



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE TERAPIA FISICA MEDICA**

TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO LICENCIATURA EN  
TERAPIA FISICA MÉDICA

**TEMA:** “INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGUINCHO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

**AUTOR:** Viteri Pilacuan Erika Alejandra

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

## CONSTANCIA APROBACIÓN DE TESIS

Yo, Lcdo. CRISTIAN SANTIAGO TORRES ANDRADE MSc. en calidad de tutor de la tesis titulada: "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGUINCHO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019", de autoría DE ERIKA ALEJANDRA VITERI PILACUAN, una vez revisada y hechas las correcciones solicitadas certifico que esta apta para su defensa y para que sea sometida a evaluación de tribunales.

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de julio del 2020.

Los certifico:

(Firma)  

Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

C.I. 1003649686

**DIRECTOR DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

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

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

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

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE CIUDADANÍA:</b>	1004155626		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Viteri Pilacuan Erika Alejandra		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Av. Teodoro Gómez Y Juana Atahualpa		
<b>EMAIL:</b>	<a href="mailto:eriiviteri@gmail.com">eriiviteri@gmail.com</a>		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	2 603315	<b>TELF. MÓVIL:</b>	0980967932
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO:</b>	“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGUINCHO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.		
<b>AUTOR (A):</b>	Viteri Pilacuan Erika Alejandra		
<b>FECHA:</b>	2020/07/21		
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA:</b>	PREGRADO POSGRADO		
<b>TITULO POR EL QUE OPTAN:</b>	Licenciado en Terapia Física Médica		
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Lcdo. Cristian Torres Andrade MSc.		

## 2. CONSTANCIAS

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

En la ciudad de Ibarra, a los 28 días del mes de julio del 2020

**EL AUTOR:**

(Firma).....

Erika Alejandra Viteri Pilacuan

C.C: 100415562-6

## REGISTRO BIBLIOGRAFICO

**Guía:** FCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 28 de julio de 2020

**ERIKA ALEJANDRA VITERI PILACUAN** "INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGINCHO DE LA PROVINCIA DE IMBABURA, 2019" / Trabajo de grado. Licenciada en Terapia Física Médica. Universidad Técnica Del Norte.

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

El principal objetivo de la presente investigación fue: Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que residen en el centro del adulto mayor Irugincho en la provincia de Imbabura. Entre los objetivos específicos constan: Caracterizar socio demográficamente la población de estudio. Establecer la prevalencia de la incontinencia urinaria y sus tipos. Evaluar la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, de los sujetos de estudio. Relacionar los tipos de incontinencia urinaria, con las subescalas de calidad de vida.

**Fecha:** Ibarra, 28 de Julio del 2020



Lcdo. Cristian Santiago Torres Andrade MSc.

**DIRECTOR DE TESIS**



Erika Alejandra Viteri Pilacuan

**AUTOR**

## **DEDICATORIA**

Con mucho amor y cariño le dedico la presente investigación a mi madre que aunque no esté para celebrar mis logros junto a mí sé que estará orgullosa, a mi padre Fernando Viteri por ser mi inspiración a formarme profesionalmente desde muy pequeña y siempre luchar y jamás rendirme, a mis hermanos por confiar en mí, a mi abuelita Beatriz Román que siempre ha sido la guía y el camino para culminar mis estudios y finalmente le agradezco a todas mis tías, primos/as y amigos que me han brindado su apoyo a lo largo de esta etapa.

*Erika Alejandra Viteri Pilacuan*

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por haberme permitido culminar esta etapa de mi vida, a mi abuelita Beatriz Román porque siempre me ha apoyado conjunto con mis tías que se han preocupado e impulsado para que yo salga adelante, a mi padre, hermanos y sobrinos por ser el pilar fundamental de mi vida.

A todos esos amigos que me brindaron consejos, palabras de aliento y todos los buenos momentos que pasamos y que han sido parte de este proceso para poder culminar con éxito.

Finalmente quiero dar las gracias a mi prestigiosa Universidad Técnica Del Norte que me acogió en sus aulas y que me ha guiado y marcado con sus enseñanzas a través de excelentes profesionales como lo son mis profesores, quiero darles las gracias por la paciencia para lograr en mí una profesional.

*Viteri Pilacuan Erika Alejandra*

## INDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN 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 GENERAL .....	viii
RESUMEN .....	xi
ABSTRACT .....	xii
TEMA .....	xiii
CAPITULO I .....	1
Problema de la investigación .....	1
1.1. Problemática .....	1
1.2. Planteamiento del problema .....	5
1.3. Justificación .....	6
1.4. Objetivos.....	8
CAPITULO II.....	10
2. Marco teórico.....	10
2.1. Sistema urinario .....	10
2.2. Anatomía del suelo pélvico .....	12
2.3. Fisiología de la micción.....	13
2.4. Incontinencia urinaria.....	15
2.5. Fisiopatología de la micción.....	15
2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria .....	17
2.7. Factores de riesgo.....	18
2.8. Mujeres y salud .....	20
2.9. Calidad de vida .....	20
2.10. Evaluación de incontinencia urinaria y calidad de vida .....	22
2.11. Marco legal y ético .....	24
CAPITULO III .....	30
3. Metodología de la Investigación.....	30



3.1.	Diseño de la Investigación.....	30
3.2.	Tipo de la Investigación .....	30
3.3.	Localización y ubicación del estudio .....	31
3.4.	Población de estudio.....	31
3.5.	Operacionalización de variables .....	32
3.6.	Métodos y técnicas de recolección de información .....	36
3.7.	Análisis de datos .....	37
CAPITULO IV .....		38
4.	Análisis y discusión de los datos.....	38
4.1.	Respuestas a las preguntas de investigación.....	46
CAPITULO V .....		48
5.	Conclusiones y recomendaciones .....	48
5.1.	Conclusiones .....	48
5.2.	Recomendaciones.....	49
BIBLIOGRAFÍA .....		50
ANEXOS.....		60
Anexo 1. Consentimiento informado .....		60
Anexo 2. Datos sociodemográficos.....		62
Anexo 3. Cuestionario ICIQ-IU-SF (cuestionario de incontinencia urinaria).....		63
Anexo 4. I-QOL (cuestionario calidad de vida).....		64
Anexo 5. Evidencias fotográficas .....		65
Anexo 6. Certificación del Abstrac .....		66
Anexo 7. Análisis Urkund .....		67

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Caracterización de la población de estudio según edad .....	38
Tabla 2.	Caracterización de la población de estudio según etnia .....	39
Tabla 3.	Caracterización de la población de estudio según número de hijos.....	40
Tabla 4.	Prevalencia puntual de la incontinencia urinaria .....	41
Tabla 5.	Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.....	42
Tabla 6.	Evaluación de la calidad de vida I-QOL test .....	43
Tabla 7.	Evaluación de la calidad de vida según subescalas I-QOL test.....	44

Tabla 8. Relacion entre tipos de iconcencia urinaria y puntuaciones de las subescalas de calidad de vida .....	45
--	----

## RESUMEN

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGUINCHO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

**Autor:** Erika Alejandra Viteri Pilacuan

**Correo:** [eriiviteri@gmail.com](mailto:eriiviteri@gmail.com)

En la actualidad la incontinencia urinaria es considerada como una enfermedad del tracto urinario dentro del sistema sanitario, que se relaciona directamente con problemas en la calidad de vida de las personas que la padecen, especialmente en adultos mayores. Por el cual el objetivo de esta investigación fue identificar la prevalencia de incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres geriátricas que residen en el centro del adulto mayor Iruguincho. La metodología del presente estudio tiene un diseño no experimental, de corte transversal, de tipo cuali-cuantitativo, descriptivo y epidemiológico de prevalencia puntual. Se contó con una población de 11 mujeres geriátricas. Como resultados se obtuvo que la mayoría de ellas correspondían a edades entre 60 a 74 años, pertenecientes a la etnia indígena y en su mayoría gran multíparas. La prevalencia de incontinencia urinaria fue del 100% de la población, según el tipo, la incontinencia urinaria mixta fue la más prevalente representada por el 81,81 %. La evaluación de la calidad de vida de las mujeres estudiadas, en relación a la incontinencia urinaria indicó que, el 100% de la población ve afectada su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la que mostró mayor afectación. El tipo de incontinencia urinaria mixta reflejó mayor pérdida de calidad de vida en la sub escala de vergüenza social. Podemos concluir que la incontinencia urinaria en esta población es altamente prevalente, afectando considerablemente la calidad de vida en sus diferentes sub escalas.

**Palabras clave:** Incontinencia urinaria, calidad de vida, mujeres adultas mayores, prevalencia.

## ABSTRACT

“URINARY INCONTINENCE AND QUALITY OF LIFE IN OLDER WOMEN RESIDING IN THE ELDERLY CENTRE IN IRUGUINCHO, IMBABURA PROVINCE, 2019”

**Author:** Erika Alejandra Viteri Pilacuan

**E-mail:** [eriiviteri@gmail.com](mailto:eriiviteri@gmail.com)

Urinary incontinence is considered a disease of the urinary tract, which is directly related to problems in the quality of life of people who suffer from it, especially in older adults. The objective of this research was to identify the prevalence of urinary incontinence and its effect on the quality of life of geriatric women residing in the Iruguincho elderly center. This is a non-experimental, cross-sectional design, of a qualitative-quantitative, descriptive and epidemiological research, with a specific prevalence. The population was composed of 11 geriatric women. The results showed that most of them were between 60 and 74 years old, indigenous, and in their majority multiparous. The prevalence of urinary incontinence was 100% of the population, according to type, mixed urinary incontinence was the most prevalent represented by 81.81%. The evaluation of the quality of life of the women studied with urinary incontinence indicated that 100% of the population has their quality of life affected, being the subscale of social shame the one that showed the highest affectation. The type of mixed urinary incontinence reflected a higher loss of quality of life on the social shame subscale. In conclusion, urinary incontinence in this population is highly prevalent, considerably affecting the quality of life on its different subscales.

**Keywords:** Urinary incontinence, quality of life, older women, prevalence.

**TEMA:**

“INCONTINENCIA URINARIA Y CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGUINCHO, PROVINCIA DE IMBABURA, 2019”.

