



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

**TEMA:**

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Y BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”

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

**AUTOR:** Varela Herrera Vanessa Jacqueline

**DIRECTOR:** Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA - ECUADOR

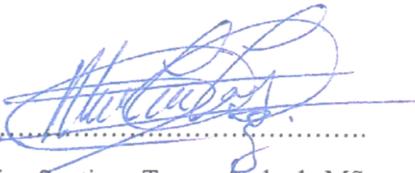
2019 - 2020

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS**

En calidad de director de la tesis de grado titulada: **“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Y BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”**. de autoría de: **Varela Herrera Vanessa Jacqueline**. 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, 11 de agosto del 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:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	1004846604		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Varela Herrera Vanessa Jacqueline		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Atuntaqui, Barrio San Vicente, Vía Imantag calle sin nombre.		
<b>EMAIL:</b>	Vjvarelah@utn.edu.ec		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>		<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0969148989
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Y BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”		
<b>AUTOR (ES):</b>	Varela Herrera Vanessa Jacqueline		
<b>FECHA:</b>	11/ 08/ 2020		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>		
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Licenciatura en Terapia Física		

<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc
--------------------------	---

## 2. CONSTANCIAS

El autor (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, 11 de agosto del 2020

### EL AUTOR:

(Firma).....

Varela Herrera Vanessa Jacqueline

C.C.: 1004846604

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 11 de agosto del 2020

**Varela Herrera Vanessa Jacqueline** INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Y BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 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 las mujeres del Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte. 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 sub escalas de calidad de vida.

**Fecha:** Ibarra, 11 de agosto del 2020

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

**Director de Tesis**

  
.....  
Vanessa Jacqueline Varela Herrera

**Autor**

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación está dedicado con mucho cariño a mis hijos Sebastián y Camila, ya que ellos son motor en mi vida, porque no estuve presente con ustedes en algún momento, gracias a su amor y cariño que me empujaron a terminar con esta anhelada meta.

*Varela Herrera Vanessa Jacqueline*

## **AGRADECIMIENTO**

Le agradezco a Dios por permitirme llegar hasta este momento de mi vida, y por bendecir cada uno de mis días.

A mi Esposo Jhony Talledo porque estuvo conmigo siempre apoyando cada una de las decisiones y metas que me he trazado. Y por sobre todo no soltar mi mano en las dificultades.

Así también les agradezco a mis padres, en especial a mi madre ya que sin duda ella me acompañó durante todo este tiempo. A mi hermana por ayudarme en todo momento, a mis hermanos por los ánimos para continuar. A mi abuelito paterno por estar siempre pendiente de mí.

Mi agradecimiento más sincero a mi tutor de tesis, por la paciencia y la disponibilidad para o ayudar y así culminar con tan valiosa investigación.

Finalmente les agradezco a mis amigos, con los que compartí tanto momentos dentro de las aulas, gracias porque se convirtieron en parte importante de mí.

*Varela Herrera Vanessa Jacqueline*

## 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
CAPITULO I.....	1
1. El Problema de la Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Justificación. ....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo general .....	5
1.4.2. Objetivos específicos.....	5
1.5. Preguntas de investigación.....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco teórico .....	7
2.1. Sistema urinario .....	7
2.1.1. Riñón .....	8
2.1.2. Uréteres .....	8
2.1.3. Vejiga urinaria.....	8
2.1.4. Uretra.....	9
2.2. Anatomía del suelo pélvico.....	9
2.2.1. Plano Superficial .....	9
2.2.2. Plano Medio .....	9
2.2.3. Plano Profundo .....	10

2.3.	Fisiología de la micción .....	10
2.3.1.	Fase de Llenado (De la Continencia) .....	10
2.3.2.	Fase de Evacuación (Micción propiamente dicha).....	10
2.3.3.	Control nervioso de las vías urinarias inferiores .....	11
2.4.	Incontinencia Urinaria .....	12
2.5.	Fisiopatología de la micción .....	12
2.5.1.	Clasificación de la disfunción vesical neuropática.....	13
2.5.2.	Mecanismos esfinterianos en la mujer .....	14
2.5.3.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico .....	14
2.6.	Clasificación de la Incontinencia Urinaria.....	15
2.6.1.	Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE) .....	15
2.6.2.	Incontinencia urinaria de urgencia (IUU) .....	15
2.6.3.	Incontinencia urinaria mixta (IUM) .....	16
2.6.4.	Enuresis nocturna .....	16
2.6.5.	Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobreflujo.....	16
2.7.	Factores de riesgo .....	16
2.7.1.	Género .....	16
2.7.2.	Edad.....	16
2.7.3.	Raza .....	16
2.7.4.	Peso .....	17
2.7.5.	Antecedentes obstétricos .....	17
2.8.	Mujeres y Salud .....	17
2.9.	Calidad de vida .....	18
2.9.1.	Calidad de vida relacionada con la salud .....	19
2.9.2.	Aspectos de la calidad de vida relacionados con la salud .....	19
2.9.3.	Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria.....	21
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).....	23
2.11.	Marco Legal y Ético. ....	24

2.11.1.	Constitución de la Republica del Ecuador .....	24
2.11.2	Plan Nacional Toda una Vida.....	27
CAPÍTULO III	.....	29
3.	Metodología de la Investigación .....	29
3.1.	Diseño de la investigación .....	29
3.2.	Tipo de la investigación .....	30
3.3.	Localización y ubicación del estudio.....	31
3.4.	Población de estudio .....	31
3.4.1.	Criterios de inclusión.....	31
3.4.2.	Criterios de exclusión.....	31
3.4.3.	Criterios de Salida .....	31
3.5.	Operacionalización de variables.....	32
3.5.1.	Variables de caracterización.....	32
3.5.2.	Variables de interés.....	33
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de información .....	34
3.6.1.	Métodos de recolección de datos.....	34
3.6.2.	Tecnicas e instrumentos .....	34
3.6.3.	Validación de instrumentos.....	35
3.7.	Análisis de datos.....	36
CAPITULO IV	.....	37
4.	Análisis y discusión de resultados.....	37
4.1.	Respuestas a las preguntas de investigación.....	45
CAPÍTULO V	.....	47
5.	Conclusiones y recomendaciones .....	47
5.1.	Conclusiones.....	47
5.2.	Recomendaciones .....	48
Bibliografía	.....	49
Anexos	.....	57

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad.....	37
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según etnia.....	38
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	39
Tabla 4. Prevalencia puntual de incontinencia urinaria. ....	40
Tabla 5. Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos. ....	41
Tabla 6. Evaluación de la calidad de vida IQOL test.....	42
Tabla 7. Evaluación de la calidad de vida según subescalas IQOL test .....	43
Tabla 8. Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de la calidad de vida. ....	44

## RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL FEMENINO DEL DEPARTAMENTO DE BIENESTAR UNIVERSITARIO, Y BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE, 2019”

**Autor:** Varela Herrera Vanessa Jacqueline

**Correo:** Vjvarelah@utn.edu.ec

La incontinencia urinaria IU, se define como el escape de orina de manera involuntaria, el cual es un problema de salud pública que se presenta con mayor frecuencia en el género femenino. El propósito de esta investigación fue identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y si ésta afecta la calidad de vida de quienes la padecen. La población de estudio se conformó por 28 mujeres en edades comprendidas entre 25 a 64 años, las cuales trabajan en el Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte. La investigación fue de tipo cuantitativa, descriptivo, con un diseño no experimental, de corte transversal y epidemiológico de prevalencia puntual. Los resultados mostraron mayor frecuencia en adultos; Todos los sujetos de estudio pertenecen a la etnia mestiza y en su mayoría son primíparas. La prevalencia de la incontinencia urinaria fue del 72%, siendo la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo la más prevalente con el 52%. Todas mujeres con incontinencia urinaria presentaron pérdida en su calidad de vida, la sub escala con mayor afectación en la calidad de vida fue la de impacto psicosocial, la misma que también reflejó mayor pérdida de calidad de vida en relación a la incontinencia urinaria de urgencia.

**Palabras claves:** Incontinencia Urinaria, Calidad de Vida, Prevalencia, Epidemiológico.

## **ABSTRACT**

**“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN THE FEMALE STAFF OF THE LIBRARY AND THE CENTER OF COUNSELING AND WELLBEING AT TECNICA DEL NORTE UNIVERSITY, 2019 ”**

**Author:** Varela Herrera Vanessa Jacqueline

Urinary incontinence (UI) is defined as the involuntary leakage of urine, which is a public health problem that occurs more frequently in the female population. This research aimed to identify the prevalence of urinary incontinence and whether it affects the quality of life of those who suffer from it. The study population was composed of 28 women aged between 25 and 64, who work in the library and the center of counseling and wellbeing at Tecnica del Norte University. The research was qualitative, quantitative, descriptive, with a non-experimental, cross-sectional, and epidemiological design of point prevalence. The results showed greater frequency in adults; All the study subjects are mestizo and mostly primiparous. The prevalence of urinary incontinence was 72%, with stress urinary incontinence being the most prevalent with 80%. All women with urinary incontinence presented loss in their quality of life, the sub-scale with the greatest impact on the quality of life was that of psychosocial impact, which also reflected the greatest loss of quality of life in relation to urgent urinary incontinence.

**Keywords:** Urinary Incontinence, Quality of Life, Prevalence, Epidemiological.

**TEMA:**

Incontinencia urinaria y calidad de vida en el personal femenino del Departamento de Bienestar Universitario y Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte, 2019

## **CAPITULO I**

### **1. El Problema de la Investigación**

#### **1.1. Planteamiento del problema**

La International Continence Society (ICS), definió la incontinencia urinaria (IU) como la pérdida de orina de manera involuntaria objetivamente demostrable. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren de IU. Las tasas de prevalencia publicadas en la literatura son altas, alcanzan hasta el 69 % en la población femenina (1)(2).

