



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE FISIOTERAPIA

TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

TEMA:

“INCONTINENCIA URINARIA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON
EPISIOTOMÍA O DESGARRO OBSTÉTRICO, PARROQUIA EL SAGRARIO,
IBARRA 2025 – 2026”

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciatura en Fisioterapia.

Línea de Investigación: Salud y Bienestar.

AUTOR

Andino Sarmiento Karla Carolina.

DIRECTOR

MSc. Cristian Santiago Torres Andrade.

Ibarra – Ecuador – 2026



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

Identificación de la obra

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital, con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

Datos de Contacto			
Cédula de identidad:	1004113575		
Apellidos y nombres:	Andino Sarmiento Karla Carolina		
Dirección:	Ibarra		
Email:	kcandinos@utn.edu.ec		
Teléfono fijo:	06 2650020	Teléfono Móvil:	0999061924

Datos de la Obra	
Título:	“INCONTINENCIA URINARIA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON EPISIOTOMÍA O DESGARRO OBSTÉTRICO, PARROQUIA EL SAGRARIO, IBARRA 2025 – 2026”
Autor (es):	Andino Sarmiento Karla Carolina
Fecha: (a-m-d)	2026 – 03 – 16

Solo para Trabajos de Titulación	
Programa:	PREGRADO ☒ POSGRADO ☐
Título por el que opta:	Licenciatura en Fisioterapia
Director:	MSc. Cristian Torres
Asesor	MSc. Verónica Celi

Autorización de uso a favor de la universidad

Yo, Andino Sarmiento Karla Carolina con cédula de identidad Nro. 1004113575, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de integración curricular descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad de material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

Ibarra, a los 16 días del mes de marzo del 2026

El Autor:

Firma:

Nombre: Andino Sarmiento Karla Carolina.

Constancias

El autor , manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es el 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.

Ibarra, a los 16 días, del mes de marzo del 2026

El Autor:

Firma:

Nombre: Andino Sarmiento Karla Carolina.

Certificación del director del trabajo de integración curricular

Ibarra, 16 de marzo del 2026

MSc. Cristian Santiago Torres Andrade.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular, el mismo que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte; en consecuencia, autorizo a su presentación para los fines legales pertinentes.

(f).....

MSc. Cristian Santiago Torres Andrade.

C.C.: 1003649686

Aprobación del comité calificador

El Comité Calificador del trabajo de Integración Curricular titulado: “Incontinencia urinaria y función sexual en mujeres con episiotomía o desgarro obstétrico, Parroquia El Sagrario, Ibarra 2025 – 2026”. Elaborado por Karla Carolina Andino Sarmiento, previo a la obtención del título de LICENCIADA EN FISIOTERAPIA, aprueba el presente informe de investigación en nombre de la Universidad Técnica del Norte:

(f).....

MSc. Cristian Santiago Torres Andrade.

DIRECTOR

CC: 1003649686

(f).....

Msc. Verónica Alexandra Celi Benalcázar.

ASESORA

CC: 1716201817

Dedicatoria

Dedico este trabajo de titulación, en primer lugar, a Dios, por haberme otorgado la fortaleza y la valentía necesarias para superar cada adversidad en este camino universitario. A mi hijo, mi mayor motor y motivación; le dedico este logro como un testimonio de perseverancia, con la certeza de que su propio vuelo lo llevará tan lejos como se lo proponga. A mis padres, Carlos y Diana, pilares incondicionales de amor y guía, por permitirme culminar esta etapa y por el orgullo con el que celebran cada una de mis metas. A mi hermano Sebastián, cuya admiración y compañía me impulsan a ser un ejemplo a seguir. Finalmente, a mi abuelita Rita, quien desde mi mente y corazón me sostuvo con palabras de aliento en los momentos más difíciles.

Karla Carolina Andino Sarmiento

Agradecimiento

Agradezco a Dios por el don de la vida y por haberme concedido la fortaleza necesaria para culminar con éxito esta etapa fundamental de mi formación.

Mi gratitud infinita a mi padre Carlos, el pilar más fuerte de mis días; gracias por cuidar de mi hijo con tanta entrega y ternura, permitiéndome la paz mental para perseguir mis sueños mientras tú protegías lo que más amo. A mi madre, Diana, mi ejemplo eterno de resiliencia y virtud; en tu reflejo he forjado la mujer que soy hoy, y es tu voz la que me repite cada día que no existen imposibles cuando se tiene el corazón dispuesto. Gracias, padres, porque este título lleva impreso el sacrificio y el amor incondicional que solo ustedes saben dar.

A mi hermano, por ser esa luz de alegría que, con sus ocurrencias, logró disipar mis nubes de estrés y recordarme la importancia de una sonrisa. A mi pareja, por darme el apoyo y las herramientas necesarias, por caminar a mi lado con una fe ciega en mis capacidades. A mis tíos Alejandro y Alejandra que estuvieron presentes desde mis primeros pasos en la vida escolar y ahora aplauden desde primera fila mis logros.

Expreso mi más profundo reconocimiento a la Universidad Técnica del Norte y a mis docentes: Verito Potosí, Verito Celi, Juan Carlos Vásquez y Kathy Esparza. Gracias por los conocimientos compartidos, pero sobre todo por esas palabras de aliento que llegaron en el momento justo; cada consejo fue el grano de arena necesario para mantenerme con la frente en alto.

De manera especial, agradezco a mi tutor de tesis, MSc. Cristian Torres, por su dirección paciente, su rigor académico y por haber creído en mi capacidad y en este proyecto desde el primer día. Finalmente, a mis compañeros de aula, por los momentos compartidos y por hacer de este desafío una experiencia inolvidable.

Andino Sarmiento Karla Carolina

Índice de contenidos

Identificación de la obra.....	2
Autorización de uso a favor de la universidad	4
Constancias	5
Certificación del director del trabajo de integración curricular	6
Aprobación del comité calificador.....	7
Dedicatoria.....	8
Agradecimiento.....	9
Índice de contenidos	10
Índice de Anexos.....	14
Resumen.....	15
Abstract.....	16
Introducción	1
Problema.....	1
Justificación.....	3
Objetivos.....	4
Objetivo General	4
Objetivos Específicos.....	4
Capítulo 1: Marco Teórico.....	5
Antecedentes.....	5
Fundamentación Teórica	7
Anatomía Esquelética Pélvica	7
Músculos del Suelo Pélvico	7
Capa superficial.....	7
Función del Suelo Pélvico.....	9
Cavidad Abdominopélvica	10
Diafragma Torácico	10

Pared Abdominal.....	10
Incontinencia Urinaria.....	11
Epidemiología	12
Función sexual	12
Mecanismos fisiopatológicos	13
Epidemiología	13
Embarazo.....	13
Parto	14
Episiotomía	15
Desgarro obstétrico	15
Puerperio	16
Capítulo 2: Materiales y Métodos.....	17
Diseño y Tipo de Investigación	17
Diseño de investigación.	17
Tipo de investigación	17
Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación	18
Métodos.....	18
Técnicas.....	18
Instrumentos.	18
Preguntas de investigación	21
Matriz de operacionalización de variables	22
Participantes	24
Población de estudio	24
Criterios de Selección para la Población.....	24
Criterios de Inclusión.....	24
Criterios de Exclusión.....	24
Procedimiento y Análisis de Datos.....	25
Procedimiento	25

Análisis de Datos.....	25
Marco Legal.....	26
Constitución de la República del Ecuador	26
Ley Orgánica de Salud	26
Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029	27
Declaración de Helsinki	28
Consentimiento Informado	29
Capítulo 3: Discusión y Resultados	30
Respuestas a las preguntas de investigación	39
Conclusiones	40
Recomendaciones	41
Bibliografía	42
Anexos	51

Índice de Tablas

Tabla 1. Variables de caracterización	22
Tabla 2. Variables de interés.....	23
Tabla 3. Caracterización de la población según la media de edad.....	30
Tabla 4. Caracterización de la población según el número de hijos.....	31
Tabla 5. Caracterización de la población según tipo de episiotomía.	32
Tabla 6. Caracterización de la población según grado de desgarro obstétrico	33
Tabla 7. Prevalencia de incontinencia urinaria.	34
Tabla 8. Prevalencia de tipos de incontinencia urinaria.	35
Tabla 9. Prevalencia de disfunción sexual.....	36
Tabla 10. Relación entre incontinencia urinaria y grado de desgarro obstétrico.....	37
Tabla 11. Relación entre disfunción sexual y grado de desgarro obstétrico.....	38

Índice de Anexos

Anexo 1. Resolución aprobación de tema.....	51
Anexo 2. Reporte de similitud (Compilatio).....	52
Anexo 3. Certificado de Abstract.....	53
Anexo 4. Consentimiento Informado.....	54
Anexo 5. Ficha de datos generales.....	56
Anexo 6. Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria.	57
Anexo 7. Índice de Función Sexual Femenina.	58
Anexo 8. Evidencia fotográfica	59

Resumen

La incontinencia urinaria hace referencia a la pérdida involuntaria de orina que causa diferentes problemas sociales, emocionales e higiénicos. Por otra parte, la función sexual femenina es un proceso complejo y multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos, emocionales y relacionales. El objetivo de esta investigación fue determinar la presencia de incontinencia urinaria y disfunción sexual en mujeres con episiotomía o desgarro obstétrico. El enfoque de la investigación fue no experimental de corte transversal y de tipo cuantitativa, así como descriptiva. Este estudio se centró en una población conformada por 30 mujeres que cumplieron con los criterios de selección. Para la fase de evaluación se utilizó instrumentos validados como el Cuestionario internacional de incontinencia urinaria (ICIQ-SF) y el Índice de función sexual femenina (FSFI). Los resultados mostraron una media de edad de 22 años, el 76,7% fueron primíparas, el 43,7% de la episiotomía de tipo media fue la más frecuente y el 64,3% de mujeres presentaron desgarro obstétrico grado 3, como el más común. La incontinencia urinaria y disfunción sexual mostró una prevalencia del 100% , siendo la IU de esfuerzo el tipo más común. La mayor parte de mujeres con IU mixta, IU de esfuerzo y la totalidad de mujeres con disfunción sexual, presentaron desgarro obstétrico grado 3. En conclusión la incontinencia urinaria y la disfunción sexual se relacionan con el antecedente de episiotomía o desgarro obstétrico.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria, Disfunción Sexual, Episiotomía, Desgarro Obstétrico, Puerperio, Suelo Pélvico.

