas a las preguntas de investigación	47
CAPÍTULO V	49
5. Conclusiones y recomendaciones.....	49
5.1. Conclusiones.....	49
5.2. Recomendaciones	50
Bibliografía	51
ANEXOS	58
Anexo 1. Oficio de autorización	58
Anexo 2. Consentimiento Informado	59
Anexo 3. Cuestionario sociodemográfico	61
Anexo 4. Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF).....	62
Anexo 5. Cuestionario para la calidad de vida.....	63
Anexo 6. Evidencia fotográfica.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población según la edad.	39
Tabla 2. Caracterización de la población según etnia.	40
Tabla 3. Caracterización de la población según número de hijos.	41
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.	42
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.	43
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria. ..	44
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test	45
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida.	46

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DÍA ADULTO MAYOR URUCQUI, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

Autora: Rosero Salazar Erika Susana

Correo: esroseros@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, se presenta tanto en hombres como en mujeres, es una patología con alta prevalencia a nivel mundial, la cual genera un importante gasto económico por el excesivo uso de absorbentes, en cuanto a la calidad de vida esa patología afecta principalmente la autonomía de las personas ocasionándoles vergüenza e aislamiento con la sociedad. La presente investigación se llevó a cabo en el Centro Día Adulto Mayor Urcuqui con una población de 30 mujeres, con el objetivo de identificar la incontinencia urinaria y si ésta afecta a la calidad de vida de las mismas. La metodología de la presente investigación es de tipo cualitativo, cuantitativo, descriptivo, no experimental, de corte transversal y epidemiológico de prevalencia puntual. Los resultados indican que se identificó mayor frecuencia de mujeres geriátricas en edades entre los 75 a 90 años de edad, con predominio en la etnia mestiza y de mujeres multíparas. Se determinó una prevalencia puntual del 40% de mujeres con IU, del cual el 16,7 % fue Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), 13 % Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) y el 10% fue de Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU). Todas las mujeres geriátricas con incontinencia urinaria presentaron pérdida en su calidad de vida, la sub escala más afectada fue evitar y limitar el comportamiento. La incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor afectación en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento. En conclusión, la incontinencia urinaria se presentó en menos de la mitad de la población estudiada y todas quienes presentaron esta condición vieron afectada su calidad de vida.

Palabras claves: Incontinencia urinaria, calidad de vida, sistema urinario

ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE IN THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY WOMEN RESIDING THE URCUQUI SENIOR ADULT DAY CENTER, PROVINCE OF IMBABURA, 2019”.

Author: Rosero Salazar Erika Susana

Email: esroseros@utn.edu.ec

Urinary incontinence is defined as the involuntary loss of urine, It occurs in both men and women, It is a pathology with high prevalence worldwide, which generates an important economic expense due to the excessive use of absorbents, in terms of quality of life that pathology mainly affects the autonomy of people causing them shame and isolation from the society. This research was carried out at the Urcuqui Senior Adult Day Center with a population of 30 women, with the aim of identifying urinary incontinence and whether it affects their quality of life. The methodology of the present research is qualitative, quantitative, descriptive, non-experimental, cross-sectional and epidemiological type of punctual prevalence. The results indicate that a higher frequency of geriatric women was identified in ages between 75 and 90, with a predominance in mestizo ethnicity and multiparous women. A punctual prevalence of 40% of women with UI was determined, of which 16.7% was Urinary Stress Incontinence (SUI), 13% Mixed Urinary Incontinence (IUM) and 10% was Urinary Incontinence (IUU). All geriatric women with urinary incontinence had a loss in their quality of life, the most affected sub-scale was avoiding and limiting behavior. Urinary incontinence showed greater involvement in the sub-scale to avoid and limit behavior. In conclusion, urinary incontinence occurred in less than half of the population studied and all who presented this condition were affected in their quality of life.

Keywords: Urinary incontinence, quality of life, urinary system



TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DÍA ADULTO MAYOR URCUQUI, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

CAPITULO I

1. El Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La International Continent Society define la incontinencia urinaria (IU) como "la pérdida involuntaria de orina", es un grave problema en nuestra sociedad por su frecuencia, repercusión y magnitud, existen más de 200 millones de personas en todo el mundo que tienen problemas asociados con la incontinencia urinaria (1).

En España en el estudio "Prevalencia de la incontinencia urinaria", la IU tiene una alta prevalencia, el cual incrementa progresivamente con la edad, al igual que el prolapso de órganos pélvicos en un 50 % de las mujeres que han tenido al menos un parto vaginal (2).

En Estados Unidos, el estudio "Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. Salud en Tabasco", las mujeres de más de 60 años de edad tienen prevalencia de incontinencia urinaria en un 86%, la cual lo reconocen como un problema de salud que genera gran gasto económico a los sistemas sanitarios públicos; aunque no es un proceso de riesgo vital, limita la autonomía y reduce la autoestima. A pesar de la importancia que reflejan estos datos, se trata de un problema poco atendido por los equipos de salud y por las personas que lo padecen (3).

En México, el estudio "Urinary incontinence: Risk factors and frequency in women above 60 years of age in the Southeast of Mexico", de las 96 participantes, 56.25% cursaron con incontinencia urinaria, esto resultó ser un problema frecuente entre mujeres mayores de 60 años y se asoció de manera independiente con un riesgo incrementado de presentarse en mujeres con más de 3 partos o número de hijos, cabe recalcar que, a pesar de su frecuencia, un gran número de mujeres le resta importancia a este padecimiento, atribuyendo la patología como propia de la edad (4).

En Chile en el estudio, “Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica”, se advierte que cerca de dos millones de mujeres padecen incontinencia urinaria, teniendo un alto impacto en la vida sexual, la mayoría de ellas tiene pérdidas de orina durante la relación sexual, lo cual se convierte en una afección que potencialmente puede repercutir en la salud mental y social de estas personas trayendo como consecuencia la afectación de la relación de pareja, además de interferir en sus actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones humanas y podría llegar a ser un elemento desencadenante de depresión (5).

En Argentina el estudio, “Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto”, en el cual se aplicó 134 encuestas, dando 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%. Se ha encontrado que esta patología es frecuente en mujeres que trabajan en el Sanatorio Allende, siendo ésta principalmente asociada a pacientes, con sobrepeso u obesidad y embarazos múltiples (6).

En cuanto al impacto económico tenemos que, la incontinencia urinaria genera aproximadamente un gasto de 36 mil millones de dólares anuales, siendo este uno de los más grandes problemas que enfrenta el mundo (7).

La incontinencia urinaria produce un problema social e higiénico en las personas que la padecen, provocando síntomas secundarios más frecuentes como es la impotencia sexual, el rechazo a las demás personas, el gasto que generan en absorbentes, toallas higiénicas, pañales, medicamentos y modalidades terapéuticas o quirúrgicas, además, se estima que existe un bajo conocimiento sobre incontinencia urinaria, asociado al nivel de instrucción de los adultos mayores (8).

La calidad de vida relacionada con las enfermedades crónicas, se relaciona con las secuelas, que pueden ser irreversibles o de larga duración, así como disfunciones de la vida diaria que limitan las actividades sociales del hogar y la comunidad, la consecuencia psicosocial de la incontinencia urinaria presenta diversos trastornos emocionales que incluyen disminución de la autoestima, de la actividad sexual y

social; el uso de absorbentes puede limitar sus actividades y provocar la sensación de suciedad que deteriora su autoimagen, llegando a un estado de depresión y aislamiento social, también el uso obligado de compresas modifica su modo de vestir y puede modificar la personalidad (9).

En cuanto a lo ecológico, los absorbentes como los pañales que son de gran consumo por los adultos que sufren incontinencia urinaria, al estar hechos de plástico, celulosa, materiales que provienen del petróleo y otros productos químicos, como el polietileno, dificulta su degradación en el ambiente (10).

En Imbabura la magnitud del problema es desconocida, pues no se han realizado estudios epidemiológicos que permitan conocer la prevalencia de incontinencia urinaria, por lo que la sociedad desconoce de esta patología, y no le brinda la importancia adecuada que ésta presenta, teniendo en cuenta que esta enfermedad refleja un impacto negativo, el cual afecta la calidad de vida de las personas que la padecen.

1.2. Formulación del problema

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Centro Día Adulto Mayor Urcuqui, provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El motivo de la investigación fue determinar la presencia de la incontinencia urinaria y si ésta afecta la calidad de vida en los adultos mayores, del centro Día Adulto Mayor Urcuquí, como lo muestran varios estudios a nivel mundial.

