



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE TERAPIA FÍSICA MÉDICA

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA GRANDE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

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

AUTOR: Maryury Carolina Tarapuez Aguilar

DIRECTOR: Lic. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

IBARRA, 2020

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

Yo, **Lcdo. Cristian Torres Andrade MSc.** en calidad de tutor de la tesis titulada: "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA GRANDE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019", de autoría de **Maryury Carolina Tarapuez Aguilar**, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que está apta para su defensa, y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, 13 de enero del 2020

Lo certifico:



Lcdo. Cristian Torres Andrade MSc.

C.I.: 1003649686



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

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

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

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

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE CIUDADANÍA:	0401916952		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Tarapuez Aguilar Maryury Carolina		
DIRECCIÓN:	La Victoria- Ibarra		
EMAIL:	maryu96-@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2-962-452	TELF. MÓVIL:	0998827113
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	"INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA GRANDE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019"		
AUTOR (A):	Maryury Carolina Tarapuez Aguilar		
FECHA:	12 de febrero del 2020		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TÍTULO POR EL QUE OPTAN:	Licenciada en Terapia Física Médica		
ASESOR /DIRECTOR:	Lcdo. Cristian Torres Andrade MSc.		

2.- CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, 13 de enero del 2020

EL AUTOR:



Maryury Carolina Tarapuez Aguilar

C.C: 0401916952

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS-UTN

Fecha: Ibarra, 13 de enero del 2020

MARYURY CAROLINA TARAPUEZ AGUILAR "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA GRANDE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019" / Trabajo de grado. Licenciado en Terapia Física Médica. Universidad Técnica del Norte.

DIRECTORA: Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

El principal objetivo de la presente investigación fue: Identificar la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres adultas mayores que residen en el Centro Geriátrico Casa Grande. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente a los sujetos de estudio. Clasificar la incontinencia urinaria según tipos: Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida

Fecha: Ibarra, 13 de enero del 2020



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

DIRECTOR DE TESIS



Maryury Carolina Tarapuez Aguilar

AUTOR

DEDICATORIA

Este logro lo dedico con infinito amor a mis padres y hermana.

Muchos de mis logros se los debo a ellos y este es uno más, dedico este trabajo a mi madre porque me ha formado como una gran persona y me ha enseñado a dar lo mejor de mí en todo lo que quiera conseguir. Porque ha sabido ser una gran amiga y darme palabras de aliento.

Dedico este estudio a mi padre porque me ha educado correctamente enseñándome a valorar los resultados de cada esfuerzo y lo importante de ir por el camino adecuado.

Dedico este trabajo a mi hermana menor porque de cierta forma soy un modelo para su vida y quiero plasmar lo mejor de mí en su memoria.

Finalmente quiero dedicar este logro al dueño del universo, porque sin el nada sería posible.

Maryury Carolina Tarapuez Aguilar

AGRADECIMIENTO

Gracias a la Universidad Técnica del Norte por convertirme en una profesional en lo que tanto me apasiona, gracias a cada uno de mis docentes que hizo parte de todo este proceso de formación, contribuyendo en mi crecimiento humano y profesional, en especial mi más sincero agradecimiento al Lcdo. Cristian Torres que fue quien me ha guiado durante todo este proceso para la culminación del proyecto.

Gracias a la vida por poner en mi camino a padres comprensivos, amorosos y confidentes, gracias a mi madre porque siempre ha estado en el momento preciso para extenderme la mano, gracias por hacerse sentir cada día a pesar de la distancia.

Gracias a mi padre por el apoyo económico y moral, gracias papas por ser mi motivación para poder culminar esta meta, que es uno de los primeros propósitos que me verán cumplir.

Gracias a mi hermana por ser uno de mis más grandes motivos para seguir creciendo profesionalmente. No ha sido sencillo el camino hasta aquí, pero gracias a mi familia por sus aportes, su amor, su inmensa bondad y apoyo, lo he logrado.

Gracias a todos los amigos que fueron parte de este proceso.

Maryury Carolina Tarapuez Aguilar

INDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	II
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	III
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
AGRADECIMIENTO	VII
INDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
INDICE DE TABLAS	X
RESUMEN	XI
CAPITULO I.....	1
1. Problema de Investigación.....	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	5
1.5. Preguntas de Investigación	5
CAPITULO II.....	6
1. MARCO TEORICO.....	6
1.1. Sistema Urinario	6
1.2. Anatomía del suelo pélvico	7
1.3. Fisiología de la Micción	9
1.4. Incontinencia Urinaria	10
1.5. Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria.....	11
1.6. Clasificación de la disfunción vesical neuropática	13

1.7.	Mecanismos esfinterianos en la mujer	14
1.8.	Mecanismos de sostén del suelo pélvico	15
1.9.	Clasificación de Incontinencia Urinaria	15
1.10.	Factores de riesgo	17
1.11.	Mujeres y Salud	18
1.12.	Calidad de Vida	18
1.13.	Calidad de vida Relacionada con Salud	19
1.14.	Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud	19
1.15.	Calidad de vida en relación con la Incontinencia Urinaria	23
1.15.1.	Test para la evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida 23	
1.16.	Marco Ético y Legal	24
CAPITULO III		31
2.	Metodología de la Investigación	31
2.1.	Diseño de la Investigación	31
2.2.	Tipo de Investigación	31
2.3.	Localización y Ubicación del estudio	32
2.4.	Población de estudio	32
2.1.	Operalización de Variables	33
2.2.	Métodos y técnicas de recolección de información	35
2.3.	Validación de Instrumentos	36
2.4.	Análisis de datos	36
CAPITULO IV		37
4.1.	Análisis y Discusión de resultados	37
4.2.	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.....	58
Anexo 1 Consentimiento Informado.....	58
Anexo 2 Cuestionario de datos sociodemográficos.....	60
Anexo 3 Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)	61
Anexo 4 Cuestionario para la calidad de vida (I-QOL)	62
Anexo 5. Resultado Urkund	63
Anexo 6 Evidencia fotográfica.....	64

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Caracterización de la población de estudio según la edad.....	37
Tabla 2. Caracterización de la población de estudio según la etnia	38
Tabla 3. Caracterización de la población de estudio según el número de hijos	39
Tabla 4. Prevalencia Puntual de IU	40
Tabla 5. Prevalencia de IU según tipos.....	41
Tabla 6. Evaluación de la CV	42
Tabla 7. Evaluación de la CV según subescalas.....	42
Tabla 8. Relación entre tipos de IU y CV	44

RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIÁTRICO CASA GRANDE DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”

AUTOR: Tarapuez Aguilar Maryury Carolina

CORREO: mctarapueza@utn.edu.ec

Una patología que se presenta frecuentemente en el adulto mayor es la Incontinencia Urinaria (IU), principalmente en mujeres de edad avanzada. El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de IU y conocer cómo afecta la calidad de vida de las mujeres institucionalizadas en el asilo Casa Grande de Ibarra. La metodología de la investigación se basa en un diseño no experimental, en donde se evaluó y analizó a 22 mujeres, es de corte transversal, epidemiológico de prevalencia puntual, ya que se conoció el número de casos de IU en un momento determinado. El tipo de investigación es cuali-cuantitativo. Los resultados evidencian que, según la caracterización sociodemográfica hubo predominio de mujeres mayores de 85 años, de etnia mestiza y siendo en su mayoría multíparas. Existe una prevalencia de 54,54% de mujeres con IU, de las cuales el 22,72% padecen IU de esfuerzo, el 18,18% IU mixta y el 13,63% IU de urgencia. Casi el total de la población presentó afectación en la calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la más afectada asociada a la IU de esfuerzo.

Palabras claves: Incontinencia Urinaria- Calidad de vida- Adulto Mayor- Prevalencia

ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN ADULT WOMEN RESIDING IN THE CASA GRANDE HOME CARE FOR THE ELDERLY IN THE PROVINCE OF IMBABURA, 2019”

AUTHOR: Tarapuez Aguilar Maryury Carolina

E-MAIL: mctarapueza@utn.edu.ec

Urinary Incontinence (UI) is a frequent pathology in the elderly, mainly in women. The purpose of this study was to determine the prevalence of UI and to know how it affects the quality of life of women in the Casa Grande Ibarra elderly care home. The research methodology is based on a non-experimental design, where 22 women were evaluated and analyzed, it is cross-sectional, epidemiological of punctual prevalence. The type of research is qualitative- quantitative. The results show that, according to the sociodemographic characterization, there was a predominance of women over 85 years of age, mestizo and mostly multiparous.

There is a prevalence of 54,54% of women with UI, of which 22,72% suffer from SUL, 18,18% mixed UI and 13,63% UI of urgency. Almost the total population has an impact on the quality of life, with the subscale of social shame being the most affected associated with the SUL.

Keywords: Urinary Incontinence- Quality of life – Prevalence- Elderly

Victor Padua
R



CAPITULO I

1. Problema de Investigación

1.1.Planteamiento del Problema

La Incontinencia Urinaria (IU) se define como una pérdida involuntaria de orina que representa un problema higiénico y social. (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial se estima que unos 200 millones de personas sufren de IU, con independencia de la edad y sexo. La población más afectada es el sexo femenino, alcanzando el 69% de la población. (2).

Según la Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología y estudios realizados por la OMS, para el año 2050 un tercio de la población femenina entre los 45 a 65 años estará afectada por Incontinencia Urinaria a nivel mundial. (3).

La IU en Europa ha identificado tasas de IU para mujeres que van del 13.1% al 70.9%. Un estudio de la IU en España encontró que las mujeres presentan una mayor prevalencia (15.0%) que los hombres (11.6%). En Holanda, en personas mayores de 65 años se encontró una prevalencia del 46% (entre hombres y mujeres); de este porcentaje el 70.9% fueron mujeres y el 29.1% hombre. En Estados Unidos se determinó que las mujeres presentan una prevalencia (51.1%) más alta que los hombres (13,9%). (4).

La incontinencia urinaria afecta a millones de mujeres adultas en Estados Unidos durante el curso de su vida y provoca sustanciales cargas médicas, sociales y económicas. En México la IU es un problema higiénico-social frecuente en las personas mayores de 65 años alrededor del 30 al 50% la padece, su prevalencia es mayor en mujeres. (5).

La Incontinencia Urinaria actualmente constituye un problema importante de salud, puesto que suele afectar de manera adversa a la salud física, bienestar psicológico, estado social y los costos de atención a la salud. (6). El impacto económico exacto de la IU es imposible de determinar, sin embargo, ha rondado alrededor de los 20 millones de dólares anuales, de acuerdo con estudios que toman en cuenta los servicios médicos

a los que acuden con mucha frecuencia; los gastos en tratamientos conservadores y quirúrgicos, los tiempos de ausencia al trabajo por aislamiento, inactividad en rutinas laborales o por incapacidad y por diferentes razones médicas. (7).