Abstract

Urinary incontinence refers to the involuntary loss of urine, which causes various social, emotional, and hygienic problems. Female sexual function, on the other hand, is a complex and multidimensional process encompassing physical, psychological, emotional, and relational aspects. The objective of this research was to determine the prevalence of urinary incontinence and sexual dysfunction in women with episiotomy or obstetric tearing. The research approach was non-experimental, cross-sectional, quantitative, and descriptive. This study focused on a population of 30 women who met the selection criteria. Validated instruments such as the International Continence Questionnaire-Summarsen (ICIQ-SF) and the Female Sexual Function Index (FSFI) were used for the assessment phase. The results showed a mean age of 22 years; 76.7% were primiparous; a medium-sized episiotomy was the most frequent type (43.7%); and 64.3% of women presented with a grade 3 obstetric tear, the most common type. Urinary incontinence and sexual dysfunction showed a prevalence of 100%, with stress urinary incontinence being the most common type. Most women with mixed urinary incontinence, stress urinary incontinence, and all women with sexual dysfunction presented with a grade 3 obstetric tear. In conclusion, urinary incontinence and sexual dysfunction are related to a history of episiotomy or obstetric tear.

Keywords: Urinary Incontinence, Sexual Dysfunction, Episiotomy, Obstetric Tear, Postpartum Period, Pelvic Floor.

Introducción

Problema

La incontinencia urinaria (IU) se define como la pérdida urinaria involuntaria y problemas de higiene asociados (1). La función sexual femenina es un proceso complejo y multidimensional que abarca aspectos físicos, psicológicos, emocionales y relacionales (2). Tras el parto, es común sufrir dolor y dispareunia, incluso incontinencia urinaria o fecal a causa de la episiotomía y desgarro obstétrico (3).

La incidencia mundial de la IU posparto en 2023 fue del 26%. Es decir, 32 estudios con un total de 28,303 mujeres, indica que 1 de cada 4 mujeres padece esta condición (4). El estudio titulado “Incontinencia urinaria y su relación con factores obstétricos, de edad y étnicos: un estudio transversal”, realizado en las provincias del norte del Ecuador, evidencia que la IUU se asoció con el parto vaginal y la multiparidad (5). En cuanto la función sexual, cada año, es posible que al menos 40 millones de mujeres padezcan a largo plazo dolor durante las relaciones sexuales (dispareunia), y más de un tercio de las mujeres durante el postparto (6).

La episiotomía es una técnica que elimina cualquier idea de un perineo intacto tras dar a luz (3). En cuanto al desgarro obstétrico, lesión espontánea durante el parto vaginal, afecta a tejidos del periné, zona entre vagina y ano (7). A los tres meses del parto, puede haber molestias en el 50% en episiotomía medio lateral y en el 79% en desgarros de grado III y IV (3).

La episiotomía puede afectar negativamente la función del suelo pélvico y la capacidad de continencia urinaria en adolescentes primíparas (8). El deterioro de la salud sexual es común tras un parto vaginal. A los 12 meses posparto, más de la mitad de las mujeres con desgarros de tercer o cuarto grado presentaron dispareunia (9).

La IU tiene un efecto negativo en la evaluación de la calidad de vida de las mujeres. Los síntomas tuvieron una influencia significativa en el bienestar emocional, actividad social y profesional de las mujeres encuestadas (10). Puede generar vergüenza, aislamiento y

disminución del autoestima (11). Interrumpe el sueño si las personas compensan intentando orinar con más frecuencia o empeoran el problema haciendo ejercicios en exceso (12).

La dispareunia en las primeras seis semanas influye de manera negativa en la calidad de vida relacionada con la salud posparto (11). No solo afecta la salud individual, sino que también puede interferir en las relaciones de pareja y en la salud mental, aumentando el riesgo de ansiedad y depresión. Se puede experimentar menos placer durante las relaciones sexuales o incluso evitarlas por completo, lo que altera autoestima e identidad (13).

Las actividades sociales habituales se ven afectadas debido a la IU ya que existe una necesidad de ir al baño con mayor frecuencia. Las actividades deportivas disminuyen por el miedo constante a la pérdida de orina, la presencia de síntomas, la planificación extra para cada acción y preocupación persistente, incluso las mujeres pueden presentar un sentimiento de falta de pertenencia de su propio cuerpo (14).

El aumento repentino del consumo de productos para la incontinencia provocará cambios adversos en el impacto ambiental, asociados a su producción y eliminación. Incluso intentando controlar el ahorro energético y la reducción de emisiones, se proyecta que para 2060 la carga ambiental anual de estos productos podría ser entre 3,33 y 18,40 veces mayor que en 2020 (15).

A medida que aumentan los síntomas de IU, se incrementa tanto el número de productos utilizados como en el costo, lo que suma una carga financiera significativa. (16). En cuanto a la disfunción sexual, representa un gran gasto; en el Reino Unido se requirió hasta 51 sesiones de tratamiento, principalmente terapia psicológica (17).

En la Ciudad de Ibarra se ha evidenciado que no existe presencia de estudios realizados sobre la incontinencia urinaria y función sexual en relación con episiotomía y desgarro obstétrico; tomando en cuenta que, ante la falta de información sobre la temática, genera un atraso en su diagnóstico y una atención oportuna a la misma.

Justificación

Este proyecto está dirigido a identificar la presencia de incontinencia urinaria y función sexual en aquellas pacientes con episiotomía o desgarro obstétrico, ya que varios estudios a nivel mundial muestran que gran parte de las mujeres con lesión de suelo pélvico tienen afectación en la contención de orina y en la función sexual.

Por consiguiente, este estudio fue viable debido a que sus participantes firmaron de forma libre y voluntaria el consentimiento informado, también se contó con la presencia del investigador capacitado en el tema a investigar. Igualmente fue factible ya que se contó con recursos bibliográficos e instrumentos validados que se aplicaron dentro del estudio a las pacientes con episiotomía o desgarro obstétrico.

Este proyecto de investigación tuvo un impacto dentro de la salud y la sociedad, puesto que se pudo reconocer que gran parte de la población estudiada tiene afectación en su salud por la pérdida de la capacidad en la contención de orina y disminución en su función sexual, debido a la episiotomía o desgarro obstétrico al que estuvieron expuestas las participantes durante su parto.

Los beneficiarios de este estudio están conformados de forma directa por, las pacientes que aceptaron ser partícipes del mismo, y la estudiante investigadora. Mientras que de forma indirecta, los familiares de las pacientes intervenidas, la Universidad Técnica del Norte y la Carrera de Fisioterapia por el crecimiento académico e investigativo que genera.

Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de incontinencia urinaria y función sexual en mujeres con episiotomía o desgarro obstétrico, Parroquia El Sagrario, Ibarra 2025-2026.

Objetivos Específicos

- Caracterizar a los sujetos de estudio según edad, número de hijos, tipo de episiotomía y grado de desgarro obstétrico.
- Identificar la prevalencia de incontinencia urinaria, sus tipos y disfunción sexual.
- Relacionar la incontinencia urinaria con el grado de desgarro obstétrico.
- Relacionar el nivel de función sexual con el grado de desgarro obstétrico.

Capítulo 1: Marco Teórico

Antecedentes

El estudio denominado “Función sexual femenina posparto: factores de riesgo de disfunción sexual posparto” demostró que el tipo de parto no tiene un efecto significativo en la función sexual posparto a corto y largo plazo. Por otro lado, los desgarros de tercer y cuarto grado se asocian fuertemente con la disfunción sexual posparto (18).

El artículo “Eficacia del entrenamiento muscular del suelo pélvico en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria: una revisión sistemática y un metaanálisis” data que, las mujeres suelen limitar sus interacciones sociales o aislarse por completo para evitar pérdidas urinarias involuntarias en entornos sociales o laborales, lo que conlleva mayores tasas de depresión y baja autoestima debido a este problema social e higiénico (19).

La revisión “Influencia del entrenamiento muscular del suelo pélvico, por sí sola o como parte de un programa general de actividad física durante el embarazo, en la incontinencia urinaria, episiotomía y desgarro perineal de tercer o cuarto grado: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados” realizada en 2024 revela que la incontinencia urinaria durante el embarazo, la episiotomía y el desgarro perineal de tercer o cuarto grado durante el parto pueden afectar significativamente la salud, la calidad de vida y la capacidad de las mujeres para realizar actividad física (20).

Röckner en su estudio se percató de que en las tres semanas posteriores al parto las mujeres que presentaban episiotomía medio lateral tenían más dolor al sentarse, defecar, caminar y miccionar que aquellas que sufrieron desgarros espontáneos de segundo grado. Hasta seis semanas después del parto, el diez por ciento de las mujeres siguieron teniendo dolor, mientras que ninguna de las mujeres con desgarros de segundo grado refirió queja alguna (21).

Un artículo publicado en Portugal a través de varias entrevistas a mujeres, evidenció el miedo y ansiedad que provocaba la idea de requerir al momento del parto la episiotomía que

consideran dolorosa e innecesaria. Posparto, consideraron que cambió su vida sexual por sentir molestias y dejaron de verlo como una opción amigable para tomarlo como un castigo (3).

Un estudio realizado en Colombia data que un gran número de autores consideran el embarazo, el traumatismo vaginal obstétrico, la episiotomía y el uso de fórceps como los principales factores de riesgo de incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres, causando lesiones anatómicas irreversibles en el suelo pélvico, reduciendo la capacidad de los músculos para sostener los órganos pélvicos y produciendo alteraciones (22).

El estudio “Entrenamiento muscular del suelo pélvico como tratamiento para la disfunción sexual femenina: una revisión sistemática y metanálisis” dice que las disfunciones sexuales en las mujeres se subestiman. El uso de cuestionarios para detectar el riesgo de éstas puede ayudar a las mujeres que tienen dificultad para informar sobre sus problemas sexuales, minimizando así la incomodidad y la vergüenza al responder preguntas sobre sexualidad (23).