La investigación fue viable ya que se contó con la autorización del alcalde de Urcuquí, quien se encuentra a cargo del centro, también se obtuvo el permiso de los adultos mayores por medio del consentimiento informado la presencia del investigador capacitado en el tema.

La posible solución a los problemas que acarrea la incontinencia urinaria, podría darse mediante la realización de futuras investigaciones en las que se utilicen los datos de esa investigación, para poder intervenir mediante tratamientos especializados, acorde a las necesidades de cada paciente.

Por otro lado, la investigación fue factible debido a que se contó con recursos tanto económicos, tecnológicos y bibliográficos, así como también diferentes test específicos validados, necesarios para recopilar la información necesaria en la investigación.

El impacto social de la investigación, radicó en identificar la afectación en la calidad de vida de las personas que padecen esta condición. En cuanto al impacto económico si se llega a dar tratamiento a esas personas, se podría revertir el coste económico que esta produce.

Los beneficiarios directos de la siguiente investigación, son los adultos mayores quienes se aplicó diferentes test para identificar si contienen incontinencia urinaria y como se encuentra su calidad de vida y al investigador del siguiente proyecto. Los beneficiarios indirectos tenemos a la familia, al personal de la salud, principalmente a los fisioterapeutas, universidad Técnica del Norte, Facultad Ciencias de la Salud, carrera Terapia Física Medica.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida en las mujeres adultas mayores que residen en el Centro Día Adulto Mayor Urcuqui, provincia de Imbabura.

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 subescalas de calidad de vida.

1.5. Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los sujetos de estudio?
- ¿Cuáles son los tipos de incontinencia urinaria?
- ¿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 tracto urinario inferior (TUI) es una unidad funcional compuesta por la vejiga y la uretra, responsable del almacenamiento y el vaciamiento urinario (11).

El sistema urinario está constituido por un grupo complejo de órganos que en conjunto se encargan de filtrar los productos residuales de la sangre y de fabricar, almacenar y eliminar la orina, estos órganos son esenciales para la homeostasia, ya que mantienen el equilibrio hídrico, el equilibrio ácido-básico y la presión arterial. Los órganos fundamentales del sistema nefrouinario son los dos riñones y la vejiga urinaria (12).

Durante el proceso de filtración de los productos residuales de la sangre, los riñones pueden exponerse a concentraciones elevadas de sustancias tóxicas endógenas y exógenas, de este modo, algunas células renales están expuestas a concentraciones mil veces superiores a las sanguíneas (12).

Los problemas que causan daños en los riñones pueden suprarrenales (afectan al aporte sanguíneo a los riñones), renales (afectan al propio riñón) o pos renales (afectan a cualquier punto de la ruta que sigue la orina desde el riñón hasta la salida de la uretra o el pene) (12).

Los problemas pos renales suelen ser de tipo obstructivo; un punto de obstrucción muy frecuente es la próstata, que se encuentra entre la vejiga y la uretra, cualquier trastorno preexistente de la próstata, la vejiga o los uréteres, en particular las infecciones, las obstrucciones o los cuerpos extraños (como los cálculos), puede comprometer la función renal y aumentar la sensibilidad a los defectos adquiridos genéticos (12).

Conviene conocer la micro anatomía y los mecanismos moleculares del riñón y la vejiga para valorar la sensibilidad a las exposiciones laborales profesionales y controlarlas y prevenirlas, parece que las sustancias tóxicas se dirigen a partes específicas del riñón o la vejiga e inducen la expresión de marcadores biológicos específicos directamente relacionados con el segmento lesionado (12).

2.1.1. Riñón

Es un órgano par que se ubica en la región retroperitoneal, entre el nivel de la doceava vertebra torácica y la tercera vértebra lumbar, su aspecto normal semeja un frijol de gran tamaño, por el hilio renal a cada riñón llega una arteria y egresa una vena, cada riñón está rodeado de la grasa peri renal (13).

2.1.2. Uréteres

Estos son dos finos conductos músculo-membranosos (entre 4 y 7 mm de diámetro), retroperitoneales, que terminan en la base de la vejiga urinaria, dibujando un trayecto de entre 25 a 30 cm., con una porción abdominal y una pelviana, la pared de los uréteres consta de tres capas, la mucosa que recubre la luz del tubo, la muscular intermedia, compuesta por células musculares lisas con actividad contráctil y la serosa externa constituida a base de fibras conjuntivas (14).

2.1.3. Vejiga urinaria

Es un órgano muscular hueco compuesto de fibras musculares lisas, que se extienden en diversas direcciones, lo que le permite distenderse durante el llenado vesical y contraerse durante el vaciado. La capa muscular lisa se extiende desde el detrusor hacia el cuello vesical, finalizando en la parte proximal de la uretra (11).

2.1.4. Uretra

Es un tubo fibromuscular de longitud variable según el sexo y cuyas funciones principales son, conducir la orina desde la vejiga hasta el meato externo y participar

en la continencia urinaria. La pared uretral está formada por una capa muscular interna de fibras lisas, una capa externa de fibras musculares estriadas, que constituyen el denominado rabdoesfínter también llamado esfínter estriado uretral o esfínter uretral externo y otros elementos no musculares como la mucosa, los vasos submucosos y el tejido conectivo (11) .

2.2. Anatomía del suelo pélvico

2.2.1. Músculos del suelo pélvico

El suelo pélvico es una estructura de músculos estriados, dependientes del control voluntario, y tejido conectivo que intervienen en el soporte y estructura de los órganos pélvicos y abdominales, cerrando la abertura inferior de la cavidad pelviana. Los músculos del suelo pélvico, perineo y fascia endopélvica son las estructuras musculares y aponeuróticas que se fijan en la pelvis ósea donde se apoyan las vísceras de esta zona. Dicho suelo no sólo aporta un soporte mecánico, sino que también participa en la continencia urinaria y fecal (15).

- **Diafragma pélvico:** Conformado principalmente por el músculo elevador del ano con sus diferentes segmentos puborrectal, pubococcígeo e ileococcígeo y el músculo coccígeo. Cabe destacar que este diafragma no es una estructura plana, sino tiene una forma de embudo lo cual da soporte al tercio inferior de vagina y uretra.
- **Diafragma urogenital:** Formado por la membrana perineal, músculo transverso superficial, músculo isquiocavernoso.
- **Eje suspensorio vaginal y fascia endopélvica:** El eje suspensorio vaginal es una estructura de tejido conectivo que parte del sacro y se desplaza anteriormente por los ligamentos uterosacros hacia el anillo pericervical y paredes vaginales y septo rectovaginal, para terminar en el cuerpo perineal. La fascia endopélvica localizada debajo del peritoneo pélvico es una estructura

aponeurótica que mantiene los grupos musculares del diafragma pélvico y diafragma urogenital con las paredes de la pelvis (16).

2.3. Fisiología de la micción

Cuando orinamos, los músculos de la vejiga se contraen y la orina es expulsada hasta la uretra, un conducto que se extiende desde la vejiga hasta el exterior del cuerpo. Al mismo tiempo, los músculos que rodean la uretra se relajan, lo que permite que la orina fluya por este conducto. Estos músculos también pueden contraerse cerrando el orificio uretral impidiendo la emisión de orina. Si dichos músculos se debilitan o lesionan, no serán capaces de contener la orina durante actividades como estornudar o reír (17).

La secuencia normal de una micción comprende las fases de llenado y vaciamiento. Durante la fase de llenado, la vejiga se acomoda a los volúmenes crecientes de orina con una presión intravesical baja, y las vías inhibitorias del sistema nervioso central (SNC) impiden el vaciado de la vejiga hasta que llegue un momento apropiado: inhiben las contracciones vesicales involuntarias (músculo detrusor) y, además, mantienen cerrado el tracto de salida (cuello vesical y esfínter urinario). Durante la fase de vaciado, de un modo coordinado se contrae el músculo detrusor y se relajan tanto la musculatura pélvica (el cuello vesical descendente) como el esfínter uretral (18).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

- **Vías parasimpáticas**

Con su núcleo en médula sacra (S2-S4) y su nervio, el pélvico (involuntario), es el que controla el músculo detrusor de la vejiga (19).

- **Vías simpáticas**

El sistema nervioso simpático tiene un núcleo medular situado en las metámeras torácicas y primeras lumbares (T10-L2); su nervio es el hipogástrico bajo control (involuntario) y controla el cuello vesical (19).

- **Vías somáticas**

Con su núcleo en médula sacra (S2-S4) y su nervio el pudendo es el que controla el esfínter uretral externo y el anal (ambos bajo control completamente voluntario) (19).

- **Vías eferentes**

Todos estos núcleos y nervios se coordinan en la fase de llenado y vaciado, para una función correcta desde la corteza cerebral a través de su poder de control sobre el núcleo pontino (19).