# CAPITULO I

## 1. Problema de la investigación

### 1.1. Problemática

La incontinencia urinaria está considerada como una enfermedad por la OMS desde 1998, por su frecuencia y su afectación psicosocial. Aunque su prevalencia es difícil de precisar, debido a la falta de estandarización de los procesos e instrumentos de medida, así como también debido a que la gran mayoría de las mujeres que la padecen no consultan específicamente sobre este problema, ya sea por desconocimiento, vergüenza o por pensar que se debe a un proceso de envejecimiento normal, se estima que es muy alta. (1)

En España la incontinencia urinaria (IU) es un síntoma muy prevalente entre la población adulta, llegando a afectar en un mayor porcentaje a las mujeres, y en especial en los pacientes de edad avanzada. Aun sin ser una afección grave, repercute de una manera importante en la calidad de vida con notables connotaciones psicosociales y económicas.(2)

En un estudio realizado en China dice que la prevalencia de la incontinencia urinaria es alta en Beijín y los posibles factores de riesgo identificados por la incontinencia urinaria fueron partos vaginales múltiples, edad, estado posmenopáusico, dolor pélvico crónico, obesidad, falta de ejercicio, estreñimiento e hipertensión.(3)

En un “análisis prospectivo de la obesidad y el efecto de la cirugía bariátrica en la incontinencia urinaria” realizada en México dice que los costos sanitarios y de prevención aumentan, ya que pocos estudios han establecido que la obesidad promueve todos los tipos de incontinencia urinaria y trastornos del piso pélvico, representando el 2,8% del total de gastos mundiales de salud. (4)

Según un estudio en Costa Rica se considera que la mayor parte de las adultas mayores tienen pérdidas significativas diariamente, a pesar de esto, muchas mujeres no suelen consultar por esta patología, lo que las lleva a realizar cambios drásticos en

su vida diaria, restringiendo actividades sociales, así como su vida sexual, entre otras.(5)

En un estudio de Alina Moro desarrollado en Cuba dice que las personas mayores tardan en buscar ayuda por este problema, sus síntomas se manejan a menudo pobremente en los cuidados primarios y secundarios. Su presencia debe considerarse patológica y no un cambio normal de la edad y son escasas las investigaciones en este tema en las personas mayores por lo que deben desarrollarse las mismas en todos los niveles.(6)

Según la organización panamericana de la salud la incontinencia urinaria no es un resultado inevitable de la edad, pero es común en las personas mayores. A menudo, se debe a cambios específicos en la función del cuerpo como consecuencia de enfermedades, la toma de medicamentos y/o el inicio de una enfermedad. La mayoría de las personas adultas mayores viviendo en la comunidad padecen de incontinencia urinaria. La nicturia, en particular, es un factor de riesgo para caídas.(7)

En Brasil, los estudios poblacionales son pocos y utilizan metodologías distintas, abarcando en general grupos específicos como por ejemplo: mujeres durante la gravidez o en distintos periodos después del parto, ancianos o enfermos crónicos institucionalizados.(8)

En un estudio realizado en Colombia refiere que las repercusiones psicosociales que genera la incontinencia urinaria son frecuentes e importantes de considerar por cuanto causa sufrimiento, se afecta la autoestima de la persona, se abandonan algunas aficiones, se limita la práctica deportiva, se altera la vida sexual y, en términos generales, se deterioran las relaciones sociales.(9)

En Ecuador uno de cada diez adultos mayores que viven en sus domicilios sufren incontinencia, entre los adultos mayores hospitalizados el número asciende a cuatro de cada diez, y asciende a seis de cada diez entre los ingresados en centros residenciales.(10)

En la investigación “Incontinencia urinaria-campaña de concientización y marketing de producto” de Segade en El Salvador dice que la persona con incontinencia urinaria

con frecuencia se siente deprimida y avergonzada sobre su aspecto y olor, reduce al máximo las salidas fuera del domicilio, limita las relaciones sociales, los encuentros con amigos y familia.(11)

El estudio “Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica” dice que el manejo interdisciplinario de esta afección, no resulta ser una prioridad a la hora de destinar recursos en salud. Esta se convierte en una patología de baja notificación, subdiagnosticada y en donde las mujeres que padecen IU, habitualmente enfrentan silenciosamente los efectos en la esfera genitourinaria, sexual, psicoemocional y sociocultural. Esta situación afecta la relación de pareja, su calidad de vida (CV), además de interferir en sus actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones humanas.(12)

En el estudio de “incontinencia urinaria, bolas y sojas chinas” dice que la mujer menopaúsica sufre un gran número de síntomas genitourinario que alteran su actividad en la vida diaria, movilidad, cuidado corporal y función mental, lo que provoca angustias, síntomas depresivos y sensación de malestar psicológico, que acaba repercutiendo en la relación social y restringe su actividad.(13)

La IU tiene un impacto negativo notable sobre múltiples aspectos de la vida diaria, tanto en el entorno social (menor interacción social o mayor aislamiento, abandono de algunas aficiones, etc.), como en el físico (limitaciones a la práctica deportiva), sexual (pérdida de la actividad sexual, evitación de la pareja), psicológico (pérdida de la autoestima, apatía, depresión, sentimientos de culpabilidad, etc.), laboral (absentismo, menos relación) y doméstico (precauciones especiales con la ropa, protección de la cama, etc.). (10)

La percepción que las personas tienen de la IU es otro de los aspectos que es preciso considerar porque frecuentemente se asume como algo propio de la edad, por lo que es subestimado, tanto por el paciente como por los enfermeros y demás profesionales de la salud.(9)

En la actualidad la provincia de Imbabura no cuenta con estudios que identifiquen la incontinencia urinaria y evalúen su relación con la afectación a la calidad de vida en



mujeres adultas mayores en centros geriátricos, especialmente en zonas rurales de la provincia, por ello se puede evidenciar una falta de información en la población, que por diversos factores conlleva a las mujeres a no consultar a un médico, por lo cual no se llega a establecer un diagnóstico preciso de esta condición.

## **1.2. Planteamiento del problema**

¿Cómo afecta la incontinencia urinaria en la calidad de vida en mujeres adultas mayores que residen en el centro del adulto mayor Irugincho?

### **1.3. Justificación**

La presente investigación nace de la idea de identificar el número de casos de incontinencia urinaria y cómo la presencia de ésta condición afecta a la calidad de vida de las mujeres geriátricas que la padecen, en el centro del adulto mayor Irugincho.

Esta investigación fue viable ya que contó con la debida autorización del director del centro geriátrico del adulto mayor Irugincho y con la autorización de los sujetos de estudio, mediante la firma de un consentimiento informado aplicado por el evaluador, el mismo que cuenta con la capacidad y alcance acerca del tema.

Cómo se mencionó anteriormente esta investigación conlleva a reconocer la incontinencia urinaria y de que magnitud está afectando a los adultos mayores, brindando información acerca del tema, la cual puede servir para futuras propuestas de investigación o proyectos de intervención que brinden tratamiento a las personas identificadas con incontinencia urinaria, de esta manera mejorando su calidad de vida.

Recalcando que la presente investigación cuenta con recursos factibles, ya que cuenta con recursos tecnológicos avanzados, referencias bibliográficas al alcance del lector y test validados que son útiles para recolectar datos necesarios para el estudio.

Debido a que la presente investigación identifica a las personas con incontinencia urinaria y como esta afecta a la calidad de vida, se puede decir que exhibe una trascendencia social; si a futuro se llega a dar tratamiento a todas aquellas personas identificadas con incontinencia urinaria, se disminuiría el costo y el gasto de la persona o del estado ya sea en pañales, absorbentes, en instrumentos de aseo en general y medicación para controlar la incontinencia, se podría decir que de esta forma tendría una trascendencia económica.

Esta investigación es de gran utilidad para la comunidad, siendo los adultos mayores estudiados los beneficiarios directos ya que se identifica la incontinencia urinaria y su afectación, así como también el estudiante al poner en práctica sus conocimientos sobre la investigación científica, de forma indirecta se ve beneficiada la universidad por el engrandecimiento académico, investigativo y de vinculación con la comunidad de sus estudiantes, requisito indispensable en su formación académica y personal.

Finalmente, los familiares de los sujetos de estudio y el personal de salud del centro ya que cuentan con una pauta mediante la cual brindar atención al adulto mayor, para evitar que su calidad de vida se vea mermada a causa de esta condición.

## **1.4.Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de la incontinencia urinaria y su efecto en la calidad de vida de las mujeres que residen en el centro del adulto mayor Iruguincho en la provincia de Imbabura.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

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

### **1.5 Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de 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 teórico

#### 2.1.Sistema urinario

El sistema urinario está compuesto por dos riñones, dos uréteres, la vejiga y la uretra y se divide a su vez, en sistema superior que comprende de los riñones y uréteres e inferior de la vejiga y uretra. En el primero de estos órganos del sistema urinario, se produce la orina a partir de la filtración de la sangre, los uréteres la conducen hasta la vejiga urinaria donde se almacena temporalmente y por medio de la uretra es evacuada hacia el exterior.(14)

El sistema urinario cumple con una serie de funciones complejas como: el mantenimiento del equilibrio ácido-base, hidroelectrolítico, producción hormona, depuración de sustancias, producción y almacenamiento de la orina.(15)

Además, es encargado de conservar la constante alcalinidad y la composición química de la sangre. Los órganos que efectúan estas funciones son los riñones; los productos de desecho que eliminan constituyen la orina y esta es conducida hacia la vejiga urinaria por un par de conductos llamados uréteres.(16)

La orina es acumulada gradualmente en la vejiga, la vejiga se vacía por si misma a través de un conducto llamado uretra que descarga al exterior.(16)

Durante el proceso de filtración de los productos residuales de la sangre, los riñones pueden exponerse a concentraciones elevadas de sustancias tóxicas endógenas y exógenas. De este modo algunas células renales están expuestas a concentraciones mil veces superiores a las sanguíneas.(17)

##### 2.1.1. Riñones

El riñón es un órgano cuya función principal es mantener la homeostasis del cuerpo humano, el cual contiene alrededor de un millón de nefronas; pequeñas unidades estructurales que se componen de dos partes: el glomérulo, ovillo de capilares sanguíneos, y un sistema de túbulos, donde ambas partes se encuentran interconectadas.(18) Los riñones elaboran la orina a partir de la depuración de la sangre filtrándola, esta pasa por los uréteres y llega a la vejiga, donde se almacena. La

cantidad diaria de orina suele ser de un litro y medio, aunque esta puede variar en función de la ingesta de líquidos y de las pérdidas por sudor, heces y transpiración.(19)

El riñón, así como sucede con otros órganos del cuerpo humano sufre cambios con el envejecimiento, tanto a nivel funcional como estructura, los cuales han sido motivo de estudio a lo largo de los años en seres humanos y animales. Estos cambios se han relacionado mayormente a factores externos que actúan sobre el organismo, aunque también se ven influenciados por la acción de la genética. A su vez, podrían verse desencadenados y/o acelerados por otras patologías.(18)

### **2.1.2. Uréteres**

Es un conducto muscular y mucoso de 25 cm. de longitud y 5 mm. de grosor, extendido entre la pelvis renal y la vejiga urinaria. Presenta una porción abdominal y una porción pelvis, ambas de igual longitud.(20)

### **2.1.3. Vejiga urinaria**

La vejiga urinaria es un órgano muscular hueco compuesto de fibras musculares lisas (musculo detrusor) que se extienden en diversas direcciones, lo que le permite distenderse durante el llenado vesical y contraerse durante el vaciado. La capa muscular lisa se extiende desde el detrusor hacia el cuello vesical, finalizando en la parte proximal de la uretra.(21)

La vejiga está situada en la parte anteroinferior de la cavidad pélvica, y unida por ambos lados a los riñones mediante los uréteres, unos tubos musculares peristálticos que transportan la orina de los riñones a la vejiga.(17)

### **2.1.4. Uretra**

La uretra es básicamente, el conducto excretor de la orina que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta el meato urinario externo. En las mujeres la uretra mide cerca de 3.5 cm de longitud y se abre al exterior del cuerpo justo encima de la vagina.(16)