El artículo “Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina” concluye que este procedimiento debería ser considerado críticamente selectivo. Lo que queda por investigar son las verdaderas indicaciones para realizarla, puesto que variables como el sufrimiento fetal o la incontinencia urinaria ya no están ligadas a la no realización del corte (24).

Fundamentación Teórica

Anatomía Esquelética Pélvica

La pelvis está compuesta por sacro, cóccix y huesos coxales, que incluyen ilion, isquion y pubis. Se articulan en la parte posterior mediante la articulación sacroilíaca, que se encuentra reforzada por ligamentos sacroilíacos anteriores y posteriores. Los ligamentos anteriores se encargan de limitar el movimiento hacia arriba del sacro y el movimiento lateral del ilion, mientras que los posteriores evitan el movimiento vertical del sacro y medial del ilion. En la parte anterior, los huesos coxales se unen en la sínfisis púbica por medio del anillo de fibrocartílago reforzado por ligamentos púbicos (25).

La región superior conformada por los huesos pélvicos y las vértebras lumbares inferiores se llama pelvis mayor (pelvis falsa) y se suele considerar parte del abdomen. La pelvis menor (pelvis verdadera) se relaciona con las partes inferiores de los coxales, el sacro y el cóccix; y tiene una entrada superior donde se encaja la cabeza fetal y una salida que no obstruye el parto vaginal (26).

Músculos del Suelo Pélvico

Comprende un grupo de músculos y fascia en forma de cúpula que rodea la vejiga, la vagina y el ano. La capa superficial es el triángulo urogenital, la capa intermedia es el diafragma urogenital o membrana perineal, que comprende el transverso profundo del periné y el esfínter uretral externo, y la tercera es el diafragma pélvico, que está formado por el elevador del ano y el coccígeo (27).

Capa superficial

- **Bulboesponjoso.** Músculo estriado que se adhiere anterolateralmente al cuerpo perineal.
- **Isquicavernoso.** Músculo estriado que se origina en la cara interna de las tuberosidades isquiopúbicas y se inserta en la raíz del clítoris.

- **Esfínter anal externo.** Rodea el ano y tiene dos inserciones, una ósea en el ligamento anococcígeo y una muscular en el núcleo central del periné.
- **Transverso superficial del periné.** Músculo estriado que se origina en la cara interna de las tuberosidades isquiáticas y se inserta en el núcleo central del periné (28).

Cara intermedia

- **Esfínter uretral externo.** Rodea la uretra.
- **Transverso profundo del periné.** Músculo encargado de tapizar el triángulo urogenital que se origina en las ramas isquiopúbicas y se inserta en el cuerpo central del periné (28).

Cara profunda

- **Elevador del Ano.** Compuesto por tres músculos: pubococcígeo, ileococcígeo y puborrectal. La función del músculo elevador del ano es crucial, ya que estabiliza los órganos abdominales y pélvicos. Evita literalmente que los órganos se salgan de la pelvis y el abdomen (29).
- **Coxígeo.** Tiene forma triangular y se ubica en la parte posterior del anillo pélvico, se origina en la espina isquiática y se inserta en el sacro inferior y porción superior del cóccix. Sostiene y mantiene la posición de los órganos pélvicos. Durante el embarazo es el principal soporte de la cabeza fetal y tracciona el coxis en sentido anterior durante la defecación y el parto (30).
- **Triángulo Urogenital.** Ubicado en la parte anterior, contiene los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso y esfínter anal externo. Da soporte a estructuras importantes del sistema urinario y reproductor, y está encargado del control de la micción y la función sexual (31).
- **Triángulo Anal.** Es la mitad posterior. Una línea teórica que conecta las dos tuberosidades isquiáticas de la pelvis divide el perineo en el triángulo anal posterior y el triángulo

urogenital anterior. Está formado por el cóccix, los ligamentos sacrotuberosos y una línea imaginaria entre las tuberosidades isquiáticas. El triángulo anal contiene el conducto anal y dos fosas isquioanales a los lados del conducto anal (32).

Función del Suelo Pélvico

Tiene funciones como la continencia, soporte pélvico, micción, defecación, función sexual, parto y locomoción, estabiliza la postura corporal y la respiración ya que trabaja en conjunto con el diafragma y los músculos posturales (33).

- **Órganos Intrapélvicos.** Se encuentran ubicados en la pelvis menor, los cuales son vejiga, útero, vagina y ampolla rectal siendo el final del aparato digestivo (34).
- **Vejiga.** Órgano dinámico ubicado en el tracto urinario inferior, que se encarga del almacenamiento de orina. Consta de tres partes: un cuerpo, un fondo y un cuello; también está conformada por capas: una interna o mucosa, una muscular conformada por el detrusor inervado por los nervios pélvicos e hipogástricos y una adventicia que evita la fricción. Puede almacenar hasta 500 ml de orina (35).
- **Uretra.** Conducto delgado conectado a la vejiga, transporta la orina fuera del cuerpo. En las mujeres, se encuentra debajo del clítoris y por encima de la abertura de la vagina. Mide aproximadamente 1,5 pulgadas de largo (36).
- **Útero.** Matriz de la mujer o vientre, es un órgano muscular hueco de unos 8 cm de largo ubicado en la pelvis femenina sobre la vejiga. Consta de cuello, istmo y cuerpo. El útero tiene tres capas: mucosa (endometrio), muscular (miometrio) y serosa o adventicia (perimetrio). Se continúa con las trompas de falopio y ovarios. Cumple un papel importante en la implantación y nutrición del óvulo fecundado. Además, en el trabajo de parto, ayuda a empujar al bebé por medio de contracciones. (37).
- **Vagina.** Conducto que tiene la capacidad de distenderse por ser de tejido fibromuscular que mide de 7 a 10 cm, va desde el cuello uterino hasta el orificio vaginal. Sus funciones

son las relaciones sexuales y parto. Está ubicado por detrás de la vejiga y la uretra y por delante del recto (38).

- **Ampolla rectal.** Es el final del intestino grueso, sus límites son el colon sigmoide y el ano. Su función es almacenar las heces y también se encarga del control de la defecación (39).

Cavidad Abdominopélvica

Es la parte anterior del cuerpo humano ubicado entre el diafragma torácico y la pelvis. Contiene órganos vitales del sistema digestivo, urinario, endocrino, exocrino, circulatorio y partes del sistema reproductivo (40).

Diafragma Torácico

Es el principal músculo que actúa e forma coordinada en la respiración con otras partes del cuerpo. Está innervado por el nervio frénico (C3-C5), al contraerse aumenta el tamaño de la cavidad torácica y la presión intraabdominal, ayudando en la defecación, el vaciado de la vejiga, el parto y la estabilidad del cuerpo humano (41).

Pared Abdominal

La pared abdominal está formada por piel, fascia y los músculos abdominales, ordenados de superficial hasta profundo (42).

- **Recto Abdominal.** Este par desciende a ambos lados de la parte media del abdomen, desde las costillas hasta la parte delantera de la pelvis. Está dividido en dos segmentos por la línea alba. Se encarga de mantener los órganos internos en su lugar y de la estabilidad del cuerpo durante el movimiento (43).
- **Oblicuos Externos.** Los oblicuos externos son dos, uno a cada lado del recto abdominal. Son los músculos planos más grandes. Se extienden desde los lados del cuerpo hacia el centro. Permiten la rotación del tronco (44).

- **Oblicuos internos.** Los oblicuos internos están ubicados encima de los oblicuos externos, justo dentro de los huesos de la cadera. Son delgados y pequeños. Al igual que los oblicuos externos, se encuentran a los lados del recto abdominal, extendiéndose desde los lados del tronco hacia el centro. Trabajan con los músculos oblicuos externos para permitir que el tronco gire y se desplace (44).
- **Transverso del abdomen.** Es el músculo plano más profundo, situado encima de los oblicuos internos. Ayuda a estabilizar el tronco y es importante en la respiración (45).

Incontinencia Urinaria

La incontinencia urinaria posparto se relaciona con daños biomecánicos que se dan durante el embarazo y el parto debido al traumatismo perineal sufrido (46). Sus principales tipos son: de urgencia, de esfuerzo y mixta. Se relaciona con una contracción inadecuada del detrusor; activación intrínseca y deterioro en el sistema nervioso a nivel de vejiga (44).

- **Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.** Pérdidas involuntarias de orina al hacer esfuerzo o ejercicio físico, como diferentes actividades deportivas, toser o estornudar. Estas actividades producen un aumento en la presión intraabdominal, por sobre el nivel de la presión intravesical e intrauretral (25).
- **Incontinencia Urinaria de Urgencia.** Pérdidas involuntarias de orina por la uretra, acompañadas de un fuerte deseo de orinar, que no puede esperar. Se conoce actualmente como Síndrome de Vejiga Hiperactiva, mismo que clínicamente puede ser con urgencia ya sea con presencia o no de incontinencia (25).
- **Incontinencia Urinaria Mixta.** Se presenta cuando las pérdidas involuntarias de orina están asociadas tanto a esfuerzos físicos como a urgencia miccional (25).

Mecanismos Fisiopatológicos

- **Lesión del Suelo Pélvico.** El embarazo y parto vaginal distienden y debilitan los músculos del suelo pélvico. Esto reduce el soporte a la uretra y vejiga, dificultando el cierre del esfínter urinario (47).
- **Daño Neuromuscular.** El nervio pudendo puede estirarse o lesionarse durante el parto, afectando el control voluntario de la micción. Esta denervación disminuye la contracción del esfínter externo de la uretra (47).
- **Alteraciones del Tejido Conectivo.** El embarazo incrementa niveles de relaxina y progesterona, que debilitan ligamentos como el pubouretral. Esto reduce la presión de cierre uretral y favorece las fugas ante presión abdominal (47).
- **Compromiso del Soporte Uretral.** El ángulo uretrovesical puede alterarse por la presión fetal, desalineando la uretra. También se puede observar hipermovilidad uretral, haciendo que la uretra no cierre eficientemente (47).
- **Episiotomías o Desgarros.** Lesiones perineales pueden dañar estructuras que dan soporte a la uretra y esfínter. Si se afecta el cuerpo perineal o los músculos bulboesponjosos, puede alterarse el control esfinteriano (47).