2.4. Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria (IU) se puede definir como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. Esta pérdida puede ser por vía uretral o extrauretral. Las pérdidas extrauretrales, corresponden a las fístulas (vésico-vaginales, uretro vaginales, etc.), que son menos frecuentes pero que siempre deben estar presentes en el diagnóstico diferencial de todo cuadro de incontinencia urinaria. La incontinencia urinaria, se relaciona además con un grupo de otras molestias antiguamente conocidas como LUTS, de acuerdo a su sigla en inglés, como son el aumento de frecuencia miccional, nocturia, urgencia miccional, disuria, etc. En conjunto, constituyen la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo vésico esfinteriano (20).

2.5. Fisiopatología de la micción

La incontinencia urinaria puede originarse en la uretra o la vejiga o una combinación de ambas. Las causas vesicales son la hiperactividad del detrusor o la hipo actividad. Las causas uretrales pueden ser debilidad anatómica del soporte músculo facial de la pelvis o deficiencia del esfínter intrínseco de la uretra. Se sabe poco de la vejiga hiperactiva/incontinencia de urgencia. El problema generalmente es llamado hiperreflexia del detrusor cuando hay anormalidad neurológica, e inestabilidad del detrusor cuando no es así.

La hiperactividad del detrusor existe cuando en la fase de llenado hay contracciones involuntarias del detrusor que no pueden ser suprimidas por el paciente. Muchos pacientes tienen urgencia con un cistometrograma normal sugiriendo inestabilidad del detrusor. Cuando hay lesión neurológica, la incontinencia urinaria se explica por pérdida del centro de micción pontino o disrupción entre éste y la vejiga, llevando a una vejiga flácida (21).

2.5.1. Alteraciones de la micción

Cuando no es posible realizar una micción normal deben buscarse los problemas urológicos que lo origina. Las causas pueden estar en el músculo detrusor, en el esfínter interno, en el esfínter externo o en la coordinación de ellos (22).

Según los estudios uro dinámicos los problemas miccionales se clasifican en: problemas en el almacenamiento que dan lugar a una incontinencia, problemas en el vaciado que dan lugar a un síndrome obstructivo. Si falla la coordinación nerviosa que hace posible la micción se da lugar a lo que se conoce como vejiga neurógena o disfunción miccionalneurógena y se producirán alteraciones de la micción, que darse tanto en el almacenamiento de la orina como en el vaciado (22).

Por tanto, en todo trastorno del tracto urinario inferior siempre tenemos que estudiar el binomio detrusor/sistema esfinteriano ya que tenemos que saber cómo se comportan y ello es lo que investigan los estudios urodinámicos (22).

2.5.2. Factores que influyen directamente sobre la vejiga

Estos pueden combinarse con algunas de la disfunción vesical como son:

- **Infección del tracto urinario (ITU).** Agravando el comportamiento de una vejiga inestable aumentando el número y la frecuencia de las contracciones involuntarias (22).

- **Impactación fecal.** Las heces en el recto actúan como una obstrucción física a la evacuación presionando la vejiga, uretra y nervios locales.
- **Fármacos.** Muchos pueden alterar la función vesical (22).

2.5.3. Factores que afectan a la capacidad de controlar la vejiga

- Con frecuencia hay algo más que el problema vesical para romper el equilibrio y producir incontinencia como puede ser:
- Inmovilidad parcial o total con la consiguiente dificultad para llegar a tiempo al servicio (22).
- Destreza manual.
- Medio ambiente. La situación de los servicios y facilidad de acceso y proximidad (22).
- Entorno social. En un medio ambiente socialmente bajo, las personas pueden mostrar comportamientos desorientados (22).
- Función mental.

2.5.4. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

La disfunción vesical neuropática puede dividirse en supraespinal, suprasacra e infrasacra, según el nivel de la lesión en relación con los centros de la micción pontino y sacro. Las lesiones neurológicas afectan a las funciones de la vejiga y de la uretra según la zona comprometida y la magnitud de la lesión (23).

- **Lesiones supra espinales**

Por lo general estos pacientes tienen vaciado vesical eficiente a menos que exista una obstrucción en la salida vesical. También es frecuente una disfunción vesical asociada (23).

- **Lesiones supra sacras**

Los pacientes con lesión medular por encima del centro de la micción sacro pasan por un periodo espinal asociado con la abolición de la actividad neurológica por debajo del nivel de lesión. La arreflexia del detrusor y la preservación de competencia esfinteriana residual provocan retención urinaria. La recuperación funcional se caracteriza por el restablecimiento de la actividad refleja vesical o de la hiperactividad neurogénica del detrusor mediada por el centro de la micción sacro que está intacto pero sin conexión con los centros superiores, esta recuperación suele tomar 2 a 3 meses (23).

- **Lesiones infra sacras**

Las lesiones de los cuerpos celulares o de las ramas eferentes parasimpáticas que se dirigen hacia la vejiga desde las raíces sacras se asocian a: arreflexia del detrusor, apertura del cuello vesical por denervación, parálisis del esfínter externo cerrado, retención urinaria (23).

2.5.5. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Presión de cierre cérico uretral dada por:

- **Mecanismo anatómico de cierre del cuello vesical**

Disposición particular de las fibras musculares que conforman la pared vesical en la región del cuello vesical (24).

- **Mecanismo esfinteriano uretral intrínseco**

Corresponde a los siguientes elementos: Mucosa uretral (epitelio, conjuntivo elástico, vascularización del corion) y músculo (tejido muscular de la uretra, principalmente músculo liso, aunque también contribuyen algunas fibras estriadas) (24).

- **Mecanismo esfinteriano uretral extrínseco**

Corresponde al esfínter estriado de la uretra ubicado en su porción diafragmática. El trofismo de la mucosa y la funcionalidad muscular (principalmente lisa) están relacionados con el nivel de impregnación hormonal resultante de los niveles de estrógenos plasmáticos. Esto da cuenta de una causa secundaria de IO como es la atrofia urogenital característica de la mujer posmenopáusica (24).

2.5.6. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

La continencia depende de mecanismos centrales (encéfalo, cerebelo y el cordón espinal) y periféricos (nervios y el sistema de soporte). Durante maniobras de esfuerzo, la continencia es el resultado combinado de la coaptación anatómica pasiva de la uretra y el tono muscular activo del esfínter, pero también del soporte que brindan los tejidos circundantes (25).

La uretra tiene 3 capas: la mucosa, la submucosa esponjosa vascularizada y la capa muscular externa. La mucosa tiene gran importancia, ya que por su configuración y secreciones que aumentan la tensión superficial, se logra la coaptación uretral (25).

2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria

2.6.1. Incontinencia Urinaria de esfuerzo

Las causas más comunes son cirugías previas, menopausia, trastornos médicos que aumentan la presión intraabdominal, levantamiento constante y persistente de objetos pesados, pujo, daño neurológico y enfermedades del tejido conectivo. La incontinencia urinaria de esfuerzo genuina es aquella en la que hay pérdida urinaria cuando la presión vesical supera a la presión máxima uretral durante actividades que aumentan la presión abdominal, sin contracción concomitante del pubovesical o detrusor, lo que sucede por transmisión anormal de la presión abdominal a la uretra o una pérdida inherente del tono uretral (26).

2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada inmediatamente precedida de urgencia. Se entiende como urgencia cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, difícil de demorar. Esta sensación de urgencia es consecuencia de una contracción involuntaria del músculo detrusor de la vejiga, pero puede ser también secundaria a otras causas, como estenosis uretral (27).

2.6.3. Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)

Es la combinación de IU de urgencia y de esfuerzo (28).

2.6.4. Enuresis nocturna

La paciente se orina dormida amanece mojada.

2.6.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo

Es más frecuente en los hombres, describe el goteo o escape continuo asociado a un vaciado incompleto de la vejiga, otros síntomas que pueden aparecer son debilidad del chorro urinario, interrupción de la micción y dificultad en su inicio, polaquiuria y nicturia (debido a la relajación nocturna del suelo pélvico y una vejiga llena). Puede simular incontinencia de esfuerzo al estar sobrepasado el esfínter por la cuantiosa cantidad de orina intravesical (28).

2.7. Factores de riesgo

2.7.1. Genero

La incontinencia urinaria es más frecuente en mujeres que en hombres (29).

2.7.2. Edad

La prevalencia de IU se incrementa progresivamente la edad, observándose un pico de frecuencia entro los 50-60 años, alrededor de la menopausia. Sin embargo, no parece que la menopausia sea, en sí misma, un factor de riesgo de IU (29).