Por tal motivo se realizaron estudios epidemiológicos específicos que permitieran conocer aspectos de incontinencia urinaria en Cuba, y si fuera necesario, el diseño de una estrategia de tratamiento. (8). En Chile se calcula que la población adulta mayor afectada por IU es del 38,5% condición que afecta negativamente la calidad de vida. (9). Sin embargo, los estudios realizados en Brasil indican que la gestación y el parto pueden causar traumas y disminuir el tono muscular, causando problemas denominados disfunciones del suelo pélvico en el 35% de la población. (10).

En el Ecuador, y particularmente en Centro Gerontológico de Guano se realizó un estudio a todas las mujeres mayores de 65 años, en donde el 100% padecen IU de esfuerzo, en las cuales se utilizó los ejercicios de Kegel como primer tratamiento, alcanzando el 70% de efectividad en la reeducación del suelo pélvico (11). En España se ha demostrado que la IU femenina constituye un importante problema de salud pública debido al impacto negativo que tiene sobre la calidad de vida de la mujer, al limitar su vida profesional, social, afectiva y sexual, dificultar la práctica de ejercicio físico y empeorar el estado de salud. (12).

Según la agencia del medio ambiente del Reino Unido el impacto de los diferentes componentes de un pañal desechable usado tanto en niños como en personas adultas son: la celulosa de madera es el componente más usado en el pañal y se extrae de árboles de pino, por lo que el uso de este material favorece a la deforestación. Por otro lado, el polipropileno y el poliéster son polímeros derivados del petróleo que poseen alta resistencia de degradación lo cual permite su acumulación cientos de años en la tierra. (13)

En la provincia de Imbabura no se han realizado estudios que demuestren el número de mujeres afectadas por incontinencia urinaria en los asilos y mucho menos se ha evidenciado como esto afecta su condición de vida; esta falta de información disminuye la probabilidad de realizar diagnósticos de IU, por lo cual las personas que padecen esta condición no consultan con un médico. Así mismo, al no encontrar datos

reales sobre este problema, no se realizan planes profilácticos en este sentido. Esto hace que la investigación proporcione información valiosa para futuros investigadores.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son los efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres adultas que residen en el Centro Geriátrico Casa Grande, provincia de Imbabura?

1.3. Justificación

El presente trabajo de tesis se realizó con el fin de conocer si las mujeres del Centro Geriátrico Casa Grande padecen incontinencia urinaria y si esta afecta su calidad de vida. Tal como muestran estudios que se han realizado a nivel mundial; evaluando a las mujeres del centro antes mencionado, mediante test debidamente validados, los cuales arrojaron datos específicos acerca de la población estudiada.

El trabajo de tesis es viable ya que hubo apoyo y autorización del director del Centro Geriátrico, firma de consentimientos informados por parte del adulto mayor, intervención del auxiliar encargado del paciente y la presencia del investigador capacitado en el tema.

El trabajo de tesis es factible ya que se contó con recursos tecnológicos, bibliográficos y test validados, con las cuales se recoge la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

Mediante este proyecto se ha beneficiado directamente el Centro Geriátrico y el investigador. De forma indirecta la Universidad Técnica del Norte y los estudiantes se verán beneficiados, ya que esta investigación servirá como base de consulta para las personas interesadas en conocer el número de mujeres afectadas por incontinencia urinaria, convirtiéndose en un aporte científico e innovador en el área de fisioterapia y de salud en general.

Mediante el estudio realizado se aspira que se realicen futuras investigaciones y ejecuten proyectos de intervención fisioterapéutica para dar solución a la Incontinencia Urinaria en el paciente geriátrico y revertir los problemas que acarrea la Incontinencia Urinaria. Si se logra dar solución a la IU se puede revertir el gasto económico, ya que las instituciones o centros geriátricos evitaban la compra del material higiénico que se requiere, así mismo, disminuirían los costos evitando contratar personal que trate la IU de los pacientes institucionalizados.

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 Centro Geriátrico Casa Grande, Provincia De Imbabura, 2019

1.4.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar sociodemográficamente 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 y sus tipos?

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

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

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Sistema Urinario

2.1.1. Riñón

En el sistema urinario encontramos los riñones localizados en la pared posterior del abdomen, posee túbulos diminutos permitiendo recibir un filtrado de sangre el cual se modifica a medida que pasa a través de las regiones del túbulo, la función de los riñones es regular el líquido extracelular en el cuerpo el cual se realiza a través de la orina. (14)

Las nefronas en los riñones son importantes ya que permiten la eliminación de sustancias, teniendo presente los cuatro procesos fundamentales del riñón, podemos tener un paso selectivo de pequeñas moléculas, agua o iones que mediante una resorción de un movimiento de sustancias que salen del lumen tubular de la nefrona, permitiendo una secreción que da movimiento a partículas precedentes de los capilares renales, logrando así una evacuación total de sustancia de la nefrona. (15).

2.1.2. Uréteres

Son dos conductos que se originan en la pelvis renal y descienden hasta alcanzar la vejiga. Su función es conducir la orina hasta la vejiga, para lo cual realiza movimientos peristálticos. Cuando se obstruye generalmente por un cálculo (litiasis), se produce el denominado cólico nefrítico en donde el uréter aumenta los movimientos peristálticos, prima en el intestino, es un órgano retroperitoneal los cuales intervienen en los procesos del aparato urinario y nace a la altura de la tercera vértebra lumbar, difiere del hombre al pasar por detrás de las vesículas seminales y del conducto deferente. En la mujer el uréter está debajo de los ovarios. (16).

2.1.3. Vejiga

Un órgano hueco de forma triangular ubicado en el abdomen inferior. Está sostenida por ligamentos unidos a otros órganos y a los huesos de la pelvis. Las paredes de la vejiga se relajan y dilatan para acumular la orina, y se contraen y aplanan para vaciarla a través de la uretra. La vejiga típica de un adulto sano puede almacenar hasta dos tazas de orina durante dos y cinco horas, la vejiga se relaja y dilata para el proceso de eliminación de la orina, intervienen los nervios del sistema nervioso voluntario para contraer y aplanar o vaciarla a través de la uretra ya que los nervios de la vejiga permiten a la persona conocer la hora de orinar o vaciar la vejiga. (17).

2.1.4. Uretra

La uretra femenina desciende casi verticalmente por delante de la vagina atravesando el periné anterior, las fibras son más delgadas, la misma que consta de dos capas interna o mucosa y externa o muscular, tiene una longitud aproximada oscila entre 3 y 5 cm. (18).

2.2. Anatomía del suelo pélvico

El diafragma pélvico se extiende desde el pubis hasta el cóccix, formando un embudo hacia el suelo de la pelvis. El músculo elevador del ano es el principal componente muscular y está formado por tres fascículos o haces: Puborrectal, pubococcígeo e iliococcígeo. Es un músculo que en reposo presenta forma de “V” o “embudo”. (19).

Cuando se contrae, se produce una elevación de este, lo que modifica el ángulo de la unión ano-rectal y dificulta la defecación. Por el contrario, su relajación, permite la alineación entre el recto y el ano y favorece la defecación. Dada su extensión, recibe inervación de diferentes niveles: plexo sacro, nervio pudendo, nervio perineal y rectal inferior. (19).

2.2.1. Plano Superficial

Esfínter externo del ano. - Se origina en la parte inferior del recto y en el peritoneo posterior se inserta por detrás en el rafe ano coccígeo se inerva por el hemorroidal y

su acción es constrictor del ano. (20).

Transverso superficial del periné. - Nace de fibras que se prolongan de la porción interna y anterior de la tuberosidad isquiática con inserción en el núcleo fibroso del periné, uniéndose en ese punto con el músculo del lado opuesto y se inerva por el pudendo su acción es la fijación del núcleo fibroso del periné. (20)

Músculo Isquiocavernoso. - nace de fibras tendinosas y carnosas en la superficie interna de la tuberosidad del isquion se inserta en la parte del isquion y rodean la porción superior de los labios de la vulva femenina se inerva del nervio perineal y participa en la erección del clítoris. (20).

Músculo bulbo esponjoso. - Se ubica en el centro del periné frente al ano, se rodea del orificio de la vagina se inerva del pudendo en la mujer contribuye a la erección y cierra la vagina. (20).

Músculo Constrictor de las paredes de la vagina. - Es propio de las mujeres y confluye el centro tendinoso completándolo se inerva del pudendo interno su acción es estática, contribuye a la solidez de la parte anterior del diafragma del periné. (20).

2.2.2. Plano Profundo

Este plano está compuesto por el musculo esfínter externo de la uretra y el musculo elevador del ano, se sitúa en su totalidad en la región urogenital del periné y está comprendida entre las dos láminas faciales del diafragma pélvico. (21).

Músculo esfínter externo de la uretra. – Este musculo está constituido por fibras superiores e inferiores, las fibras inferiores nacen a cada lado del isquion y del ligamento transverso del periné y discurre hacia atrás a cada lado de la uretra, rodea la porción membranosa de la uretra y se prolonga superiormente sobre una parte de la próstata. Tenemos un plano medio el cual se origina en las ramas inferiores del isquion y atraviesa el costado de la vagina, el glúteo medio está en la región lateral de la nalga. (22).

Músculo pubo-coccígeo. - Tiene origen en el hueso del pubis formando el ligamento ano-coccígeo y huesos cóccix, tiene ramas directas del plexo sacro (S2-S4) su acción

es asegurar la función de los órganos de la pelvis. (20).

Músculo pubo-rectal. - Se origina a ambos lados de la sínfisis púbica, rama superior del hueso del pubis se inserta al ligamento ano coccígeo, se inerva ramas directas del plexo sacro (S2-S4), asegura la función de los órganos de la pelvis. (20).

Músculo iliococcígeo. - Se origina en el arco tendinoso de la fascia del músculo obturador interno, se inserta al ligamento ano coccígeo y hueso del coxis, inervación de las ramas directas del plexo sacro (S2-S4) su acción asegura la función de los órganos de la pelvis. (20).

2.3.Fisiología de la Micción

Para comprender el problema de la incontinencia urinaria, debemos conocer cómo se produce el proceso de micción, con dos fases claramente definidas: la de llenado (continencia) y la de micción (incontinencia). En una persona sana la micción se produce cuando la vejiga alcanza su capacidad fisiológica y el lugar y momento son adecuados, en la micción, la vejiga se contrae y vacía su contenido al exterior a través del cuello vesical y la uretra: el sistema nervioso produce la contracción del detrusor y la relajación de la musculatura de la uretra y del suelo pélvico, es decir, se produce una inversión gradual de presión por la caída de presión uretral. (23).

2.3.1. Control nervioso de las vías urinarias inferiores

Vías parasimpáticas: El centro medular donde se ubica las neuronas parasimpáticas que inervan el tracto urinario inferior se encuentra en las metámeras medulares sacras. Este centro, de manera similar al centro medular simpático, recibe fibras eferentes procedentes del centro mesencefálico coordinador de la micción y las fibras aferentes procedentes de los mecanorreceptores vesicales. El centro parasimpático emite fibras eferentes motoras que inervan el cuerpo vesical estimulando los receptores de tipo muscarínico. (24).