En el estudio “Prevalencia de incontinencia urinaria, en mujeres mayores de 40 años” realizado en Corea refieren que la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres coreanas fue del 70,5%, que esta deteriora la calidad de vida y conduce a la depresión. Estudios Europeos han demostrado la variabilidad en la prevalencia de incontinencia urinaria en el sexo femenino, con un 23 % en España, un 41% en Alemania, un 42% en Inglaterra (3)(4).

De acuerdo al estudio sobre “Manejo no quirúrgico de la incontinencia urinaria en mujeres” realizado en Estados Unidos la prevalencia fue de aproximadamente el 25% en mujeres jóvenes (de 14 a 21 años), 44% a 57% en mujeres de mediana edad y posmenopáusicas (de 40 a 60 años) y 75% en mujeres de edad avanzada, estos datos se asemejan a los datos obtenidos en un estudio realizado en México, en donde se reporta que existe una prevalencia que varía entre el 13.6% y 48% (5)(6).

En el estudio “Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados” realizado en Brasil se mostró una prevalencia de IU es más frecuente entre las mujeres (del 15,6% al 32,9%). Así mismo en Chile en la investigación “Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados” determinaron una prevalencia de 77% en mujeres de Isla de Pascua (7)(8).

En la provincia de Imbabura no existen datos estadísticos que ayuden a identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria relacionada con la calidad de vida en la mujer.

Existen estudios los cuales estiman que el gasto en prestación farmacéutica anual en España destinado al tratamiento de la IU es de 210 millones de euros aproximadamente. De acuerdo a una investigación realizada en Argentina indica que la IU supone un gran costo económico a los sistemas sanitarios públicos, sobre todo el destinado a material absorbente y compresas, generando así un impacto económico (9)(10).

En el artículo sobre la “Afectación de la calidad de vida en mujeres con IU”, consideran que el impacto que la IU supone para las pacientes, se puede igualar, e incluso ser mayor, al que provocan otras patologías crónicas como pueden ser la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la osteoartritis. Esta consideración supone reconocer que la IU presenta una repercusión negativa en la calidad de vida de las mujeres que la sufren, más del 50% de las mujeres que la padecen no consultan específicamente sobre este problema, ya sea por desconocimiento, vergüenza o por pensar que se debe a un proceso de envejecimiento normal (11)(12)

Varios estudios muestran las consecuencias psicosociales que las pérdidas de orina suponen a las mujeres que la sufren. Se ha demostrado que si afecta a la calidad de vida, provocando en muchas ocasiones graves consecuencias como infecciones, irritaciones de la piel y ulceraciones, alteraciones del sueño, aislamiento social (por el olor que emana) y depresión entre otras (13).

Además del impacto ecológico que causa los pañales son considerables. Los pañales desechables convencionales se producen usando como materia prima celulosa y materiales de plástico; Estos materiales difícilmente se descomponen completamente, por lo cual contaminan los suelos y aguas constituyendo un reto en materia de manejo de residuos en los rellenos sanitarios. Los que no llegan a los vertederos son tirados en ríos, barrancas, al aire libre, coladeras y al mar ocasionando graves daños al ecosistema (14).

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres del Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca, Universidad Técnica del Norte 2019?

### **1.3. Justificación.**

Esta investigación se realizó con la finalidad de identificar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres del Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte tal, como lo muestra varios estudios a nivel mundial.

La presente investigación fue viable gracias al apoyo de la Universidad Técnica del Norte, mediante la autorización por parte del Señor Rector, la participación de la población de estudio a través de la firma del consentimiento informado y finalmente el investigador, quien fue previamente capacitado para la elaboración de esta investigación.

Por otra parte el desarrollo de esta investigación fue factible ya que se utilizaron recursos bibliográficas tales como artículos científicos y libros, recursos tecnológicos mismos que sirvieron para recopilar la información mediante una búsqueda en diferentes bases de datos que ayudaron a conocer más sobre esta condición, y cabe destacar también el bajo costo que se utilizó para el desarrollo de esta investigación.

La trascendencia social de la presente investigación radicó en identificar la afectación en la calidad de vida de las mujeres que padecen Incontinencia Urinaria. Si en futuras investigaciones se logra dar tratamiento a esta condición, se podría revertir el gasto económico que ésta causa, debido al gasto en pañales o absorbentes utilizados para paliar esta enfermedad.

Como beneficiarios directos de esta investigación se encuentra el personal femenino docente y administrativo que pertenece a la Biblioteca y al Departamento de Bienestar Universitario, así como el investigador al aplicar sus conocimientos acerca de la investigación científica. Como beneficiarios indirectos se encuentran los familiares de las mujeres que presentaron incontinencia urinaria ya que obtienen un diagnóstico para poder ser intervenidas y la Universidad Técnica del Norte debido al engrandecimiento académico a través de la investigación científica.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres del Departamento de Bienestar Universitario y Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- 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.

### **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Cuál es la prevalencia de la incontinencia urinaria según sus tipos?
- ¿Afecta la incontinencia urinaria a la calidad de vida de los sujetos de estudio?
- ¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?

## CAPÍTULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1. Sistema urinario

El sistema urinario expulsa las toxinas de la sangre y mantiene un equilibrio ácido-base del cuerpo. Este sistema regula la composición química, el volumen y el equilibrio electrolítico de la sangre. trabaja en conjunto con los sistemas respiratorios, tegumentarios y digestivo para eliminar los desechos (15) .

Este sistema es como un vehículo de drenaje de las sustancias de desechos provenientes de la actividad celular total, las expulsa del organismo. En consecuencia, este sistema debe actuar continuamente para mantener su homeostasis, controlando su composición y el volumen de la sangre circulante con la finalidad de evitar que las sustancias tóxicas ocasionen un envenenamiento parcial o total del cuerpo (16).

Por otro lado la sangre es enviada al riñón donde se forma la orina que recorre los uréteres, la vejiga, y finalmente la uretra. El aparato urinario por tanto se compone de los siguientes órganos (17):

- Dos riñones
- Dos uréteres
- Vejiga
- Uretra

La función principal del aparato urinario es la de controlar la concentración de la mayor parte de los líquidos que se encuentran en el organismo, así como excretarlo y eliminar los productos metabólicos finales (17) .

Los riñones y los uréteres forman el tracto urinario superior, mientras que la vejiga y la uretra conforma el tracto urinario inferior (18).

### **2.1.1. Riñón**

Los riñones son los órganos principales del sistema urinario forma de frijol, en los seres humanos se ubican en la parte posterior del abdomen a ambos lados de la columna vertebral, cada riñón mide 12 cm de largo y 6 de ancho, pesa entre 150 y 170 gramos en un adulto promedio. La ausencia de riñones o su falta de funcionamiento es incompatible con la vida, por ello los enfermos con insuficiencia renal grave precisan la utilización de procedimientos de diálisis (riñón artificial) o un trasplante de riñón para continuar con vida. La función principal de los riñones es mantener la homeostasis del medio interno, estabilizando el volumen y las características fisicoquímicas mediante la formación de la orina (19).

### **2.1.2. Uréteres**

Es el conducto que pasa de cada riñón a la vejiga para el transporte de orina, su longitud promedio en el adulto es de 25 a 30 cm. Las paredes de los uréteres contienen músculo liso y están inervados por nervios simpáticos y parasimpáticos, así como por un plexo intramural de neuronas y fibras nerviosas que se extiende a lo largo de toda la longitud de los uréteres. Comprende de una capa fibrosa externa una capa media, se contrae para realizar movimientos peristálticos, por el cual la orina pasa hacia abajo por el conducto y el recubrimiento de mucosa llamado Urotellio. Los uréteres entran en la vejiga a través del músculo detrusor en la región del triángulo vesical (20)(21).

### **2.1.3. Vejiga urinaria**

Saco membranoso que contiene un líquido o gas. Un órgano hueco para recibir líquido. La vejiga urinaria esta formada de músculo liso llamado detrusor. Sus fibras musculares se extienden en todas las direcciones y, cuando se contraen, pueden aumentar la presión en la vejiga hasta 40-60 mmHg. Luego la contracción del músculo detrusor es un paso importante en el vaciamiento de la vejiga. Las células musculares lisas del músculo detrusor se fusionan entre sí de manera que existen vías eléctricas de baja resistencia de una célula muscular a otra. en la pared posterior de la vejiga, inmediatamente por encima del cuello de la vejiga, hay una pequeña zona triangular llamada triángulo (21).

#### **2.1.4. Uretra**

Es el conducto que drena orina de la vejiga al exterior en el meato urinario externo; Es un tubo fibro muscular que conduce la orina desde la vejiga hasta el exterior a través del orificio uretral externo. El tamaño, la estructura y las funciones de la uretra son diferentes en los varones que en las mujeres (22).

En la mujer la uretra es corta dado que mide de 3 a 5 cm de longitud desde la vejiga hasta el vestíbulo de la vagina, donde termina justo detrás del clítoris. En el vestíbulo en mujeres y el glande del pene en varones, según la descripción tradicional la mucosa posee pliegues longitudinales. Lo mismo que en la uretra masculina, al principio el revestimiento es de epitelio de transición pero cambia y se convierte en epitelio estratificado (22)(20).

### **2.2. Anatomía del suelo pélvico**

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis. El músculo más importante es el elevador del ano (23).

#### **2.2.1. Plano Superficial**

También llamado periné (figura 1), formado por músculos fibrosos y alargados que se insertan en el estrecho inferior, constituidos en su mayoría por fibras tipo II, fibras fásicas o de movimiento, lo forman los músculos (24).