Epidemiología

La prevalencia de IU en Italia fue del 4,4% en el primer trimestre, del 23,7% en el tercer trimestre y del 15,6%, 12,6% y 12,4% a los 3, 6 y 12 meses posparto respectivamente. El embarazo de alto riesgo y las molestias durante el embarazo fueron factores de riesgo. El tipo más común de IU relacionada con el embarazo es la IU de esfuerzo, ya que existe un aumento de la presión abdominal y se presentó cambios hormonales durante el embarazo, así como también por el impacto del parto en los músculos del suelo pélvico (48).

Función sexual

La función sexual se describe como la capacidad para responder sexualmente o experimentar placer, articulada en cuatro fases: deseo, excitación, orgasmo y resolución. Se

relaciona con el sexo que es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social (49). La salud sexual femenina es vital e importante en la vida. En particular, el embarazo y el parto conllevan cambios biológicos, psicológicos y sociales que pueden influir en la salud sexual. También, los desgarros de tercer y cuarto grado se asocian fuertemente con la disfunción sexual posparto (18).

Mecanismos fisiopatológicos

- **Episiotomías y Desgarros Perineales.** Incisión quirúrgica para ampliar el canal del parto o desgarros que pueden ser de 3º y 4º que afectan el esfínter anal. La cicatrización dolorosa, con fibrosis o adherencias que causan dispareunia (dolor al coito), hipertonía refleja de los músculos perineales por dolor anticipado y alteración de la sensibilidad por afectación nerviosa local (50) (18).

Epidemiología

La prevalencia de la disfunción sexual posparto es alta. Diversos estudios realizados en España, indican que aproximadamente entre el 20 % y el 60 % de las mujeres en el posparto experimentan algún tipo de disfunción sexual que puede persistir durante varios meses después del parto (51). Se trata de una afección que, durante el período posparto, tiene una importante incidencia: entre un 41-67% de las mujeres durante los 2-3 primeros meses posparto refieren presentar dispareunia. Los factores de mayor riesgo: tipo de parto (cesárea o instrumental), trauma perineal/episiotomía, y lactancia (52).

Embarazo

El embarazo es el conjunto de cambios progresivos, dentro de las cuales hay una afectación al sistema musculoesquelético ocasionada por procesos hormonales, anatómicos y fisiológicos. Estos pueden llegar a influir en la postura, el patrón de la marcha y el equilibrio, dado a que se dan cambios en la mecánica, por el aumento de peso, nueva composición corporal, entre otros (53).

A partir del segundo trimestre, la forma del abdomen en la mujer embarazada cambia por el agrandamiento del útero y el peso del feto. En el tercer trimestre del embarazo, se producen los cambios biomecánicos y morfológicos más importantes. El aumento de tamaño del abdomen disminuye la estabilidad estática y se producen cambios adaptativos en las curvaturas de la columna, esto para compensar el desplazamiento del centro de gravedad hacia delante, esto asegura el equilibrio postural (54).

El embarazo, como un factor adicional que afecta la función del suelo pélvico, puede ser un desencadenante del prolapso de los órganos pélvicos. En mujeres embarazadas con una adaptación insuficiente del suelo pélvico, las lesiones durante el parto son más frecuentes, y los trastornos de la remodelación de los componentes del tejido conectivo conducen al prolapso de los órganos pélvicos y a la posterior disfunción pélvica (55).

Parto

Parto eutócico es un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológico y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo (56). El parto vaginal instrumental, es realizado con la ayuda de un instrumento como fórceps o ventosa. se asocia a un mayor riesgo de traumatismo perineal, dolor materno y lesión facial fetal (57).

Durante el parto, el suelo pélvico experimenta cambios notables que permiten el paso de un bebé de 3,5 kg del interior al exterior del cuerpo. La etapa 1 consiste en contracciones uterinas progresivamente más fuertes que impulsan la cabeza fetal a través de un cuello uterino maduro, lo que provoca dilatación y adelgazamiento. La etapa 2 comienza después de que el cuello uterino está dilatado y la cabeza fetal comienza a tocar el suelo pélvico posterior. Las contracciones acoplan la cabeza en la pelvis y empujan a través del canal de parto (58).

Episiotomía

Procedimiento quirúrgico que se realiza durante el parto, es una incisión para ensanchar la abertura vaginal. Se trata como un desgarro de segundo grado, se utiliza suturas continuas sin bloqueo para minimizar el dolor y favorecer una mejor cicatrización (59). Suele haber complicaciones a corto plazo como dolor perineal, infección, hematomas perineales, sangrado excesivo, dehiscencia de la herida, desgarros o edema. Y a largo plazo como dificultad para orinar, dispareunia, alteraciones en la evacuación o prolapso de órganos pélvicos (60).

- **Media.** desde la línea media del perineo y va en línea recta por la línea media fibrosa anovulvar, teniendo en cuenta la parte anatómica de los músculos elevadores (60).
- **Mediolateral.** es similar, pero se extiende lateralmente en un ángulo de 60 grados incluyendo vagina, piel y la parte muscular hasta el elevador del ano (60).
- **Lateral.** se realiza un corte a uno o dos centímetros superiormente a la línea media hacia la protuberancia isquiática en el musculo bulbocavernoso (60).

Para hacer una episiotomía se sigue indicaciones, incluida la posición del bebé, distocia de hombros, parto de nalgas, macrosomía fetal y parto vaginal asistido con ventosa o fórceps. Con episiotomía hay una menor probabilidad de desgarros perineales (61).

Desgarro obstétrico

Las lesiones del esfínter anal obstétrico se encuentran entre las formas más graves de traumatismo perineal asociado con el parto vaginal, lo que lleva a morbilidades significativas a corto y largo plazo como incontinencia fecal, dolor perineal crónico y disfunción sexual, lo que afecta gravemente la calidad de vida de las mujeres. Se utiliza la siguiente clasificación del Real Colegio de Obstetras y Ginecólogos:

- **Desgarro de primer grado.** Lesión de la piel perineal y/o mucosa vaginal.
- **Desgarro de segundo grado.** Lesión del perineo que afecta los músculos perineales, pero no el esfínter anal.

- **Desgarro de tercer grado.** Lesión del perineo que afecta el complejo del esfínter anal.
- **3a.** - menos del 50 % del espesor del esfínter anal externo está desgarrado.
- **3b.** - más del 50 % del espesor del esfínter anal superior está desgarrado.
- **3c.** - tanto el esfínter anal externo como el esfínter anal interno están desgarrados.
- **Desgarro de cuarto grado.** Lesión del perineo que afecta el complejo del esfínter anal y la mucosa anorrectal (62).

Puerperio

El puerperio se considera una de las etapas más importantes del término del embarazo, donde puede ocasionar un estado de fragilidad psicológica, con la presentación de trastornos psiquiátricos, que puede aparecer de forma leve a grave en todas las mujeres posterior al parto, y hasta un año del mismo, se caracteriza por tener efectos a corto, mediano y largo plazo, en madre, en recién nacido y en la familia (63).

- **Puerperio inmediato.** - corresponde aproximadamente a las dos horas posteriores al parto, periodo durante el cual aún existen numerosos riesgos para el bebé y la madre (64).
- **Puerperio mediano.** - precoz va de los 2 a los 7 y 10 días después del parto. Durante este periodo empieza la involución genital (retorno al estado de reposo) de la mujer, la aparición de los loquios (secreciones vaginales después del parto) y la subida de la leche materna (64).
- **Puerperio tardío.** - comprende el periodo de tiempo desde el día 11 hasta el día 45 después del nacimiento. Durante esta etapa concluye la involución del útero, si no hay lactancia regresa la regla y se recupera el peso que el útero tenía antes del embarazo (64).

Capítulo 2: Materiales y Métodos

Diseño y Tipo de Investigación

Diseño de investigación.

No experimental. Investigación que no extrae sus conclusiones ni datos de trabajo mediante una serie de acciones y reacciones reproducibles en un entorno controlado para obtener resultados interpretables, es decir, mediante experimentos. El investigador no altera las variables (65). En este estudio no se realizó manipulación de variables, sin embargo se evaluó la incontinencia urinaria y la función sexual.

Estudio de corte transversal. Su característica fundamental es que todas las mediciones se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento. En otras palabras, con este diseño se efectúa el estudio en un momento determinado de la evolución de la enfermedad o evento de interés (EI) (66). La variable incontinencia urinaria y función sexual se evaluó una sola vez, no existió seguimiento.

Tipo de investigación

Descriptivo. Tienen como objetivo la descripción de variables en un grupo de sujetos por un periodo de tiempo (habitualmente corto), sin incluir grupos de control. Sirve para informar resultados en escenarios de tratamiento, prevención, etiología, daño o morbilidad; diagnóstico, pronóstico e historia natural (66). En este estudio se aplicó variables de caracterización en la población.

Cuantitativo. La investigación cuantitativa es un enfoque sistemático y estructurado que se centra en la recolección y análisis de datos numéricos. Su objetivo principal es medir variables, establecer relaciones entre ellas y generalizar los resultados a partir de una muestra representativa de una población más amplia (67). En este estudio se recolectó datos numéricos para medir las variables de forma objetiva.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de investigación

Métodos

Deductivo. Utiliza la deducción para el desencadenamiento de diversas proposiciones que, a partir del análisis de los postulados, leyes, teoremas o principios, permiten obtener inferencias de lo general a lo específico, es por eso que este método fue utilizado en esta investigación puesto que, mediante el razonamiento se obtuvieron conclusiones en forma particular (68). Este estudio es deductivo ya que parte de conocimientos previos.

Bibliográfico. Este método permitió determinar la importancia del estudio a realizar, garantizando su originalidad y la veracidad de toda la información que posteriormente se recogió durante el desarrollo de la investigación (68). Para este estudio se utilizó fuentes bibliográficas.

Técnicas

Encuesta. Técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (69). En este estudio se aplicó cuestionarios a manera de encuesta para la recolección de datos.

Instrumentos.

Ficha de datos generales: Instrumento que consta de preguntas que permitirán caracterizar a los sujetos de estudio de acuerdo con la edad, número de hijos, rehabilitación del suelo pélvico, tipo de episiotomía y grado de desgarro obstétrico.

Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF): Es una versión corta, que permite identificar a las personas que presentan incontinencia urinaria y el impacto que esto ha ocasionado en su calidad de vida. Es un cuestionario autoadministrado que permite calificar la pérdida urinaria a través de cuatro preguntas, evaluando la frecuencia y severidad

expresada por los pacientes. De tal modo, con el fin de ser aplicado en la práctica clínica y en la investigación, fue creado y posteriormente construido a cargo de un comité de expertos representantes de la “Internacional Continence Society” (70).

Éste fue validado originalmente en el idioma inglés, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,95 y una fiabilidad calificada como muy satisfactoria. Se interpreta sumando las respuestas a sus tres preguntas principales, con una puntuación total que puede variar de 0 a 21. Una puntuación más alta indica una mayor gravedad de la incontinencia y un mayor impacto en la vida diaria (71).

- 0 sin incontinencia urinaria.
- ≥ 1 presencia de incontinencia urinaria.
- Componentes del ICIQ-SF:
- Frecuencia de la pérdida de orina.
- Cantidad de orina perdida en cada episodio.
- Impacto en la calidad de vida.

Índice de función sexual femenina (FSFI): Es una escala de uso común para evaluar la función sexual femenina. Consta de 19 ítems distribuidos en seis dominios: deseo (ítems 1, 2), excitación (ítems 3-6), lubricación (ítems 7-10), orgasmo (ítems 11-13), satisfacción (ítems 14-16) y dolor (ítems 17-19). Esto produce una puntuación final de 2-36, donde las puntuaciones más altas indican un funcionamiento sexual óptimo. Éste fue validado mediante un análisis IRT, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,97 y una fiabilidad calificada como muy satisfactoria (72).

- **Escala Likert:** cada pregunta se califica en una escala de 0 a 5 o de 1 a 5, dependiendo de la pregunta.
- **Puntuación por dominio:** se calcula sumando las respuestas de las preguntas correspondientes.

- **Puntuación total:** se obtiene sumando las puntuaciones de los seis dominios. La puntuación total puede oscilar entre 2 y 36, siendo las puntuaciones más altas indicativas de una mejor función sexual.
- **Interpretación de la puntuación:** se ha propuesto un punto de corte de ≤ 26.55 para el diagnóstico de disfunción sexual femenina, donde puntuaciones por debajo de este valor sugieren un mayor riesgo de disfunción (73).

Preguntas de investigación

- ¿Cuáles son las características de los sujetos de estudio según edad, número de hijos, tipo de episiotomía y grado de desgarro obstétrico?
- ¿Cuál es la prevalencia de incontinencia urinaria y sus tipos, así como la disfunción sexual?
- ¿Cuál es la relación entre la incontinencia urinaria con el grado de desgarro obstétrico?
- ¿Cuál es la relación entre la de función sexual con el grado de desgarro obstétrico?

Matriz de operacionalización de variables

Tabla 1.

Variables de caracterización

Variables	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Edad	Cuantitativa Discreta	Grupo etario.	Media de edad	18-35 años		Concepto lineal, que implica cambios continuos en las personas, así como la aparición de enfermedades o discapacidades. (74).
Número de hijos	Cualitativa Ordinal Politómica	Número de partos.	Primípara Multípara Gran multípara	1 hijo 2-4 hijos > 5 hijos		Una mujer se considera nulípara (nunca ha dado a luz), primípara (1 hijo) o multípara (2 o más hijos). (75).
Episiotomía	Cualitativa Nominal Politómica	Episiotomía	Tipo de episiotomía.	Mediana Medio lateral Lateral	Ficha de datos generales.	Incisión que secciona el periné. Se usa para ampliar el canal de parto. (24).
Desgarro obstétrico	Cualitativa Ordinal Politómica	Grado de desgarro obstétrico.	Piel. Piel y M. perineales. Esfínter anal. Mucosa anal.	Grado I Grado II Grado III Grado IV		Complicación del parto, desgarros de músculos o laceraciones mayores. (76).

Tabla 2.

Variables de interés

Variables	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Escala	Instrumento	Definición
Incontinencia Urinaria	Cualitativa	Presencia de incontinencia urinaria	Sin IU	0	Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria (ICQI).	Pérdida involuntaria de orina. Afecta significativamente la salud y la calidad de vida. (77).
	Nominal		Presencia de IU	≥ 1		
	Dicotómica		Al realizar esfuerzos físicos o ejercicio.	Esfuerzo		
Función sexual	Cualitativa	Tipo de incontinencia urinaria.	Antes de llegar al servicio.	Urgencia	Índice de función sexual femenina (FSFI)	Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. (2).
	Nominal		De forma continua.	Mixta		
	Politómica					
Función sexual	Cualitativa	Función sexual.	Normal	>26,55 puntos	Índice de función sexual femenina (FSFI)	Estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. (2).
	Nominal		Disfunción sexual	<26,55 puntos		
	Dicotómica					

Participantes

Población de estudio

La población para la presente investigación está conformada por 30 mujeres, las cuales se obtuvieron de manera no probabilística a conveniencia del investigador, mediante el cumplimiento de los criterios de selección. También se utilizó la técnica de bola de nieve para garantizar la representatividad numérica de participantes en el estudio.

Criterios de Selección para la Población

Criterios de Inclusión.

- Mujeres mayores de 18 años pertenecientes a la Parroquia El Sagrario.
- Antecedente de parto vaginal.
- Etapa postpuerperio.
- Firma de consentimiento informado.
- Presencia de episiotomía o desgarro obstétrico.
- Vida sexual activa dentro de los últimos 3 meses.
- Estado cognitivo que permita entender y responder cuestionarios.
- Mujeres con la disposición de hablar sobre su vida sexual.

Criterios de Exclusión.

- Presencia de enfermedades o restricción médica que limite una vida sexual activa.
- Mujeres con infecciones urinarias recurrentes o severas.
- Mujeres que hayan hecho rehabilitación de suelo pélvico.

Procedimiento y Análisis de Datos

Procedimiento

Se realizó una búsqueda en la Parroquia El Sagrario para identificar las posibles pacientes a evaluar, tomando en cuenta los criterios de selección. Una vez establecido los sujetos de prueba se socializó detalladamente la investigación y su metodología y se entregó el consentimiento informado; después de haberlo firmado se realizó una explicación de cada instrumento y se empezó la fase de evaluación. En primer lugar, la ficha de datos generales y posteriormente el Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria y para finalizar se aplicó el Índice de Función Sexual Femenina, resolviendo las inquietudes de la paciente hasta culminar.

Análisis de Datos

Una vez obtenidos los datos mediante los instrumentos aplicados en la presente investigación, se realizó una base de datos en Excel, para posteriormente llevar a cabo un análisis e interpretación de los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes para así responder a las preguntas de investigación, del mismo modo mediante el programa estadístico Yamovi, se elaboró tablas cruzadas para analizar la relación entre incontinencia urinaria y la función sexual con el grado de desgarro obstétrico.

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. 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 (78).

Ley Orgánica de Salud

CAPITULO I: Del derecho a la salud y su protección.

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético (79).

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (79).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: 6. Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera (79).

Art. 20.- Las políticas y programas de salud sexual y salud reproductiva garantizarán el acceso de hombres y mujeres, incluidos adolescentes, a acciones y servicios de salud que aseguren la equidad de género, con enfoque pluricultural, y contribuirán a erradicar conductas de riesgo, violencia, estigmatización y explotación de la sexualidad (79).

Art. 21.- El Estado reconoce a la mortalidad materna, al embarazo en adolescentes y al aborto en condiciones de riesgo como problemas de salud pública; y, garantiza el acceso a los servicios públicos de salud sin costo para las usuarias de conformidad con lo que dispone la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia (79).

Art. 26.- Los integrantes del Sistema Nacional de Salud, implementarán acciones de prevención y atención en salud integral, sexual y reproductiva, dirigida a mujeres y hombres, con énfasis en los adolescentes, sin costo para los usuarios en las instituciones públicas (79).

Plan Nacional de Desarrollo 2025-2029

Ecuador trasciende, hemos superado el paradigma del corto plazo y adoptamos una planificación de Estado que integra rigor técnico, visión territorial y esperanza colectiva. La Secretaría Nacional de Planificación, en el marco de sus atribuciones constitucionales, lidera este proceso con un objetivo irrenunciable: construir El Nuevo Ecuador sobre pilares de inclusión, seguridad y prosperidad sostenible, ciertamente un trabajo técnico que inspira confianza (80).

El proceso de construcción de este instrumento, se fundamenta en la “Guía para la formulación de la propuesta del Plan Nacional de Desarrollo – PND” emitida mediante

Acuerdo Nro. SNP-SNP-2025- 0027-A del 6 de junio de 2025. Además, toma como principal insumo el Plan de Gobierno del señor Presidente de la República, conforme a lo establecido en el artículo 37 del Código Orgánico de Planificación y Finanzas Públicas (COPLAFIP) (80).

Eje Social. Impulsar programas dirigidos a madres y padres de familia, orientados a reforzar sus funciones y responsabilidades en el desarrollo integral de niñas, niños y adolescentes. Estos programas incluirán acciones preventivas para reducir el riesgo de que menores sean captados por redes delictivas. (80).

En los talleres de participación ciudadana se identificaron diversas problemáticas en el ámbito social que afectan profundamente el bienestar y el desarrollo de la población. Asimismo, frente a estos desafíos, los ciudadanos propusieron soluciones orientadas a fortalecer las políticas públicas con el aporte activo de la ciudadanía como eje fundamental del cambio (80).

Las problemáticas de salud identificadas en los espacios de participación ciudadana reflejan profundas inequidades que afectan el bienestar y desarrollo de amplios sectores de la población. Entre las principales preocupaciones de los ciudadanos, destacan la desnutrición crónica infantil, el incremento del sobrepeso y la obesidad, el embarazo adolescente y la persistencia de muertes maternas, todas ellas asociadas a deficiencias estructurales en el sistema de salud pública (80).