Vías simpáticas: El centro medular donde se encuentra las neuronas simpáticas que inervan el tracto inferior. Este centro recibe fibras eferentes, que nacen del centro mesencefálico coordinador de la micción y aferentes procedentes de las terminaciones

libres sensoriales. El centro simpático emite fibras eferentes motoras que van a la vejiga estimulando a los neuro transmisores adrenérgicos. Los receptores se distribuyen principalmente en el cuello vesical y el músculo liso uretral. (24).

Vías Somáticas: El centro medular donde se encuentran las neuronas somáticas que intervienen en la función del tracto urinario inferior se encuentra en el mismo nivel metamérico que es la inervación parasimpática, pero en distinta posición dentro de esas metámeras: las neuronas parasimpáticas se localizan en las astas intermediolaterales, mientras que la inervación motora somática se localiza en las astas anteriores y la inervación sensorial somática en las astas posteriores. El centro somático recibe fibras eferentes de los centros motores superiores, a través de las vías piramidal y extrapiramidal y del centro mesencefálico de la micción y fibras aferentes sensoriales de las terminaciones nerviosas perineales a través del nervio pudendo. Este centro también contiene fibras motoras que se dirigen al nervio pudendo que inerva el al esfínter estriado periuretral y a los músculos del suelo pélvico. (24).

Vías aferentes: Esta inervación presenta centros medulares donde se establece la conexión sináptica con la neurona correspondiente y unas vías nerviosas sobre un órgano diana específico. (24).

2.4. Incontinencia Urinaria

Se conoce como un problema orgánico objetivo, con consecuencias negativas sobre el bienestar físico (higiene, olor desagradable y ropa mojada); psicológico (disminución de la autoestima y autoconcepto, aumento de los niveles de estrés, ansiedad o depresión). Típicamente se presenta con fuga urinaria continua o goteo en el contexto de vaciado incompleto de la vejiga. (25).

La incontinencia urinaria es un síntoma común que afecta a todos los grupos de edad y en ambos sexos y en el adulto mayor se considera como un síndrome geriátrico que tiene un importante impacto negativo sobre la calidad de vida, tanto en el entorno social, físico, sexual, psicológico, laboral y doméstico. (26).

2.5.Fisiopatología de la Incontinencia Urinaria

La vejiga es un órgano que cicla en dos etapas diferenciadas en la fase de continencia y la fase miccional. Para el normal funcionamiento requiere de complejas relaciones anatómicas y funcionales entre el músculo de su pared (detrusor) y su tracto de salida (esfínter interno, externo y uretra). (27).

Anatómicamente, la etapa de continencia depende de la viscoelasticidad del detrusor y de la coaptación (resistencia pasiva) del tracto de salida. La etapa miccional depende de la viscoelasticidad del detrusor de la salida (ausencia de obstrucción). Funcionalmente, la fase de continencia depende de la ausencia de contracciones vesicales y del cierre esfinteriano activo, mientras que la etapa miccional necesita de contracción del detrusor y apertura del aparato de eliminación urinaria. (27).

La coordinación y regulación de estas relaciones depende de la inervación tanto visceral como somática, la conectividad de distintos niveles neurológicos (medular, mesencefálico y cortical). (27).

La incontinencia urinaria es, por definición, un trastorno de la etapa de continencia y puede presentarse a problemas del tracto de salida, del detrusor, o de ambos. En el primer caso según el daño anatómico prioritario las incontinencias “de esfuerzo”. Existiendo un problema en la transmisión de la presión intraabdominal a la uretra proximal, debido al daño de la base músculo aponeurótica del perineo (ej. daño por multiparidad, hipoestrogenismo peri menopáusico, cirugías pelvianas). 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, que podrían relacionarse a pérdida de la normalidad vesical (capacidad de almacenar orina a baja presión) o las que se manifiesta con una ineficiencia de vaciado que conduce a incontinencia por rebosamiento. La hiperactividad vesical se puede presentar por el incremento activo de la presión intravesical durante la etapa de continencia, ya sea por contracciones fásicas del detrusor o por incremento sostenido del tono de este. (27).

En consecuencia, el almacenamiento normal de la vejiga depende de los siguientes factores:

- La presencia de un aparato urinario inferior (vejiga, uretra, esfínteres y suelo de la pelvis) funcionando, con una innervación normal.
- Mecanismos reflejos medulares que permitan que los impulsos nerviosos aferentes activen las vías simpáticas y somáticas que innervan el tracto de salida vesical.
- Sistemas inhibidores tónicos cerebrales que supriman los impulsos eferentes excitatorios parasimpáticos hacia la vejiga. (28).

Es importante identificar la anomalía vesical subyacente en forma reproducible. Las alteraciones de la vejiga que causan incontinencia urinaria incluyen la hiperactividad del detrusor y la disminución de la distensibilidad vesical. (28).

La disfunción de las vías urinarias inferiores puede ser consecuencia de los siguientes factores:

- La alteración de los mecanismos de control nervioso, periféricos o centrales.
- La disfunción del músculo vesical, ya sea primaria (de etiología incierta) o secundaria a un trastorno conocido, como la obstrucción del flujo urinario que es consecuencia de una hipertrofia prostática. (28).

Los pacientes con disfunción de las vías urinarias inferiores observadas en la práctica clínica diaria representan un grupo heterogéneo que, en la mayoría de los casos, no se asocia con una anomalía neurológica identificable. Algunos de estos pacientes padecen un trastorno nervioso o muscular primarios, como una hiperactividad idiopática del detrusor, en contraposición a una hiperactividad del detrusor secundaria a una obstrucción, en cuyo caso el mecanismo subyacente más probable es una anomalía de la innervación muscular periférica. (28).

La hiperactividad del detrusor es un hallazgo urodinámico que se caracteriza por la contracción involuntaria del detrusor, ya sea espontánea o provocada, durante la fase de llenado vesical. La hiperactividad del detrusor puede ser fásica o terminal. Los distintos patrones de hiperactividad del detrusor son los siguientes:

- La hiperactividad fásica del detrusor, se define por una onda de configuración característica y puede asociarse con incontinencia urinaria o no. Las contracciones fásicas no siempre se acompañan de una sensación o se pueden

interpretar como la percepción inicial de llenado vesical o como un deseo normal de orinar. (28)

- La hiperactividad terminal del detrusor, se define por una contracción involuntaria aislada del detrusor, coincidente con la capacidad cistométrica que no puede ser abolida y provoca incontinencia, generalmente asociada con el vaciado vesical (micción). (28)
- Hiperactividad del detrusor con incontinencia, se caracteriza por incontinencia urinaria secundaria a una contracción involuntaria del detrusor. Un paciente con sensibilidad normal puede presentar tenesmo inmediatamente antes de la pérdida orina. (28).
- Otros patrones de hiperactividad del detrusor: combinación de hiperactividad fásica y terminal del detrusor, las contracciones con alta presión contenida en pacientes que presentan lesión medular y que intentan orinar en presencia de disinergia esfinteriana. Durante el estudio urodinámico se recurre a maniobras de provocación para inducir hiperactividad del detrusor. (28)

En la práctica clínica el grado de evaluación neurológica es variable. Es probable que la relación hiperactividad neurogénica/ hiperactividad idiopática del detrusor aumente si se lleva a cabo una evaluación neurológica más exhaustiva. (28)

2.6. Clasificación de la disfunción vesical neuropática

La clasificación de disfunción vesical se puede clasificar de acuerdo con el nivel de la lesión en relación con los centros de la micción pontino y sacro. (29).

Lesiones supraespinales: los pacientes con lesiones supraespinales por lo general presentan un vaciado vesical eficiente, a menos que exista una obstrucción del tracto de salida vesical asociada. No es infrecuente una disfunción vesical preexistente, y el estudio uro dinámico desempeña una función importante para definir la anomalía y planificar estrategias terapéuticas. (29).

Lesiones suprasacras: Los pacientes que presentan lesión medular por encima del centro de la micción sacro pasan por un periodo inicial de shock espinal asociado con abolición de la actividad neurológica por debajo del nivel de la lesión. La arreflexia

del detrusor (incapacidad para generar una contracción del detrusor como consecuencia de trastorno neurológico) y la preservación de un cierto grado de competencia esfinteriana residual por lo general provocan retención urinaria que requiere sonda vesical permanente o cateterismo intermitente. (29).

Lesiones infrasacras: Ocurren con ciertas frecuencias en lesiones bajas de la médula, que no haya afectación del núcleo simpático y el nervio hipogástrico por estar situado en las últimas ramas torácicas y primeras lumbares. Al no estar presentes las contracciones del detrusor y existir resistencia ureteral por la actividad del esfínter interno, la existencia de orina es normal. Sin embargo, aun en estos casos, si el paciente consigue el vaciado vesical por media alternativa, el riesgo de tener complicaciones renales es menor que en las lesiones altas. (30).

2.7. Mecanismos esfinterianos en la mujer

Incontinencia urinaria y fecal son comúnmente encontrados en residentes de casa de reposo, se estima que afecta entre el 50% y 65% de los residentes lo que sugiere que puede haber causas comunes. (31).

La incontinencia urinaria es asociada con el envejecimiento, con una prevalencia alta en la población geriátrica, con el paso del tiempo se van produciendo cambios en nuestro organismo, como es el caso de la vejiga y estructuras que conforman el área pélvica alterando el funcionamiento de las vías urinaria bajas. (31).

Ya que la continencia depende de la vía urinaria baja, donde los riñones tiene una función primordial que es el de limpiar la sangre de sustancias innecesarias para ser enviadas a la vejiga (es una bolsa muscular que puede expandirse para su almacenamiento hasta 500ml cuando llega a su llenado total), gracias a que los nervios envía señales al cerebro cuando la vejiga esta media llena para la expulsión de la orina por medio de la uretra; realizando una contracción del esfínter exterior para que pueda contraer voluntariamente la salida de orina. La musculatura del suelo pélvico son los que se encargan del control adecuado de la vejiga. (31).

Información reciente sugiere que la incontinencia urinaria puede ser un marcador temprano de fragilidad y de mayor riesgo de mortalidad. Los pacientes frágiles

frecuentemente dependen de una persona; de faltar ésta, su continencia puede deteriorarse. (31).

2.8. Mecanismos de sostén del suelo pélvico

A modo de descripción, se pueden dividir en dos grupos

- Elementos estáticos: Fascia Endopélvica
- Elementos dinámicos: Músculo Elevador del ano.

Existe una diferencia muy importante entre el piso pélvico femenino y masculino. A pesar de que los dos describen las estructuras que completan el estrecho pélvico inferior, el piso pélvico femenino está diseñado para que pase el canal del parto a través de él, lo cual le da una connotación muy importante, ya que no solo es una estructura que contiene ciertos órganos, sino que también tiene que funcionar para que la mujer pueda parir y esto por definición significa daño y reparación. (32).