- Bulbocavernoso,
- Isquiocavernoso,
- Transversos del periné
- Esfínter anal externo.

#### **2.2.2. Plano Medio**

Considerado el diafragma urogenital, formado por los músculos esfínter de la uretra, uretrovaginal y compresor uretral (24).

### **2.2.3. Plano Profundo**

Constituye el diafragma pélvico. Su parte anterior tiene una función más esfinteriana mientras que la posterior tiene mayor función de sostén, encontramos (25).

Musculo elevador del ano

- Iliococcigeo
- Pubococcigeo: -Pubovaginal - Puborrectal
- Isquiococcigeo

### **2.3. Fisiología de la micción**

#### **2.3.1. Fase de Llenado (De la Continencia)**

La orina que llega a la vejiga, produce un “estiramiento” de sus paredes, las cuales (a diferencia de lo que ocurre en el resto de los músculos lisos del organismo) no responde con contracción a dicho estiramiento sino con “acomodación” a los volúmenes crecientes sin aumento significativo de la presión en su interior. Esta es una característica de las propiedades visco elásticas de la miofibrilla del detrusor. Al final del llenado, esta situación se complementa con una regulación neuromuscular. A este fenómeno de Acomodación a los volúmenes crecientes de orina sin que aumente con dicho volumen la presión, se denomina Complacencia o “Compliance”(26).

#### **2.3.2. Fase de Evacuación (Micción propiamente dicha)**

Cuando el sujeto decide vaciar su vejiga, comienza esta fase. Esta se inicia con la relajación voluntaria del esfínter estriado uretral (y de todo el piso pelviano). A esto sigue una caída de la presión intrauretral e inmediatamente la contracción armónica y sostenida del detrusor, con aumento brusco de la presión vesical. La contracción de las fibras musculares del detrusor provoca la apertura del cuello vesical, principalmente del labio posterior, con acortamiento e infundibulización de la uretra. La contracción del detrusor se mantiene hasta completar la evacuación vesical(26).

### **2.3.3. Control nervioso de las vías urinarias inferiores**

#### **➤ Vías parasimpáticas**

La inervación parasimpática de la vejiga se origina a partir de la columna celular intermediolateral entre los segmentos S2 a S4 de la medula espinal sacra. Las fibras parasimpáticas que se aproximan a la vejiga a través del nervio esplácnico pélvico aún son pre ganglionares. Establecen sinapsis con neuronas pos ganglionares en el cuerpo y el cuello de la vejiga urinaria (27).

Las neuronas pre ganglionares parasimpáticas que inervan el tracto urinario inferior están localizados en la parte lateral de la sustancia gris intermedia de la médula espinal sacra es una región denominada núcleo parasimpático sacro. Las neuronas pre ganglionares emiten axones a través de las raíces ventrales a los ganglios periféricos, en donde liberan el neurotransmisor excitatorio acetilcolina (27).

#### **➤ Vías simpáticas**

Salen de las raíces toracolumbares T12-L2 y sus neuronas presinápticas hacen sinapsis con las neuronas pos ganglionares localizadas en la cadena paraganglionar simpática, formando el plexo hipogástrico inferior o plexo pélvico. El plexo hipogástrico inferior al llegar a la vejiga libera norepinefrina que activa los receptores  $\beta$  adrenérgicos generando relajación del músculo detrusor y activa los receptores alfa en el cuello vesical y la uretra contrayéndolos y permitiendo el llenado vesical (28).

#### **➤ Vías somáticas**

Las motoneuronas para el esfínter uretral externo están situadas a lo largo del borde lateral del asta ventral, denominada núcleo de Onuf. Las motoneuronas para el esfínter muestran también haces dendríticos orientados transversalmente, los que se proyectan en sentido lateral dentro del funículo lateral, en sentido dorsal dentro de la sustancia gris intermedia y en sentido dorso medial, hasta el conducto central (27).

### ➤ **Vías aferentes**

Los axones aferentes en los nervios pelviano, hipogástrico y pudendo transmiten información del tracto urinario inferior a la medula espinal lumbosacra. Las neuronas aferentes primarias de los nervios pelviano y pudendo están contenida en los ganglios de la raíz dorsal de la región sacra, mientras que la inervación aferente de los nervios hipogástricos se origina en los ganglios rostrales de la raíz dorsal de la región lumbar (27).

Los axones centrales de las neuronas de los ganglios de la raíz dorsal conducen la información sensitiva del tracto urinario inferior a neuronas de segundo orden de la medula espinal. Las fibras aferentes viscerales de los nervios pelviano y pudendo ingresan en la medula espinal y tienen un recorrido rostro caudal dentro del tracto de Lissauer (27).

Los aferentes del nervio pelviano, que monitorizan el volumen de la vejiga y la amplitud de la contracción vesical, consiste en axones miélnicos y amielínicos (27).

### **2.4. Incontinencia Urinaria**

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida involuntaria de orina, la que puede ser clasificada como incontinencia urinaria de esfuerzo si está asociada a la maniobra de valsalva, el estornudo o la tos, como incontinencia de orina de urgencia si se asocia a deseo súbito e imperioso de orinar y como mixta si se combinan ambas características y que será condición indispensable para que se produzca el escape, que la presión vesical supere a la uretral, Tiene una elevada prevalencia e importantes repercusiones para la salud, así como elevados costes sociales y económicos (29)(30)(31).

### **2.5. Fisiopatología de la micción**

La incontinencia urinaria es, por definición, un trastorno de la fase de continencia y puede obedecer a problemas del tracto de salida, del detrusor, o de ambos(32).

En el primer caso nos referimos a las incontinencias “de esfuerzo”. En esta situación habitualmente existe un problema en la transmisión de la presión intra abdominal a la uretra proximal, la cual no se coapta debidamente por la pérdida de soporte de los órganos pélvicos, debido al daño de la base músculoaponeurótica del perineo (ej. daño por multiparidad, hipoestrogenismo perimenopáusico, cirugías pelvianas (32).

Existen también incontinencias de esfuerzo que se deben a una incompetencia esfinteriana intrínseca (ej. daño por cirugías múltiples, radioterapia, lesiones del cono medular o de nervios periféricos). En los casos de incontinencia por causa del detrusor, podemos distinguir las que se deben a hiperactividad del detrusor, a las que se relacionan a pérdida de la acomodación vesical (capacidad de almacenar orina a baja presión) o las que se relacionan con una ineficiencia de vaciado que conduce a incontinencia por rebosamiento (32).

La hiperactividad vesical se caracteriza por el incremento activo de la presión intravesical durante la fase de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por incremento sostenido del tono del mismo. La hiperactividad puede ser de causa idiopática (primaria) o de base neurológica (32).

### **2.5.1. Clasificación de la disfunción vesical neuropática**

#### **➤ 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 (33).

#### **➤ Lesiones suprasacras**

Se localizan entre el núcleo pontino y los tres núcleos medulares de la micción, van a afectar a la médula cervical y torácica. Los núcleos medulares de la micción quedan indemnes, conservando, por tanto, sus arcos reflejos. El daño afecta a las vías nerviosas que, procedentes del núcleo pontino, son las responsables de coordinar a los núcleos de la micción, y así lograr la acción sincrónica de la vejiga y de la uretra. Las vías

nerviosas moduladoras están interrumpidas y los arcos reflejos medulares están liberados de su control(34).

#### ➤ **Lesiones infrasacras**

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 (33).

### **2.5.2. Mecanismos esfinterianos en la mujer**

El mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica músculos levantadores del ano, que está compuesto por los músculos pubococcígeo y el íleooccígeo (piso pélvico o diafragma pélvico); y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función de mecanismo esfinteriano de la uretra (35).

El mecanismo intrínseco o pasivo está compuesto por las siguientes estructuras: inervación autonómica (sistema nervioso simpático) y tonos alfa Adrenérgico; musculatura estriada de la pared uretral, el esfínter urogenital estriado más externo (esfínter uretral); plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos peri uretrales; la función de este músculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado (35).

### **2.5.3. Mecanismos de sostén del suelo pélvico**

#### **2.5.3.1. Elementos estáticos: Fascia Endopélvica**

La fascia endopélvica no es otra cosa que una red compuesta por colágeno, elastina, fibras musculares y haces vasculares, que rodean a todas las vísceras del piso pélvico, que le dan el soporte lateral, basculación e inervación. Su disposición permite entender que tiene funciones como ligamentos, que permiten integrarlas a la musculatura (36). Esa división se hace mediante dos fascias principales.

- Una es la fascia pubocervical que es una condensación de la fascia

- La segunda estructura es el tabique recto vaginal

#### **2.5.3.2. Elementos dinámicos**

El músculo elevador del ano (MEA) es un músculo fundamental con dos porciones (36).

- La primera se llama pubovisceral, que es el haz que corre como cincha de adelante hacia atrás
- Una segunda parte es la iliococcigea que se inserta en el arco tendinoso del elevador del ano, hacia el rafe medio y que tiene una disposición espacial en el sentido horizontal (36).

### **2.6. Clasificación de la Incontinencia Urinaria**

Puede clasificarse según el tipo de incontinencia, la frecuencia y gravedad de la pérdida, los factores desencadenantes, el impacto en las relaciones sociales y el deterioro en la calidad de vida. La clasificación de la IU como síntoma del tracto urinario inferior según la ICS es el siguiente (37):.

#### **2.6.1. Incontinencia urinaria de estrés o esfuerzo (IUE)**

Se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, que provoca aumento de la presión abdominal (ejercicio, tos o estornudos) Se produce cuando la presión intravesical supera la presión uretral, como consecuencia de un fallo en los mecanismos de resistencia uretral (37).