Impulsar programas integrales que garanticen el acceso efectivo a métodos anticonceptivos, atención médica oportuna y educación sexual integral, libre de estigmas y tabúes, especialmente para adolescente y jóvenes (80).

Declaración de Helsinki

- La responsabilidad por el ser humano objeto de un experimento debe recaer siempre en una persona capacitada médicamente y jamás en el propio sujeto de la investigación, ni siquiera, aunque éste haya dado su consentimiento (81).

- Habrán de adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad del sujeto y para reducir al mínimo las repercusiones del estudio en la integridad física y mental del sujeto y en su personalidad (81).
- En las investigaciones médicas llevadas a cabo en un ser humano con fines puramente científicos, la misión del médico consiste en proteger la vida y la salud de la persona sometida a la experiencia biomédica (81).
- Los sujetos deberán ser voluntarios, los mismo si se trata de personas salas que de pacientes cuya enfermedad no guarda relación con la experimentación proyectada (81).
- En las investigaciones en seres humanos, el interés de la ciencia y de la sociedad jamás deberá prevalecer por encima de las consideraciones relacionadas con el bienestar del sujeto (81).

Consentimiento Informado

El consentimiento informado es un pilar ético y legal fundamental en toda investigación en salud que involucra a seres humanos. En el presente estudio, su aplicación resulta aún más relevante debido a la naturaleza íntima, sensible y potencialmente estigmatizante de los temas abordados. Las participantes podrían experimentar incomodidad emocional al tratar aspectos relacionados con su salud sexual y continencia, por lo que es indispensable garantizar su autonomía, dignidad y privacidad.

La firma del consentimiento informado aseguró que cada mujer eciba información clara, comprensible y completa sobre los objetivos del estudio, los procedimientos a seguir, los posibles riesgos y beneficios, así como su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Asimismo, este proceso fortaleció la confianza entre la investigadora y las participantes, promoviendo un ambiente de respeto mutuo y colaboración.

Capítulo 3: Discusión y Resultados

Tabla 3.

Caracterización de la población según la media de edad.

Media	N	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
22,50	30	4,15	18	37

Los resultados obtenidos en la caracterización de la población de estudio muestran una media de edad de 22,50 años con una desviación estándar de 4,15 años, lo que nos indica una variabilidad baja, con un valor mínimo de 18 y máximo de 37 años.

Los resultados que se obtuvieron se asemejan a lo evidenciado en los hallazgos del INEC del 2024, donde se registraron 215.714 nacimientos y la edad promedio de mujeres en labor de parto es de 20 – 24 años (82).

Tabla 4.

Caracterización de la población según el número de hijos.

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primípara (1 hijo)	23	76,7 %
Múltipara (2-4 hijos)	6	20 %
Gran múltipara (> 5 hijos)	1	3,3 %
Total	30	100 %

Una vez identificadas las mujeres para el estudio se separó por paridad obteniendo como resultados que el 76,7% pertenecieron a primíparas, seguida de las múltiparas con 20% y por último las gran múltiparas con 3,3%.

Los resultados difieren en cuanto a los obtenidos en el estudio “Complicaciones obstétricas durante el parto y puerperio inmediato en puérperas de un Hospital de Huanta, 2022” realizado en Perú, donde la mayor cantidad de mujeres son múltiparas con el 51,3%, mientras que las primíparas quedan en segundo lugar con el 43,3%; sin embargo, en los dos estudios las mujeres gran múltiparas presentaron el porcentaje más bajo (83).

Tabla 5.

Caracterización de la población según tipo de episiotomía.

Tipo de episiotomía	Frecuencia	Porcentaje
Media	7	43,7 %
Lateral	3	18,7 %
Medialateral	6	37,6 %
Total	16	100%

Nota: el total de valores indicado en la tabla, pertenece solo al grupo de mujeres con episiotomía.

Se obtuvo como resultado que el mayor número de datos se concentran en el tipo de episiotomía media siendo el 43,7%, seguida del tipo mediolateral con el 37,5% y por último el tipo lateral con el 18,7%.

Podemos comparar con los resultados obtenidos en el estudio “Episiotomía” realizado en el 2024 analizando Europa y Estados Unidos, donde los resultados coinciden parcialmente ya que se demostró que en EE.UU se prefiere la episiotomía media con el 60.23% al igual que en este estudio, mientras que, en Europa la medialateral es la más común diferenciándose del presente estudio (84).

Tabla 6.*Caracterización de la población según grado de desgarro obstétrico*

Grado de desgarro	Frecuencia	Porcentaje
Grado 1 (Piel)	4	28,6 %
Grado 2 (Piel y músculos perineales)	1	7,1 %
Grado 3 (Esfínter anal)	9	64,3 %
Total	14	100 %

Nota: el total de valores indicado en la tabla, pertenece solo al grupo de mujeres con desgarro obstétrico.

Obtuvimos como resultado que el 64,2% pertenece al desgarro grado 3, seguido del grado 1 con el 28,5%, después el grado 2 con el 7,14%, no hubo desgarros grado 4 en este grupo de estudio.

En el estudio “Factores determinantes relacionados a desgarro perineal en partos vaginales sin episiotomía atendidos en el Centro de Salud José Antonio Encinas - Puno, 2020-2022” realizado en Perú, se obtuvo como resultados que el tipo de desgarro perineal que se presentó más frecuentemente fue el grado I con un total de 87 casos, es decir el 71.3 %; lo que difiere con lo obtenido en el presente estudio (85).

Tabla 7.*Prevalencia de incontinencia urinaria.*

	Casos	Población	Prevalencia
Incontinencia Urinaria	30	30	100%

Al analizar la prevalencia de incontinencia urinaria, obtenemos como resultados que el 100% de mujeres evaluadas presentan esta condición.

Los resultados difieren con los obtenidos en el estudio “Prevalencia y Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria en Mujeres Posparto en Instituciones de Salud de la ciudad de Cuenca, Septiembre 2024 – Febrero 2025” realizado en Ecuador, donde señala que la prevalencia de IU en la población estudiada fue de 66.9%, lo que representa una proporción significativa de las participantes; si bien es cierto los resultados no coinciden, los dos estudios tuvieron prevalencias altas (86).

Tabla 8.*Prevalencia de tipos de incontinencia urinaria.*

Tipos de IU	Casos	Población	Prevalencia
Esfuerzo	20	30	66,6%
Mixta	10	30	33,3%

Al analizar la prevalencia de los tipos de incontinencia urinaria, obtenemos una prevalencia del 66,6% que pertenece a la incontinencia de esfuerzo, mientras que, la IU mixta tiene una prevalencia del 33,3%.

Los resultados difieren con los obtenidos en la revisión sistemática “Incidence, duration, and related factors of urinary incontinence in women after childbirth: a systematic review” realizada en Brasil, donde se encontró que la IU de Esfuerzo tiene una prevalencia del 21% en los 19 estudios analizados (1).

Tabla 9.*Prevalencia de disfunción sexual.*

	Casos	Población	Prevalencia
Disfunción sexual	30	30	100%

Al analizar el número de casos con disfunción sexual, obtenemos como resultado una prevalencia del 100% en la población con episiotomía y desgarro obstétrico.

Los resultados coinciden con los obtenidos en el estudio “Perineal Injury and Its Association with Postpartum Sexual Dysfunction among First Delivery Women” realizado en Malasia, se detalla que la prevalencia de disfunción sexual es de 85,8%, sin embargo cabe recalcar que el número de participantes del estudio en mención es mucho mayor al de esta investigación, los dos estudios obtuvieron como resultado prevalencias significativamente altas (87).

Tabla 10.

Relación entre incontinencia urinaria y grado de desgarro obstétrico.

		Grado de desgarro obstétrico				
		Grado 1 (Piel)	Grado 2 (Piel y músculos perineales)	Grado 3 (Esfínter anal)	Total	
Tipo de IU	Esfuerzo	Frecuencia	3	1	6	10
		Porcentaje	30%	10%	60%	100%
	Mixta	Frecuencia	1	-	3	4
		Porcentaje	25%	-	75%	100%
	Total	Frecuencia	4	1	9	14
		Porcentaje	28,6%	7,1%	64,3%	100%

Al relacionar las variables se observó que el desgarro obstétrico grado 3 se presentó en el 75% de mujeres con IU mixta y en el 60% de mujeres con IU de esfuerzo, seguido de un 30% de participantes con desgarro obstétrico grado 1 y presencia de IU de esfuerzo, mientras que el 25%, quienes presentaron desgarro obstétrico grado 1 tuvo IU mixta y finalmente el 10% de mujeres con desgarro obstétrico grado 2 reflejó IU de esfuerzo.

Los resultados coinciden con los obtenidos en el estudio “Impacto Clínico - Funcional de los Desgarros Grado III- IV De Origen Obstétrico sobre la Continencia Fecal y Urinaria” de un total de 140 mujeres se detalla que el 89% tuvo desgarro de Grado 3, y solo el 29,28% presentó incontinencia urinaria y estuvo dispuesto a recibir tratamiento, por lo que se puede explicar que el porcentaje no sea representativo (88).

Tabla 11.

Relación entre función sexual y grado de desgarro obstétrico.

		Grado de desgarro obstétrico			Total
		Grado 1 (Piel)	Grado 2 (Piel y músculos perineales)	Grado 3 (Esfínter anal)	
Disfunción sexual	Frecuencia	4	1	9	14
	Porcentaje	28,5%	7,2%	64,3%	100%

Nota: La categoría función sexual normal no presentó casos, por lo que se omitió de la tabla.

Al relacionar las variables disfunción sexual con grado de desgarro obstétrico en la población de estudio se observó que del total de mujeres con disfunción sexual, el 64.3% presentaron desgarro obstétrico grado 3, el 28,5% reflejó desgarro obstétrico grado 1 y el 7.2% desgarro obstétrico grado 2.

Los resultados coinciden con los obtenidos en el estudio “Los efectos de las roturas perineales durante el parto en la vida sexual de las mujeres”, que nos dice que los desgarros de tercer y cuarto grado pueden causar síntomas molestos como la dispareunia que presentó el 61,3% de la población de estudio (89).

Respuestas a las preguntas de investigación

¿Cuáles son las características de los sujetos de estudio según edad, número de hijos, tipo de episiotomía y grado de desgarro obstétrico?