Este daño tiene que convivir con el aparato urinario, defecatorio y con la sexualidad genital de la mujer, lo cual le da relevancia a la postura de bipedestación. Si fuéramos cuadrúpedos, tendríamos el diafragma urogenital y el piso pélvico como dos diafragmas cerrando esta cavidad, sin presión, pero el hecho de ponernos de pie hace que el piso pélvico en la mujer sea una zona débil, de riesgo y el punto común donde los vectores de energía que se generan en el abdomen se dirigen. Por lo tanto, en el hombre la patología funcional es esporádica y mínima, en cambio en la mujer es muy frecuente. (32).

2.9. Clasificación de Incontinencia Urinaria

2.9.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE)

La IU de esfuerzo (IUE) consiste en la pérdida de orina que aparece con el ejercicio, esfuerzos físicos, tos o estornudos. Los escapes se producen por la apertura del esfínter uretral debido al aumento de la presión intraabdominal, en ausencia de la contracción del detrusor. Aparece típicamente en la mujer y en los hombres suele deberse a lesión esfinteriana tras cirugía de próstata o radiación. (33).

2.9.2. Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU)

Se caracteriza por la pérdida de orina, acompañada o inmediatamente precedida por la fuerte urgencia de orinar. (34).

2.9.3. Incontinencia Urinaria Mixta (IUM)

Significa que tanto la incontinencia urinaria de esfuerzo como la de urgencia están presentes simultáneamente en un paciente. (35).

2.9.4. Enuresis nocturna

Secreción urinaria en la cama o en la ropa durante la noche, episodios de incontinencia que ocurren al menos dos veces por semana durante al menos tres meses consecutivos, que producen angustia o incapacidad importante en las áreas sociales u otras áreas importantes de la vida. (36).

2.9.5. Incontinencia Urinaria por Rebosamiento o sobreflujo

Aparece en situaciones de sobre distensión vesical, diferenciándose dos mecanismos etiológicos diferentes: la obstrucción del tracto urinario de salida (hipertrofia prostática, compresión extrínseca, estenosis uretral) y la alteración contráctil vesical (lesiones medulares, neuropatía periférica y/o autonómica). La IU por rebosamiento se presenta con pequeñas cantidades de pérdida de orina sin poder vaciar la vejiga completamente. Los síntomas clínicos son la dificultad para iniciar la micción, la sensación de micción incompleta, los episodios de retención urinaria y en ocasiones la ausencia de deseo miccional. Los escapes de orina son de escaso volumen, y en ocasiones se produce la micción gracias a la prensa abdominal, permaneciendo un residuo vesical postmiccional elevado. (37).

2.10. Factores de riesgo

- **Edad**

Aunque no hay que considerar la incontinencia como una consecuencia normal del envejecimiento, hay varios cambios fisiológicos que aparecen con la edad en las vías urinarias inferiores que pueden predisponer a la incontinencia, a la vejiga hiperactiva o a otras dificultades de micción. La prevalencia aumenta a medida que la población envejece. Durante la primera etapa de la edad adulta es del 20 al 30%, un pico amplio alrededor la edad media de la vida asciende del 30% al 40% y luego un incremento continuo en las mujeres en edad avanzada que llega hasta el 50%. (38).

- **Genética**

Estudios clínicos indican que la enuresis (tipo de IU) es un trastorno genético madurativo, si bien un tercio de los casos son esporádicos, todo parece indicar que la enuresis nocturna es hereditaria a través de un modo de transmisión autosómico dominante con alta penetrancia (90%). (39)

- **Raza**

La prevalencia de la incontinencia urinaria es más elevada en mujeres blancas que en las mujeres negras o asiáticas, independientemente de los demás factores de riesgo conocidos. (6).

- **Peso**

La obesidad y el índice de masa corporal (IMC) ha identificado como factores de riesgo reversibles. (25).

- **Antecedentes Obstétricos**

El embarazo, la paridad y el parto son factores de riesgo establecidos de incontinencia urinaria. (40).

2.11. Mujeres y Salud

En 2004, el Ministerio de Salud creó el documento de la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer PNAISM. De acuerdo con la Política Nacional de Atención Integral a la Salud de la Mujer “la humanización y la calidad de la atención son condiciones esenciales para que las acciones de salud se traduzcan en la resolución de los problemas identificados con la satisfacción de las usuarias, en el fortalecimiento de la capacidad de las mujeres frente a la identificación de sus demandas, en el reconocimiento y reivindicación de sus derechos y en la promoción del autocuidado. (41).

Se enfatiza que incluso existiendo una política dirigida a la salud de la mujer y a la salud del anciano, las necesidades de salud de la mujer de edad avanzada no están contempladas en esas políticas. El proceso salud-enfermedad es un fenómeno complejo, socialmente determinado, modulado por condicionantes de orden biológico, psicológico, cultural, económico y político. (41).

2.12. Calidad de Vida

Calidad de vida es un concepto que se refiere al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades de la vida social. La calidad de vida comprende factores tanto subjetivos como objetivos. Entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social. En los factores objetivos, por su parte, estarían el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad. (42).

Padecer Incontinencia urinaria afecta la autoestima de las mujeres, llevándolas a la depresión y aislamiento, siendo un elemento desencadenante para el déficit de la calidad de vida en las mujeres. (43)

2.13. Calidad de vida Relacionada con Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades", se toma como punto de apoyo para el análisis de un concepto que, entre otras cosas, no explícita la distinción entre salud y sanidad. Tras mostrar que el concepto de salud es múltiple, complejo y relativo, y que a lo largo de la historia se ha entendido de muy diversos modos, se contemplan las virtudes y deficiencias. (44).

Desde la época de los antiguos griegos ha existido el interés por la calidad de vida. La aparición del concepto como tal es relativamente reciente y también su utilización del concepto de salud. La idea comienza a popularizarse en los años 60 hasta convertirse hoy en un concepto polivalente y multidisciplinario utilizado en disciplinas muy diversas, como son la salud, la educación, la economía, la política, la filosofía y el mundo de los servicios en general. (45).

Durante el envejecimiento existen cambios que son evidentes como: la disminución del tono muscular y acortamiento de la uretra, favoreciendo la aparición de la incontinencia urinaria, el síndrome uretral y el incremento de las infecciones urinarias. Todos estos síntomas afectan la calidad de vida de la mujer sobre todo en el aspecto relacionado con la salud sexual, lo que conlleva a disfunciones sexuales. (46).

Los expertos señalan, además, que la incontinencia urinaria tiene un alto impacto en la vida sexual de las mujeres. La mayoría de ellas tiene pérdidas de orina durante la relación sexual, lo cual se convierte en una afección que potencialmente puede repercutir en la salud mental y social de estas usuarias. (47).

2.14. Aspectos de la calidad de vida relacionada con la salud

La Calidad de vida relacionada con la salud se centra en la percepción que tiene el individuo de su propia salud y de sus capacidades, sin desconocer que puede haber diferencia entre la autopercepción y el criterio del profesional de salud, sobre lo que se considera una vida buena y, que su vez, puede haber interdependencia entre las dos apreciaciones. Así se ha incorporado el concepto al argot médico, para ser usado como

medida de los cambios de salud que experimentan las personas cuando sufren alguna enfermedad, o cuando se someten a cierto tratamiento. Son varias las definiciones sobre la CVRS, algunas ofrecen una visión integradora al considerarla como el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de los diversos dominios de su propia vida y del impacto en su estado de salud. (48).

2.14.1. Funcionamiento físico

La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor. (49).

2.14.2. Bienestar psicológico

Bienestar psicológico (BP) como el esfuerzo de perfeccionar el propio potencial, relacionado con el propósito de vida, donde la vida de la persona adquiere un significado para sí misma, mediante ciertos esfuerzos de superación y consecución de metas valiosas. (50).

El Bienestar Psicológico es conceptualizado a través de una visión eudaimónica del bienestar y explicado por un modelo multidimensional de desarrollo personal donde se especifican seis dimensiones psicológicas propias de la persona: autoaceptación (evaluaciones positivas de sí mismo y de la vida pasada; conocer y aceptar los diferentes aspectos de la persona), autonomía (autodeterminación, independencia y autorregulación, capacidad de pensar y actuar de forma autónoma, resistiendo a las presiones sociales), dominio del ambiente (habilidad para crear ambientes favorables donde poder satisfacer las necesidades y valores, aprovechando las oportunidades, sensación de control sobre los acontecimientos e influencias sobre el contexto), relaciones positivas (posibilidad de generar vínculos confiables, cálidos y satisfactorios con otras personas), propósito de vida (poseer metas y un sentido direccional e intencional, siendo capaz de dar sentido a sus experiencias presentes y pasadas y comprender el propósito de su vida) y crecimiento personal (sentido de

crecimiento y desarrollo continuo del propio potencial, y usar las diferentes capacidades al enfrentarse a nuevos desafíos y tareas característica de cada etapa evolutiva). (50).

2.14.3. Estado emocional

Uno de los principales autores Goleman (1995) describe a la inteligencia emocional como un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan el pensamiento y por ende la forma de actuar ante diversas situaciones de las personas. Define entonces a la inteligencia emocional como: “la capacidad de reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, de motivarnos y de manejar adecuadamente las relaciones”. Años más tarde Goleman modifica esta definición entendiendo a la inteligencia emocional como: “la capacidad para reconocer nuestros propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en nosotros mismos y en las relaciones interpersonales”. (51).

2.14.4. Dolor

El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele, la intensidad es la que el paciente expresa y duele tanto como el paciente dice que le duele; por lo tanto, el dolor deberá ser contemplado desde la doble vertiente de lo sensorial (mecanismo neurofisiológico que indica que algo está alterado) y lo biológico-somático (dimensión psíquica e interpretación personal). (52).

2.14.5. Funcionamiento social

El apoyo social se ha definido como la existencia o la disponibilidad de personas en las que se puede confiar, personas que le dejan saber a un individuo que es valorado, amado y que se preocupan por él. Estos autores señalan que el apoyo social posee dos elementos fundamentales: la percepción de que hay un número suficiente de personas disponibles a quienes se puede recurrir en tiempos de necesidad y un grado de satisfacción con el apoyo del que se dispone. (53).

El apoyo social es un constructo complejo que engloba tres componentes básicos:

a) Esquema de soporte: Es la estructura de conocimientos cuyo contenido incluye información acerca de la probabilidad de que otros, en general, estén disponibles o dispuestos a proporcionar apoyo en momentos de necesidad. Este esquema es análogo a los modelos internos de trabajo dentro de la teoría del apego, dado que tienen influencia sobre el proceso de información relacionada con las interacciones sociales. (53).

b) Relaciones de apoyo: mientras que los individuos tienen un esquema de soporte que incorpora sus expectativas acerca de cómo otros, en general, responderán ante alguna de sus necesidades, también tienen expectativas acerca del tipo de ayuda que recibirán de personas muy particulares, lo cual está influido por la historia de cada relación. (53).

c) Transacciones de apoyo: involucran transacciones conductuales entre al menos dos personas. Incluye los esfuerzos de elicitación del receptor para recibir apoyo de otros, la manifestación de conductas de apoyo por parte del proveedor y, consecuentemente, la recepción de apoyo por parte del receptor. (53).