A diferencia del complejo esfinteriano masculino, el esfínter femenino tiene una capa circular interna de musculo liso en todo el trayecto uretral y una capa circular externa de musculo estriado en tercio medio y distal que se abre posteriormente en forma de omega.(22)



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

El suelo pélvico es una región del cuerpo humano constituida por músculos, fascias, aponeurosis, vasos sanguíneos, nervios y orificios, que forman una compleja unidad anatómica y funcional situada en la parte inferior de la cavidad pélvica, por lo que principalmente los músculos y otras estructuras realizan una acción anti gravitatoria, lo que implica que deben estar íntegros para soportar la carga de los órganos intrabdominales.(23)

### **2.2.1. Plano profundo**

Está conformado principalmente por el músculo elevador del ano con sus diferentes segmentos puborrectal, pubococcígeo e ileococcígeo y el músculo coccígeo. Cabe destacar que este diafragma no es una estructura plana, sino tiene una forma de embudo lo cual da soporte al tercio inferior de vagina y uretra.(24)

El elevador del ano es el músculo más extenso de la pelvis y está compuesto por:

**Puborrectal:** \_ es un fascículo muscular grueso que avanza hacia posterior e inferior hasta detrás del recto a nivel de la unión anorrectal donde sus fibras se cruzan dando la característica forma de “U”.(25)

**Pubococcígeo.** \_ se origina lateral al origen del haz puborrectal, en la sínfisis de pubis, sobrepasando el recto e insertándose a nivel del cóccix.(25)

**Ileococcígeo.** \_ se inserta en las regiones laterales a la sínfisis del pubis y en el arco tendinoso de músculo elevador del ano y hacia posterior se inserta en el ligamento ano coccígeo lateral a las dos últimas vertebrae coccígeas.(25)

### **2.2.2. Plano medio**

Está formado por la membrana perineal, músculo transverso superficial, músculo isquiocavernoso.(24)

### **2.2.3. Plano superficial**

Contienen la musculatura del periné y la membrana perineal. La musculatura del periné está formada por los músculos:(26)

**Bulbo cavernoso.** \_ es un musculo par y simétrico, que se origina en el rafe perineal y se inserta en la sínfisis púbica, rodeando la vagina como si se tratase de un paréntesis.(26)

**Isquiocavernoso.** \_ es un musculo par y simétrico, que tiene su origen en la rama del isquion y se inserta en la raíz del clítoris. Ambos isquiocavernosos forman una “V” invertida, que se extiende desde las tuberosidades isquiáticas, convergiendo en el clítoris.(26)

**Transverso superficial del periné.** \_ se trata de un musculo inconstante, par y simétrico, que se dirige transversalmente desde las tuberosidades isquiáticas hasta el núcleo fibroso central del periné.(26)

### **2.3.Fisiología de la micción**

#### **2.3.1. Fase de llenado**

La orina que llega a la vejiga produce un estiramiento de sus paredes, las cuales (a diferencia de lo que ocurre en el resto de los músculos lisos del organismo) no responde con contracción a dicho estiramiento sino con acomodación a los volúmenes crecientes sin aumento significativo de la presión en su interior. Esta es una característica de las propiedades viscoelásticas de la miofibrilla del detrusor. Al final del llenado, esta situación se complementa con una regulación neuromuscular. A este fenómeno de acomodación a los volúmenes crecientes de orina sin que aumente con dicho volumen la presión, se denomina complacencia.(27)

Se considera un valor normal, cuando supera los 20 ml/cm de agua. Por otra parte, un incremento de la presión del detrusor hasta 15 cm de agua desde el comienzo hasta el fin de llenado vesical, se considera normal.(27)

En el estiramiento de la pared se origina los estímulos aferentes del arco reflejo de la micción. Este es el estímulo propioceptivo que siguiendo al parasimpático (N. pélvico) ingresa a la medula y asciende hasta el centro ordenador de la micción. Cuando el volumen vesical alcanza los 150-250 ml se hace consciente y se percibe como deseo miccional.(27)

### **2.3.2. Fase de vaciado**

El centro miccional pontino activa el sistema parasimpático, el cual, a través del nervio pélvico, induce la contracción del músculo detrusor mediante la liberación de acetilcolina que estimula los receptores muscarínicos vesicales M2 y M3 ubicados en el cuerpo y el domo de la vejiga. El centro miccional pontino también envía impulsos al núcleo motor pudiendo, inhibiendo la actividad del nervio pudendo y relajando el rabdoesfinter uretral.(28)

Así mismo, los impulsos protuberanciales inhiben la actividad simpática en la vejiga y la uretra, inhibiendo la acción de los receptores alfa y beta adrenérgicos, generando una relajación del cuello vesical y permitiendo una contracción homogénea de las fibras del músculo liso vesical.(28)

### **2.3.3. Reflejo miccional**

Cuando la vejiga alcanza su límite de repleción o "umbral de micción" se contrae para vaciar su contenido gracias al músculo liso vesical al tiempo que los esfínteres se relajan.(29)

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

#### **➤ Vías parasimpáticas**

Las fibras parasimpáticas se originan en la columna intermedio-lateral de la asta lateral de la medula a nivel de los segmentos sacros s2, s3 y s4, cuyas neuronas forman el centro sacro de la micción.(30)

Las fibras salen de la medula por las raíces anteriores formando los nervios pélvicos o erectores, los cuales llegan al plexo hipogástrico inferior o pélvico, situado por delante del recto y a ambos lados de la vejiga, donde se entremezclan con fibras procedentes del contingente simpático.(30)

#### **➤ Vías simpáticas**

El centro simpático, se localiza en las astas intermedio-laterales T10-T11-T12-L1. Las aferencias sensitivas llegan a través de los nervios hipogástricos.(31)

#### **➤ Vías somáticas**

Salen del núcleo pudendo S3-S4, y van por los nervios pudendos hasta el esfínter estriado uretral, esfínter anal y músculos del suelo pélvico.(31)

➤ **Vías aferentes**

La sensibilidad propioceptiva consciente que se origina en el detrusor, esfínter estriado uretral, esfínter anal y músculos estriados del suelo pélvico, es conducida por fibras que alcanzan hacer sinapsis a los cordones posteriores desde donde ascienden, tras hacer escala en los músculos tronco-encefálicos de la micción, hasta el tálamo y de aquí a la corteza cerebral.(30)

#### **2.4. Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria se puede definir como una condición en la que, en forma involuntaria, se escapa orina de la vejiga. Esta pérdida puede ser por vía uretral o extra uretral. Las pérdidas extra uretrales, corresponden a las fístulas, que son menos frecuentes pero que siempre deben estar presentes en el diagnóstico diferencial de todo cuadro de incontinencia urinaria.(32)

La incontinencia urinaria, se relaciona además con un grupo de otras molestias antiguamente conocidas como LUTS, de acuerdo a su sigla en inglés, como son el aumento de frecuencia miccional, nocturia, urgencia miccional, disuria, etc. En conjunto constituye la manifestación sintomática de las alteraciones funcionales del complejo básico esfinteriano.(32)

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

Según los estudios uro dinámicos los problemas miccionales se clasifican en: problemas en el almacenamiento que dan lugar a una incontinencia, problemas en el vaciado que dan lugar a un síndrome obstructivo. Si falta la coordinación nerviosa que hace posible la micción se da lugar a lo que se conoce como vejiga neurógena o disfunción miccional neurógena y se producirán alteraciones de la micción, que darse tanto en el almacenamiento de la orina como en el vaciado. Por tanto, en todo trastorno del tracto urinario inferior siempre tenemos que estudiar el binomio detrusor/sistema

de esfinteriano ya que tenemos que saber cómo se comportan y ello es lo que investigan los estudios uro dinámicos.(19)

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

#### **➤ Lesión de motoneurona superior inframecefálica**

Esta es la falta de coordinación entre las contracciones del detrusor y la relajación del esfínter del cuello de la vejiga. A esta circunstancia se la denomina disinergia. (33)

En estas lesiones es frecuente ver CNI con ausencia de pérdida de orina o con emisión de pequeños chorros de orina, ya que con cada contracción del detrusor se contrae además el esfínter.(33)

#### **➤ Lesión de motoneurona superior supramecefálica**

Se caracteriza por provocar VH, con presencia de contracciones no inhibidas, siendo estas contracciones bien coordinadas. Esto es, cuando se contrae el detrusor, se abre el esfínter. El paciente se orina de manera intempestiva, sin poder manejarlo.(33)

#### **➤ Lesión infrasacra o motoneurona inferior**

Este tipo de lesión se caracteriza por un detrusor y un esfínter hipotónico.

El paciente puede tener incontinencia de orina por rebosamiento, además de globo vesical. Este tipo de lesión es tanto central medular como de raíces y nervios periféricos.(33)

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

Mecanismo extrínseco, o activo, está constituido por las siguientes estructuras: tejido conjuntivo pélvico subperitoneal y su fijación a la pared pélvica; músculos levantadores del ano, que este compuesto por los músculos pubococcígeo y el ileococcígeo; y los músculos esfínter uretrovaginal y el compresor de la uretra. Estos tres músculos conjuntamente ejercen la función de mecanismo esfinteriano de la uretra.(34)

El mecanismo intrínseco o pasivo este compuesto por las siguientes estructuras: inervación automática y tonos alfa adrenérgico; musculatura estriada de la pared

uretral, el esfínter urogenital estriado más externo; plexo vascular submucoso de la uretra; musculatura lisa de la pared uretral y vasos periuretrales; la función de este musculo liso es mantener el tono de la uretra y mantenerse cerrado durante la fase de llenado.(34)

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

La integridad que conserva del piso pélvico se debe a un sistema coordinado y dinámico, su control normal se desarrolla mediante conductas fisiológicas que realizamos para la retención y la evacuación tanto de la vejiga, así como el recto y ano.(35)

El 70% del piso pélvico está constituido por tejido conjuntivo, seguido del 20% constituido de fibras musculares pequeñas tipo I, cuya principal función es de soporte permitiendo sujetar las vísceras que se encuentran en la cavidad pelviana, por otro lado, las fibras de tipo II, son de característica gruesas, la cual permite contraerse y relajarse el musculo mediante ejercicios de fortalecimiento y recuperación del suelo pélvico.(35)

## **2.6. Clasificación de la incontinencia urinaria**

### **2.6.1. Incontinencia urinaria de esfuerzo**

Las teorías sobre la conservación de la incontinencia urinaria durante los aumentos de presión intraabdominal implican los conceptos de transmisión de la presión, soporte anatómico e integridad uretral. Dicho de forma más simple, la continencia en estos momentos de esfuerzo físico precisa de un soporte anatómico para la uretra y la integridad uretral. (36)

Al perder este soporte, las fuerzas hacia abajo, como las debidas a la tos, los estornudos o la risa, no se contrarrestan de forma correcta; la uretra forma un embudo en la unión uretrovaginal, la uretra se hace más permeable y tiene una menor presión de cierre, y se pierde la continencia.(36)

### **2.6.2. Incontinencia urinaria de urgencia**

Es la pérdida involuntaria de orina acompañada o precedida de urgencia miccional, la cual se define como el repentino y fuerte deseo de orinar que no se puede diferir. La causa de esto es la contracción involuntaria del detrusor vesical.(37)

### **2.6.3. Incontinencia urinaria mixta**

Coexisten la incontinencia de esfuerzo y la de urgencia, es decir, se encuentra hiperactividad del detrusor e incompetencia del esfínter. Las pacientes refieren pérdida de orina involuntaria que se asocia tanto a urgencia miccional como a la realización de esfuerzo.(12)

### **2.6.4. Enuresis nocturna**

La enuresis nocturna es definida como cualquier pérdida involuntaria de orina durante el sueño, que ocurre más de una vez al mes. (38)

### **2.6.5. Incontinencia urinaria por rebosamiento**

Aparece un vaciado incompleto de vejiga, y, por tanto, cierto grado de retención urinaria. Se produce una pérdida pequeña pero continua o en forma de goteo. Puede ser de forma aguda o crónica.(39)

Se produce cuando existe una obstrucción que debe tratarse con medicamentos o eliminar con cirugía.(40)

## **2.7. Factores de riesgo**

### **➤ Genero**

Las mujeres tienen más probabilidades de sufrir incontinencia por esfuerzo. El embarazo, el parto, la menopausia y la anatomía femenina normal dan cuenta de esta diferencia.(41)

Varias razones intentan justificar la diferencia de que las mujeres tengan un mayor riesgo de desarrollar IU. Sin embargo, esta razón de riesgo varía con la edad en menores de 60 años las mujeres tienen cuatro veces más probabilidades que los hombres de padecer IU, pero en mayores de 60 años solo dos veces más(42).