Las características de las pacientes que fueron evaluadas en la presente investigación indican que en su mayoría son mujeres con una media de edad de 22 años. Por otro lado, el 76,7 % de mujeres fueron primíparas, el 20% multíparas y el 3,3% gran multíparas. En cuanto a las lesiones del suelo pélvico, 16 mujeres presentaron episiotomía con el 43,7% de tipo media, el 37,6% medialateral y el 18,7% lateral; 14 mujeres refirieron haber sufrido desgarro obstétrico en el cual el 64,3% fue de grado 3, el 28,6% de grado 1 y el 7,1% de grado 2.

¿Cuál es la prevalencia de incontinencia urinaria y sus tipos, así como la disfunción sexual?

De acuerdo con los resultados se conoce que toda la población presentó incontinencia urinaria con una prevalencia del 66,6% en IU de esfuerzo y el 33,3% en IU mixta. En cuanto a la función sexual, toda la población presentó disfunción con una prevalencia del 100%.

¿Cuál es la relación entre la incontinencia urinaria con el grado de desgarro obstétrico?

Al relacionar las variables se observó que el desgarro obstétrico grado 3 se presentó en el 75% de mujeres con IU mixta y en el 60% de mujeres con IU de esfuerzo, seguido de un 30% de participantes con desgarro obstétrico grado 1 y presencia de IU de esfuerzo, mientras que el 25%, quienes presentaron desgarro obstétrico grado 1 tuvo IU mixta y finalmente el 10% de mujeres con desgarro obstétrico grado 2 reflejó IU de esfuerzo.

¿Cuál es la relación entre la de función sexual con el grado de desgarro obstétrico?

Al relacionar las variables disfunción sexual con grado de desgarro obstétrico en la población de estudio se observó que del total de mujeres con disfunción sexual, el 64.3% presentaron desgarro obstétrico grado 3, el 28,5% reflejó desgarro obstétrico grado 1 y el 7.2% desgarro obstétrico grado 2.

Conclusiones

La media de edad de las mujeres estudiadas corresponde a 22 años, la mayoría de ellas primíparas. En cuanto a las lesiones perineales, la episiotomía de tipo media fue la más común y el desgarro obstétrico que se presentó con mayor frecuencia, fue el grado 3.

Todas las mujeres estudiadas presentaron disfunción sexual e incontinencia urinaria, siendo la IU de esfuerzo la más frecuente.

Al analizar la relación entre los tipos de IU y el grado de desgarro obstétrico, se identificó que las mujeres que presentaron desgarro de grado III, desarrollaron principalmente IU de esfuerzo.

En cuanto a la relación entre disfunción sexual y grado de desgarro obstétrico, se encontró que, aunque todas las participantes presentaron disfunción sexual, la mayoría había sufrido un desgarro obstétrico de grado 3.

Recomendaciones

- Se recomienda a las mujeres en estado de embarazo realicen un abordaje integral de preparación al parto, el cual incluya el masaje perineal guiado por un profesional en el área, para evitar el trauma obstétrico, su práctica constante ha demostrado reducir significativamente la necesidad de realizar una episiotomía y, lo que es más crucial, disminuye el riesgo de sufrir desgarros, protegiendo así la integridad muscular y minimizando las secuelas posparto.
- La prevención primaria mediante la realización correcta y constante de los ejercicios de Kegel a lo largo del embarazo, aumenta la resistencia y el tono de la musculatura pélvica ante el estrés del peso fetal y el parto.
- Para las mujeres en periodo posparto también es aconsejable la práctica de dichos ejercicios pero con un enfoque en rehabilitación personalizada y guiada luego de una valoración.
- Para la IU posparto se recomienda una evaluación temprana y exhaustiva guiada por un fisioterapeuta especializado en el área, para una intervención temprana y personalizada evitando problemas sociales y de higiene.
- En cuanto la disfunción sexual se recomienda una intervención fisioterapéutica enfocada en terapia manual sobre la cicatriz y la relajación muscular, antes de iniciar cualquier protocolo de fortalecimiento, con el fin de eliminar la dispareunia y restaurar la función sexual satisfactoria.

Bibliografía

1. Kirik B, Yildiz H. Incidence, duration, and related factors of urinary incontinence in women after childbirth: a systematic review. Vol. 71, Revista da Associacao Medica Brasileira. Associacao Medica Brasileira; 2025.
2. Flores E. Claudia, Araya G. Alejandra, Pizarro Berdichevsky Javier, Díaz R. Constanza, Quevedo C. Estefanía, González L. Silvana. Descripción de la función sexual en mujeres con alteraciones de piso pélvico en un hospital público de Santiago [Internet]. Santiago de Chile; 2012 [cited 2025 Jun 30]. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262012000500002
3. Ondiviela Garcés Paula Cristina, Bueicheku Buila Riaco David, Cuartero Funes María del Mar, Tazueco Ventura Ester, Burugorria Jumilla Andrés. La episiotomía: relación con la dispareunia, incontinencias y el dolor postparto. Revisión bibliográfica. Revista sanitaria de investigación. 2021 Oct 14;
4. Dai S, Chen H, Luo T. Prevalence and factors of urinary incontinence among postpartum: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Dec 1;23(1).
5. Souza Joao Paulo. The Lancet. 2023. La salud materna en el período perinatal y más allá.
6. Folch M, Parés D, Castillo M, Carreras R. Aspectos prácticos en el manejo de las lesiones obstétricas perineales de tercer y cuarto grado para minimizar el riesgo de incontinencia fecal. Cir Esp. 2009 Jun;85(6):341–7.
7. Babini D, Quirino ML, Delgado A, Lemos A. Pelvic floor function, urinary and fecal incontinence within primiparous adolescents according to the presence of episiotomy: a cross-sectional study. Revista Brasileira de Saude Materno Infantil. 2024;24.

8. Gommesen D, Nøhr E, Qvist N, Rasch V. Obstetric perineal tears, sexual function and dyspareunia among primiparous women 12 months postpartum: A prospective cohort study. *BMJ Open*. 2019 Dec 16;9(12).
9. Stadnicka G, Łepecka-Klusek C, Pilewska-Kozak AB, Jakiel G. Psychosocial problems of women with stress urinary incontinence. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 2015 Sep 16;22(3):499–503.
10. Martínez-Galiano JM, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Rubio-Alvarez A, Gómez-Salgado J. Women's quality of life at 6 weeks postpartum: Influence of the discomfort present in the puerperium. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Jan 2;16(2).
11. Naveiro Fuentes M, Benito Villena R, Naveiro R, Heredia Sánchez M, Cámara Roca L, Fernández Parra J. Evaluation of female sexual health in routine gynaecological practice. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2022 Jul 1;49(3).
12. Gorson Sherri. El 85% de las nuevas mamás sufren esta afección posparto, pero muchas no reciben ayuda. *Parents*. 2025 Feb 5;
13. Gu X, Sun M, Long X, Deng H, Wang Y. Environmental impact of adult incontinence products in China in the context of population aging. *Science of the Total Environment*. 2023 Jun 1;875.
14. Chisholm LP, Sebesta EM, Gleicher S, Kaufman M, Dmochowski RR, Reynolds WS. The burdens of incontinence: Quantifying incontinence product usage and costs in women. *Neurourol Urodyn*. 2022 Sep 1;41(7):1601–11.
15. Goldmeier D., Malik F., Phillips R., Green J. Implicaciones económicas de la disfunción sexual: el panorama femenino. *Revista internacional de investigación sobre la impotencia (Int J Impot Res)*. 2004 Feb 12;

16. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. Vol. 8, Sexual Medicine. Elsevier B.V.; 2020. p. 8–13.
17. Curillo César Adrián, Gea Enrique. Eficacia del entrenamiento muscular del suelo pélvico en la calidad de vida de mujeres con incontinencia urinaria: una revisión sistemática y un metanálisis. National Library of Medicine. 2023 May 23;
18. Zhang D, Bo K, Montejo R, Sánchez-Polán M, Silva-José C, Palacio M, et al. Influence of pelvic floor muscle training alone or as part of a general physical activity program during pregnancy on urinary incontinence, episiotomy and third- or fourth-degree perineal tear: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. Vol. 103, Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. John Wiley and Sons Inc; 2024. p. 1015–27.
19. Gün İ, Doğan B, Özdamar Ö. Long- and short-term complications of episiotomy. Vol. 13, Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology. 2016. p. 144–8.
20. Mantilla Toloza SC, Villareal Cogollo AF, Peña García KM. Pelvic floor training to prevent stress urinary incontinence: A systematic review. Actas Urol Esp. 2024 May 1;48(4):319–27.
21. Jorge Cristine Homsí, Bo Kari, Chiazuto Catai Camila, Oliveira Luiz, Driusso Patricia, Kolberg Merete. Entrenamiento muscular del suelo pélvico como tratamiento para la disfunción sexual femenina: una revisión sistemática y metanálisis. ElServier. 2024 Jan 6;
22. Carmen Berzaín Rodríguez M, Alberto Camacho Terceros L. Episiotomía: Procedimiento a elección y no de rutina [Internet]. Available from: <http://www.scielo.org.bo/scielo>.