2.7.3. Genética

Algunas mujeres nacen con una musculatura del suelo pélvico más débil o más susceptible de debilitarse. Existe mayor probabilidad de padecer incontinencia si hay antecedentes familiares (30).

2.7.4. Raza

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos (31)

2.7.5. Peso

La obesidad es uno de los factores de riesgo independiente para la IU en mujeres mayores. Un índice de masa corporal (IMC) alto se correlaciona con una mayor prevalencia de IUE y de IUM, así como con la severidad de la IU (31).

2.7.6. Antecedentes obstétricos

El parto es un factor establecido de riesgo de IUE y IUM entre las mujeres jóvenes y de mediana edad. Se ha sugerido que el parto vaginal es el factor contribuyente más importante, posiblemente por las lesiones neurológicas o musculares asociadas (31)

2.8. Mujeres y Salud

La salud forma parte de los valores de la vida, siendo una cualidad fundamental de la misma que la condiciona en duración y calidad, pero para la que, como para otros valores, es imposible encontrar una definición que la caracterice y que sirva para cualquier lugar y tiempo. En cuanto a la definición que la OMS da de la salud (completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad), se puede admitir que sirve para la gestión y de la que cabe deducir indicadores útiles para medir sus resultados, pero no la salud misma (32).

Debido a las diferencias biológicas y sociales, el hecho de pertenecer a uno u otro sexo tiene gran impacto en la salud, la salud de la mujer y la niña es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales, por ejemplo, las mujeres y niñas son más vulnerables al VIH/SIDA (33).

Algunos de los factores socioculturales que impiden que las mujeres y niñas se beneficien de servicios de salud de calidad y alcancen el máximo nivel posible de salud son las desigualdades en las relaciones de poder entre hombres y mujeres, las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo, la atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional (33).

La pobreza es un importante obstáculo a la obtención de buenos resultados sanitarios en ambos sexos, pero tiende a constituir una carga más pesada para las mujeres y niñas debido, por ejemplo, a las prácticas alimentarias (malnutrición) y al uso en la cocina de combustibles que pueden causar neumopatía obstructiva crónica (33).

2.9. Calidad de vida

Diferentes estudios apuntan que la IU es un trastorno que repercute de manera importante en la calidad de vida (CV) de la persona que la padece, restringe

paulatinamente la autonomía de las personas, impide llevar una vida con normalidad, altera el sueño, limita poder realizar trabajos que supongan un esfuerzo físico, deteriora la autoestima, provoca aislamiento, y por vergüenza reducen sus actividades cotidianas, como comprar o mantener su vida social. A pesar de la bibliografía referida se considera un problema poco estudiado en relación con su gran magnitud y su gran repercusión psicosocial y económica (34).

2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) representa el impacto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar (35).

Patrick y Erickson definen la CVRS como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud (35).

La CVRS aporta una información relevante sobre el estado de salud en las enfermedades crónicas, ha demostrado ser útil en la evaluación de la calidad asistencial y puede ser de ayuda en la toma de decisiones clínicas (35).

Además, una mala valoración de la CVRS es predictora de mortalidad y de un mayor consumo de servicios sanitarios^{4,5}. En los estudios sobre la CVRS es frecuente observar diferencias notables entre ambos sexos. Así, las mujeres suelen referir una peor valoración de su CVRS, observación que se repite sistemáticamente en diferentes países y entornos socioculturales (35).

2.9.2. Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud

- **Funcionamiento Físico**

Es toda restricción resultado de una deficiencia o pérdida de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal, y la minusvalía, que es la desventaja de una persona como resultado de una deficiencia o discapacidad que impide el total desarrollo de una función normal, esto dificulta al enfermo para integrarse a la educación formal, al trabajo o al deporte (9).

- **Bienestar psicológico**

Mayor tendencia a la depresión, pérdida de la autoestima y su propia dignidad, retraimiento creciente, sentimiento de culpa, negativismo en general (19).

- **Estado emocional**

Las emociones están ligadas a nuestro bienestar, pues son fundamentales para potenciar una conducta saludable; si éstas son negativas suponen un riesgo potencial para nuestra salud (36).

- **Dolor**

Es una experiencia individual, una sensación, evoca una emoción y esta es desagradable habitualmente existe un estímulo nocivo que produce daño tisular o eventualmente lo produciría de mantenerse (37).

- **Funcionamiento social**

Disminución de las relaciones sociales, con un aislamiento social creciente (19).

- **Percepción general de la salud**

Concepto, idea o sensación de la persona que su salud es excelente media o mala (38).

2.9.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria

Diversos aspectos pueden influir en las distintas dimensiones de la calidad de vida en pacientes con I.U. Sin embargo, al analizar los resultados de nuestro análisis multivalente, un mayor número de episodios de escape de orina al día y un mayor número de compresas o pañales utilizados, son los factores que se relacionan con una peor calidad de vida, lo cual viene a explicar lógicamente que, a mayor gravedad en estos síntomas, el impacto en la calidad de vida es mayor (39).

Podemos concluir este diciendo que las pacientes con I.U. tienen afectada su calidad de vida sobre todo en dos aspectos, uno limitando su actividad física a la hora de hacer cualquier actividad y el otro es el impacto que ejerce dicha I.U. en su vida por las posibles implicaciones que ésta ejerce sobre su imagen corporal (uso de empapadores, mala olor corporal etc.) así mismo la calidad de vida de las pacientes con incontinencia empeora conforme avanza la edad de las mismas, un mayor grado de incontinencia, mayor sintomatología miccional y cuando se asocian episodios de infección urinaria (39).

2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida

2.10.1. El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire)

El ICIQ-SF es un cuestionario auto administrable formado por cuatro cuestiones, que califica la pérdida urinaria y evalúa el impacto de la IU en la calidad de vida a través de una escala que busca medir en cuanto la pérdida de orina interfiere en la vida diaria, variando de 0 (no interfiere) a 10 (interfiere mucho). El score es hecho por la sumatoria de las cuestiones 3, 4 y 5, variando de 0 a 21, y cuanto mayor el score, mayor la severidad de la pérdida urinaria y el impacto en la calidad de vida (40).

2.10.2. Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

La Escala de calidad de vida para la incontinencia urinaria (I-QOL) es una medida de auto informe diseñada para evaluar el efecto de la IU en la calidad de vida relacionada

con la salud de los pacientes y se ha validado en pacientes con esclerosis múltiple. La I-QOL, que se puede administrar en cinco minutos, consta de 22 elementos y está compuesta de 3 subdominios: el primero que es Comportamientos de evitación y limitación, el segundo que es Impacto psicosocial y el tercero vergüenza social. Tanto la puntuación total como las puntuaciones de subdominio individual pueden calcularse para ayudar a informar al médico sobre la toma de decisiones y la planificación del tratamiento (41).

2.11. Marco Legal y Ético.

Proyecto de Constitución del Ecuador 2008.

Por la Salud que todos queremos

Título II, Derechos

Sección Séptima: Salud

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. 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 rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (42).

Capítulo 3, Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta

complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (42).

Sección primera, Adultas y adultos mayores

Art. 36.- *Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los sesenta y cinco años de edad (42).*

Art. 37.- *El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (42).*

Art. 38.- *El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:*

- 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente (42).*

8. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (42).*

Sección segunda, Jóvenes

Art. 39.- *El Estado garantizará sus derechos a las jóvenes y los jóvenes, y promoverá su efectivo ejercicio a través de políticas y programas, instituciones y recursos que aseguren y mantengan de modo permanente su participación e inclusión en todos los ámbitos, en particular en los espacios del poder público. El Estado reconocerá a los jóvenes y las jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación (42).*

El Estado fomentará su incorporación al trabajo en condiciones justas y dignas, con énfasis en la capacitación, la garantía de acceso al primer empleo y la promoción de sus habilidades de emprendimiento.

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

Art. 43.- *El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:*

- *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- *La gratuidad en los servicios de salud materna.*
- *La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- *Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el período de lactancia (42).*

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- *Las niñas, los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, los niños y los adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar (42).*

Art. 46.- *El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:*

- 1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de su derecho.*
- 2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral (42).*

5. *Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo (42).*
6. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*

Sección sexta, Personas con discapacidad

Art. 47.- *El Estado garantizará la prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social. Se reconocen a las personas con discapacidad, los derechos a:*

1. *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida (42).*
2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas (42).*

Art. 48.- *El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren:*

5. *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda (42).*

2.11.1. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

Este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008). Esto conlleva el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna. Además, las personas son valoradas en sus condiciones propias, celebrando la diversidad. Así, nos guiamos por el imperativo de eliminar el machismo, el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación y violencia, para lo cual se necesita de políticas públicas y servicios que aseguren disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad. Los problemas de desarrollo son vistos como derechos insatisfechos y el Estado debe estar en condiciones de asumir las tres obligaciones básicas que tiene: respetar, proteger y realizar. Respetar implica que el mismo Estado no vulnere los derechos. Proteger significa que el Estado debe velar para que no se vulneren los derechos y, en caso de ocurrir, obligar el cumplimiento de las reparaciones correspondientes. Realizar conlleva que el Estado debe actuar proactivamente para garantizar plenamente los derechos, especialmente en los grupos de atención prioritaria (43).