➤ **Edad**

El envejecimiento provoca una serie de cambios en distintas estructuras del organismo (aparato urinario, próstata, vagina, músculos del suelo pélvico, sistema nervioso), los cuales favorecen a que el adulto mayor tenga más probabilidad de sufrir IU.(43)

➤ **Genética**

Algunas mujeres nacen con una musculatura del suelo pélvico más débil o susceptible de debilitarse. Existe mayor probabilidad de padecer incontinencias si hay antecedentes familiares.(44)

➤ **Raza**

Estudios multivariados demuestran que las mujeres blancas tienen una prevalencia de IUE tres veces mayor que las mujeres negras, atribuyéndose a diferencias raciales en el tejido conjuntivo o en los músculos.(42)

➤ **Peso**

El mecanismo de acción del aumento del IMC puede ser a través del aumento crónico de la PIA que puede alterar el control motor, sino estaba alterado por la coexistencia del dolor lumbo pélvico, y dar lugar a un SP ineficiente y, por tanto, a que la orina se escape.(45)

➤ **Antecedentes obstétricos**

El parto se asocia a una variedad de lesiones musculares y neuromusculares del piso pélvico que se relacionan con el desarrollo de incontinencia anal y urinaria, así como con prolapso de órganos pélvicos. En este contexto, la operación cesárea tiene un efecto protector, aunque no demostrado por completo. (46)

El embarazo y el parto son factores etiopatológicos de IUE seguida de la IU de urgencia, de las disfunciones ano rectales y de los problemas de estabilidad pélvica. Los partos vaginales parecen estar muy asociados con la aparición de IU y el prolapso de órganos pélvicos. Existen recientes evidencias epidemiológicas que afirman debe ser considerada la cesárea electiva en aquellas mujeres con riesgo alto de trabajo obstructivo, por ejemplo, mujeres de corta estatura con fetos grandes, con riesgo de partos instrumentados. (46)



## **2.8. Mujeres y salud**

A lo largo de la historia, la esperanza de vida de las mujeres se ha incrementado, pero ha sido durante el siglo pasado cuando ha experimentado su mayor crecimiento. Esta mayor expectativa de vida ha aumentado las posibilidades de realización de proyectos, haciendo que la mujer tenga un desempeño integral durante un periodo de tiempo mayor. A pesar de ellos, este aumento en la esperanza de vida no ha ido tan paralelo a una mejoría en su calidad de vida como se esperaría, porque la esperanza de vida aumenta, pero a expensas de un periodo en que cesa la producción de hormonas por el ovario, lo que produce cambios físicos y psíquicos que determinan que se modifique la sensación de bienestar. Por ende, a las transformaciones dependientes del envejecimiento, en el caso de la mujer, se le añaden la reducción del efecto trófico de las hormonas del ovario, además del enfrentamiento de una situación que le afecta psicológicamente.(47)

## **2.9. Calidad de vida**

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

Según la OMS, la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus experiencias, sus normas, y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. Las redes de apoyo social con las que cuenta el adulto mayor son de naturaleza formal cuando están asociados a lo institucional, y las informales están constituidas por la familia, familiares, los vecinos y los amigos. Las redes de apoyo primarias son de vital importancia como parte de la estructura funcional, afectiva y social. Para efectos de este análisis, se ha definido el concepto de calidad de vida relacionada con la salud como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva.(48)

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

#### **➤ Funcionamiento**

Tienen que ver con las funciones fisiológicas/psicológicas y los elementos anatómicos y es la ausencia o alteración de los mismos lo que concebimos como deficiencias en funciones y estructuras.(49)

Se refieren a la realización de acciones y actos en los que uno se involucra en una situación vital, como puede ser el andar o realizar deporte.(49)

➤ **Bienestar psicológico**

Conseguir una percepción subjetiva de un estado de bienestar positivo no es un proceso que dependa únicamente del propio individuo, sino que va a estar influenciados por múltiples factores, desde el estado de desarrollo de la sociedad en la que nos ha tocado vivir, pasando por la organización socioeconómica y de salud, hasta llegar a la red de servicios y apoyos disponibles para actuar sobre las carencias del sujeto que no se siente a gusto.(50)

➤ **Estado emocional**

Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud. La necesidad de darle sentido a la vida es un riesgo universal, que es esencial a la vida misma y la falta de sentido puede engendrar sentimientos de vacío y desesperación. La necesidad de esperanza y voluntad de vivir es importante tanto para personas sanas como enfermas.(51)

➤ **Dolor**

Ante el dolor los individuos ponen en marcha mecanismos de actuación para paliar dicho dolor. Estos mecanismos, definidos como intentos de afrontamiento, se entienden como un conjunto de esfuerzos cognitivo y comportamentales, cambiantes, que son utilizados para afrontar demandas que el individuo valora excesivas para los recursos de los que dispone. La utilización de estrategias pasivas se asocia a un incremento del dolor, depresión, impotencia y peor ajuste psicológico.(52)

➤ **Funcionamiento social**

Se refiere al desenvolvimiento de las situaciones sociales y las restricciones de la participación son los problemas que el individuo experimenta en tal desenvolvimiento.(49)

➤ **Percepción general de la salud**

En las personas mayores la salud presenta un gran peso específico sobre la calidad de vida, ya que, formando parte de ella, en este grupo de edad hay más tendencia a perderla. En todo caso, la posible asunción por parte del anciano de las modificaciones orgánicas con base en el envejecimiento podría mitigar en cierta medida este aspecto.(50)

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

Actualmente, es una situación subdiagnosticada, que, relacionada con los problemas urogenitales, se considera un suceso de alta incidencia y prevalencia; sin embargo, solo un pequeño número de personas que la padecen buscan atención médica y otras simplemente realizan cambios en su cotidianidad para sobrellevarla, como evitar actividades sociales y físicas, limitar la ingesta de líquidos que hace frecuente los viajes al baño y el uso de protectores, entre otros. Aunque la IU no constituye un riesgo para la vida, puede generar un profundo impacto psicológico, físico, mental, social, higiénico y económico para la sociedad y puede afectar la calidad de vida e interferir en las actividades cotidianas en todos los escenarios y dimensiones de la persona.(53)

**2.10. Evaluación de incontinencia urinaria y calidad de vida**

**2.10.1. El ICIQ-SF**

En 1998 se efectuó la primera consulta internacional sobre incontinencia urinaria ( international consultation on incontinence) patrocinada por la organización mundial de la salud y luego de su análisis y conclusiones un comité de expertos formado por la Internacional continence society decidió desarrollar un cuestionario breve y simple que evaluando los síntomas y el impacto de la incontinencia urinaria pudiera ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación por la comunidad científica internacional. En este contexto se elabora el cuestionario denominando “ICIQ-SF” validado originalmente en el idioma inglés. Las condiciones para la validación de un cuestionario de este tipo en el contexto cultural y social en que se va a utilizar es una

traducción adecuada y cumplir con criterios de validez, de confiabilidad y de sensibilidad. El cuestionario ICIQ-SF ha sido ya traducido conforme a las normas requeridas a 35 idiomas, entre ellos el español, y puesto a disposición de los grupos de estudio para su validación con la condición de realizar las pruebas primarias esencial destinadas a establecer la validez de contenido y la confiabilidad mediante coeficientes de Cronbach y de Kappa.(54)

Orientado a la detección de los tres tipos de IU y valoración de la calidad de vida. Puede utilizarse tanto en la práctica clínica como en investigación y está recomendada por la ICS.

Es un cuestionario auto cumplimentado que consta de tres ítems, más un grupo de 8 preguntas relacionadas con el tipo de IU que no forma parte de la puntuación del cuestionario, que tiene finalidad descriptiva y orientándola sobre el tipo de IU. La puntuación total de los tres primeros ítems va de 0 a 21 puntos, y han demostrado tener elevada consistencia interna. La brevedad y sencillez de su puntuación e interpretación, así como su factibilidad le hacen ser útil en cualquier ámbito asistencial. (55)

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

La calidad de vida (QOL) se define por la organización mundial de la salud (OMS) como: la percepción del individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas e intereses.(56)

Contiene veintidós ítems divididos en tres subescalas: evitación y limitación de la conducta, impacto psicosocial y vergüenza social.(57) Se tabulan los valores por cada ítem, calculando el acumulado total por paciente en los de acuerdo con la puntuación obtenida por ítem, así como los promedios.(58)

Está conformado por 22 ítems que valoran las dimensiones psíquica, física y social con una puntuación máxima posible a alcanzar 110 puntos y de 5 puntos por ítem, según la opción de respuesta escogida por el paciente.(58)

## **2.11. Marco legal y ético**

### **2.11.1. Constitución Política De La Republica Del Ecuador**

#### *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.(59)*

#### *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.(59)*

### ***Sección primera, Adultas y adultos mayores***

**Art. 36.-** *Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido o superen los sesenta y cinco años de edad.(59)*

**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.(59)*

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

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

*8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.(59)*

### ***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.(59)*

#### ***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.(59)*

#### ***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.(59)*

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

1. *Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.*
2. *Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. Se prohíbe el trabajo de menores de quince años, y se implementarán políticas de erradicación progresiva del trabajo infantil. El trabajo de las adolescentes y los adolescentes será excepcional, y no podrá conculcar su derecho a la educación ni realizarse en situaciones nocivas o peligrosas para su salud o su desarrollo personal. Se respetará, reconocerá y respaldará su trabajo y las demás actividades siempre que no atenten a su formación y a su desarrollo integral.*
5. *Prevención contra el uso de estupefacientes o psicotrópicos y el consumo de bebidas alcohólicas y otras sustancias nocivas para su salud y desarrollo.*
6. *Atención prioritaria en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.*
9. *Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.(59)*