#### **2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia (IUU)**

Es el escape involuntario de orina acompañado o precedido por urgencia urinaria, donde el detrusor se contrae antes del llenado vesical normal y coincide con un intenso y súbito deseo miccional que provoca el escape de orina. Su origen puede relacionarse con alguna alteración neurogénica central o periférica, por hiperexcitabilidad del impulso aferente vesical que provoca el síndrome de vejiga hiperactiva, incluso depende del daño neurológico asociado con la edad y el sexo (38).

### **2.6.3. Incontinencia urinaria mixta (IUM)**

Pérdida involuntaria de orina asociada a urgencia miccional y también en relación con los ejercicios, esfuerzos, tos y estornudos. (IUE+IUU)(37).

### **2.6.4. Enuresis nocturna**

Pérdida involuntaria de orina durante el sueño(37).

### **2.6.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento o sobre flujo**

Se define como la pérdida involuntaria de orina relacionada con sobre distensión vesical. Intervienen procesos primarios: Retención urinaria y contracciones inadecuadas de la vejiga (37).

## **2.7. Factores de riesgo**

Se pueden distinguir una serie de factores asociados con un riesgo aumentado de aparición de dicha incontinencia, y entre los cuales podemos identificar (37).

### **2.7.1. Género**

La IU es más frecuente en mujeres que en hombres, debido a que están expuestas a factores como el parto la menopausia y el embarazo causan debilidad en el suelo pélvico (37).

### **2.7.2. Edad**

La prevalencia de IU se incrementa progresivamente con la edad, observándose un pico de frecuencia entre 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 (37).

### **2.7.3. Raza**

La prevalencia de la IU es más elevada en las mujeres blancas que en las mujeres negras o asiáticas, independientemente de los demás factores de riesgo conocidos (39).

#### **2.7.4. Peso**

las mujeres con obesidad tienen una probabilidad de casi tres veces mayor de incontinencia urinaria, Islam y colaboradores en un estudio transversal realizado en mujeres entre 30 - 59 años determinó que las mujeres con obesidad tiene riesgo más alto de presentar IU (40).

#### **2.7.5. Antecedentes obstétricos**

El parto vía vaginal se asocia con lesión directa de los tejidos blandos pelvianos, así como con la denervación del piso pelviano, siendo causa etiológica de IUE. El parto se asocia con IUM e IUE, pero no con IUU. El parto por cesárea se asocia a una menor prevalencia de IU posnatal (37)(39).

### **2.8. Mujeres y Salud**

La salud de la mujer es especialmente preocupante porque en muchas sociedades se encuentran en una situación de desventaja por la discriminación condicionada por factores socioculturales (41).

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 (41):

- 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 (41).
- La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer, y el padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional (41).
- 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 neuropatía obstructiva crónica (41).

El Ministerio de Salud realizó un programa nacional de salud de la mujer en el que estableció objetivos generales (42) :

- Fomentar la mantención de las condiciones biológicas, sico afectivas y sociales de la población femenina, preparándola para enfrentar adecuadamente las diferentes etapas de su ciclo vital, estimulando su participación como sujeto activo en el cuidado de su salud y la de su familia (42).
- Prevenir la aparición de afecciones que alteren la salud de la mujer, mediante la pesquisa y control oportuno de factores de riesgo y la prevención de daños específicos, a fin de mejorar la calidad de vida en las diferentes etapas del ciclo vital (42).
- Acentuar el enfoque preventivo y de riesgo en la ejecución de las actividades, con el fin de prevenir la aparición de afecciones que inciden en la salud de la mujer, garantizando la detección y tratamiento oportuno en los diferentes niveles de complejidad de atención (42).
- Orientar a la mujer, la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad responsable y una sexualidad saludable (42).
- Promover un modelo de salud integral que incorpore a la pareja y familia en actividades de promoción, fomento, recuperación y rehabilitación de la salud
- Coordinar acciones de salud con otros Programas que promuevan la salud de la mujer (42).

## **2.9. Calidad de vida**

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye lo físico, lo psicológico y lo social. Estas dimensiones son influenciadas por las creencias, experiencias, percepciones y expectativas de un sujeto, y pueden ser definidas como «percepciones de la salud» (43).

Cada dimensión de la calidad de vida se puede dividir, a su vez, en dos: análisis objetivo de un estado de salud y las percepciones subjetivas de la misma. Se puede afirmar, por ende, que dos personas con el mismo estado de salud pueden tener calidad de vida muy diferente (43).

Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien». La literatura frecuentemente define que ésta se encuentra conformada por estos dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento (43).

### **2.9.1. Calidad de vida relacionada con la salud**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (44).

Esta definición deja claro el carácter subjetivo y multidimensional del concepto y refleja la necesidad de desarrollar instrumentos de medición igualmente multidimensionales. En este sentido, se han incorporado instrumentos como el método de las necesidades básicas insatisfechas, el índice de desarrollo humano, el Barthel index, el Medical Outcomes Study, el Functional Status Index, el Functional Independence measure y el índice de pobreza multidimensional. A pesar de su multiplicidad, estas escalas resultan insuficientes para dar cuenta de la realidad y no corresponden al holismo del concepto de calidad de vida debido a que priorizan las dimensiones objetivas o las condiciones materiales de vida, no tienen uniformidad en las preguntas, son complejos, arrojan información no comparable o miden el impacto de la enfermedad pero no la calidad de vida (44).

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

#### **➤ Funcionamiento físico**

La capacidad de desempeñar independientemente en el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad o durante el tiempo de ocio y la realización de actividades recreativas

depende tanto del funcionamiento físico como del psicológico y el social. Estos aspectos del funcionamiento se caracterizan por las definiciones que se formula a continuación(45).

➤ **Bienestar psicológico**

El concepto de Bienestar Psicológico surgió en Estados Unidos y se fue precisando a partir del desarrollo de sociedades industrializadas y del interés por las condiciones de vida. Inicialmente, se asociaba el sentirse bien con la apariencia física, la inteligencia o el aspecto económico, pero actualmente, como resultado de diversas investigaciones se conoce que el Bienestar Psicológico no sólo se relaciona con éstas variables sino también con prácticas saludables y subjetividad personal (46).

➤ **Estado emocional**

Es un estado consciente que causa el comportamiento emocional. Las causas del estado consiente son las reacciones del cuerpo a estímulos que provocan miedo, ira o alegrías. Los estados emocionales son el motor del ser humano, forman parte de nuestra existencia, y sin ninguna duda, ellos condicionan nuestras acciones, las que vemos como posibles y las que no, y también las decisiones que tomamos (47)(48) .

➤ **Dolor**

Es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño y si la suponemos dirigida a alguien sin experiencia de dolor, está claro que no es fácil que esta definición sea útil para entender que siente lo que la persona lo padece (49).

➤ **Funcionamiento social**

Está formado por distintas dimensiones relacionadas, entre otras, con el comportamiento social exhibido, las relaciones, habilidades sociales y la cognición social (50).

### ➤ **Percepción general de la salud**

Son impresiones del individuo sobre su propia salud, refleja la contribución de distintos factores y estilos de vida más allá del sistema sanitario (51).

### **2.9.3. Calidad de vida relacionada con la incontinencia urinaria**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud, reconociéndose en ella 3 dimensiones que global e integralmente pueden resumirse como (52):

- Dimensión física, percepción del estado físico o de salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento (52).
- Dimensión psicológica entendida como la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye creencias personales, espirituales, religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento (52).
- Dimensión social, percepción del individuo de las relaciones interpersonales y rol social en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otros (52).

Aunque la IU no constituye un riesgo para la vida, puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad, y puede afectar la CV e interferir en las actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona (53).

Una de las consecuencias más importantes de la incontinencia urinaria es la disminución de la calidad de vida (CV) tal y como han reflejado diversos estudios en los últimos años. Pese a ello, muchas de ellas no buscan ayuda por vergüenza o por considerarlo algo normal en el proceso de envejecimiento, el resultado es la aparición de trastornos de ansiedad y depresión (52).

## **2.10. Evaluación de la incontinencia urinaria y Calidad de vida**

La Internacional Consultation on Incontinence es su tercera edición, se considera de Especial importancia el desarrollo de instrumentos de naturaleza simple que permita diferenciar desde el principio el tipo de IU y el grado de afectación de la persona, permitiendo poder ajustar en un futuro posibles intervenciones (54).

### **2.10.1. El ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire)**

El cuestionario es un instrumento que se diseña para medir objetivamente fenómenos subjetivos como los síntomas y su impacto en la calidad de vida con toda la dificultad que ello puede tener de la mejor manera posible. El cuestionario auto administrado es un tipo de entrevista personal en que las preguntas están establecidas en una cédula preestablecida que el sujeto o la paciente lee y responde por escrito; estos cuestionarios auto administrados son de fácil realización, su costo no es excesivo y al no estar expuestos a sesgos del entrevistador permiten analizar los problemas desde la perspectiva de los entrevistados o pacientes (55).

El cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form") validado originalmente en el idioma inglés. Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una traducción adecuada y cumplir con criterios de validez (de contenido, de constructo y de criterio), de confiabilidad (precisión, reproducibilidad) y de sensibilidad (55).

El cuestionario validado ICQ-UI-SF fue utilizado para la detección de los síntomas de IU. La versión española consta de 3 ítems que valoran: la frecuencia, la cantidad de la pérdida de orina y el grado de afectación que esta pérdida de orina produce en la vida diaria de la mujer, en una escala de 0 a 10. La puntuación total es resultado de la suma de los 3 ítems, y oscila entre 0 y 21 puntos. Se han establecido 4 categorías de gravedad de la IU según la puntuación del ICIQUI-SF: leve (1-5 puntos), moderada (6-12), grave (13-18) y muy grave (19-21) (56).