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

Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego. La ciudadanía hace

hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un hábitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones. Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen. Para el caso de la educación se señala que el acceso a los diferentes niveles (inicial, básica, bachillerato y superior) debe garantizarse de manera inclusiva, participativa y pertinente, con disponibilidad para la población en su propio territorio. Se debe implementar modalidades alternativas de educación para la construcción de una sociedad educadora en los niveles que mayor atención requieren: el bachillerato y la educación superior. Las mesas de diálogo por la plurinacionalidad, la cultura, la educación, entre otras, destacan la importancia de la profesionalización de la ciudadanía (oficios, artesanos, artistas, otros), para lo cual es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral. Entre las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención,

protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica. Por ello, la ciudadanía hace alusión a la Constitución (2008), en la que se garantiza la protección integral y la protección especial a través del Sistema de Inclusión y Equidad Social, que debe aplicarse por medio de sistemas especializados de atención; este es el caso particular de la niñez y adolescencia, donde se afirman los principios de la doctrina de la protección integral, la especificidad y especialidad dentro del sistema de protección de derechos, los temas de justicia especializada, la justicia juvenil penal para los adolescentes infractores y la aplicación efectiva de medidas socioeducativas en el caso de adolescentes infractores, entre otros temas. Asimismo, en las diferentes mesas de diálogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadana aborda de manera integral la atención a los tipos de muertes prevenibles; la protección especial para los casos de violencia sexual, explotación sexual y laboral, trata de personas, trabajo infantil y mendicidad, abandono y negligencia, accidentes de tránsito, suicidios; y la prevención del uso de drogas, tomando en cuenta el control, tratamiento, rehabilitación y seguridad del consumo problemático de las mismas, bajo un enfoque de derechos y con base en evidencia científica. Finalmente, otro gran grupo de propuestas priorizadas en los diálogos nacionales se centra en temas relativos a la formación en valores, la promoción de la cultura y el arte, la producción nacional audiovisual; el acceso, uso y aprovechamiento de medios y frecuencias, la información, la comunicación y sus tecnologías (43).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la investigación

- **No experimental:** Se observan los fenómenos o acontecimientos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos (44). No se manipuló las variables de ninguna manera y solamente fueron analizadas (44).
- **Corte transversal:** El diseño de corte transversal se clasifica como un estudio de base individual que suele tener un doble propósito descriptivo y analítico, en el estudio la recolección de datos y las variables se efectuó en un solo corte de tiempo(45).

3.2. Tipo de la investigación

- **Descriptiva:** Consisten fundamentalmente en describir un fenómeno o una situación, mediante el estudio del mismo en una circunstancia temporal-espacial determinada. En la presente investigación se describe a la población a través de una ficha sociodemográfica según edad, etnia y número de hijos (46).
- **Epidemiológico de prevalencia puntual:** Dentro de esta se encuentran los estudios de prevalencia puntual que estudian la exposición y la enfermedad en una población bien definida (49). En la investigación se identifica la proporción de mujeres que presentan incontinencia urinaria en un momento determinado.
- **Cuantitativa:** El método cuantitativo produce datos numéricos, la investigación es cuantitativa ya que se cuantifico los datos después de obtener los resultados a través de los diferentes test aplicados para ser analizados para así obtener los resultados para cumplir con los objetivos planteados (47).

- **Cualitativa:** Se hicieron registros narrativos de los fenómenos que son estudiados entre técnicas como la encuesta. En la presente investigación se obtienen resultados cualitativos en cuanto la presencia o no de incontinencia urinaria; pérdida de calidad de vida o nula afectación en la calidad de vida (51).

3.3. Localización y ubicación del estudio

Localizado en el centro Día Adulto Mayor Urcuqui, provincia de Imbabura.

3.3.1. Población de estudio

Para la presente investigación se identificaron 30 mujeres adultas mayores las cuales residen en el centro Día Adulto Mayor Urcuqui, provincia de Imbabura.

3.3.2. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 60 años que refieran pérdida involuntaria de orina y pertenezcan al centro Día adulto mayor Urcuqui.
- Mujeres a partir de los 60 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.3.3. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 60 años que no refieran pérdida involuntaria de orina y no pertenezcan al centro Día Adulto Mayor Urcuqui.
- Mujeres adultas mayores con deterioro cognitivo.
- Problemas neurológicos, cirugía pélvica, mujeres en programas de rehabilitación de la pelvis, pacientes con tratamiento médico o quirúrgico y en

espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.

- Mujeres a partir de los 60 años de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

3.3.4. Criterios de Salida

- Fallecimiento durante la realización del estudio.
- Retiro del asilo de residencia.
- Participantes que no deseen continuar en el proceso de investigación.

3.4. Operacionalización de variables.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa discreta Agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años(IPA)	Adulto mayor joven Adulto mayor maduro Adulto mayor Anciano	Ficha de datos sociodemográficos	Cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o perdida de derecho a recursos (48).
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Grupos étnicos	Autoidentificación Étnica	-Blanco -Mestizo -Afro Ecuatoriano -Indígena		Identificación de una colectividad humana a partir de antecedentes históricos y un pasado común (49).
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos 1 hijo 2-4 hijos >5 hijos (OMS)	Nulípara Primípara Multípara Gran multípara		Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron (50).

3.4.1. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)	Es la pérdida involuntaria de orina que constituye un problema social o higiénico (51).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
Calidad de vida.	Cualitativa nominal dicotómica	Afectación en la calidad de vida	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)	Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida (52).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

3.5. Métodos y técnicas de recolección de información

3.5.1. Métodos de recolección de datos

- **Inductivo:** La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales (53).
- **Analítico:** Es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos, el análisis es la observación y examen de un hecho en particular (54).
- **Revisión bibliográfica:** Se revisaron múltiples documentos que comprenden libros, revistas, páginas web y artículos científicos entre otros de los cuales se ha logrado recopilar información sobre la incontinencia urinaria (55).

3.5.2. Técnicas e instrumentos

Encuesta: se considera en primera instancia como una técnica de recogida 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 (56).

Instrumentos:

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)
- Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

3.5.3. Validación de instrumentos

- **Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)**

El cuestionario denominado ICIQ-SF (“International Consultation on Incontinence Questionnaire - Short Form”) validado originalmente en el idioma inglés. El ICIQ-SF validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917 para estudiar la proporción de las mujeres afectadas y el tipo de incontinencia. Consta de 3 ítems que miden la frecuencia de las pérdidas, la cantidad y el grado de afectación en la calidad de vida. La puntuación total 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 (57)

Un comité de expertos formado por la Internacional Continence Society decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria– pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominado “ICIQ-SF” (“International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form”) validado originalmente en el idioma inglés (58).

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 idiomas⁷, 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 (58).

- **Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)**

El instrumento ha sido ampliamente utilizado y ha sido validado con éxito para las personas con IU. El I-QOL, cuya validación al español consta de una consistencia

interna, medida por el índice alfa de Cronbach de 0,92, para investigar la afectación en la calidad de vida (59).

Desde el 2007 en que comenzó la consulta especializada de suelo pélvico, se decidió utilizar el I-QOL para evaluar la calidad de vida, como una herramienta más para evaluar y evidenciar la eficacia de las acciones rehabilitadoras por ser específico de la enfermedad y que se conoció a través del trabajo de Rioja Toro, publicado en el monográfico de la Revista Española de Rehabilitación sobre técnicas instrumentales de diagnóstico y evaluación en rehabilitación. En esta publicación se citan las siguientes conclusiones a las que habían arribado diferentes grupos que la habían utilizado: "El estudio se ha adaptado con éxito en once idiomas y seis variantes de estos idiomas", "en un ensayo clínico, el I-QOL resultó válido, reproducible y sensible para el tratamiento de IU en mujeres", "el I-QOL resultó válido y reproducible como una medida de autocuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria (59).

3.6. Análisis de datos.

Con la recolección de datos de la encuesta se realizó una base de datos en Excel, junto con la información recopilada de cada uno de las pacientes, para posteriormente tener una presentación de resultados en tablas.