#### ***Sección sexta, Personas con discapacidad***

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

1. *La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida.*
2. *La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirá las correspondientes ayudas técnicas.(59)*

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



5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda.(59)

### **2.11.2. Plan Nacional del Desarrollo 2017-2021 Toda Una Vida**

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

*Múltiples espacios de diálogo destacan la importancia del uso del espacio público y el fortalecimiento de la interculturalidad; así como los servicios sociales tales como la salud y la educación. Uno de los servicios sociales más importantes y prioritarios es el agua, el acceso y la calidad de este recurso para el consumo humano, los servicios de saneamiento y, por supuesto, para la producción y sistemas de riego. La ciudadanía hace hincapié en el acceso a los servicios básicos y el disfrute de un hábitat seguro, que supone los espacios públicos, de recreación, vías, movilidad, transporte sostenible y calidad ambiental, así como a facilidades e incentivos a través de créditos y bonos para la adquisición de vivienda social; pero también señala la importancia del adecuado uso del suelo y el control de construcciones. Nuevamente, se reitera la pertinencia territorial, cultural y poblacional de los servicios sociales, sobre todo en los temas de vivienda, salud o educación. Se demanda la garantía de salud de manera inclusiva e intercultural, con énfasis en la atención preventiva, el acceso a medicamentos, la salud sexual y reproductiva, la salud mental; impulsando el desarrollo permanente de la ciencia e investigación. Concomitante a la salud, en los diferentes diálogos ciudadanos se señala la problemática de la malnutrición, que comprende trastornos como la desnutrición, la obesidad y el sobrepeso, los cuales tienen implicaciones en los hábitos y las prácticas culturales, que deben ser prevenidas con campañas de información permanente sobre los alimentos que se consumen. Para el caso de la educación se señala que el acceso a los diferentes niveles (inicial, básica, bachillerato y superior) debe garantizarse de manera inclusiva, participativa y pertinente, con disponibilidad para la población en su propio territorio. Se debe implementar modalidades alternativas de educación para la construcción de una sociedad educadora en los niveles que mayor atención requieren: el bachillerato y la educación superior. Las mesas de diálogo por la*

*plurinacionalidad, la cultura, la educación, entre otras, destacan la importancia de la profesionalización de la ciudadanía (oficios, artesanos, artistas, otros), para lo cual es prioritario fortalecer la educación técnica y tecnológica al considerarla como de tercer nivel. Además, plantea que la oferta académica debe tener pertinencia productiva (según sus diferentes entornos y territorios) y vinculación con el mundo laboral. Entre las prioridades se encuentra también la erradicación de diferentes formas de violencia, principalmente respecto a mujeres, niños, niñas, adolescentes y jóvenes, promoviendo un sistema de prevención, protección, atención integral y reparación de derechos a las personas que han sufrido de ella. En el mismo sentido, la discriminación y la exclusión social son una problemática a ser atendida, con la visión de promover la inclusión, cohesión social y convivencia pacífica. Por ello, la ciudadanía hace alusión a la Constitución (2008), en la que se garantiza la protección integral y la protección especial a través del Sistema de Inclusión y Equidad Social, que debe aplicarse por medio de sistemas especializados de atención; este es el caso particular de la niñez y adolescencia, donde se afirman los principios de la doctrina de la protección integral, la especificidad y especialidad dentro del sistema de protección de derechos, los temas de justicia especializada, la justicia juvenil penal para los adolescentes infractores y la aplicación efectiva de medidas socioeducativas en el caso de adolescentes infractores, entre otros temas. Asimismo, en las diferentes mesas de diálogo se señalan los temas de seguridad social con énfasis en los grupos de atención prioritaria y grupos vulnerables. La seguridad ciudadana aborda de manera integral la atención a los tipos de muertes prevenibles; la protección especial para los casos de violencia sexual, explotación sexual y laboral, trata de personas, trabajo infantil y mendicidad, abandono y negligencia, accidentes de tránsito, suicidios; y la prevención del uso de drogas, tomando en cuenta el control, tratamiento, rehabilitación y seguridad del consumo problemático de las mismas, bajo un enfoque de derechos y con base en evidencia científica. Finalmente, otro gran grupo de propuestas priorizadas en los diálogos nacionales se centra en temas relativos a la formación en valores, la promoción de la cultura y el arte, la producción nacional audiovisual; el acceso, uso y aprovechamiento de medios y frecuencias, la información, la comunicación y sus tecnologías.(60)*

## CAPITULO III

### 3. Metodología de la Investigación

#### 3.1. Diseño de la Investigación

**No experimental.** En este tipo de investigación, resulta imposible manipular variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. De hecho, no hay condiciones o estímulos a los cuales se expongan los sujetos de estudio. Los sujetos son observados en su realidad.(61) En la investigación no se manipularon las variables y se describió a los sujetos de estudio en su realidad.

**Corte Transversal.** Determina la presencia de una condición o estado de salud en una población bien definida y en un marco temporal determinado: un día, una semana, un momento en particular en la vida.(62) Para la presente investigación se realizó la recopilación de información en un solo cohorte de tiempo, sin necesidad de realizar un seguimiento en el tiempo.

#### 3.2.Tipo de la Investigación

**Descriptivo.** Exhibe el conocimiento de la realidad tal como se presenta en una situación de espacio y de tiempo dado. Aquí se observa y se registra, o se pregunta y se registra.(63) Puesto que, en la presente investigación se describe a la población según edad, etnia y número de hijos, así como también se describe el tipo de Incontinencia Urinaria y la afectación de la calidad de vida en las mujeres geriátricas que participaron del estudio.

**Epidemiológico de prevalencia puntual.** La prevalencia mide la proporción de personas que se encuentran enfermas al momento de evaluar.(64) En la presente investigación se buscó conocer el número de mujeres que padecen incontinencia urinaria, en un momento determinado.

**Cuantitativo.** Se basa en técnicas mucho más estructuradas, ya que busca la medición de las variables previamente establecidas arrojando datos numéricos (65).

**Cualitativo.** Pone su énfasis en estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno natural en el que ocurren, dando primicia a los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas. (66)

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

El lugar de estudio está ubicado en Iruguincho de Urcuquí, perteneciente a la provincia de Imbabura- Ecuador.

### **3.4. Población de estudio**

Para la presente investigación se contó con la presencia de 11 mujeres adultas mayores que residen en el centro del adulto mayor Iruguincho.

#### **3.4.1. Criterios de Inclusión**

- Mujeres a partir de los 55 años de edad que residan en el centro del adulto mayor de Iruguincho.
- Mujeres a partir de los 55 años de edad que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

#### **3.4.2. Criterios de Exclusión**

- Mujeres menores de 55 años que no que residan en el centro del adulto mayor de Iruguincho.
- Mujeres adultas mayores 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 de edad que no firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

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

- Participantes que no deseen continuar en el proceso de investigación
- Pacientes que hayan fallecido o salido del centro.

### 3.5.Operacionalización de variables

#### 3.5.1. Variables de caracterización

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa	Grupo etario	55-64	-Adulto mayor	Ficha sociodemográfica	Es un concepto lineal que implica cambios continuos en las personas, pero a la vez supone formas de acceder o perdida de derecho a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades.(67)
	Cualitativa		65-74	joven - Adulto mayor		
	Ordinal	75-84	maduro	-Adulto mayor		
		>85 años (IPA)		-Anciano		
Etnia	Cualitativa Nominal Politómica	Grupos étnicos	Auto identificación étnica	-Blanco		Hace referencia a factores de orden cultural y que generalmente están vinculados a la construcción de la identidad de los miembros de un determinado grupo cultural.(68)
				-Mestizo		
				-Afroecuatoriano		
				-Indígena		
Número de	Cuantitativa	Número de	Sin hijos	Nulípara	Se refiere al número de hijos nacidos	
			1 hijo	Primípara		

hijos	Cualitativa	hijos	2-4 hijos	Múltipara		vivos, incluyendo los hijos que luego fallecieron.(69)
	Ordinal		>5 hijos (OMS)	Gran múltipara		

### 3.5.2. Variables de interés

Variable	Tipo de variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumentos	Definición
Incontinencia urinaria (IU).	Cualitativa Nominal Politómica	Tipos de incontinencia urinaria	Al toser, estornudar o realizar esfuerzos, ejercicio.	IU Esfuerzo	Cuestionario de incontinencia urinaria (ICIQ-SF)	Se define como la manifestación de cualquier escape involuntario de orina.(70)
			Antes de llegar al servicio.	IU Urgencia		
			Presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo y urgencia.	IU Mixta		

			De forma continua.	Incontinencia continua		
Calidad de vida.	Cualitativa Nominal Dicotómica	Afectación en la calidad de vida (evitar y limitar el comportamiento, impacto psicosocial, vergüenza social)	100%	Nula afectación en la calidad de vida.	Instrumento para la calidad de vida con incontinencia (I- QOL)	Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativa, estándares y preocupaciones.(71)
			<100%	Pérdida de calidad de vida.		



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

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

**Inductivo:** puesto que se utilizó la observación de los casos específicos, para establecer principalmente generalizaciones que aporten al objetivo de la investigación. (72)

**Analítico:** ya que en base a los datos obtenidos de las encuestas se pudo identificar el tipo de incontinencia urinaria y las diferentes afecciones que provocan en la población de estudio (73)

**Revisión bibliográfica:** dado que se usaron varios estudios de casos múltiples relacionados a la temática como guía y aporte para mejorar la calidad de la investigación (73)

#### **3.6.2. Técnicas e Instrumentos**

##### **Técnica**

**Encuesta:** recoge información proporcionada verbalmente o por escrito por un informante mediante un cuestionario estructurado, la cual utiliza muestras de la población objeto de estudio.(74)

##### **Instrumentos**

- Ficha sociodemográfica
- Cuestionario de la Incontinencia Urinaria (ICIQ-IU-SF)
- Instrumento para la Calidad de Vida con Incontinencia (I-QOL)

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

- **Cuestionario de incontinencia urinaria ICQ-IU-SF**

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) que mide la prevalencia del padecimiento, el cuestionario consta de cuatro apartados que evalúan los síntomas y su efecto en las actividades diarias de los pacientes.(75)

El international consultation on incontinence questionnaire-short form (ICIQ-IU SF), es un cuestionario diseñado para evaluar la presencia de síntomas de incontinencia

urinaria y su impacto en la vida del paciente. Ha sido formalmente validado en España.(75)

➤ **Instrumento para la calidad de vida I-QOL**

Desde 2007 en que comenzó la consulta especializada de suelo pélvico, se decidió utilizar el IQOL para evaluar la calidad de vida, como una herramienta más para evaluar y evidenciar la eficacia de las acciones rehabilitadoras por ser específico de la enfermedad y que se conoció a través del trabajo de Rioja Toro, publicado en el monográfico de la revista española de rehabilitación sobre técnicas instrumentales de diagnóstico y evaluación en rehabilitación. En esta publicación se citan las siguientes conclusiones a las que habían arribado diferentes grupos que la habían utilizado: “ el estudio se ha adaptado con éxito en once idiomas y seis variantes de estos idiomas “, “ en un ensayo clínico, el IQOL resulto valido y reproducibles como una medida de autocuestionamiento para evaluar la calidad de vida en pacientes con incontinencia urinaria”.(47)

**3.7. Análisis de datos**

El análisis de datos se basó a través de una recolección de datos obtenidos en las encuestas elaboradas en Excel y a continuación ingresados al programa de SPSS para conseguir los resultados y presentar por medio de tablas.