El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas<sup>7</sup>, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para

su validación con la condición de realizar las pruebas primarias esenciales destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante los coeficientes de Cronbach y de Kappa (pruebare-prueba) (55).

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

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(57).

Se administra cuando la mujer que ha cumplimentado el anterior obtiene una puntuación mayor de 0. Consta de 22 ítems que se dividen en 3 subescalas, estas son: comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, esta subescala recoge preguntas relacionadas con los síntomas de incontinencia mixta, determinado por la no realización de actividades sociales por miedo a no llegar o no encontrar un baño cerca y mojarse. Repercusión psicosocial en 9 ítems. Y, por último, sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems, está relacionada con la preocupación por uno mismo y por los demás, figuran también entre los motivos por los que muchas mujeres no buscan ayuda profesional. El cuestionario recoge también sus preocupaciones futuras (57).

Las respuestas obtenidas se sitúan en una escala entre 22 y 110; a mayor puntuación, peor calidad de vida. Entre las limitaciones que se encuentran está la cumplimentación de los cuestionarios, a causa de los sentimientos de vergüenza que genera este problema y hace que en ocasiones las respuestas no sean reales, puesto que el ambiente no era tan íntimo como se desearía y las mujeres no poseen una relación de confianza con la encuestadora, sintiéndose más recelosas a cumplimentar la encuesta delante de ella. Por otro lado, también se presenta como limitación en la capacidad para cumplimentarlo de manera correcta (57).

## **2.11. Marco Legal y Ético.**

### **2.11.1. Constitución de la República del Ecuador**

*Art. 32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (58).*

*El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (58).*

*Art. 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado (58).*

*Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas (58)..*

*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 (58).*

*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 los sesenta y cinco años de edad (58).*

*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.*

*Art. 39.- El Estado garantizará los derechos de 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 las jóvenes y los jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país, y les garantizará la educación, salud, vivienda, recreación, deporte, tiempo libre, libertad de expresión y asociación. 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.*

*Art. 40.- Se reconoce a las personas el derecho a migrar. No se identificará ni se considerará a ningún ser humano como ilegal por su condición migratoria.*

*Art. 41.- Se reconocen los derechos de asilo y refugio, de acuerdo con la ley y los instrumentos internacionales de derechos humanos. Las personas que se encuentren en condición de asilo o refugio gozarán de protección especial que garantice el pleno ejercicio de sus derechos. El Estado respetará y garantizará el principio de no devolución, además de la asistencia humanitaria y jurídica de emergencia.*

*Art. 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios.*

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

- *No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral. La gratuidad de 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 periodo.*

*Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.*

*Art. 45.- Las niñas, 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.*

*Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las*

- *Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
- *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.*
- *Atención preferente para la plena integración social de quienes tengan discapacidad. El Estado garantizará su incorporación en el sistema de educación regular y en la sociedad.*
- *Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o contra la negligencia que provoque tales situaciones. Las acciones y las penas por delitos contra la integridad sexual y*

*reproductiva cuyas víctimas sean niñas, niños y adolescentes serán imprescriptibles.*

*Art. 47.- El Estado garantizará políticas de 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(58).*

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

- *La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica (58).*
- *La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas, y la obtención de becas de estudio en todos los niveles de educación.*
- *El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso (58).*
- *La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia (58).*

## **2.11.2 Plan Nacional Toda una Vida**

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

*El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas –individuales y colectivas–, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (59).*

*Se ha decidido construir una sociedad que respeta, protege y ejerce sus derechos en todas las dimensiones, para, en consecuencia, erigir un sistema socialmente justo y asegurar una vida digna de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, tales como: la posibilidad de dormir bajo techo y alimentarse todos los días, acceder al sistema educativo, de salud, seguridad, empleo, entre otras cuestiones consideradas imprescindibles para que un ser humano pueda subsistir y desarrollarse física y psicológicamente, en autonomía, igualdad y libertad (59).*

*Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos inter-generacionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (59).*

*De igual forma, la aproximación a la salud se debe hacer con pertinencia cultural, desde la prevención, protección y promoción, hasta la atención universal, de calidad, oportuna y gratuita, concentrando los esfuerzos para combatir la malnutrición en sus tres expresiones, eliminar la prevalencia de enfermedades transmisibles y controlar las no transmisibles. Esta visión exige el desarrollo de redes de servicios de salud enfocados en las necesidades de sus usuarios, acorde con la edad y la diversidad cultural y sexual (59).*

*En la provisión de servicio de salud, es de vital importancia adoptar un enfoque de equidad territorial y pertinencia cultural a través de un ordenamiento del territorio que asegure a todos las mismas condiciones de acceso, sin discriminación ni distinción de ninguna clase. El derecho a la salud debe orientarse de manera especial hacia grupos de atención prioritaria y vulnerable, con énfasis en la primera infancia y con enfoque en la familia como grupo fundamental de la sociedad, en su diversidad y sin ningún tipo de discriminación (59).*

*Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual. Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva. (59).*

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la Investigación**

#### **3.1. Diseño de la investigación**

**No-experimental:** Se prestó atención a los fenómenos tal como se producen naturalmente, para después analizarlos. No se manipuló deliberadamente las variables de estudio (60).

**De corte transversal:** Determinó la presencia de una condición o estado de salud en una población bien definida y en un marco temporal determinado: un día, una semana,

un momento en particular en la vida (61). Los datos se recopilieron una sola vez, sin seguimiento en el tiempo y de acuerdo a esos datos se obtuvo los resultados finales.

### **3.2. Tipo de la investigación**

**Descriptiva:** Se describe con la mayor precisión posible lo que experimentan, sienten y cómo actúan la población de estudio (62). Se describió las características de la población de estudio a través de una ficha sociodemográfica, según edad, etnia y número de hijos.

**Cualitativa:** Se utiliza para referirse a la cualidad o cualidades de los sujetos de estudio (63). En este caso se obtuvieron resultados de la población estudiada en cuanto a presencia o no de incontinencia urinaria y pérdida de calidad de vida o nula afectación de calidad de vida.

**Cuantitativo:** La investigación o metodología cuantitativa es el procedimiento que busca cuantificar los datos y en general aplicar alguna forma de análisis estadístico (63). De una manera ordenada se recogieron los datos numéricos para posteriormente ser analizados por medio del programa SPSS.

**Prevalencia puntual:** Mide la frecuencia de una enfermedad o condición en un punto del tiempo (64). Se identificó el número de afectadas con incontinencia urinaria, en un momento determinado.

### **3.3. Localización y ubicación del estudio**

La investigación se realizó en la Universidad Técnica del Norte, ubicada en la provincia de Imbabura, ciudad de Ibarra, Ciudadela Universitaria, Av. 17 de Julio 5-21 y General José María Córdova, Sector el Olivo.

### **3.4. Población de estudio**

Esta investigación se realizó con 28 mujeres docentes y administrativas de edades comprendidas entre 25- 70 años del Departamento de Bienestar Universitario y de la Biblioteca de la Universidad técnica del Norte.

#### **3.4.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres a partir de los 25 a 70 años de edad, que pertenezcan al Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca de la Universidad técnica del Norte.
- Empleadas y trabajadoras que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **3.4.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres menores de 25 y mayores de 70 años de edad, que no pertenezcan al Departamento de Bienestar Universitario y la Biblioteca de la Universidad técnica del Norte.
- Mujeres que presenten embarazo, puerperio, cirugía pélvica.
- Empleadas y trabajadoras que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

#### **3.4.3. Criterios de Salida**

- Empleadas y trabajadoras que sean separadas de la Institución.
- Empleadas y trabajadoras que no deseen continuar en el proceso de investigación

### 3.5. Operacionalización de variables.

#### 3.5.1. Variables de caracterización.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cualitativa Cuantitativa ordinal	Grupo etario	18-35	Adultos jóvenes	Cuestionario Sociodemográfico	Tiempo que una persona ha vivido desde que nació (65).
			36-64	Adultos		
			>65 (OMS)	Adultos mayores		
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	Blanco		Agrupación que comparte un origen, lengua, religión y cultura propios (65).
				Mestizo		
				Afro Ecuatoriano		
				Indígena		
Número de hijos	Cualitativa Cuantitativa ordinal	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara	Se refiere al número de hijos nacidos vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron (66).	
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			>5 hijos (OMS)	Gran multípara		

### 3.5.2. Variables de interés.

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa Nominal Politémica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form “ICIQ-SF”	Como la pérdida involuntaria de orina, que condiciona un problema social e higiénico y que será condición indispensable para que se produzca el escape, que la presión vesical supere a la uretra (30).
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		
			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida (Evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial; vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Incontinence Quality of Life Instrument “I-QOL”	la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física (44).
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		

### **3.6. Métodos y técnicas de recolección de información**

#### **3.6.1. Métodos de recolección de datos**

- **Inductivo:** Es utilizado en la ciencia experimental, consiste en basarse en enunciados singulares, tales como descripciones de los resultados de observaciones o experiencias para plantear enunciados universales, tales como hipótesis o teorías (67).
- **Analítico:** Procede del todo de sus partes, de lo complejo a lo simple. Es principalmente un método de investigación científica (68).
- **Revisión bibliográfica:** ya que se realizó una búsqueda de información que estuvo relacionada con la incontinencia urinaria (69).

#### **3.6.2. Técnicas e instrumentos**

##### **Técnicas**

- **Encuesta:** se puede definir como una técnica primaria de obtención de información sobre la base de un conjunto objetivo, coherente y articulado de preguntas, que garantiza que la información proporcionada por una muestra pueda ser analizada mediante métodos cuantitativos y los resultados sean extrapolables con determinados errores y confianzas a una población (70).