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

Tabla 1.

Caracterización de la población según la edad.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-74 años	5	16.66%
75-90 años	18	60%
90 en adelante	7	23,33%
Total	30	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según la edad, mostró mayor frecuencia de edades entre los 75 a 90 años, correspondiendo al 60 % de la población estudiada, seguido de un 23,33% en las edades de 90 años en adelante, y con un 16.66 % en personas de 60 a 74 años.

Datos que difieren con el estudio “Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el asilo León Rúales de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi” realizada en Ecuador por la Universidad Técnica del Norte, en los datos sociodemográficos de la población femenina geriátrica del Hogar de Ancianos Carmen Ruiz de Echeverría, en el cual se encontró mayor frecuencia de edades comprendidas de 60-65 años, con el 44%, el 28% corresponde a edades entre 66 a 75 años, 17% de 76 a 85 años y 11% de más de 85 (60).

Tabla 2.

Caracterización de la población según etnia.

ETNIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mestizo	29	96.66%
Afroecuatoriano	1	3.33%
Total	30	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según la etnia, muestra que el 96.66% de los sujetos de estudio pertenece a la etnia mestiza seguida de un 3.33% correspondiente a la etnia afro ecuatoriana.

Datos que coinciden con la encuesta realizada en Ecuador por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2010 en la provincia de Imbabura sobre la auto identificación, en base a la cultura y costumbres se encontró a la etnia mestiza con mayor prevalencia correspondiente al 65,7%, seguido de la etnia afroamericana con un 5,4% (61).

Tabla 3.

Caracterización de la población según número de hijos.

Número De Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulípara	1	3,33%
Primípara (1hijo)	6	20%
Multípara (2-4) hijos)	15	50%
Gran múltipara (>5 hijos)	8	26,66%
Total	30	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según el número de hijos, indica que, el 50% de la población estudiada son múltiparas, el 26,66% son gran múltiparas, seguidas de las mujeres primíparas con el 20% y finalmente se identificó a las mujeres nulíparas con el 3,33%.

Datos que difieren con el estudio “Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi, Jaramijó y Manta (Ecuador)” realizado en la provincia de Manabí en donde se realizó la encuesta a 595 personas en el cual se encontró que el 27,1% son nulíparas, seguido del 21% primíparas, 50,2% múltipara y finalmente con el 7,1% gran múltipara (62).

Tabla 4.

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.

$$PIU = \frac{\text{numero de afectados (12)}}{\text{poblacion de estudio (30)}} \times 100 = 40\%$$

La prevalencia puntual de incontinencia urinaria en el “Centro Dia adulto Mayor” es del 40% de la población de estudio.

Datos que se asemejan con el estudio “Adaptación transcultural del cuestionario Barriers to Incontinence Care Seeking en mujeres adultas mayores en el ámbito ambulatorio” el cual demostró que el 45% de la población presenta incontinencia urinaria, (63). En ambos casos la prevalencia rodea el 40%.

Tabla 5.

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (5)}}{\text{poblacion de estudio (30)}} \times 100 = 16,7\%$$
$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (3)}}{\text{poblacion de estudio (30)}} \times 100 = 10\%$$
$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (4)}}{\text{poblacion de estudio (30)}} \times 100 = 13\%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos, indica que la incontinencia urinaria por esfuerzo fue la más prevalente con un 16,7 %, seguido de la incontinencia urinaria mixta con un 13% y finalmente con un 10% la incontinencia urinaria de urgencia, siendo ésta la menos prevalente.

Datos que se asemejan con el estudio "Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en España" en donde señala que el 72.53% padece de incontinencia urinaria por esfuerzo, siendo esta la más prevalente (64).

Tabla 6.

Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria.

INCIDENCIA EN NIVEL DE CALIDAD DE VIDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Pérdida de calidad de vida <100	12	100%
TOTAL	12	100%

El resultado en cuanto a la evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria de calidad de vida, indica que el 100% de la población estudiada presenta pérdida de calidad de vida.

Datos que se asemejan con el estudio denominado “Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: Prevalencia y calidad de vida” en donde se realizó las encuestas a 673 mujeres de la población adscrita al Hospital Son Llàtzer y a los 14 centros de salud de su sector de influencia, en la cual se determinó que el 100% de la población presenta pérdida de la calidad de vida, (34).

Tabla 7.*Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test*

IQOL	Media
Evitar y limitar el comportamiento	67,08 %
Impacto psicosocial	73,15%
Vergüenza social	74%

El resultado en cuanto a la evaluación de la calidad de vida según sub escalas muestra que la subes cala evitar y limitar el comportamiento fue la más afectada con el 67.08%, seguida de la sub escala de impacto psicosocial con el 73,15% finalmente la sub escala de vergüenza social con el 74%, la cual resultó ser la menos afectada.

Datos que difieren con el estudio Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén, España, en donde el resultado del cuestionario I-QOL evidencia que la IU reduce la calidad de vida de las mujeres que la sufren en algo más de un 23,1%. Siendo el IQOL parcial de sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales el que presenta mayor afectación (1).

Tabla 8.

Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida.

IQOL Subescalas	IU Esfuerzo	IU Urgencia	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	60,5%	60%	80,63%
Impacto psicosocial	74,22%	71,11%	73,33%
Vergüenza social	71,2%	76%	76%

En cuanto al resultado en relación entre tipos de incontinencia urinaria y la calidad de vida, se evidenció que la sub-escalas indica que la incontinencia urinaria de urgencia, presenta mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con un 60%, seguido del impacto psicosocial con un 71,11% y con menor afectación en el impacto de vergüenza social con un 76%. La incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con un 60,5%, seguido de la vergüenza social con un 71%, con menor afectación en el impacto social con un 74,22% y finalmente en la incontinencia urinaria mixta presentó mayor afectación en la sub escala de impacto psicosocial con un 73,33%, seguido de la vergüenza social con un 76% con menor afectación en la sub-escala de limitar evitar el comportamiento con un 80,63%.

Datos que difieren con el artículo “EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida” en donde se utilizó el cuestionario para valorar la calidad de vida I-QOL en donde indico como resultados que la subescala de vergüenza social fue la más afectada, en relación a la incontinencia urinaria de esfuerzo con 63% (65).

4.1. Respuestas a las preguntas de investigación

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

La caracterización sociodemográfica de la población de estudio evidenció que el rango de edad más frecuente fue entre 75-90 con representado al 60% de la población estudiada, el 96.66% de los sujetos de estudio pertenece a la etnia mestiza, el 3,33 a la etnia afroecuatoriana; y según el número de hijos predominaron las mujeres multíparas con 2-4 hijos con el 50 % del total de la población.

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

La prevalencia de la incontinencia urinaria en el centro “Día Adulto Mayor Urcuqui” fue del 40%; según los tipos de incontinencia urinaria la IUE fue la más prevalente con un 16,7%, seguida de la IUM con una prevalencia del 13% y finalmente con la IUU con el 10%, siendo ésta la menos prevalente.

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

La evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria reflejó que el 100% de las mujeres con incontinencia urinaria presentan pérdida en su calidad de vida, con el 67,08% en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento siendo la más afectada, seguido del 73,15% en el impacto psicosocial y con un 74% en la vergüenza social siendo la de menor afectación.

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

En cuanto al resultado en relación entre tipos de incontinencia urinaria y la calidad de vida, se evidenció que la sub- escalas indica que la incontinencia urinaria de urgencia, presenta mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con un 60%, seguido del impacto psicosocial con un 71,11% y con menor afectación en el

impacto de vergüenza social con un 76%. La incontinencia urinaria de esfuerzo presentó mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento con un 60,5%, seguido de la vergüenza social con un 71%, con menor afectación en el impacto social con un 74,22% y finalmente en la incontinencia urinaria mixta presentó mayor afectación en la sub escala de impacto psicosocial con un 73,33%, seguido de la vergüenza social con un 76% con menor afectación en la sub-escala de limitar evitar el comportamiento con un 80,63%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de la población de estudio indicó que, el rango de edad con mayor frecuencia fue de los adultos mayores; la etnia representada por la mayoría de población de estudio fue la mestiza, y según el número hijos la mayoría de mujeres estuvieron representadas por multíparas.
- La prevalencia puntual de la incontinencia urinaria se presentó en el 40% de su población. La prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) fue de 16,7%, siendo ésta la más prevalente seguido de la incontinencia urinaria mixta (IUM) con un 13% y finalmente con menor prevalencia la incontinencia urinaria de urgencia (IUU) con el 10%.
- Todas las mujeres que presentaron incontinencia urinaria reflejaron pérdida en su calidad de vida, evidenciándose mayor afectación en la sub-escala de evitar y limitar el comportamiento.
- En la relación de tipo de incontinencia urinaria y calidad de vida según subescalas, se evidenció que la incontinencia urinaria de urgencia presentó mayor afectación en la sub escala de evitar y limitar el comportamiento.