## CAPITULO IV

### 4. Análisis y discusión de los datos.

**Tabla 1**

*Caracterización de la población según la edad*

Edad	Frecuencia	Porcentaje
60 a 74	7	63.64%
75 a 90	4	36.36%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Los resultados en cuanto a la caracterización de la población según la edad, mostró mayor frecuencia de edades entre los 60 a 74 años, correspondiendo al 63% de la población estudiada, seguido del 36% correspondiente a edades de 75 a 90 años.

Estos datos se asemejan con el estudio “Percepción de los adultos mayores sobre la atención recibida en los centros del adulto mayor en el Asilo León Rúaless de la ciudad de Ibarra y en el asilo Carmen Ruiz Echeverría de la ciudad de Cotacachi” el cual refiere que la mayoría de la población del asilo Carmen Ruiz Echeverria son de edades comprendidas entre 60-65 años con un 44% y una minoría con edades de >85 años con un 11%.(76) Datos que se relacionan de acuerdo al rango y porcentaje de edad de acuerdo a nuestro estudio.

**Tabla 2***Caracterización de la población según la etnia*

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	5	45%
Indígena	6	55%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Los resultados acerca de la caracterización de la población según la etnia indican que, el 55% de la población estudiada pertenece a la etnia indígena y el 45% restantes corresponde a la etnia mestiza.

Estos resultados se relacionan con la publicación “la población indígena del Ecuador” del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC, en el que como resultados del VI censo de población, la provincia de Imbabura cuenta con el 25.3 % de población indígena a nivel provincial, en relación al presente estudio que arroja como resultados el 55% de población de etnia indígena, probablemente debido a que el estudio se realizó en un lugar rural de la provincia de Imbabura, por ello se puede decir que en ambos casos la incidencia de población indígena es alta. (77)

**Tabla 3**

*Caracterización de la población según el número de hijos*

Número de Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primípara (1 hijo)	1	9.09%
Multípara (2-4) hijos)	4	36.36%
Gran múltipara (>5 hijos)	6	54.55%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

Los resultados acerca de la caracterización de la población según el número de hijos arroja que, el 54% de la población estudiada son gran múltiparas, seguido del 36 % que corresponde a múltiparas y finalmente con un 9% de mujeres primíparas.

Los datos obtenidos se relacionan con el estudio de “Morbilidad de la gran múltipara” realizado en el hospital del instituto hondureño de seguridad social que durante el tiempo de estudio y por el bajo nivel socioeconómico de las pacientes se obtuvo que el 26,6% de la población fueron gran múltiparas, cifra que es muy elevada si la comparan con el reporte, por ello tiene relación con el presente estudio, probablemente debido a las mismas circunstancias socioeconómicas.

#### **Tabla 4**

*Prevalencia puntual de incontinencia urinaria.*

$$PIU = \frac{\text{Numero de afectados (11)}}{\text{Poblacion de estudio (11)}} \times 100 = 100\%$$

La prevalencia puntual de incontinencia urinaria en mujeres en el Centro del Adulto Mayor de Irugincho es del 100% de la población de estudio.

Estos resultados se relaciona con los obtenidos en el estudio de “Incontinencia urinaria: frecuencia y factores asociados” realizado en España el 2014, el cual tiene como resultados que el 71,2 % de la población de estudio, posee incontinencia urinaria, sin embargo el total de la población de nuestro estudio presentó incontinencia urinaria, por lo tanto en ambos estudios la prevalencia de incontinencia urinaria es alta.(78)

## Tabla 5

*Prevalencia de la incontinencia urinaria según tipos.*

$$PIUE = \frac{\text{Numero de afectados IUE (2)}}{\text{Poblacion de estudio (11)}} \times 100 = 18.18\%$$

$$PIUM = \frac{\text{Numero de afectados IUM(9)}}{\text{Poblacion de estudio(11)}} \times 100 = 81.81\%$$

Los resultados acerca de la prevalencia de la incontinencia urinaria según su tipo, señala que con un 81.81% la incontinencia urinaria mixta es la más prevalente, y la continencia urinaria por esfuerzo con un 18.18% resulta ser la menos prevalente, cabe indicar que no se presentó ningún caso de incontinencia urinaria por urgencia en la población estudiada.

Estos datos coinciden con el estudio de “Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto” en el hospital regional de Antofagasta en el 2016 que resulto con mayor afluencia el tipo de incontinencia urinaria mixta con un 42,6% y con menor afluencia el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo con un 19,1%.(79)

**Tabla 6**

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

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Pérdida de CV (<100%)	11	100%
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

En la evaluación de la calidad de vida, se obtuvo que el 100% de las mujeres geriátricas estudiadas con incontinencia urinaria, refirieron pérdida en su calidad de vida.

Los resultados obtenidos no coinciden con el estudio de “Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria” en la ciudad de México en el 2007 ya que, en los datos obtenidos de la investigación, únicamente el 77,2 % de la población tiene una pérdida en la calidad de vida debido a la incontinencia urinaria, sin embargo, en ambos casos esta afectación se manifiesta en más de la mitad de la población estudiada. (80)



**Tabla 7**

*Evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, según subescalas.*

<b>IQOL</b>	<b>Media</b>
Evitar y limitar el comportamiento	76,36%
Impacto psicosocial	78,99%
Vergüenza social	<b>56,36%</b>

Los resultados de la evaluación de la calidad de vida en función de la incontinencia urinaria, muestran que, la subescala que tiene mayor afectación con un 56,36% es la de vergüenza social, ya que obtuvo la menor puntuación, siguiéndole con un 76,36% la de evitar y limitar el comportamiento y finalmente la de impacto social con un 78,99%, de menor impacto.

Los resultados de la actual investigación coinciden directamente con el estudio de “ La incontinencia urinaria en mujeres de Jaén , estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida” de la facultad de ciencias de la salud en la universidad de Jaén en el año 2016, el cual dice que “el resultado del cuestionario I-QOL evidencia que la incontinencia urinaria reduce la calidad de vida de las mujeres que la sufren en algo más de un 23%, siendo el I-QOL parcial de sentimientos de vergüenza en las relaciones sociales el que presenta mayor afectación con una media de 21.(75)

**Tabla 8**

*Relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por subescalas (I-QOL)*

<b>Subescalas I-QOL</b>	<b>IU Esfuerzo</b>	<b>IU Mixta</b>
Evitar y limitar el comportamiento	75%	76,67%
Impacto psicosocial	90%	76,54%
<b>Vergüenza social</b>	70%	<b>53,33%</b>

Como resultados acerca de la relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por subescalas, se puede observar que la Incontinencia urinaria mixta (IUM) reflejó mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un 53,33% siguiéndole la de impacto social con un 76,54% y finalmente con un 76,67% la de evitar y limitar el comportamiento. Por otro lado, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) reflejó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de vergüenza social con una puntuación del 70%, seguida por la sub escala de evitar y limitar el movimiento con un 75% y, por último, la sub escala de impacto psicosocial con un 90%.

Estos datos se relacionan con la investigación “EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida” realizada en España en el 2013, en el cual se obtuvo como resultados en la afectación de la calidad de vida, que la subescala de vergüenza social fue la más afectada en el tipo de incontinencia urinaria de esfuerzo(70) , y en nuestro estudio los resultados arrojaron que la subescala de vergüenza social afecta más al tipo de incontinencia urinaria mixta.

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

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

Los datos sociodemográficos de la población estudiada indican que, la edad de mayor frecuencia es de 60 a 74 años correspondiente al 63% de la población y el 36% restante corresponde a las edades de 75 a 90 años. La etnia que predomina con el 55% de la población estudiada es la etnia indígena, seguido del 45% correspondiente a la etnia mestiza. En cuanto al número de hijos, el 54% de la población estudiada son gran multíparas, seguido del 36 % que corresponde a multíparas y finalmente con un 9% de mujeres primíparas.

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

La prevalencia de la incontinencia urinaria(IU) en el centro del adulto mayor Iruguincho es del 100%, es decir que toda la población de estudio presenta IU; Según sus tipos, la IU mixta se presentó en el 81.81% de la población, siendo la más prevalente, y la IU por esfuerzo con un 18.18% resultó ser la menos prevalente en la población de estudio.

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

La evaluación de la calidad de vida de las mujeres estudiadas, en relación a la incontinencia urinaria indica que, el 100% se la población ve a afectada su calidad de vida, siendo la subescala de vergüenza social la que mostró mayor afectación.

##### **¿Cuál es el tipo de relación de incontinencia urinaria con las subescalas de calidad de vida?**

La relación entre el tipo de incontinencia urinaria y la calidad de vida por subescala mostró que la Incontinencia urinaria mixta (IUM) reflejó mayor afectación en la subescala de vergüenza social con un 53,33% siguiéndole la de impacto social con un 76,54% y finalmente con un 76,67% la de evitar y limitar el comportamiento. Por otro lado, la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) reflejó mayor pérdida de calidad de vida en la subescala de vergüenza social con una puntuación del 70%, seguida por la sub escala de evitar y limitar el movimiento con un 75% y, por último, la sub escala

de impacto psicosocial con menor afectación en su calidad de vida reflejando un puntaje del 90%.

## **CAPITULO V**

### **5. Conclusiones y recomendaciones**

#### **5.1. Conclusiones**

- La caracterización de la población de estudio indica que, el rango de edad predominante fue de adulto mayor maduro. La mayoría de las mujeres geriátricas estudiadas pertenecen a la etnia indígenas y son gran multíparas.
- La prevalencia de la incontinencia urinaria es del 100% de la población estudiada. Siendo la incontinencia urinaria mixta la más prevalente con el 81.81% de los casos, seguido del 18.18% perteneciente a la incontinencia urinaria por esfuerzo.
- La calidad de vida del total de la población se vio afectada a causa de la incontinencia urinaria, siendo la subescala de vergüenza social la que mostro mayor afectación.
- Los sujetos de estudio que presentaron incontinencia urinaria mixta reflejaron mayor afectación en la calidad de vida, principalmente en la subescala de vergüenza social.