2.14.6. Percepción general de la salud

El concepto de salud en adultos más que en otros grupos implica subjetividad, depende de la conjunción de los efectos de condiciones fisiológicas, habilidades funcionales, bienestar psicológico y soporte social; pero su determinación más allá de lo estrictamente médico es relevante para los clínicos, los tomadores de decisión y los investigadores que trabajan con este grupo de población. (54).

Dado que la autopercepción del estado de salud (APES) es una herramienta factible y ha sido estudiada en los últimos años; diversas investigaciones revelan que medirla, es útil como indicador global del nivel de salud poblacional. (54).

2.15. Calidad de vida en relación con la Incontinencia Urinaria

En los estudios realizados en España muestra que la calidad de vida tiene mayor afectación la Incontinencia Urinaria por Urgencia ya que posiblemente la vejiga hiperactiva disminuye la calidad de vida por la exposición de tiempo a la falta de un tratamiento adecuado, esto conllevaría otras complicaciones como la cantidad de sueño, la calidad de salud y la satisfacción de vida. (55).

2.15.1. Test para la evaluación de la incontinencia urinaria y calidad de vida

Para la evaluación de incontinencia urinaria y calidad de vida se ha utilizado dos test debidamente validados:

2.15.2. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)

Este cuestionario se lo utiliza para identificar a pacientes con incontinencia urinaria y clasificarlos según el tipo de incontinencia, el cuestionario ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire) por sus siglas en inglés, arroja un puntaje de 0 a 21 que incluye cuatro apartados, evaluando la frecuencia, cantidad de pérdida de orina, así como el impacto de estas pérdidas en la calidad de vida y un cuarto ítem para la ubicación de los participantes en el tipo de incontinencia que presentan, distinguiéndose únicamente entre la de urgencia, esfuerzo y mixta. (56).

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

Este cuestionario consta de 22 ítems que valoran las dimensiones física, psíquica y social; con una puntuación máxima posible a alcanzar de 110 puntos, con 5 puntos máximo con cada ítem, en una escala de liker. Este cuestionario se utiliza para evaluar la calidad de vida y se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social. (57).

2.16. Marco Ético y Legal

Proyecto de Constitución del Ecuador 2008.

Por la Salud que todos queremos

Título II, Derechos

Sección Séptima: Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional

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

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos, el Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad

Sección primera, Adultas y adultos mayores

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

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

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

- *Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente*
- *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.*

Sección segunda, Jóvenes

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

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

Sección cuarta, Mujeres embarazadas

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

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

Sección quinta, Niñas, niños y adolescentes

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

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

- *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.

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

Sección sexta, Personas con discapacidad

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

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

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

- *El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda.*

Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida

Eje 1: Derechos para Todos Durante Toda la Vida

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

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

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 esta puede traer efectos intergeneracionales. 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.

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.

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 todas 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. Aquí se incluye el derecho a la salud sexual y reproductiva, que permite el ejercicio de la libertad individual, basada en la toma de decisiones responsables, libres de violencia o discriminación, y el respeto al cuerpo, a la salud sexual y reproductiva individual (Consejo Económico Social de Naciones Unidas, 2016). Cabe resaltar que una educación sexual, reproductiva y de planificación familiar libre de prejuicios, permitiría la consecución del derecho a la libertad individual y garantizará la salud sexual y reproductiva.

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

Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.

Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

Promover entre la población y en la sociedad hábitos de alimentación nutritiva y saludable que permitan gozar de un nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual acorde con su edad y condiciones físicas.

Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y recategorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario. Diseñar e implementar mecanismos integrales de promoción de la salud para prevenir riesgos durante todo el ciclo de vida, con énfasis sobre los determinantes sociales de salud. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios. Impulsar la creación de programas de medicina preventiva. Incorporar personal médico y de otros servicios de salud, capacitado y especializado, dentro de los establecimientos de salud pública. Promover mecanismos de activación física y gimnasia laboral en los espacios laborales, que permitan mejorar las condiciones físicas, intelectuales y sociales de las y los trabajadores. Impulsar la generación de actividades curriculares y extracurriculares y la apertura de espacios que permitan desarrollar y potenciar las habilidades y destrezas de la población, de acuerdo con la condición etaria, física, de género y características culturales y étnicas.

CAPITULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Diseño no experimental. - Se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables, en este caso no se manipula al sujeto de estudio. (58).

Corte transversal. - Los estudios transversales se utilizan primordialmente para evaluar cuestiones de prevalencia. (59). En el presente estudio se evaluó a los sujetos de estudio y se recogió la información en un solo corte de tiempo, o en un momento temporal específico.

3.2. Tipo de Investigación

Descriptivo. - Es un método válido para la investigación de temas o sujetos específicos. (60). En este estudio mediante la investigación descriptiva se logró puntualizar las características de la población de estudio, especialmente datos sociodemográficos.

Epidemiológico de prevalencia puntual. – Se midió el número de casos de incontinencia urinaria presentes en la población, en un momento específico, es decir en una fecha puntual. (61).

Cuantitativo. - Es cuantitativo porque la información se obtuvo mediante magnitudes numéricas para llevar a cabo el análisis. (62).

Cualitativo: Fue una vía de investigación donde se recolectaron datos mediante encuestas, a través de la ficha de datos sociodemográficos aplicada a la población de estudio. (63).

3.3. Localización y Ubicación del estudio

Se realizó en el Centro Geriátrico Casa Grande ubicado en la ciudad de Ibarra-Provincia de Imbabura, entre las calles José Mejía Lequerica y Antonio de Sucre.

3.4. Población de estudio

En la investigación la población total, estuvo conformada por 22 mujeres, que pertenecen al Centro Geriátrico Casa Grande.

3.4.1. Criterios de inclusión

- Mujeres a partir de los 55 años que pertenezcan al Centro Geriátrico Casa Grande de la provincia de Imbabura
- Mujeres a partir de los 55 años que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.2. Criterios de exclusión

- Mujeres menores de 55 años que no pertenezcan al Centro Geriátrico Casa Grande de la provincia de Imbabura
- Mujeres con deterioro cognitivo, cirugía pélvica o en espera de alguna intervención quirúrgica para el tratamiento de la incontinencia urinaria.
- Mujeres a partir de los 55 años que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio

3.4.3. Criterios de Salida

- Retiro del asilo de residencia
- Participantes que no deseen continuar en el proceso de investigación

3.5. Operalización de Variables

3.5.1. Variables de Caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa discreta agrupada	Grupo etario	55-64 65-74 75-84 >85 años (IPA)	Adulto joven mayor Adulto mayor Anciano	Ficha de datos sociodemográficos	Hace medición al tiempo que ha transcurrido desde nacimiento de un ser vivo. (64)
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Grupos étnicos	Autoidentificación étnica	-Blanco		Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural. (65).
				-Mestizo		
				-Afroecuatoriano		
				-Indígena		
Número de hijos	Cuantitativa continua	Número de hijos	Sin hijos	Nulípara		El concepto de fecundidad se refiere al número medio de hijos que tienen las mujeres. (66)
			1 hijo	Primípara		
			2-4 hijos	Multípara		
			>5 hijos (OMS)	Gran multípara		

3.5.2. Variables de Interés

Con la finalidad de identificar la incontinencia urinaria y el impacto en la calidad de las mujeres adultas mayores, las cuales residen en el Asilo Casa Grande la ciudad de Ibarra, se tomó en cuenta lo siguiente:

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa nominal politómica	Tipos de incontinencia urinaria	-Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio. -Antes de llegar al servicio. -Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Esfuerzo IU Urgencia IU Mixta	Cuestionario (ICIQ-IU-SF)	La incontinencia urinaria es la pérdida del control de la vejiga.(67)
Calidad de vida.	Cualitativa nominal dicotómica	Afectación en la calidad de vida -Evitar y lim el comportamiento -Impacto psicosocial -Vergüenza Social	100% <100%	Nula afectación en la calidad de vida. Pérdida de calidad de vida.	Cuestionario (I-QOL)	Concepto de bienestar, y ha sido objeto de una atención permanente en los temas desarrollo social, cultura y economía. (68)

3.6. Métodos y técnicas de recolección de información

3.6.1. Métodos

Inductivo: A partir del análisis inductivo se llega a principios más generales. A través del proceso investigador que va de lo particular o concreto a lo universal o general. (69). Este estudio logró arrojar información general sobre la prevalencia de IU en la provincia de Imbabura, mediante datos particulares que se obtuvieron en el asilo Casa Grande.

Analítico: Este método se refiere a un procedimiento lógico que posibilita descomponer mentalmente un todo en sus partes y cualidades, en sus múltiples relaciones y componentes. (70). En este estudio se hizo un análisis mediante datos recogidos en otros países para conocer el grado de afectación en la provincia de Imbabura, a manera de comparación.

Revisión Bibliográfica: Se define como la operación documental de recuperar un conjunto de documentos o referencias bibliográficas que se publican en el mundo sobre un tema, un autor, una publicación o un trabajo específico. Es una actividad de carácter retrospectivo que nos aporta información acotada a un periodo determinado de tiempo. (71).

3.6.2. Técnicas e instrumentos

Técnicas

- **Encuesta:** Este método resulta adecuado para estudiar cualquier hecho o característica que las personas estén dispuestas a informar. (72).

Instrumentos

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

3.7. Validación de Instrumentos

3.7.1. Cuestionario de Incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

El cuestionario consta de cuatro apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de las pacientes (este cuestionario se diseñó para la investigación y la práctica general). El ICIQ-IU-SF tiene altos niveles de validez, confiabilidad y sensibilidad. Además, tiene la recomendación grado A de la Consulta Internacional de Incontinencia (ICI). Ha sido validado originalmente en el idioma inglés. El ICIQ-SF validado al español con un alfa de Cronbach de 0,917, se utiliza para estudiar la proporción de mujeres afectas y el tipo de incontinencia. (73).

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

El cuestionario ha sido validado internacionalmente, 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 en personas con incontinencia urinaria. Dicho cuestionario se divide en tres subescalas: limitación de la actividad o conducta, efecto psicosocial y preocupación social. (57).

3.8. Análisis de datos

Con la información obtenida de los cuestionarios se procedió a realizar una base de datos en Excel, la cual servirá para la obtención de los valores requeridos en las tablas mediante el programa IBM SPSS Statics 25, estos datos se organizarán en tablas para la presentación y análisis de los resultados.