5.2. Recomendaciones

- Utilizar la información recabada en el presente estudio como punto de partida para que futuras investigaciones, las cuales pueda dar tratamiento a la incontinencia urinaria.
- Promover charlas de promoción de la salud, acerca de la incontinencia urinaria, sus posibles causas y tratamientos, ya que esta condición es un problema de salud mundial que requiere ser tratado.
- Es necesario que dentro del equipo de salud todos los centros geriátricos a nivel nacional, exista la colaboración de un especialista en el área, el cual pueda intervenir tanto en la prevención de la incontinencia urinaria, como en su tratamiento.

Bibliografía

1. Lendinez C. La Incontinencia Urinaria En Mujeres De Jaén, Estudio De Prevalencia E Impacto En Su Calidad De Vida [Internet]. Universidad De Jaén. 2016. 106 p. Available from: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/794/1/9788491590460.pdf>
2. Leirós-Rodríguez R, Romo-Pérez V, García-Soidán JL. Prevalencia de la incontinencia urinaria y su relación con el sedentarismo en España. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2017;41(10):624–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2017.04.002>
3. Quintana E. Fisiopatología de la incontinencia urinaria femenina. *Salud En Tabasco* [Internet]. 2009;15(1):839–44. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48712088004>
4. González-Maldonado LA, Erosa-Villarreal RA, Janssen-Aguilar R, Laviada-Molina HA, Méndez-Domínguez NI. Urinary incontinence: Risk factors and frequency in women above 60 years of age in the Southeast of Mexico. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2019;79(3):1–14. Available from: <http://www.revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/408/782>
5. Muñoz MAS, 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>
6. Fernando Díaz Ramírez, Margarita Fuentes Díaz, Alejandra Rivadeneira Rozas LAP. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto Prevalence of urinary incontinence in postpartum. 2017;43(2):1–11. Available from: *Artículos de Revisión Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor*
7. 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. Available from:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/geroinfo/ger-2016/ger161c.pdf>

8. Serdà BC, Vesa J, Del Valle A, Monreal P. La incontinencia urini6naria en el cncer de prstata: diseo de un programa de rehabilitaci6n. *Actas Urol Esp* [Internet]. 2010;34(6):522–30. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v34n6/original1.pdf>
9. De Castro LG, Rocha SC, Fernandes SS, Chaves R, Aguirre EH, De Castro FA. Urinary incontinence of esfinterial deficiency effort. *Salud Uninorte* [Internet]. 2018;34(3):784–96. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v34n3/2011-7531-sun-34-03-784.pdf>
10. Morales VR, Alfonso LMB, Jean-Claude MM. La protecci6n del medio ambiente y la salud, un desafio social y 6tico actual. *Rev Cuba Salud Publica*. 2011;37(4):510–8.
11. Le6nero E, Castro R, Viktrup L, Bump RC. ARTICULO ORIGINAL Neurofisiologfa del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2007;67(3):154–9. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2007/ur073e.pdf>
12. Hemstreet GP. Sistemas renal y urinario. *Encicl Salud Y Segur En El Trab* [Internet]. 2015;2–4. Available from: https://www.cso.go.cr/temas_de_interes/higiene/enciclopedia/04_condiciones_risgo_aparato_renal_urinario.pdf
13. Dr. Cesar A Restrepo V DCPPS. Anatomia y Fisiologia. *Anat y Fisiol* [Internet]. 2018;790–5. Available from: <http://asocolnef.com/wp-content/uploads/2018/12/ANATOMIA-Y-FISIOLOGIA-RENAL.pdf>
14. Latarjet M, Ruiz Liard A. Sistema Urinario. *Anatomfa Humana* [Internet]. 2008;1509–66. Available from: www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=3233
15. Yesserie. Eficacia de los ejercicios del suelo p6lvico durante el embarazo sobre la incontinencia urinaria. 2015;151:10–7. Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2187/Eficacia+de+los+ejercicios+del+suelo+pelvico+durante+el+embarazo+sobre+la+incontinencia+urinaria..pdf?sequence=1>
16. Valencia JA, Quinta U, Sol E, Lote MB, Valencia JA. E valuaci6n del suelo p6lvico mediante ecograffa introital.

17. Murillo M. Incontinencia Urinaria femenina. Rev Medica Costa Rica Y ... [Internet]. 2012;27(3):225–30. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art12.pdf>
18. San José González MA, Méndez Fernández P. Incontinencia y trastornos miccionales: ¿Qué podemos hacer? Pediatr Aten Primaria. 2009;11(44):1–30.
19. Eduardo C. Incontinencia urinaria cuestiones mas frecuenes. 2015; Available from: <https://www.pfizer.es/Assets/docs/publicaciones/Incontinencia-urinaria-cuestiones-frecuentes.pdf>
20. Luco HB. IncontInencia UrInArIA Urinary incontinence. 2013;24(2):219–27. Available from: https://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF revista médica/2013/2 marzo/6-Chang.pdf
21. Arroyo, P. Gutiérrez L. Adulto Mayor. Adulto Mayor - Gac Médica México [Internet]. 2015;1(1):23. Available from: file:///C:/Users/negra/Downloads/artículo_redalyc_457745529014.pdf
22. Girona, L.; Conejero J. Capitulo Urología. Farm Hosp [Internet]. 2015;1602–24. Available from: <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP24.pdf>
23. Kavoussi L NA. Urología. Médica Pan. Decima.Madrid-España; 2015.
24. Calvanese MB. Disfunciones pelvianas. 2017.
25. La Rotta MG, Bravo-Balado A, Ramos A, Plata M. Female stress urinary incontinence: A rational approach to its diagnosis and management. Urol Colomb. 2018;27(2):111–25.
26. Chiang H, Susaeta R. Incontinencia Urinaria. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2013;24(2):219–27. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iat/v15n1/v15n1a3.pdf>
27. Angely D, Salas P, Machuca CU, Verenzuela A. Calidad de vida en gestantes con incontinencia urinaria de esfuerzo. 2018;78(1):41–52. Available from: <file:///C:/Users/negra/Downloads/345-Article Text-345-1-10-20190404.pdf>
28. Aceytuno M, Esperanza A, Miralles R, Prado B, Riera M, Roqueta C, et al. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Incontinencia urinaria. [Internet]. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2018. 8-16 p. Available from: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion> de Calidad

SEGG/Residencias/GBPCG INCONTINENCIA URINARIA.pdf

29. Torres KL. Revista medica de Costa Rica y Centroamérica LXXIII (619) 247-253, 2016 Urología Incontinencia Urinaria. 2016;(619):247–53. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162j.pdf>
30. CLÍNINC. Incontinencia Urinaria [Internet]. 2018. Available from: <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/incontinencia-urinaria/factores-de-riesgo>
31. Siranaula V, Urgilés S, Viteri M. Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia urinaria en los adultos mayores que asisten a los servicios sociales del "Instituto ecuatoriano de seguridad social" octubre 2010- abril 2011. Univ Cuenca [Internet]. 2011;(Síndrome Irlen):167. Available from: <file:///C:/Users/CTRIST~1/AppData/Local/Temp/TECN07.pdf>
32. Andrés CP. Subdirección General de Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo. Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. 2015;87–9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v72n2/editorial.pdf>
33. OMS. Salud de la Mujer [Internet]. Available from: https://www.who.int/topics/womens_health/es/
34. Rebassa M, Taltavull JM, Gutiérrez C, Ripoll J, Esteva A, Miralles J, et al. Incontinencia urinaria en mujeres de Mallorca: Prevalencia y calidad de vida. Actas Urol Esp [Internet]. 2013;37(6):354–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2012.11.004>
35. Pariente Rodrigo E, García-Garrido AB, Gómez Molleda F, Gálvez Castillo E, González Expósito J, López León I, et al. Health-related quality of life as an explanatory variable of primary care consultations: Sex differences. Rev Esp Salud Publica [Internet]. 2015;89(1):61–73. Available from: http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v89n1/07_original4.pdf
36. Antonio J, Trejo L, Robin AM. Evaluación De Un Taller Emocional De Niños Y Rural Del Estado De. 2017; Available from: <http://observatoriocultural.udgvirtual.udg.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/556/CLGC167.pdf?sequence=1>
37. Dagnino Sepúlveda J. Definiciones y clasificaciones del dolor. ARS MEDICA

- Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018;23(3). Available from: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/download/1034/914>
38. Otterdam ERUNR. EL CONCEPTO. LA PERCEPCION DE SALUD Y LA PRACTICA DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. 2016; Available from: <http://eprints.uanl.mx/6836/1/1020072198.PDF>
 39. Martínez Córcoles B, Salinas Sánchez AS, Giménez Bachs JM, Donate Moreno MJ, Pastor Navarro H, Virseda Rodríguez JA. Calidad de vida en las pacientes con incontinencia urinaria. Actas Urol Esp [Internet]. 2008;32(2):202–10. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/ae/v32n2/v32n2a08.pdf>
 40. da Silva Leroy L, Baena de Morales Lopes MH. La incontinencia urinaria en periodo de posparto y su impacto en la calidad de vida relacionada a salud 1. Enfermagem [Internet]. 2012;20(2):1–8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/es_18.pdf
 41. Keller J, Long L, Nitsch K, Smiley J. Measurement Characteristics and Clinical Utility of the Urinary Incontinence Quality of Life Scale in People With Incontinence and Multiple Sclerosis. Arch Phys Med Rehabil [Internet]. 2017;98(2):409–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2016.05.008>
 42. La Salud en la nueva Constitución 2008. 1395;
 43. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84. Available from: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT-FINAL_0K.compressed1.pdf
 44. Sans A, Atenea Alonso Serrano, Lorena García Sanz, Irene León Rodrigo, Elisa García Gordo, Belén Gil Álvaro LRB. Métodos de investigación de enfoque experimental. Metodol la Investig Educ [Internet]. 2015;167–93. Available from: <http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/Experimental.pdf>
 45. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. Rev Médica Sanitas. 2018;21(3):141–6.
 46. Bazo CD, Gonz J. Métodos de investigación en educación. 2015;
 47. Cadena Iñiguez P, Rendón-Medel R, Aguilar-Ávila J, Salinas- Cruz E, De la Cruz-

- Morales FDR, Sangerman- Jarquín DM. Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Rev Mex Ciencias Agrícolas*. 2017;8(7):1603.
48. Rodríguez Ávila N. Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. 2018;17(2):2005–6.
 49. Torres-Parody C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2007;22(6):405–16.
 50. Instituto Vasco de Estadística. Número de hijos. Available from: https://es.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_734/elem_15341/definicion.html
 51. Tuda CM. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en el área de salud este de Valladolid Prevalence and factors associated with urinary incontinence in the east area of health of Valladolid Social Alteración relación con el cónyuge. 2020;390–401.
 52. Benítez I. La evaluación de la calidad de vida: Retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicol*. 2016;37(1):69–73.
 53. Jiménez R, Jacinto P, Omar A. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. 2017;
 54. Ruiz R. El Metodo Cientifico y sus Etapas. Mexico [Internet]. 2011;2:79. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>
 55. Pulido M. El artículo de revisión. *Med Clin (Barc)*. 2015;93(19):745–6.
 56. López-Roldán P, Fachelli S. Metodología De La Investigación Social Cuantitativa. *Metodol La Investig Soc Cuantitativa* [Internet]. 2015;4–41. Available from: <http://ddd.uab.cat/record/129382>
 57. 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*. 2014;(127):20–3.
 58. Maritza Busquets C, Ramón Serra T. Validación del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (FONASA). *Rev Med Chil*. 2012;140(3):340–6.
 59. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en

- mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2014;40(1):119–35.
60. Ruales L MM. Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el Asilo León Ruales de la ciudad de Ibarra y en el Asilo Carmen Ruiz de Echeverría de la ciudad de Cotacachi. In: 2011 [Internet]. Available from: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2326>
61. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010;8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manual/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
62. Mera Zambrano AC, Roca Castro YD, Medranda Obregón EA. Salud sexual y reproductiva en las mujeres de los cantones Montecristi , Jaramijó y Manta (Ecuador). *Margen* [Internet]. 2016;79:1–21. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5316667>
63. Viedma CL, Caruso D. ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL CUESTIONARIO “BARRIERS TO INCONTINENCE CARE SEEKING” EN MUJERES ADULTAS MAYORES EN EL ÁMBITO AMBULATORIO. 2019;76(1):3–10. Available from: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/21088/23215>
64. Martínez-Escoriza JC, Lone C, Cruz AL, Gómez-Sirvent M, Cánovas J. Prevalencia de la incontinencia urinaria en la población femenina atendida en el área sanitaria de Alicante. *Clin Invest Ginecol Obstet* [Internet]. 2006;33(5):172–6. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X\(06\)74110-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-573X(06)74110-7)
65. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitacion* [Internet]. 2014;48(1):17–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.001>

ANEXOS

Anexo 1. Oficio de autorización

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**
UNIVERSIDAD ACREDITADA RESOLUCIÓN Nro. 901 - 973 - CEAACES - 2013 - 13
Ibarra - Ecuador

Ibarra, 13 de junio del 2019
Oficio 030-TFM-UTN

Ingeniero
Tayrone Vega Gaybor
ALCALDE
GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO DE URCUQUI
Presente

Señor Alcalde:

Reciba un atento saludo de quienes conformamos la Carrera de Terapia Física Médica, de la Universidad Técnica del Norte.

Comedidamente solicito a usted autorizar la realización del Trabajo de Grado "Incontinencia Urinaria y Calidad de Vida en Mujeres Adultas Mayores que Residen en el Centro del Día Adulto Mayor Urcuqui, Provincia de Imbabura". Autora: Rosero Salazar Erika Susana. Director: Magister Cristian Torres.

El desarrollo del mencionado trabajo de investigación se lo realizará mediante el consentimiento informado de cada paciente, y la aplicación de cuestionarios en las fechas que de mutuo acuerdo estimen conveniente.

Cabe indicar a usted, que la realización del trabajo de investigación es de carácter estrictamente académico y confidencial, y una vez concluido el mismo se entregará un ejemplar con los resultados.

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


DECANATO

Anabel R.

Copia: Interesada.


GOBIERNO AUTONOMO
URCUQUÍ


R5PWWSMPC

* Trámite: **14757**
Codigo validación: **R5PWWSMPC**
Tipo de documento: OFICIO
Fecha recepción: 13-jun-2019 10:48
Numeración documento: 030-TFM-UTN
Fecha oficio: 13-jun-2019
Remite: CASTILLO ROCIO
Razón social: UTN
Busque el estado de su trámite en:
<http://portaltransparencia.gub.uy/portaltransparencia/Tramite.asp>

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
Teléfono: 2609-420 Ext. 7407 Casilla 199

Anexo 2. Consentimiento Informado

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

TEMA: “Incontinencia urinaria en la calidad de vida de mujeres adultas mayores que residen en el Centro Día Adulto Mayor Urcuqui, provincia de Imbabura, 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.

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.

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

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: 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

Fuente: 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*. 2014 ;(127):20–3

Anexo 5. Cuestionario para la calidad de vida

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

Contestación de cada pregunta: 1-mucho, 2-bastante, 3-moderadamente, 4-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: Chen G, Tan JT, Ng K, Iezzi A, Richardson J. Mapping of Incontinence Quality of Life (I-QOL) scores to Assessment of Quality of Life 8D (AQoL-8D) utilities in patients with idiopathic overactive bladder. Health Qual Life Outcomes. 2014 Dec 30; 12(1):133.

Anexo 6. Evidencia fotográfica



Autor: Erika Rosero

Descripción: Firma del consentimiento informado



Autor: Erika Rosero

Descripción: Aplicación de encuestas

Urkund Analysis Result

Analysed Document: ROSERO ERIKA TESIS.docx (D64108286)
Submitted: 2/19/2020 2:04:00 PM
Submitted By: erikasusanaroseiro@gmail.com
Significance: 12 %

Sources included in the report:

Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292)
TESIS FINAL MATEO ALEJANDRO SOTOMAYOR VITERI.docx (D63804652)
JACOME ABIGAIL TESIS (2).docx (D64023190)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114)
TESIS-JAMILETH-ARTEAGA SANTACRUZ.docx (D64023448)
TESIS-VALENCIA MISHEL.docx (D64023462)
TESIS WENDY ELIZABETH PULLES NAVARRETE.docx (D64022318)
TESIS ANABEL ORTEGA.docx (D64066370)
Ctesis.docx (D63060188)
<https://eprints.ucm.es/41555/1/T38497.pdf>

Instances where selected sources appear:

44

En la ciudad de Ibarra, a los 20 días del mes de febrero de 2020

Lo certifico:


(Firma).....
Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc
C.I.: 1003649686
DIRECTOR DE TESIS