## **5.2. Recomendaciones**

- Realizar charlas de promoción de la salud en relación a la incontinencia urinaria, con el fin de prevenir esta condición y dar a conocer sus efectos y posibles tratamientos en los diferentes centros de atención al adulto mayor de la provincia.
- Promover investigaciones de intervención, las cuales brinden tratamiento a aquellas mujeres identificadas con incontinencia urinaria, para así poder disminuir el alto gasto económico y la afección en la calidad de vida que esta enfermedad con lleva.
- Replicar este tipo de estudios a nivel nacional, para de esta manera poder identificar a todas aquellas mujeres que padecen de esta condición y no han sido diagnosticadas, para así tratar de obtener una prevalencia lo más cercana a la realidad en el país.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Finoli S, Goette M, Moran I. Incontinencia urinaria y sus repercusiones en la actividad sexual Área : Ciencias de la Salud. XXI Encuentro Jóvenes Investig la Univ Nac del Litoral [Internet]. 2017;4. Available from: <http://web10.unl.edu.ar:8080/colecciones/bitstream/handle/123456789/8720/3.1.4.pdf>
2. González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *Semergen* [Internet]. 2017;43(8):578–84. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S113835931730028X>
3. Zhu L, Lang J, Wang H, Han S, Huang J. The prevalence of and potential risk factors for female urinary incontinence in Beijing, China. *Menopause*. 2008;15(3):566–9.
4. Calvo-Vázquez I, Rodríguez-Rodríguez B, Hernández-Méndez EA, López-Bravo GM, Ortega-González ME, Cortes-Raygoza P, et al. Prospective analysis of obesity and the effect of bariatric surgery on urinary incontinence. *Rev Mex Urol*. 2019;79(3):1–12.
5. Jimenez RAW. Manejo de la incontinencia urinaria en la mujer. *Rev Medica Costa Rica Y ....* 2015;(614):205-209pp.
6. Urinaria I, Mar A, Rodr L, Mar V, Aparicio R, Integral MG, et al. servicios especializados para personas mayores. “clinica de incontinencia urinaria.” *geroinfo*. 2016;11(1):1–17.
7. Diagnóstico Y Manejo G DE, Mundial La Salud O de. Parte ii: incontinencia urinaria organización panamericana de la salud Oficina Regional de la. :33–6346. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia22.pdf>
8. De Souza R, Conceição L. Prevalencia de la incontinencia urinaria en muestra

- aleatoria de la población urbana de Pouso Alegre , Minas Gerais , Brasil. Rev Lat Am Enferm. 2010;18(5):1–8.
9. Jiménez GÁ, Hernández HAC. Incontinencia urinaria en un grupo de personas vinculadas con el programa de adultos mayores del municipio de Sabaneta, Colombia Urinary. Med UPB [Internet]. 2016;34(1):16–22. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/view/6493>
  10. Rizo E. Incontinencia urinaria en la tercera edad [Internet]. Hogar del Corazón de Jesús. 2016. Available from: <https://www.hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20016-incontinencia-urinaria-tercera-edad>
  11. Segade S. la incontinencia urinaria-campaña de concientización y marketing de producto. Vol. 15. 2006.
  12. Muñoz MAS, Hormazábal MG, Vera CL, Núñez CS, Rojas JT. Efectos de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer climatérica. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2018;44(1):1–14. Available from: <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/307%0Ahttp://files/3/307.html>
  13. Jurado Hernández R, Moreno Maudo C, González Manzano VM, Cid Losada P, García Murillo MA. Incontinencia urinaria, soja y bolas chinas. Enfuro, ISSN 0210-9476, N° 108, 2008, págs 6-9. 2008;(108):6–9.
  14. Gastelum Valenzuela C. Procesos Patológicos Del Sistema Urinario [Internet]. 2017. Available from: <http://www.repositorioinstitucional.uson.mx/handle/unison/2034>
  15. Bonilla MA, Calleja Olvera JA, García Flores M, Garrido Gómez RA, Lozano Dávila ME, Navarro Sevilla RA, et al. Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Secr salud Mex [Internet]. 2010;17. Available from: [http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia\\_primer\\_nivel\\_incontinencia\\_urinaria.pdf](http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_incontinencia_urinaria.pdf)



16. Latarjet M, Ruiz Liard A. Sistema Urinario. Anatomía Humana [Internet]. 2008;1509–66. Available from: [www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=3233](http://www.dicciomed.es/php/diccio.php?id=3233)
17. Hemstreet GP. Sistemas renal y urinario. Encicl Salud Y Segur En El Trab. 2012;2–4.
18. García D, Jiménez H. Cambios estructurales renales en el riñón con el envejecimiento: con énfasis en glomeruloesclerosis. Med Leg Costa Rica. 2018;35(1):75–83.
19. Girona L, Conejero J. urologia. Farm Hosp [Internet]. 2009;33(6):330–4. Available from: [http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301507/Modulo\\_Farmacia-Hospitalaria-\\_2012.pdf](http://datateca.unad.edu.co/contenidos/301507/Modulo_Farmacia-Hospitalaria-_2012.pdf)
20. Universidad c. Paso 1 urogenital : Aparato Urinario. Esc Med. 2014;1–13.
21. Castro R, Viktrup L, Bump RC. Neurofisiología del tracto urinario inferior y de la continencia urinaria. Rev Mex Urol. 2007;67(3):154–9.
22. Ramos LV. estrechez o estenosis uretral. Rev Cuba Artritis Septica [Internet]. 2018;38(2):172–7. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000100011%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000100011%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152011000200004%5Cnhttp://file](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000100011%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000100011%0Ahttp://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152011000200004%5Cnhttp://file)
23. Bárbara Yumila Noa Pelier D, Jacqueline del Carmen Martínez Torres D, Ángel García Delgado J. Factores de riesgo y formas clínicas de disfunciones del suelo pélvico en mujeres de edad mediana. Rev Cuba Med Física y Rehabil [Internet]. 2016;88:13–2413. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
24. Apaza Valencia J. Evaluación del suelo pélvico mediante ecografía introital. Rev Peru Ginecol y Obstet. 2016;62(3):235–46.
25. Carrillo K, Sanguineti A. Anatomía del piso pélvico. Rev Médica Clínica Las

- Condes [Internet]. 2013;24(2):185–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640\(13\)70148-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0716-8640(13)70148-2)
26. Milla Davila SB. Incontinencia urinaria enfoque terapia física [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2018. Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2345#.XDNwRD5uQBg.mendeley>
  27. Romano S. Anatomía Y Fisiología De La Micción. Soc argentina Urol. 2001;modulo 3:7.
  28. Echavarría-Restrepo LG, Gallego-Mejía A, Gómez-Londoño M, Merino-Correa SC. Efectos de las lesiones del sistema nervioso sobre la fisiología de la micción. CES Med. 2019;33(3):182–91.
  29. Cespedes J. determinación de reflujo vesicouretral en pacientes niños de 1 a 6 años mediante uretrocistografía miccional en el hospital northospital. 2012.
  30. Ramos C, Martínez E. Bases neurológicas de la continencia urinaria. Clínicas Urológicas la Complut [Internet]. 2000;(8):257–81. Available from: <http://revistas.ucm.es/index.php/CLUR/article/view/CLUR0000110257A>
  31. Khoury R El, Moreno. Estudio piloto con mallas adaptadas para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo. 2015.
  32. Verdejo Bravo C. Incontinencia urinaria. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2010;45(5):298–300.
  33. Grillo C, Frattini G, Guillermo L, Avila V. Urología. 2016. 345 p.
  34. De Castro LG, Rocha SC, Fernandes SS, Chaves R, Aguirre EH, De Castro FA. Urinary incontinence of esfinterial deficiency effort. Salud Uninorte. 2018;34(3):784–96.
  35. Martinez mancero guadalupe estefania, villafuerte guaman kerly estefania. rol educativo de enfermería en las técnicas de reparación del suelo pélvico antes y después del parto en el c.s san jose. 2018.

36. Rahn DD, Roshanravan SM, Clave P, Rahn DD. Fisiopatología de la incontinencia urinaria, la disfunción miccional y la vejiga hiperactiva [Internet]. Vol. 36, *Obstet Gynecol Clin N Am*. Elsevier España, S.L.; 2009. 463–474 p. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070\(09\)36045-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1885-9070(09)36045-X)
37. Leon K. Urología Incontinencia Urinaria. *Rev medica costa rica y Centroam* [Internet]. 2016;(619):247–53. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2016/rmc162j.pdf>
38. Agulló EM, Ruiz Cerdá JL, Pérez LG, Backhaus MR, Oliva FD, Rebollo P, et al. Prevalencia de incontinencia urinaria y vejiga hiperactiva en la población española: resultados del estudio EPICC. *Actas Urol Esp*. 2009;33(2):159–66.
39. De la Puente Martín M, Guzón Illescas O, Alonso Blas C GG del, Tánago P PCF. Incontinencia de esfuerzo. 2003;7424. Available from: <https://botplusweb.portalfarma.com/documentos/2011/7/7/48341.pdf>
40. Molero M del M, Pérez Fuentes M del C, Gázquez JJ, Barragán AB, Martos Á, Simón M del M. Salud y cuidados durante el desarrollo. Volúmen 1. Salud y cuidados durante el desarrollo. 2017. 173–180 p.
41. Clinic M. incontinencia urinaria [Internet]. 2019. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/urinary-incontinence/symptoms-causes/syc-20352808>
42. Silva-Ramos M, Silva I, Faria M, Magalhães-Cardoso MT, Correia J, Ferreirinha F, et al. Impairment of ATP hydrolysis decreases adenosine A1 receptor tonus favoring cholinergic nerve hyperactivity in the obstructed human urinary bladder. *Purinergic Signal*. 2015;11(4):595–606.
43. Alvarez AU, Lara AB. resultados del programa de terapia integral de incontinencia urinaria en personas adultas mayores, atendidos en la unidad de incontinencia urinaria del hospital nacional de geriatri y gerontologia de costa rica. *Rev Clin HSJD*. 2019;9:61–9.
44. Pérez A, Espuña M, Anglès S. incontinencia urinaria [Internet]. portal clinic. 2018. Available from:

<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/incontinencia-urinaria/factores-de-riesgo>

45. Gavira Pavón A, Walker Chao C, Rodríguez Rodríguez N, Gavira Iglesias FJ. Prevalencia y factores de riesgo de incontinencia urinaria en mujeres que consultan por dolor lumbopélvico: estudio multicéntrico. *Aten Primaria* [Internet]. 2014;46(2):100–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.004>
46. Castañeda I, Martínez J, García J, Rodríguez E, Pérez N. Aspectos epidemiológicos de la incontinencia urinaria. *Revisión Bibliográfica. Rev Cuba Med Física y Rehabil* [Internet]. 2016;8(67):88–98. Available from: <http://www.sld.cu/sitios/revrehabilitacion/>
47. 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.
48. Botero de Mejía BE, Pico Merchán ME. Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia promoció salud*. 2007;12(1):11–24.
49. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*. 2010;84(2):169–84.
50. millan calenti jose carlos. envejecimiento y calidad de vida. *Univ A coruña*. 2011;14.
51. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales Health-Related Quality of Life: Conceptual Aspects. *Cienc i Enferm IX*. 2003;IX(2):9–21.
52. Torre Mollinedo F, Martín-Corral J, Callejo A, Gómez-Vega C, La Torre S, Esteban I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud y estrategias de afrontamiento ante el dolor en pacientes atendidos por una unidad de