CAPITULO IV

4.1. Análisis y Discusión de resultados

Tabla 1

Caracterización de la población de estudio según edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje
(55-64 años) Adulto	1	4,54%
Mayor Joven		
(65-74 años) Adulto	4	18,18%
Mayor maduro		
(75-84 años) Adulto	3	13,64%
Mayor		
(>85 años) Anciano	14	63,63%
Total	22	100%

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población de estudio según la edad evidencian que existe un predominio del rango de edad mayor a 85 años con un porcentaje de 63,63%; seguido de 65 a 74 años con 18,18%; 75 a 84 años con 13,64% y finalmente un 4,54% que corresponde a personas de 55 a 64 años.

Un estudio realizado en Ecuador acerca de las "Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores de la comunidad indígena Zuleta, Imbabura, Ecuador" expresa que en la región Sierra existen aproximadamente 596.429 adultos mayores, en donde el 53,4% de la población son mujeres. En este estudio se trabajó con una muestra de 41 adultos mayores de los cuales el 70,73% eran mujeres con edades entre 75 a 89 años, este rango de edad se relaciona con nuestro estudio, ya que se encuentra dentro de los dos últimos rangos pertenecientes al de 75 a 84 años (adulto mayor) y personas con más de 85 años (ancianos) (74).

Tabla 2

Caracterización de la población de estudio según la etnia

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	21	95,5%
Afroecuatoriano	1	4,5%
Total	22	100%

En los resultados obtenidos en cuanto a la caracterización de la población de estudio según etnia, se evidencia que predomina la etnia mestiza con un 95,5% y apenas el 4,5% se consideran afroecuatorianas.

Según el INEC en el último censo poblacional realizado en Ecuador en 2010 indica que existe una población de 65,7% de mestizos, el 25,8% son indígenas, el 5,4 % afroecuatorianos, blancos el 2,7%, montubios 3% y otros 1% en el Ecuador. (75). Datos que coinciden con el presente estudio, considerando que la población ecuatoriana es biodiversa en su etnia existiendo un predominio de la etnia mestiza.

Tabla 3

Caracterización de la población de estudio según el número de hijos

Número De Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Nulíparas (0 hijos)	3	9,1%
Múltiparas (2-4 hijos)	15	68,2%
Gran Múltiparas (>5 hijos)	5	22,7%
Total	22	100%

La distribución en cuanto a la caracterización de la población de estudio según el número de hijos indica que, el 68,2% son múltiparas, seguido de gran múltiparas con 22,7% y finalmente en menor porcentaje con el 9,1% mujeres nulíparas.

En un estudio realizado en Argentina acerca de "Estilos de crianza percibidos y su relación con variables sociodemográficas en adultos que consultan por sus hijos" indica que predominan los hogares con 3 hijos en un 32%, seguido de 2 hijos con 28% y un hijo con 20%, estos datos se relacionan con nuestro estudio ya que la mayor parte de la población son mujeres múltiparas que tienen de 2 a 4 hijos. (76).

Según un estudio registrado en Argentina por la Dra. Foschiatti Ana María acerca de "La Natalidad Y La Fecundidad" el promedio de hijos por mujer en Latinoamérica es de 2 a 4 hijos, mientras que en África se registra un promedio de 4 a 6 hijos por mujer. Todos estos datos concuerdan con nuestro estudio debido a que el mayor porcentaje de la población son mujeres múltiparas que tienen de 2 a 4 hijos. (77).

Tabla 4

Prevalencia puntual de incontinencia urinaria

$$P = \frac{\text{numero de afectados (12)}}{\text{población de estudio(22)}} \times 100 = 54,54\%$$

Los resultados en cuando a la prevalencia de incontinencia urinaria indican que, el 54,54%, de la población de estudio presenta Incontinencia Urinaria.

Según un estudio realizado en Chile acerca de "Prevalencia de Incontinencia Urinaria en el postparto" expresa que existe una prevalencia de IU del 72,1% en las mujeres del Hospital Regional de Antofagasta de este país, datos que se relacionan con nuestro estudio debido a que en ambos casos la prevalencia de IU en mujeres es alta superando la mitad de la población. (78)

Tabla 5

Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos

$$PIUE = \frac{\text{numero de afectados IUE (5)}}{\text{población de estudio(22)}} \times 100 = 22,72\%$$

$$PIUU = \frac{\text{numero de afectados IUU (3)}}{\text{población de estudio(22)}} \times 100 = 13,63\%$$

$$PIUM = \frac{\text{numero de afectados IUM (4)}}{\text{población de estudio(22)}} \times 100 = 18,18\%$$

Los resultados en cuanto a la prevalencia de incontinencia urinaria según tipos muestran que, el 22,72%, de los sujetos de estudio presentaron Incontinencia Urinaria de Esfuerzo, seguida por la Incontinencia Urinaria Mixta con 18,18% y finalmente la Incontinencia Urinaria de Urgencia con 13,63%.

Un estudio realizado por la Revista Mexicana de Urología acerca de las "Complicaciones de la colocación de malla sintética vaginal para la incontinencia urinaria" estima que el 51% de las mujeres presentó IU de Esfuerzo. Este resultado se relaciona con nuestra investigación debido a que, en ambos estudios la incontinencia urinaria de esfuerzo resultó ser la más prevalente. (79).

Otro estudio que concuerda con nuestros datos fue realizado en Perú acerca de la "Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria" que muestra que del total de la población estudiada la prevalencia de IU de esfuerzo fue la más alta con 55,5% seguido de IU mixta con 35,5% y 8,8% de IU de urgencia, resultados que se asemejan a los de nuestro estudio en donde la IU de esfuerzo es la que predomina. (80).

Tabla 6*Evaluación de la Calidad de vida I QOL test*

Calidad De Vida	Frecuencia	Porcentaje
Nula afectación en la CV (100%)	1	8,3%
Perdida de CV (<100%)	11	91,7%
Total	12	100%

Al evaluar la calidad de vida de los pacientes del Asilo Casa Grande se evidencia que existe pérdida en la calidad de vida con un porcentaje de 91,7%, mientras que apenas el 8,3% presenta nula afectación en la calidad de vida.

Según un estudio realizado en La Habana- Cuba acerca de los "Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer" indica que el 59% del universo presentó afectación en la calidad de vida entre moderada y severa dependiente de defectos del suelo pélvico, estos datos se relacionan con nuestro estudio, debido a que la mayor parte de la población sufre impactos en su calidad de vida por incontinencia urinaria. (81).

Tabla 7

Evaluación de la calidad de vida según subescalas

I-QOL	Porcentaje
Evitar y limitar el comportamiento	57,29%
Impacto psicosocial	72,77%
Vergüenza social	52,33%

Al realizar la evaluación, se pudo obtener los siguientes resultados en relación con la calidad de vida; la subescala con mayor afectación es la de vergüenza social con un 52,33%, seguida de evitar y limitar el comportamiento con 57,29%, y finalmente con menor afectación la de impacto psicosocial con el 72,77%.

Según un estudio realizado por la Revista Turca de Geriatría acerca de "Calidad de vida y factores asociados con esta en mujeres mayores con incontinencia urinaria" indica que, la puntuación de mujeres en subescalas según el I-QOL fue la siguiente: comportamiento limitante 36%, impacto psicológico 45%, vergüenza social 25%; en donde demuestra que la subescala de vergüenza social es la más afectada, al igual que en nuestro estudio, ya que a menor porcentaje mayor es la afectación. (82).

Tabla 8

Relación entre tipos de incontinencia urinaria y subescalas de calidad de vida

IQOL Subescalas	IU Esfuerzo	IU Urgencia	IU Mixta
Evitar y limitar el comportamiento	60%	65%	50%
Impacto Psicosocial	80%	80%	64%
Vergüenza Social	25%	60%	47%

El análisis acerca de la relación entre tipos de incontinencia urinaria y calidad de vida muestra que, en la IU de esfuerzo, se encuentra la subescala de mayor afectación siendo la vergüenza social con el 25%, seguida de la de evitar y limitar el comportamiento con el 60%, y con menor afectación impacto psicosocial 80%. En la incontinencia urinaria de urgencia, la escala más afectada es la vergüenza social con el 60%, seguida de evitar y limitar el comportamiento con el 65%, y menor afectación impacto psicosocial con el 80%. Finalmente, en la incontinencia urinaria mixta, se evidencia mayor afectación de la subescala de vergüenza social con el 47%, coincidiendo con los otros tipos de incontinencia; seguido de la de evitar y delimitar el comportamiento con el 50%, y con menor afectación la de impacto psicosocial con el 64%.

El estudio "La efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes- después, 67 casos" realizado en España muestra que, el mayor impacto en la calidad de vida se dio en la IU de esfuerzo relacionado con la subescala I-QOL vergüenza social con 56,5%, datos que concuerdan con nuestro estudio ya que la mayor afectación se dio en IU de esfuerzo relacionado con vergüenza social. (83).

Según un estudio realizado en Brasil acerca de "La Repercusión Causados por Incontinencia Urinaria en Calidad de Vida de Anciano", la prevalencia de IU es alta ya que interfiere negativamente en la calidad de vida en 8 de 10 mujeres evaluadas, en

aspectos como el aislamiento social, miedo a orinar involuntariamente en lugares públicos y restricciones de actividad generando baja autoestima. Los cambios del envejecimiento comprometen la calidad de vida del adulto mayor, reducen la autoestima y limitan la autonomía del individuo. (84).

4.2.Respuestas a las preguntas de investigación

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

En la caracterización de las mujeres que se encuentran institucionalizadas en el Centro Geriátrico Casa Grande de la ciudad de Ibarra, según la edad, el 63,63% son ancianas con mayores a 85 años, el 18,18% son adultas mayores maduras con edades comprendidas entre 65 a 74 años, el 13,64% son adultas mayores entre los 75 a 84 años y finalmente el 4,54% son adultas mayores jóvenes. En cuanto al grupo étnico en su mayoría pertenecen a la etnia mestiza con el 95,5% y el 4,5% son mujeres afroecuatorianas. Finalmente, en relación con el número de hijos, se encontró un gran número de mujeres multíparas con 2-4 hijos con un 68,2%, seguido del 22,7% siendo mujeres gran Multíparas con más de 5 hijos y finalmente el 9,1% lo comprenden mujeres Nulíparas, es decir sin hijos.

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

La investigación realizada en el Centro Geriátrico Casa Grande muestra que la prevalencia de Incontinencia Urinaria es del 54,54 %. De los cuales se evidencia que, la IU de Esfuerzo presenta mayor prevalencia con un 22,72%, seguido por IU mixta con un 18,18% y finalmente la IU de urgencia con el 13,63% del total de la población estudiada.

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

En el proyecto desarrollado en el Centro Geriátrico Casa Grande se evidencia que existe una afectación en la calidad de vida del 91,7% de las mujeres institucionalizadas y apenas el 8,3% no tiene afectación en su calidad de vida. Según la evaluación de la calidad de vida por subescalas se demostró que, la mayor afectación se presentó en la

subescala de vergüenza social con un 52,33%, seguido de limitación en el comportamiento con 57,29% y finalmente el impacto psicosocial con un 72,77%. Cabe mencionar que, a menor porcentaje, existe mayor afectación en la calidad de vida.