##### **Instrumentos**

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

### **3.6.3. Validación de instrumentos.**

#### **Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)**

Para la validación de la Incontinencia Urinaria. Se utilizó el cuestionario denominado "ICIQ-SF" ("International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form"). Este es un cuestionario que fue validado al español en una población europea como España y categorizado como el primer cuestionario que ayuda a diagnosticar la Incontinencia Urinaria. Es un test que por sus características de validez, confiabilidad y sensibilidad puede ser utilizado en la práctica clínica, este test de acuerdo a sus preguntas nos ayuda a identificar si hay incontinencia y en el caso de ser así, identificar de que tipo (55).

Previamente, este cuestionario ha sido utilizado en un estudio chileno "Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario internacional para incontinencia urinaria femenina" cumpliendo adecuadamente con los criterios de validez de contenido, constructo y de criterio teniendo como resultado que del total de la información disponible (124 mujeres), se excluyeron dos casos por no presentar registros del ICIQ-SF después del tratamiento. De un total de 122 observaciones, 76 casos (62,3%) estuvieron bajo tratamiento médico para la IU y 46 (37,7%) bajo el quirúrgico (71).

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

Para la validación de la calidad de vida se utilizó el denominado Incontinence Quality of Life Instrument (I-QOL), este es un test traducido a varios idiomas que consta de 22 ítems en el que se evalúa 3 esferas comportamiento de evitación y limitación de la conducta en 8 ítems, Repercusión psicosocial en 9 ítems. Sentimientos de vergüenza en la relación social en 5 ítems. Este test está relacionado directamente con la incontinencia y la Calidad de vida, además que realiza preguntas a futuro siendo un test muy completo (57).

En Cuba se realizó un estudio acerca de los "Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria" en el que se utilizó el I-QOL y mediante

el cual se reflejaron los resultados en el que utilidad de identificar y cuantificar el impacto de la IU en la calidad de vida de las pacientes que la padecen, a través de cuestionarios de calidad de vida, ha sido resaltada en múltiples estudios (52).

### **3.7. Análisis de datos.**

Luego de haber obtenidos los datos mediante los instrumentos se procedió a realizar una base de datos en Excel, para posteriormente analizarlos mediante SPSS a través de tablas cruzadas y así tener una presentación de resultados en tablas.

## CAPITULO IV.

### 4. Análisis y discusión de resultados

**Tabla 1.**

*Caracterización de la población de estudio según la edad.*

<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Adultos jóvenes (18-35 años)	7	28%
Adultos (36-64 años)	18	72%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a la caracterización de la población de estudio según la edad, se puede observar que el 72% de los sujetos de estudio pertenecen a edades entre 36-64 años y el 28% a edades entre 18-35 años.

Nuestros valores concuerdan con el estudio “Factores de riesgo cardiovascular asociados al estado nutricional del personal administrativo de la Universidad Técnica Del Norte” en donde se muestra que las edades con mayor frecuencia en el estudio se encuentran entre los 40 y 49 años de edad (72).

**Tabla 2.**

*Caracterización de la población de estudio según etnia.*

<b>Etnia</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Mestiza	25	100%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

La caracterización de la población de estudio según la etnia, indica que el 100% de la población de estudio pertenecen a la etnia mestiza.

Los resultados del “Censo 2010 de la población y vivienda en el Ecuador, demuestran que en la provincia de Imbabura existe mayor prevalencia de etnia mestiza, con un porcentaje del 65.7 %, datos que se relacionan con los obtenidos en nuestro estudio en donde la mestiza es la más sobresaliente (73).

**Tabla 3.**

*Caracterización de la población de estudio según número de hijos.*

<b>Número de hijos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Nulíparas (sin hijos)	1	4%
Primípara (1 hijo)	13	52%
Multíparas (2-4 hijos)	11	44%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>

La caracterización de la población de estudio según número de hijos, muestra que el 52% de mujeres son primíparas, el 44% pertenecen al grupo de multíparas y el 4% son nulíparas.

Según los datos del estudio Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuestas elaborado por el INEC muestran que el promedio de la tasa de hijos por mujer es de 2,9, lo cual difiere con nuestro estudio en el cual existió mayor frecuencia de mujeres primíparas (74).

**Tabla 4.**

*Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.*

$$P = \frac{\text{número de afectados (18)}}{\text{población de estudio (25)}} \times 100 = 72 \%$$

La prevalencia puntual de Incontinencia Urinaria en la Biblioteca y en el departamento de Bienestar Universitario se evidenció con el 72% de la población estudiada.

El estudio “Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria en una población de mujeres en edad fértil ” realizado en Bucaramanga-Colombia, mostró una prevalencia del 63.75% de mujeres con IU, estos resultados son comparables con nuestro estudio ya que la prevalencia en ambos casos los resultados son mayores al 50% de la población estudiada (75).

**Tabla 5.**

*Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.*

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (13)}}{\text{población de estudio(25)}} \times 100 = 52\%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (2)}}{\text{población de estudio(25)}} \times 100 = 8\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (3)}}{\text{población de estudio(25)}} \times 100 = 12\%$$

En cuanto a la prevalencia de la Incontinencia Urinaria según tipos, se observa que el 52% de participantes presentaron incontinencia urinaria de esfuerzo, el 12% presentó incontinencia urinaria mixta, y finalmente el tipo de IU con menor prevalencia fue la IU de urgencia con el 8%.

En nuestro estudio el tipo de incontinencia con mayor prevalencia fue la IU de esfuerzo, lo cual se relaciona con el estudio “Incontinencia Urinaria: Frecuencia y factores asociados” realizada en España, en donde se identificó que la prevalencia en general en las mujeres estudiadas representa el 55,6 sin embargo la IU de esfuerzo fue la más prevalente en relación a los otros tipos de IU (76).

**Tabla 6.**

*Evaluación de la calidad de vida IQOL test*

<b>Calidad de vida (CV)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pérdida de la CV (< 100%)	18	100%
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100%</b>

De acuerdo a la evaluación de la calidad de vida, se puede mencionar que el 100% de las mujeres con incontinencia urinaria, presentaron pérdida en su calidad de vida.

En el estudio “Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria”, realizado en España, se obtuvieron resultados similares en donde, todas las mujeres con incontinencia urinaria presentaron pérdida en su calidad de vida, del total de las mujeres evaluadas refirieron deterioro en la percepción de su estado de salud y señalan que la IU causa un gran impacto en sus vidas (13).

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

<b>IQOL-subes calas</b>	<b>% CV</b>
Evitar y limitar el comportamiento	85%
Impacto psicosocial	89.25%
<b>Vergüenza social</b>	<b>82%</b>

De acuerdo a la evaluación de la calidad de vida según subes calas, la vergüenza social presento mayor pérdida de calidad de vida con el 82%, seguido de la escala de Evitar y limitar el comportamiento con un 85% y finalmente la subes cala de impacto psicosocial con 89.25%.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación se relacionan con el estudio “Incontinencia Urinaria en mujeres de Jaén: Estudio de prevalencia” realizado en España, en donde refieren que la subes cala de mayor afectación es la de sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales (54).

**Tabla 8.**

*Relación entre tipos de incontinencia urinaria y puntuaciones de las subes calas de la calidad de vida.*

<b>IQOL-subes calas</b>	<b>IU de esfuerzo</b>	<b>IU de urgencia</b>	<b>IU mixta</b>
<b>Evitar y limitar el comportamiento</b>	87.5%	88.75%	<b>71.67%</b>
Impacto psicosocial	89.91%	96.66%	81.48%
Vergüenza social	83.69%	78%	77.33%

Con respecto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y las subes calas de la calidad de vida se encontró que, la sub escala de Evitar y limitar el comportamiento reflejó mayor pérdida de calidad de vida con el 71.67% en relación a la IU mixta, seguido de la subes cala de vergüenza social con el 77.33% y finalmente la subes cala de impacto social con el 81.48%. La sub escala de vergüenza social reflejo mayor pérdida de calidad de vida con el 78%, en relación a la IU de Urgencia, seguido de evitar y limitar el comportamiento con un 88.75% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 96.66%. La sub escala de vergüenza social reflejó mayor pérdida de calidad de vida con un 83.69% en relación a la IU de Esfuerzo, seguido de la subes cala de evitar y limitar el comportamiento con 87.5% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 89.91%.

Los datos obtenidos en nuestra investigación refieren mayor afectación de la calidad de vida en la subes cala de evitar y limitar el comportamiento en relación a la IU mixta, datos que difieren a los del estudio “Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria” realizado en Cuba, en donde la IU mixta presento mayor afectación en la subes cala de vergüenza social. Con el 34,8 % (52) .

#### **4.1. Respuestas a las preguntas de investigación**

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

El grupo etario con mayor frecuencia fue edad adulta, con un porcentaje del 72% y la edad de menor frecuencia corresponde a adultos jóvenes con el 28%. El 100% de la población pertenecen a la etnia mestiza y siendo en su mayoría primíparas correspondiendo con el 52%, seguido de mujeres multíparas con el 44% y finalmente las nulíparas con el 8%.

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

La prevalencia de la Incontinencia fue del 72%, de la población estudiada. La IU por Esfuerzo fue la más prevalente con el 52%, seguida de la IU Mixta con 12% y la IU Urgencia con el 8%.

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

El 100% de las mujeres que presentaron Incontinencia Urinaria reflejaron pérdida en su calidad de vida, siendo la sub escala de impacto psicosocial la que se mostró con mayor pérdida de calidad de vida con 89.25 % seguida de la sub escala de evitar y limitar el comportamiento 85% y finalmente la subes cala de vergüenza social con una puntuación del 82%.