- tratamiento del dolor. *Rev la Soc Esp del Dolor*. 2008;15(2):83–93.
53. Carreño L, Angarita A, Pinto L, Delgado A, García L. Calidad de vida relacionada con salud e incontinencia urinaria en mujeres con exceso de peso de Bucaramanga, Colombia. *Rev Ciencias la Salud*. 2015;13(1):63–76.
  54. 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.
  55. García-Bascones M, Puentes-Gutiérrez AB, Rubio-Hidalgo E, López-Zarzuela MC, Puentes-Gutiérrez R, García-Serrano G. Mejoría de la calidad de vida en mujeres con incontinencia tras el tratamiento rehabilitador. ¿existe relación entre el ICIQ-SF y el pad test? *Rehabilitacion*. 2012;46(2):141–6.
  56. Cancelo M. líneas de actuación para profesionales sanitarios ante el paciente con IU. 2008. p. 28.
  57. Musibay ER, Borges Sandrino RS. Cuestionarios de calidad de vida en las mujeres con disfunciones del suelo pélvico. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2016;42(3):372–85.
  58. Rodríguez E, Martínez J, Díaz D, Ros A, Abreu Y. Impacto de la fisioterapia para la reeducación del suelo pélvico en la calidad de vida de pacientes con incontinencia urinaria. *CIMEQ*. 2006;29(2):219–31.
  59. Ecuador gobierno nacional. la salud en la nueva constitución 2008 [Internet]. 2008. p. 30. Available from: [https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599](https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=comunicacion-social&alias=80-libro-la-salud-en-la-nueva-constitucion&Itemid=599)
  60. Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida. 2017;84. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/10/PNBV-26-OCT->

FINAL\_0K.compressed1.pdf

61. Agudelo G, Aigner M, Compiladores r. Diseños de investigación experimental y no-experimental. Cent Estud Opin. 2008;1–46.
62. Álvarez-Hernández G, Delgado-DelaMora J. I . El Estudio Transversal : Tomando una Fotografía de la Salud y la Enfermedad . Bol Clin Hosp Infant Edo Son [Internet]. 2015;32(1):26–34. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2015/bis151f.pdf>
63. Rojas M. Tipos de Investigación científica: Una simplificación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. Rev Electron Vet [Internet]. 2015;16(1):1–14. Available from: <http://www.veterinaria.org/revistas/redvet2015Volumen16Nº01->  
<http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n010115.html>
64. Fajardo A. Metodología de la investigación Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto. Rev Alerg Mex [Internet]. 2017;64(1):109–20. Available from: <http://www.revistaalergia.mx>
65. Lopez N, Sandoval I. metodos y tecnicas de investigacion cuantitativa y cualitativa. Malaysian J Public Heal Med. 2015;15(2):17–23.
66. ruiz olabuenaga J ignacio. teoria y practica de la investigacion cualitativa [Internet]. 2012. 141 p. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QJ9BR5Ok3qgC&oi=fnd&pg=PA9&dq=tipos+de+la+investigacion&ots=PyIf\\_Vsg8W&sig=OCIHPQ\\_LDBI RWZYH8T-dmjCua5Q#v=onepage&q&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=QJ9BR5Ok3qgC&oi=fnd&pg=PA9&dq=tipos+de+la+investigacion&ots=PyIf_Vsg8W&sig=OCIHPQ_LDBI RWZYH8T-dmjCua5Q#v=onepage&q&f=false)
67. Ávila NR. Envejecimiento : Edad , Salud y Sociedad. Horiz Sanit. 2018;17(2):88.
68. Galarza Schoenfeld P. Inclusión de la variable etnia en la fuentes de información sociodemografica del ecuador. J Chem Inf Model. 2019;53(9):1689–99.
69. vasco de Estadística I. numero de hijos [Internet]. Available from: [https://www.eustat.eus/documentos/opt\\_0/tema\\_698/elem\\_15341/definicion.ht](https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_698/elem_15341/definicion.ht)

ml


70. Geanini-Yagüez A, Fernández-Cuadros ME, Nieto-Blasco J, Ciprián-Nieto D, Oliveros-Escudero B, Lorenzo-Gómez MF. EMG-biofeedback en el tratamiento de la incontinencia urinaria y calidad de vida. *Rehabilitacion [Internet]*. 2014;48(1):17–24. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rh.2013.09.001>
71. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores Chilenos. *Rev Med Chil*. 2011;139(5):579–86.
72. Abreu jose luis. El Método de la Investigación Research Method. *Daena Int J Good Conscienc*. 2014;9(3):195–204.
73. Martínez Carazo PC. El metodo de estudio de caso. *Pensam y Gest [Internet]*. 2006;N20:29. Available from: [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento\\_gestion/20/5\\_El\\_metodo\\_de\\_estudio\\_de\\_caso.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/pensamiento_gestion/20/5_El_metodo_de_estudio_de_caso.pdf)
74. Alvira F. la encuesta: una perspectivageneral metodologica [Internet]. 2011. 121 p. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GbZ5JO-IoDEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=encuesta&ots=TTp9DH2a4Y&sig=Z\\_1as7Esd oGpp6IASFDQvIF\\_wFE#v=onepage&q=encuesta&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=GbZ5JO-IoDEC&oi=fnd&pg=PA1&dq=encuesta&ots=TTp9DH2a4Y&sig=Z_1as7Esd oGpp6IASFDQvIF_wFE#v=onepage&q=encuesta&f=false)
75. Cruz C. la inconteniencia urinaria en mujeres de jaen, estudio de prevalencia e impacto en su calidad de vida. 2016.
76. montalvo morales M, ruales itaz a. Percepcion de los adultos mayores sobre la atencion recibida en los centros del adulto mayor en el asilo leon ruales de la ciudad de ibarra y en el asilo carmen ruiz de echeverriade la ciudad de cotacachi, periodo noviembre 2010 a julio- 2011 [Internet]. Vol. 156, *Journal of Controlled Release*. 2011. Available from: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2326/1/tesis\\_percepcion\\_de\\_los\\_adultos\\_mayores.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2326/1/tesis_percepcion_de_los_adultos_mayores.pdf)
77. Ec. quinteros M. la poblacion indigena del ecuador. Director [Internet]. 2001;3–

41. Available from:  
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2009/7015.pdf>
78. García-Astudillo E, Pinto-García MP, Laguna-Sáez J. Incontinencia urinaria: Frecuencia y factores asociados. *Fisioterapia* [Internet]. 2015;37(4):145–54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2014.09.002>
79. Díaz 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=S0138-600X2017000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200008)
80. Magaña MV, López HHB, Poceros GR, Ortega GO, Neri Ruz ES, Castrillo CS. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(6):347–56.



## 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:**

“INCONTINENCIA URINARIA EN LA CALIDAD DE VIDA EN MUJERES ADULTAS MAYORES QUE RESIDEN EN EL CENTRO DEL ADULTO MAYOR IRUGINCHO, 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.”*



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](mailto:cstorresa@utn.edu.ec)

**DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE**

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

En prueba de conformidad firmo este documento.

Firma: Bertha Escanta....., el 27 de 06 del 2019....

**MISIÓN INSTITUCIONAL**

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

## Anexo 2. Datos sociodemográficos

**CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Paciente: Maria Estela Ponce

EDAD 85 ETNIA Indígena

PESO 50 TALLA 152 IMC 21,64

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

TRABAJA A TIEMPO COMPLETO \_\_\_\_\_ TRABAJA MEDIA JORNADA \_\_\_\_\_

JUBILADA \_\_\_\_\_ ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

DESEMPLEADA \_\_\_\_\_ OTROS, ESPECIFICAR X \_\_\_\_\_

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

¿TIENE HIJOS?

SÍ X NO \_\_\_\_\_

EN CASO DE RESPONDER SI, ESPECIFIQUE CUANTOS 3 \_\_\_\_\_

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

SIN ESTUDIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS PRIMARIOS X \_\_\_\_\_

BACHILLER \_\_\_\_\_

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS \_\_\_\_\_

ESTUDIOS DE CUARTO NIVEL \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Cuestionario ICIQ-IU-SF (cuestionario de incontinencia urinaria)

#### 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	<u>2</u>
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. ....	<u>4</u>
Mucha cantidad. ....	6

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

1	2	3	<u>4</u>	5	6	7	8	9	10
Nada									Mucho

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

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

#### Anexo 4. I-QOL (cuestionario calidad de vida)

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

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

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

## **Anexo 5. Evidencias fotográficas**

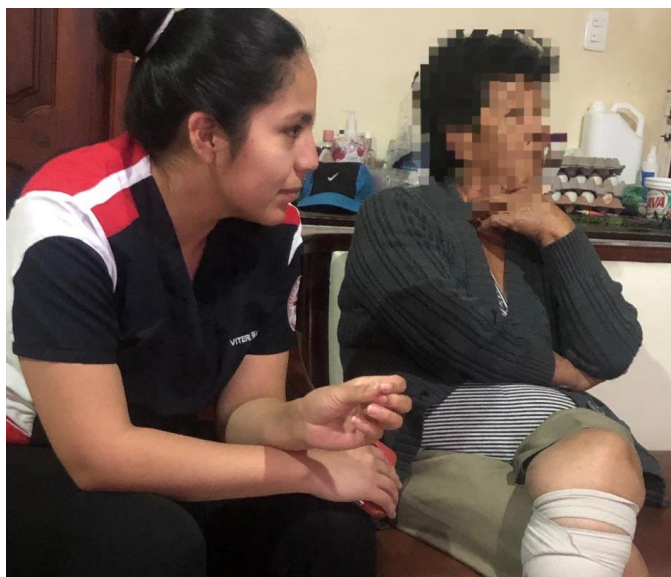
### Evidencia fotográfica #1



**Autor:** Viteri Pilacuan Erika Alejandra

**Actividad:** Recolección de datos

### Evidencia fotográfica #2





**Autor:** Viteri Pilacuan Erika Alejandra

**Actividad:** Interacción acerca de la investigación

## Anexo 6. Certificación del Abstract

### Abstract

 **RODRIGUEZ VITERI VICTOR RAUL** ...  
Para: ERIKA ALEJANDRA VITERI PILACUAN + 3  
Lun 3/8/2020 16:17 [Ver más](#)

 **ERIKA VITERI**  
DOCX - 15 KB

---

En este correo encontrará un abstract perteneciente a:

Erika Alejandra Viteri Pilacuan  
Cl. 1004155626.  
Facultad De Ciencias De La Salud  
Terapia Física Medica

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

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

Atentamente

**Victor Rodríguez**



## Anexo 7. Análisis Urkund

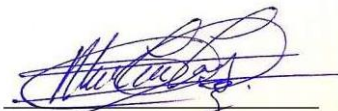


### Document Information

Analyzed document tesis Erika Viteri Pilacuan.docx (D77563228)  
Submitted 8/7/2020 6:48:00 AM  
Submitted by  
Submitter email eaviterip@utn.edu.ec  
Similarity 10%  
Analysis address cstorresa.utn@analysis.arkund.com

### Sources included in the report

<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx</b> Document JEFFERSON BOWER SUAREZ CHUQUIN.docx (D63917464) Submitted by: jbsuarez@utn.edu.ec Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 5
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / ROSERO ERIKA TESIS.docx</b> Document ROSERO ERIKA TESIS.docx (D64108286) Submitted by: erikasusanaroseo@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 8
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx</b> Document PADILLA BOLAÑOS EVELYN ARACELY.docx (D64843451) Submitted by: padillaevelyn2@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 2
<b>SA</b>	<b>UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE / TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx</b> Document TESIS INCONTINENCIA URINARIA Camila Leon.docx (D64062114) Submitted by: cashajo@gmail.com Receiver: cstorresa.utn@analysis.arkund.com	 7



Lic. Cristian Torres A. MSc

Director