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

Los resultados estudiados durante la investigación en el Centro Geriátrico Casa Grande muestran mayor afectación en la subescala de vergüenza social, en los tres tipos de incontinencia, sin embargo, presenta mayor afectación relacionada a la Incontinencia Urinaria de esfuerzo con un puntaje del 25%.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- La caracterización de los sujetos de estudio mostró que el grupo de edad que predomina fueron personas mayores a 85 años; siendo la mayoría de etnia mestiza; y multíparas.
- La prevalencia de IU correspondió al 54,54% de la población de estudio, el tipo de incontinencia urinaria más frecuente fue la IU de esfuerzo representado por el 22,72%, seguido de IU mixta con 18,18% y en menor cantidad, mujeres con IU de urgencia con 13,63%, que se evidenció mediante el cuestionario (ICIQ-IU-SF).
- Según la evaluación de la calidad de vida se identificó que la mayor parte de los sujetos de estudio presentó afectación en su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la mayormente afectada.
- En cuanto a la relación entre calidad de vida y tipos de IU se determinó que, la subescala con mayor pérdida de calidad de vida fue la de vergüenza social, en las mujeres que presentaron IU de esfuerzo.

5.2. Recomendaciones

- Hacer uso de la información recogida en la presente investigación, para proponer tratamientos fisioterapéuticos de incontinencia urinaria, en la población estudiada, con el objetivo de socializarlos y disminuir la Incontinencia Urinaria
- Capacitar al personal de salud que pertenece a centros geriátricos, acerca de Incontinencia Urinaria sobre sus causas y posibles soluciones para disminuir todos los problemas que trae consigo esta enfermedad.
- Que se repliquen estudios de este tipo a nivel nacional, para que la sociedad conozca acerca de esta condición, y sirva como una medida de prevención, para evitar la pérdida de la calidad de vida
- Que se socialice este tipo de información en los centros médicos mas frecuentes para que las mujeres conozcan acerca de esta enfermedad y acudan a un médico a la realización del examen respectivo para evitar posibles diagnósticos de Incontinencia Urinaria

BIBLIOGRAFIA

1. Society IC. No Title [Internet]. OMS. 2019. p. 1. Available from: <https://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
2. Indira Castañeda Biart DI, Jacqueline del Carmen Martínez Torres DI, Ángel García Delgado JI, Elsa María Rodríguez Adams LI, Neysa Margarita Pérez Rodríguez I Policlínico Universitario G DI, de la Revolución La Habana Cuba P. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. Revisión bibliográfica Epidemiological aspects in urinary incontinence. Bibliographic revision. Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]. 2016;8:88–98. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
3. Musibay ER, Borges Sandrino RS. Quality of life questionnaires for women with pelvic floor dysfunction. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2016;42(3):372–85.
4. Vista de Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres de 45-65 años del Hospital Padre Carollo [Internet]. [cited 2019 Dec 15]. Available from: <https://medicienciasuta.uta.edu.ec/index.php/MedicienciasUTA/article/view/168/133>
5. Blechacz B, Gores GJ, Cca A. Diagnostico Y Tratamiento. Onceava. The Ohio State University, Columbus O, editor. Los Angeles; 2005. 308–321 p.
6. Albaneida M, Arrocha M. Impacto de la incontinencia urinaria. 2015; Available from: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2189/>
7. José S, Rica C. Comparación sobre la eficacia de la técnica de Sling versus la Colposuspensión de Burch en la corrección quirúrgica de la incontinencia urinaria de esfuerzo en las mujeres adultas Comparison on the Efficacy of The Sling Technique Versus the Burch Colposus. 2018;4(4):52–70.
8. Castañeda Biart I, Del Carmen Martínez Torres J, Ángel García Delgado J, Ruiz Valdés-Prado Policlínico M, Habana L. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología [Internet]. Vol. 5, RESUMEN Rev Cub Urol. 2016 [cited 2019 Dec 15]. Available from:

<http://www.revurologia.sld.curcurologia@infomed.sld.cu><http://www.revurologia.sld.cu>

9. Rincón Ardila O. [Prevalence and risk factors for urinary incontinence among women consulting in primary care]. *Rev Med Chil* [Internet]. 2015;143(2):203–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25860363>
10. Palma UR, Humana FDEM. Grado de depresión asociado a incontinencia urinaria en mujeres en el hospital daniel alcides carrión , en el mes de noviembre a diciembre del. 2019;(C).
11. Chang Calderin O, Pérez Rodríguez M, Figueredo Villa K, Llori Otero KM, Torres Pérez M, Torres Pérez M. Efectividad de la reeducación del suelo pélvico en adultas mayores con incontinencia urinaria de esfuerzo. *Eff pelvic floor re-education elder women with Stress Urin incontinence* [Internet]. 2019;35(1):1–14. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=138196057&site=ehost-live>
12. De Viñaspre-Hernández RR, Rubio-Aranda E, Tomás-Aznar C. Prevalence, predictor factors and clinical record documentation on urinary incontinence in pregnant women of La Rioja. *Matronas Prof.* 2015;16(4):e1–8.
13. Rica UDC, Ser P, Pre UN a, Al P. Universidad de Costa Rica Sede Occidente. 2015;
14. Fox SI. Fisiología Humana. In: McGraw-Hill, editor. *Fisiología Humana*. Silverchai. 2019. p. Capítulo 17.
15. Estefanía K, Castelo A, Sonia M, Riobamba -Ecuador A. Ejercicios De Kegel Para Fortalecimiento Del Suelo Pélvico En Adultos Mayores Con Incontinencia Urinaria Del Hospital Geriátrico Dr. Bolívar Arguello-Riobamba, 2017- 2018. 2018;2017–8. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4736/1/UNACH-EC-FCS-TER-FIS-2018-0004.pdf>
16. Virtual A. Pontifica Universida Catolica de Valparaiso [Internet]. 2019. Available from: <http://www.anatomiahumana.ucv.cl>

17. Packard L. Children's Hospital Stanford [Internet]. 2019. Available from: www.stanfordchildrens.org
18. Ramos LV. Revista cubana de. Rev Cuba Artritis Septica [Internet]. 2018;38(2):172–7. Available from: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
19. Pinto Varela A. Revision de la Anatomia Pelvica [Internet]. España; 2015. Available from: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/53560937/anatomia_pelv
20. Porrero JAG. Anatomia Humana. MacGraw-Hi. Central PE, editor. España; 2015.
21. Torres M. Complicaciones de la episiotomia [Internet]. 2015. Available from: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/7266/1/-04.pdf>
22. Quelal DM. Salud Canal Mafre [Internet]. 2016. p. 1. Available from: www.salud.mapfre.es/
23. Moreno, Eduardo Verde; Diezhandino MG. Fisiología de la micción. In: editor. Fisiología Humana. Universida. Madrid; 2019. p. capitulo 34.
24. Olivares JI. Pautas De Actuación Y Seguimiento. Septima. Rodriguez Fjs, Editor. Coruña: Complejo Hospitalario Universitario Coruña; 2016.
25. Maestría TRDE, Gómez MR, Vázquez LG. Función sexual e incontinencia urinaria de esfuerzo en población femenina Autoras : Andalucía; 2018.
26. Almeida Benavides CL. “Incontinencia Urinaria En La Tercera Edad: Análisis En La Provincia De Tungurahua” [Internet]. Ambato; 2019. Available from: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/29322/2/.pdf>
27. Chiang H, Valdevenito R, Mercado A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2018;29(2):232–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2018.02.011>
28. Campbell Walsh. Urología. 10a edició. editorial Medica Panamericana, editor. Mexico; 2015. 1043 p.
29. Wash C. Urologia. Editorial. Jorge Fridman , Ubaldo Patrone KT, editor. Mexico: 2015; 2015. 1900 p.
30. Alapont JM. Vejiga neurogena. In: Martinez E, editor. Vejiga neurogena.

- Hospital I. Valencia; 2000. p. 287–90.
31. Medicina FDE. Incontinencia Urinaria y Papel del. 2017; Available from: <https://eprints.ucm.es/41555/1/T38497.pdf>
 32. Pr A. Ginecología. 2019;62(2):187–93.
 33. Miguel BC de. Trastornos de la eliminación urinaria en el paciente mayor. Medicine. Carlos UHUCS, editor. Madrid; 2018.
 34. Dos Santos Tavares DM, Oliveira Barreto G, Dias FA, Pegorari MS, Martins NPF, Dos Santos Ferreira PC. Differences in the indicators of quality of life for older adults with hypertension living in urban and rural areas of minas gerais, Brazil. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32(1):58–65.
 35. Haque A, Wang Z, Chandra S, Dong B, Khan L, Hamlen KW. FUSION - An online method for multistream classification. Vol. Part F1318, International Conference on Information and Knowledge Management, Proceedings. 2017.
 36. Ferrari RA, Carvalho FA, Silvares EFM, Pereira RF. Enuresis Noturna: Associações entre Gênero, Impacto, Intolerância Materna e Problemas de Comportamento. *Psicol - Teor e Prática*. 2015 Apr 27;17(1):85–96.
 37. Bravo CV. Incontinencia y retención urinaria. In: tratado de geriatría para residentes [Internet]. 2018. p. 111–38. Available from: https://www.lib.uwo.ca/cgi-bin/ezpauthn.cgi?url=http://search.proquest.com/docview/616369794?accountid=15115%5Cnhttp://vr2pk9sx9w.search.serialssolutions.com/?ctx_ver=Z39.88-2004&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&rft_id=info:sid/ProQ%3Apsycinfo&rft_val_fmt=info:
 38. Durán M, Molina L. Prevalencia Y Factores De Riesgo De La Incontinencia Urinaria De Esfuerzo En Mujeres Atendidas En Consulta Externa De Urología Y Ginecología Del Hospital Vicente Corral Moscoso. Periodo Enero 2012 - Diciembre 2014. Univ Cuenca [Internet]. 2016;44. Available from: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883713/iu-final_rev.pdf
 39. Ormaechea D. Revelan que hay una causa genética en la Enuresis [Internet]. *Salud*. 2016. p. 1. Available from:

<https://www.diario4v.com/salud/2016/9/15/revelan-causa-genetica-enuresis-11502.html>

40. Deffieux X. Incontienencia urinaria de la mujer. Ginecología- Obstétrica. EMC-Ginec. EMC, editor. 2016. 300A-10 p.
41. Christina L, Carvalho LP, Tocantins SM, Romijn F. Necesidades de salud de la mujer mayor en el contexto de la atención primaria de salud : revisión integral Necesidades de saúde da mulher idosa no contexto da atenção básica : revisão integrative Health needs of the elderly woman in the context of primar. 2015;375–88.
42. OMS. Salud, Organización Mundial de la Salud [Internet]. Calidad de Vida. 2019. p. 1. Available from: www.who.int
43. Silva Muñoz MA, Gallardo Hormazábal M, López Vera C, Santander Núñez C, Torres Rojas J. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2018;44(1):1–14. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100003
44. OMS. Salud, Organización Mundial de la Salud [Internet]. 23 de Agosto. 2019. p. 1. Available from: www.who.int
45. Lendínez Cc. La Incontinencia Urinaria En Mujeres De Jaén, Estudio De Prevalencia E Impacto En Su Calidad De Vida [Internet]. Universidad de JAEN; 2016. Available from: <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/794/1/9788491590460.pdf>
46. Galarraga V. Universidad Central Del Ecuador. Univ Cent Del Ecuador. 2017;105.
47. Urinaria I, Mar A, Rodr L, Gonz AG, Mar V, Aparicio R, et
48. Cáceres-Manrique FDM, Parra-Prada LM, Pico-Espinosa OJ. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. Rev Salud Pública. 2018;20(2):147–54.
49. Camargo C. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar Functionality and degree of.