##### **¿Cuál es la relación del tipo de incontinencia urinaria con las subes calas de calidad de vida?**

Con respecto a la relación entre tipos de incontinencia urinaria y las subes calas de la calidad de vida se encontró que, la sub escala de Evitar y limitar el comportamiento reflejó mayor pérdida de calidad de vida con el 71.67% en relación a la IU mixta, seguido de la subes cala de vergüenza social con el 77.33% y finalmente la subes cala de impacto social con el 81.48%. La sub escala de vergüenza social reflejo mayor pérdida de calidad de vida con el 78%, en relación a la IU de Urgencia, seguido de evitar y limitar el comportamiento con un 88.75% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 96.66%. La sub escala de vergüenza social reflejó mayor

pérdida de calidad de vida con un 83.69% en relación a la IU de Esfuerzo, seguido de la subes cala de evitar y limitar el comportamiento con 87.5% y finalmente la sub escala de impacto psicosocial con el 89.91%.

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- La caracterización sociodemográfica evidenció que la edad más frecuente en el estudio corresponde a adultos, en su totalidad pertenecen a la etnia mestiza y de las cuales la mayoría son primíparas.
- La prevalencia de la Incontinencia Urinaria fue del 72% de la población estudiada, el tipo de Incontinencia Urinaria más prevalente fue la de Esfuerzo que representa el 52 % mientras que la Incontinencia Urinaria Mixta representó el 12% y la Incontinencia Urinaria de Urgencia con 8%.
- Todas las mujeres con incontinencia urinaria, refirieron pérdida en su calidad de vida, la sub escala con mayor pérdida de calidad de vida fue la de impacto psicosocial.
- Según la relación entre sub escalas de calidad de vida y tipos de incontinencia urinaria. La de impacto psicosocial reflejó mayor pérdida de Calidad de vida en relación a la Incontinencia Urinaria Mixta.

## **5.2. Recomendaciones**

- Realizar un seguimiento a las mujeres identificadas con incontinencia urinaria con el fin de brindarles un tratamiento especializado el cual pueda evitar la afectación en la calidad de vida de las mujeres afectadas.
  
- Realizar programas de prevención y promoción de la salud acerca de la Incontinencia Urinaria, tanto en la Biblioteca como en el Departamento de Bienestar Universitario, con el fin de mejorar los conocimientos acerca de esta condición de salud, en cuanto a sus posibles causas y tratamientos, evitando así la práctica de malos hábitos con disminuir la ingesta de líquidos y con aislarse de la sociedad.
  
- Ofrecer un área en el Departamento de Bienestar Universitario, orientado a la evaluación y tratamiento de la incontinencia urinaria, a través de un profesional especializado en el área, esto con el fin de brindar atención a las mujeres empleadas y trabajadoras identificadas con incontinencia urinaria.

## Bibliografía

1. 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*. 2013 Jun;37(6):354–61.
2. 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*. 2006;33(5):172–6.
3. González M, Rivera L, Guevara A, Ranero V, Gálvez S. Clínica de Incontinencia Urinaria”. Perfil de personas mayores. *Publicación Periódica Gerontol y Geriatría*. 2016;11(2).
4. Boon kim ok, Yoon H. Prevalencia de incontinencia urinaria, micción única, orina residual, micción frecuente y nocturia en mujeres mayores de 40. *Korean J Adult Nurs*. 2013;25(6):679–89.
5. Qaseem A, Dallas P, Forciea MA, Starkey M, Denberg T, Shekelle P. Nonsurgical management of urinary incontinence in women: A clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;161(6):429–40.
6. Gonzales L, Erosa R, Janssen R, Laviada H, Mendez N. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Rev Mex Urol*. 2019;79(3):1–14.
7. Betteloni J, Lúcia V. Incontinencia urinaria en pacientes hospitalarios: prevalencia y factores asociados. *Rev Latinoam Enferm [Internet]*. 2017 [cited 2020 Feb 5];25. Available from: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)
8. Olga Rincón. Caracterización clínica de la incontinencia urinaria y factores asociados en usuarias de la Unidad de la Mujer del Centro de Salud Familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Rev Med Chil*. 2015;143(2):203–12.

9. 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*. 2017 Dec 1;41(10):624–30.
10. Lozano J, Labarta R. Incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres: impacto en la calidad de vida tras rehabilitación del suelo pélvico. *Rev Arg Urol* . 2018;83(2):60–7.
11. Suárez C, Medrano E, Díaz E, De la Casa M, Chillón R, Chamorro G. Afectación de la calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. *Fisioterapia* [Internet]. 2013;35(1):18–23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2012.05.003>
12. Stefania F, Melina G, Leandro M. Incontinencia Urinaria y sus repercusiones en la actividad sexual. *Encuentro Jóvenes Investig la Univ Nac del Litoral* [Internet]. 2017 [cited 2020 Feb 5]; Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02850220>
13. García A. Incontinencia urinaria y calidad de vida de las mujeres en una zona básica de salud. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2017;5(4):61–70.
14. Pozos C, Blanco P, Mercado M, Velez G. Almohadilla Desechable Biodegradable a ser usada en un Pañal Ecológico. *Eur Sci Journal, ESJ*. 2018;14(12):37.
15. Voner V. *El libro de la reflexología: Manipule zonas en manos y pies para aliviar el estrés*. 2007. 72 p.
16. Salas C, Alvarez L. *Educacion Para la Salud* -. 2004. 45 p.
17. Guillamás C, Gutiérrez E, Hernando A, Méndez MJ, Sánchez G, Tordesillas L. *Anatomía, fisiología y patología del aparato urinario. Equilibrio Hidroeléctrico*. 2017. p. 239.
18. John I, Ingraham C. *Introducción a la microbiología*. II. 1998. 588 p.

19. Moscoso J, Mora L, Moreno I, Zambrano L. Principales patologías del riñón. 2019.
20. Diccionario médico - Chris Brooker - Google Libros.
21. Hall J. Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica. 2011.
22. Michael R, Pawlina W. Histología: Texto Y Atlas. 2007. 72 p.
23. Katya Carrillo G, Antonella Sanguineti M. Anatomía del piso pélvico. Rev Médica Clínica Las Condes. 2013 Mar;24(2):185–9.
24. París I, Martín J, Pérez P. Influencia de la contracción del transverso del abdomen durante la técnica abdominal hipopresiva en la musculatura del suelo pélvico. 2019.
25. Victorio B. Fisioterapia en el suelo pélvico. 2017.
26. Romano S. Anatomía y Fisiología de la Micción. Sociedad Argentina de Urología. p. 1–7.
27. Campbell-Waslsch. Urología. 2015. 15-16 p.
28. Echavarría L, Mejía A, Londoño M, Correa SC, Restrepo LG, Mejía A, et al. Effects of nervous system injuries on the physiology of urination. CES Med. 2019;33(3):182–91.
29. Vallejos G, Rojas RG, Valdevenito JP, Fasce G, Castro D, Naser M, et al. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Chil Obstet Ginecol. 2019;84(2):158–65.
30. González B, Rodríguez J, de Toro A, González M. Eficacia del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en incontinencia urinaria femenina. Vol. 37, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra; 2014. p. 381–400.
31. Cortés M, Martínez F, Reynoso C, Jiménez V, Alfonso C, Leal M. Incontinencia

- urinaria “oculta” ¿afecta a la calidad de vida de nuestros pacientes? *Rev Mex Urol*. 2014 Mar 1;74(2):123–5.
32. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2018 Mar;29(2):232–41.
  33. Chapple M. Incontinencia urinaria y prolapso pelviano: epidemiología y fisiopatología. I. In: *Campbell-Walsh: Urología*. 10ma ed. Mexico, D.F.: Editorial Médica Panamericana. 2015. p. 1892–902.
  34. Guzmán J. Clasificación de las disfunciones vesicouretrales. *Rev Arg Urol*. 2012;77(4):204–2017.
  35. González L, Condé S, Silva S, Chaves R, Hernández E, Arrieta F. Incontinencia urinaria de esfuerzo por deficiencia esfinteriana. *Salud Uninorte Barranquilla Barranquilla*. 2018;34(3):784–96.
  36. Descouvieres C. Soporte de piso pélvico. *Rev Chil Urol*. 2015;80(2):11–3.
  37. León K. Incontinencia urinaria. *Rev Medica Costa Rica y Centroam*. 2016;73(619):619–253.
  38. Pérez C, Martínez M, Cruz Y, Vargas I. Respuesta de la musculatura del piso pélvico a la estimulación eléctrica transcutánea del nervio pudendo durante la biorretroalimentación para incontinencia urinaria de urgencia. *Rev Mex Urol [Internet]*. 2018 [cited 2020 Feb 5];78(5):359–65. Available from: [www.revistamexicanadeurologia.org.mx/articUlooriginal](http://www.revistamexicanadeurologia.org.mx/articUlooriginal)
  39. Deffieux X, Thubert T, Demoulin G, Rivain A-L, Faivre E, Trichot C. Incontinencia urinaria de la mujer. *EMC - Ginecol*. 2016 Mar;52(1):1–16.
  40. Piedra C. Prevalencia y factores asociados a incontinencia urinaria en mujeres entre 30- 59 años, Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca. Vol. 126, *Psychological Bulletin*. 2019.
  41. Salud OM de la. Salud de la mujer [Internet]. WHO. World Health