- 2017;28(3):135–41.
50. Mesa-fernández M, Pérez-padilla J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia Psychological well-being in non-dependent active elderly individuals and its relationship with self-esteem and self-efficacy. 2018;115–24.
 51. Bonifás, Ibeth & Yupa M. Universidad Nacional De Chimborazo. Univ Nac Chimborazo [Internet]. 2019;57. Available from: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/1381/1/UNACH-EC-AGR-2016-0002.pdf>
 52. Torre FT de la. Buena Práctica Clínica en Dolor y su tratamiento. Editorial: Alcocer A, editor. Madrid: 1 edición; 2004.
 53. García-Torres M, García-Méndez M, Rivera-Aragón S. Apoyo social en adultos mexicanos: validación de una escala. Acta Investig Psicológica [Internet]. 2017;7(1):2561–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aippr.2017.02.004>
 54. Castaño-Vergara DM, Cardona-Arango D. Percepción del estado de salud y factores asociados en adultos mayores. Rev Salud Publica. 2015;17(2):171–83.
 55. Angulo. JC. ScieDirect. Impacto del Número de Episodios [Internet]. 2016 Apr;173–82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210480615002612>
 56. Jiménez-Rodríguez J, Carbajal-Ramírez A, Meza-Vázquez H, Moreno-Palacios J, Serrano-Brambila E. Prevalencia de síntomas urinarios en mujeres con diabetes mellitus Prevalence of urinary tract symptoms in women with Diabetes Mellitus. Aportaciones Orig Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2016;54(1):70–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im1611.pdf>
 57. Rodríguez Adams EM. Factores de riesgo no obstétrico y calidad de vida en mujeres de edad mediana con incontinencia urinaria. Rev Cuba Obstet y Ginecol. 2014;40(1):119–35.

58. Argimon JM, Villa JJ. Metodos de Investigacion Clinica y epidemiologica. In: DRK Edicion, editor. Metodos de Investigacion [Internet]. 5ta edicio. Barcelona- España: 2019; 2019. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ogCiDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=diseño+no+experimental+2019&ots=lcWN-GDI2s&sig=XFbc7kCvaMIIMB0yNZ775F6kWgc#v=onepage&q=diseño no experimental 2019&f=false>
59. Rodríguez M, Mendivelso F. Diseño de investigación de Corte Transversal. Rev Médica Sanitas. 2018;21(3):141–6.
60. Cardona-arias JA. Redalyc.Ortodoxia Y Fisuras En El Diseño Y Ejecución De Estudios Descriptivos. 2015;
61. Fajardo-Gutiérrez A. Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg México. 2017;64(1):109.
62. Mousalli-Kayat G. Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa. Mérida [Internet]. 2015;(June):39. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/303895876>
63. Cadena P, Rendón R, Aguilar J, Salinas E, De la Cruz F del R, Sangerman DM. Métodos cuantitativos , métodos cualitativos o su combinación en la investigación : un acercamiento en las ciencias sociales * Quantitative methods , qualitative methods or combination of research : an approach in the social sciences Resumen. Rev Mex Ciencias Agrícolas [Internet]. 2017;8(7):1603–17. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=263153520009>
64. Definicion. Definicion [Internet]. 2015. p. 1. Available from: <https://definicion.de/edad/>
65. Significado.net. Etnia [Internet]. 2015. Available from: <https://significado.net/>
66. Malthus TR. Manual Básico de la Economía de Mercado [Internet]. 2015 [cited 2019 Sep 29]. p. 1. Available from: <http://www.juntadeandalucia.es/>
67. MedlinePlus. Incontinencia Urinaria [Internet]. Diciembre 2019. 2019. p. 1. Available from: <https://medlineplus.gov/>
68. J ÁM. Ecured.cu [Internet]. Definicion. 2019 [cited 2019 Sep 29]. p. 1.

Available from: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida

69. Fernández Riquelme S. Si las piedras hablaran. *Metodología cualitativa de Investigación en Ciencias Sociales*. 2017;4–30.
70. Omar A, Ean R. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. 2017;(82):179–200.
71. Goris. Sjg. Utilidad Y Tipos De Revisión De Literatura. 2015;3. Available from: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/495/guirao>
72. Lopez P. *Metodologia de la Investigación Social Cualitativa*. Creative C. Barcelona UA, editor. Barcelona: I edicion; 2015.
73. Maritza Busquets C, Ramón Serra T. Validación del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (FONASA). *Rev Med Chil*. 2012;140(3):340–6.
74. Riginales O, Villarruel DJ, Guzmán JH, Cabascango KC, Reascos Y, Figueroa TV, et al. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores de la comunidad indígena Zuleta , Imbabura , Ecuador. 2019;1–4.
75. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Fascículo provincial Imbabura. Result del Censo 2010 la población y vivienda en el Ecuador [Internet]. 2010;8. Available from: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>
76. Percibidos EDEC, Hijos PORSUS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* Estilos De Crianza Percibidos Y Su Relación Con Variables Socio- Por Sus Hijos Socio-Demographic Variables In Adults Consulting For Their Children. 2018;(2):639–62.
77. Foschiatti AM. La natalidad y la fecundidad. *Geográfica Digit*. 2017;7(13):1.
78. Diaz Ramírez F, Fuentes Díaz M, Rivadeneira Rozas A. Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto. *Rev Cuba Obstet y Ginecol* [Internet]. 2017;43(2):1–11. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-
79. Mayorga-Gómez E, Gómez-S. J, Herrera-M. JA, Preciado-E. DA, Sedano-B.

- JE, Trujillo-O. L, et al. Complicaciones de la colocación de malla sintética vaginal para la incontinencia urinaria de esfuerzo. *Rev Mex Urol* [Internet]. 2015;75(3):132–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.uromx.2015.03.001>
80. De La Hoz FJE, Gallego HO. Evaluation of the improvement in sexuality in women undergoing treatment for urinary incontinence. *Rev Peru Ginecol Obs.* 2017;63(4):537–46.
 81. Castro RA, Santisteban Alba S, Delgado Peruyera L, Fernández Maderos I. Defectos del suelo pélvico y su impacto en la calidad de vida de la mujer. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2017;33(2):171–9.
 82. Demir G, Erbesler ZA. Quality of life and factors associated with it in elderly women with urinary incontinence. *Turk Geriatr Derg.* 2017;20(3):213–22.
 83. M.Fernández-CuadrosabM.Albaladejo-FlorínbS.Álava-RabasabO.Pérez-Morob. Efectividad de 6 sesiones de biofeedback manométrico en la incontinencia urinaria y la calidad de vida: estudio prospectivo tipo antes-después, 67 casos. *Sci direct* [Internet]. 2019;53:146–54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0048712019300337>
 84. Botelho De Matos MA, Alves Barbosa BL, Costa MC, Rocha FCV, Landim Almeida CAP, Amorim FCM. The Urinary Incontinence Repercussions Towards the Elderly's Life Quality / As Repercussões Causadas pela Incontinência Urinária na Qualidade de Vida do Idoso. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online.* 2019;11(3):567.

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: "EFECTOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS MUJERES ADULTAS QUE RESIDEN EN EL CENTRO GERIATRICO CASA GRANDE, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019"

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

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

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

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

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

MISIÓN INSTITUCIONAL

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



Scanned with
CamScanner



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. Maria Paula Minda, 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 con el presente documento.

Firma: La Casa Grande de 10 de 06 del 2019.....
RESIDENCIA GERIÁTRICA
LONGUZA 38 y Sucre
Tel: 052 457843

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".



Scanned with
CamScanner

Anexo 2. Cuestionario sociodemográfico

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

EDAD 30 ETNIA afrocolombiana

PESO 41 Kg TALLA 1,48 IMC 18,72

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO _____ TRABAJA MEDIA JORNADA _____

JUBILADA _____ ESTUDIANTE _____

DESEMPLEADA _____ OTROS, ESPECIFICAR Que hace a

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ _____ NO /

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS _____

¿CUÁL ES SU ROL EN SU FAMILIA? EN ESTE APARTADO PUEDE, TENER UNA O MÁS OPCIONES DE RESPUESTA, MARQUE LAS QUE APLIQUEN EN SU CASO. (señale su respuesta con una X)

PADRE _____ MADRE _____ ESPOSO/A _____ HIJO/A _____

HERMANO/A / OTRO _____ ¿CUÁL? _____

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

Total = 6

Poca

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



Scanned with CamScanner

Autor: Maritza Busquets C., Ramón Serra T

Descripción: Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-IU-SF)

Anexo 4. Cuestionario para la calidad de vida (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.					/

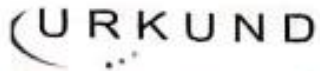
CS Scanned with CamScanner

$$\frac{97}{110} \times 100 = 88\% \quad \text{Alta} \quad 97$$

Autor: Elsa María Rodríguez Adams

Descripción: Cuestionario para la calidad de vida (I-QOL)

Anexo 5. Resultado Urkund



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS DIGITAL, MARYURY TARAPUEZ.docx (D63618087)
Submitted: 2/8/2020 2:34:00 AM
Submitted By: \${Xml.Encode(Model.Document.Submitter.Email)}
Significance: 5 %

Sources included in the report:

Lucia Barahona - sin scan.docx (D63060003)
TESIS BIEN.docx (D63060561)
Ctesis.docx (D63060188)
tesis- Esteban Mora.docx (D63059866)
CAMPO-JORGE- TESIS.docx (D63616051)
Pamela Navarrete.docx (D60637224)
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=scl_arttext&pid=50034-98872015000200008

Instances where selected sources appear:

35


Msc. Cristian Torres A.
FISIOTERAPEUTA
C.I. 7003849686

Anexo 6. Evidencia fotográfica

*Aplicación de Encuestas en el Centro Geriátrico Casa Grande de la Ciudad de
Ibarra*

Fotografía 1.



Autor: Tarapuez Aguilar Maryury Carolina

Descripción: Aplicación de Cuestionarios

Fotografía 2.



Autor: Tarapuez Aguilar Maryury Carolina

Descripción: Firma de Consentimientos Informados