- Organization; 2016 [cited 2020 Feb 6]. Available from: [https://www.who.int/topics/womens\\_health/es/](https://www.who.int/topics/womens_health/es/)
42. Miniserio de Salud Publica. Programa Nacional de Salud de la Mujer - División de Prevención y Control de Enfermedades [Internet]. [cited 2020 Feb 6]. Available from: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/programa-nacional-de-salud-de-la-mujer/>
  43. Robles I, Rubio B, De la Rosa E, Hernán N. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. Rev el Resid [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 6];11(3):120–5. Available from: [www.medigraphic.org.mx/Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelacionconloscuidadosdesalud](http://www.medigraphic.org.mx/Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelacionconloscuidadosdesalud)
  44. Cardona J, Higuera L. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev Cuba Salud Publica. 2014;40(2):175–89.
  45. Fisioterapia. Aspectos del funcionamiento físico: Ejercicios terapéuticos Fisioterapia [Internet]. 2016 [cited 2020 Feb 6]. Available from: <http://fisioterapiayterapiaocupacional.blogspot.com/2016/06/aspectos-del-funcionamiento-fisico.html>
  46. Iris F. Bienestar Psicológico y Salud. Iris Fernández. 2017.
  47. Rosa Cañamero. Estados emocionales [Internet]. 2012. Available from: <https://www.execoach.es/estados-emocionales/>
  48. Couto S. Desarrollo de la relación entre inteligencia emocional y los problemas de convivencia: Estudio clínico experimental [Internet]. Vision Libros. 2011 [cited 2020 Feb 6]. p. 80. Available from: [https://books.google.com.ec/books?id=omt4j\\_0zbwoc&pg=pa79&dq=estado+emocional&hl=es&sa=x&ved=0ahukewjbhb-g1r\\_nahvkzlkxixdoqq6aeiydah#v=onepage&q=estado+emocional&f=false](https://books.google.com.ec/books?id=omt4j_0zbwoc&pg=pa79&dq=estado+emocional&hl=es&sa=x&ved=0ahukewjbhb-g1r_nahvkzlkxixdoqq6aeiydah#v=onepage&q=estado+emocional&f=false)

49. Laza P, Fontelles I. El Dolor. Los libros de Catarra. 2010. p. 27.
50. Martínez A. Funcionamiento social y su relación con variables psicoeducativas. Fundacion Dialnet. Universitat d'Alacant - Universidad de Alicante; 2016. p. 1.
51. Charia H. Estudio comparado de la percepción de Marroquies y Españolas. Universidad de Alicante. 2015.
52. Rodríguez E. 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.
53. Del U, Carreño RC, María L, Angarita-Fonseca ;, Pinto A;, Lucía A, et al. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev Ciencias la Salud.* 2015;13(1):63–76.
54. Herrero M. Incontinencia Urinaria en la mujer. *Univ Cantab.* 2013;16:639-45.(74):639–45.
55. Maritza C, Ramón 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 [Internet].* 2012 Mar [cited 2020 Feb 7];140(3):340–6. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
56. Ros C, Espuña M, Ortega J, Aliaga F, González A. La incontinencia urinaria en consultas de ginecología. ¿Todas las mujeres con síntomas desean tratarse? *Actas Urol Esp [Internet].* 2015 Dec 1 [cited 2020 Feb 9];39(10):628–34. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0210480615001783>
57. Almudena O, Alcaraz C. Repercusión de la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres mayores de 45 años en una población de Murcia. *Rev la*

- Asoc Española Enfermería en Urol [Internet]. 2014 [cited 2020 Feb 7];(127):21. Available from: [www.enfuro.es](http://www.enfuro.es)
58. Legislativo D. Constitución de la república del Ecuador [Internet]. Vol. 449, Registro Oficial. 2008 [cited 2020 Feb 16]. Available from: [www.lexis.com.ec](http://www.lexis.com.ec)
  59. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84.
  60. Narváez P. Metodología de la investigación científica y bioestadística: para médicos - Google Libros. RIL. 2009. p. 121.
  61. Thierer J. ¿Qué son los estudios de corte transversal? [Internet]. Cardiología, Sociedad Argentina de. 2015 [cited 2020 Feb 20]. Available from: <https://www.sac.org.ar/cuestion-de-metodo/que-son-los-estudios-de-corte-transversal/>
  62. Naghi M. Metodología de la investigación. Limusa. 2005. p. 92.
  63. Cruz C, Orozco S, González M. Metodología de la investigación. Editorial Patria. 2014. p. 177–8.
  64. Szklo M, Nieto J. Epidemiología intermedia: conceptos y aplicaciones. Diaz de Santos. 2003. p. 73.
  65. Grupo Oceano. Océano Práctico. Diccionario de la Lengua Española. Editorial Océano. 2017. 283-334 p.
  66. Eustat. Número de hijos [Internet]. Euskadi.eus. [cited 2020 Feb 9]. Available from: [https://es.eustat.eus/documentos/elem\\_15341/definicion.html](https://es.eustat.eus/documentos/elem_15341/definicion.html)
  67. Cegarra J. Los métodos de investigación. Diaz de Santos. 2012. p. 83.
  68. Ramírez A. Estrategias de aprendizaje y comunicación. Universidad cooperativa de Colombia. 2007. p. 21.
  69. Fuentelsaz C, Icart M, Pulpón A. Elaboración y presentación de un proyecto de

- investigación y una tesina Google Libros. Universitat de Barcelona. 2006. p. 12.
70. Elena A, Grande I. Análisis de encuestas. ESIC. 2005. p. 14.
  71. Busquets M, Urquidi C, Pertossi E. Sensibilidad al cambio de la versión español-chileno del cuestionario internacional consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) para incontinencia urinaria femenina. *Rev Med Chil.* 2016 Aug 1;144(8):1006–11.
  72. Acuña J, Salcedo T. Factores de riesgo cardiovascular asociados al estado nutricional del personal Administrativo de la Universidad Técnica del Norte, Mayo – Noviembre 2014. *Repos Digit Univ Técnica del Norte.* 2015;(November):1–19.
  73. Byron Villacís. Estructura de la población. Instituto Nacional de Estadística y Censo. 2011;
  74. Villacís B, Carrillo D. Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnóstico y Propuesta. In: Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) [Internet]. 2011 [cited 2020 Feb 9]. Available from: [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)
  75. Carreño L, Mora K, Urán G, Fonseca A. Factores de riesgo asociados a incontinencia urinaria en una población de mujeres en edad fértil de Bucaramanga, 2011. *Rev Fac Ciencias la Salud UDES.* 2014;1(1):14–20.
  76. García E, Pinto M, J L. Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia* [Internet]. 2014;37(4):145–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2014.09.002>

## Anexos

### Anexo 1: Consentimiento Informado



#### UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra – Ecuador

#### CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

##### TEMA:

“Incontinencia urinaria y calidad de vida en personal femenino del Departamento de Bienestar Universitario y Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte, 2019”

##### DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

**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 2: 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 3: Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF).

#### CUESTIONARIO DE INCONTINENCIA URINARIA (ICIQ-IU-SF)

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

Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: [https://www.aeu.es/PDF/ICIQ\\_SF.pdf](https://www.aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf)

Anexo 5: Cuestionario para la calidad de vida con incontinencia (I-QOL)

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

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

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

Fuente:[https://www.researchgate.net/publication/23999772\\_Incontinence\\_quality\\_of\\_life\\_questionnaire\\_I-QOL\\_Translation\\_and\\_validation](https://www.researchgate.net/publication/23999772_Incontinence_quality_of_life_questionnaire_I-QOL_Translation_and_validation)

## Anexo 6: Consentimiento firmado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

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

Ibarra - Ecuador

CARRERA TERAPIA FÍSICA MÉDICA

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

### DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

El Sr/a Bethy Mireya Chávez Martínez, 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: Bethy Mireya Chávez Martínez, el 17 de 06 del 2019.

#### MISIÓN INSTITUCIONAL

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

## Anexo 7: Test de Incontinencia Urinaria aplicado.

### 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



### **Anexo 8: Evidencia Fotográfica**



Autor: Varela Herrera Vanessa Jacqueline

Descripción: Recopilación de la información de la calidad de vida con el cuestionario I-QOL.

### **Anexo 9: Evidencia Fotográfica**



Autor: Varela Herrera Vanessa Jacqueline

Descripción: Recopilación de información con el cuestionario para la Incontinencia Urinaria con el cuestionario ICI-Q SF.

## Anexo 10: Certificado URKUND



### Document Information

Analyzed document	Tesis- Vanessa Varela.docx (D77868827)
Submitted	8/17/2020 6:57:00 PM
Submitted by	
Submitter email	vjvarelah@utn.edu.ec
Similarity	11%
Analysis address	cstorresa.utn@analysis.arkund.com

### Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / Tesis CARLOS GUERRA.docx</b> Document Tesis CARLOS GUERRA.docx (D64073292) Submitted by: carliche_g@hotmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 10
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx</b> Document PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx (D64843451) Submitted by: padillaevelyn2@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 6
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / VANESSA GUADALUPE TERÁN REASCOS.docx</b> Document VANESSA GUADALUPE TERÁN REASCOS.docx (D77685830) Submitted by: vgteranr@utn.edu.ec Receiver: kgesparza.utn@analysis.arkund.com	 2

  
Lic. Cristian Torres A. MSc  
Director

## **Anexo 11: Certificado del Abstrac**

9 de julio de 2020

En este correo encontrará un abstract perteneciente a:

Varela Herrera Vanessa Jacqueline

1004846604

Facultad Ciencias de la Salud

Terapia Física Médica

El cual ha sido revisado, se han cambiado estructuras y modificado de acuerdo a lo posible sin que se pierda la idea principal, y se trató así mismo salvaguardar la literalidad del texto fuente.

La estudiante puede hacer uso del Abstract solo y estrictamente para fines académicos. Se recomienda que la estudiante modifique el estilo (tipo y tamaño de letra, bordes y más) de acuerdo a sus necesidades.

Atentamente

Víctor Rodríguez