23. Sangacha VP, Cinthya C, Pacheco V. Universidad de Cuenca [Internet]. Available from: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>
24. ELSEVIER. Pelvis y periné: funciones y componentes. ELSEVIER. 2020 May 11;
25. Tim S, Mazur-Bialy AI. The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. Vol. 11, Life. MDPI; 2021.
26. Serrano Cinthia. Músculo elevador del ano. 2023 Oct 30;
27. Rad Adrian. músculo coccígeo. KENHUB. 2023 Oct 30;
28. Bordoni Bruno, Launico Marjorie. Anatomía, Abdomen y Pelvis, Cuerpo Perineal. National Library of Medicine. 2024 Dec 11;
29. Wu Yi, Dabhoiwala Noshir, Hagoort Jaco, Hikspoors Jill, Tan Li-Wen, Mommen Greet, et al. Arquitectura de las estructuras del triángulo urogenital de varones adultos jóvenes; comparación con mujeres. National Library of Medicine. 2018 Jul 26;
30. Nauman Kathryn, Navdeep Samra. Anatomía, Abdomen y Pelvis: Triángulo Anal. National Library of Medicine. 2023 Jul 24;
31. Gao J, Li Y, Hou J, Wang Y. Unveiling the depths of pelvic organ prolapse: From risk factors to therapeutic methods (Review). Exp Ther Med [Internet]. 2024 Nov 8;29(1):11. Available from: <http://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2024.12761>
32. Zhang Y, Ding F, Han J, Wang Z, Tian W. Recent advances in innovative biomaterials for promoting bladder regeneration: processing and functionalization. Vol. 12, Frontiers in Bioengineering and Biotechnology. Frontiers Media SA; 2024.
33. Travers Colleen. La anatomía de la uretra. Verywell health. 2024 May 23;
34. Serrano Cinthia. Utero. KENHUB. 2023 Oct 30;
35. Hoagland Todd. Anatomía vaginal. Medscape. 2025 Apr 16;
36. Wang Yun Hwa, Wiseman Jeffrey. Anatomía, Abdomen y Pelvis, Recto. National Library of Medicine. 2023 Jul 25;

37. Wade Christian, Streitz Matthew. Anatomía, Abdomen y Pelvis: Abdomen. National Library of Medicine. 2023 Jul 24;
38. Orozco-Levi M, Gea J. El diafragma. Vol. 33, Arch Bronconeumol. 1997.
39. Cherla Deepa, Maya Moisés, Viso Cristina, Flores Juan, Kao Lillian, Ko Tien, et al. Impacto de las hernias de la pared abdominal y su reparación en la calidad de vida del paciente. National Library of Medicine. 2018 Jan;
40. Flament J.B. Anatomía funcional de la pared abdominal. Germer - Christoph-Thomas, editor. Vol. 77. 2006.
41. Varacallo Matthew, Scharbach Stephanie, Al-Dhahir Mohammed. Anatomía, músculos de la pared abdominal anterolateral. National Library of Medicine. 2023 Jul 24;
42. Flynn William, Vickerton Paula. Anatomía, Abdomen y Pelvis: Pared Abdominal. National Library of Medicine. 2023 Jul 24;
43. Dai S, Chen H, Luo T. Prevalence and factors of urinary incontinence among postpartum: systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth. 2023 Dec 1;23(1).
44. Gao Q, Wang M, Zhang J, Qing Y, Yang Z, Wang X, et al. Pelvic floor dysfunction in postpartum women: A cross-sectional study. PLoS One. 2024 Oct 1;19(10):e0308563.
45. Ferrari A, Mannella P, Caputo A, Simoncini T, Bonciani M. Risk and protective factors for pregnancy-related urinary incontinence until 1 year postpartum: A cohort study using patient-reported outcome measures in Italy. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 2024 Jan 1;164(1):200–9.
46. Werner M, Borgmann M, Laan E. Sexual Pleasure Matters—and How to Define and Assess It Too. A Conceptual Framework of Sexual Pleasure and the Sexual Response. International Journal of Sexual Health. 2023;35(3):313–40.

47. Signorello Lisa B., Harlow Bernard L., Chekos Amy K., Repke John T. Funcionamiento sexual posparto y su relación con el trauma perineal: un estudio de cohorte retrospectivo de mujeres primíparas. ElSevier. 2000 Sep 9;
48. de Aquino ACQ, Sarmiento ACA, Simões ACZ, de Oliveira R, Monteiro MN, Gonçalves AK. Nonpharmacological treatment of postpartum sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. Vol. 69, Revista da Associacao Medica Brasileira. Associacao Medica Brasileira; 2023.
49. Núñez Remiseiro L, Da Cuña Carrera I, González González Y. Factors that affect postpartum dyspareunia: A systematic review. Vol. 47, Clinica e Investigacion en Ginecologia y Obstetricia. Elsevier Doyma; 2020. p. 168–73.
50. Mahdi Heba., Barjón Kyle., Vadakekut Elsa S. Episiotomía. National Library of Medicine . 2024 Oct 6;
51. Universidad de guayaquil facultad de ciencias médicas carrera de medicina repercusiones maternas y perinatales en relación a la episiotomía. Trabajo de titulación previo a la obtención de título.
52. Djusad S, Permatasari II, Futihandayani A, Shahnaz P, Hadiwinata D, Herianti HF. Analysis of episiotomy incidence and risk factors in vaginal deliveries: a single-center. AJOG Global Reports. 2024 Aug 1;4(3).
53. Lallemand M, Ferdinando Ruffolo A, Kerbage Y, Garadebian C, Ghesquiere L, Rubod C, et al. Clinical practices in the management and follow-up of obstetric anal sphincter injuries: a comprehensive review. Vol. 302, European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. Elsevier Ireland Ltd; 2024. p. 362–9.
54. Tim S, Mazur-Bialy AI. The Most Common Functional Disorders and Factors Affecting Female Pelvic Floor. Vol. 11, Life. MDPI; 2021.

55. Arampatzis Adamantios, Legerlotz Kirsten, Bey María Elena. El efecto de un cinturón de soporte de maternidad sobre la estabilidad estática y la postura en mujeres embarazadas y no embarazadas. ElServier. 2018 May 18;
56. Bezmenko AA, Staroverova AS. Disfunción pélvica en la mujer como consecuencia de los cambios anatómicos y funcionales del suelo pélvico durante el embarazo y reflejo de la adaptación al parto: una revisión. Ginecología. 2024 Dec 27;
57. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
58. Betrán AP, Torloni MR, Althabe F, Altieri E, Arulkumaran S, Ashraf F, et al. A research agenda to improve incidence and outcomes of assisted vaginal birth. Bull World Health Organ. 2023 Nov 1;101(11):723–9.
59. Ashton-Miller JA, DeLancey JOL. On the biomechanics of vaginal birth and common sequelae. Vol. 11, Annual Review of Biomedical Engineering. 2009. p. 163–76.
60. Herrera Edgar Vinicio, Carriel María Gabriela, García Andrea Verónica. Factores de riesgo relacionados con la depresión postparto. Revista de Investigación en Salud VIVE. 2022 Oct 19;
61. García Laura. El postparto o puerperio. CCM Salud. 2018 Apr 8;
62. Martínez Pequeño. ¿Qué es la investigación no experimental según los autores? Centro BANAMEX. 2023 Mar 18;
63. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Methodology of study designs most frequently used in clinical research. Vol. 30, Revista Medica Clinica Las Condes. Ediciones Doyma, S.L.; 2019. p. 36–49.
64. Mondragon Bohorquez Eliana Marcela, Anaya Beltrán Ercelis Patricia. Métodos para el análisis de datos en la investigación. Blogger. 2024 Nov 22;

65. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, María del Pilar Baptista Lucio D, Méndez Valencia Christian Paulina Mendoza Torres S. Con la colaboración de.
66. 13047738.
67. Guerra MJ, de Almeida SP, Nogueira HM, Alves PJP. Validation of the “International Consultation on Incontinence Questionnaire – Urinary Incontinence Short form (ICIQ-UISF) for the Portuguese population. *Enfermeria Global*. 2023;22(3):479–89.
68. Nipa SI, Cooper D, Mostafa A, Hagen S, Abdel-Fattah M. Novel clinically meaningful scores for the ICIQ-UI-SF and ICIQ-FLUTS questionnaires in women with stress incontinence. *Int Urogynecol J*. 2023 Dec 1;34(12):3033–40.
69. Mateu Arrom L, Girabent-Farrés M, González M, Palou J, Errando-Smet C, Ramírez-García I. Development and validation of a short version of the Female Sexual Function Index in the Spanish population. *BMC Womens Health*. 2021 Dec 1;21(1).
70. Meston Cindy, Freihart Bridget, Handy Ariel, Kilimnik Chelsea, Rosen Raymond. Puntuación e interpretación del FSFI: ¿Qué se puede aprender de 20 años de uso? ELSEVIER. 2019 Dec 23;
71. 2007-7459-hs-17-02-00087.
72. Dialnet-FactoresQueDeterminanElNumeroDeHijosQueProcreanLas-9089220.
73. Juárez Tabares JC, Chávez Loranca M de los Á, Rodríguez Ayala C, González Aldeco PM, Arvizu Armenta JA, Woog Castañón A. Factores de riesgo maternos y neonatales para desgarró perineal severo. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2021;19(2):204–7.
74. Kirik B, Yildiz H. Incidence, duration, and related factors of urinary incontinence in women after childbirth: a systematic review. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2024;71(1):e20241054.
75. Legislativo D. Constitución de la república del Ecuador [Internet]. Vol. 449, Registro Oficial. 2008. Available from: www.lexis.com.ec

76. Ley organica de salud. [Internet]. Available from: www.lexis.com.ec
77. Plan nacional de desarrollo. 2025.
78. Leyes y Reglamentos-Declaración de Helsinki.
79. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2025. Menos nacimientos y cambios en los patrones maternos marcan la dinámica demográfica en Ecuador.
80. Gasson Barrie, Moolenschot Judy. Deeds not words : Alfred Rowing Club : 150 years of rowing history. [Alfred Rowing Club]; 2014. 159 p.
81. Barjon K, Vadakekut ES, Mahdy H. Episiotomía. StatPearls. 2024 Oct 6;
82. Académico E, De Medicina P, Tesis H. Facultad de Ciencias de la Salud.
83. João Guerra M, Jorge Pereira Alves P. Urinary Incontinence after Childbirth: Prevalence, Risk Factors and Impact on Quality of Life in Portuguese Women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2025;13(2):4765–74.
84. Zalina N, Ainy MN, Hafizah P. I. Background of the Study Perineal Injury and Its Association with Postpartum Sexual Dysfunction among First Delivery Women. 2021;2:34. Available from: www.ej-clinicmed.org DOI:<http://dx.doi.org/10.24018/>
85. Impacto clínico-funcional de los desgarros grado III-IV de origen obstétrico sobre la continencia fecal y urinaria.
86. Rodaki E, Diamanti A, Sarantaki A, Lykeridou A. The Effects of Perineal Tears during Childbirth on Women's Sex Life. *Maedica (Bucur)* [Internet]. 2022 Jun;17(2):297–305. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/36032614>

Anexos

Anexo 1.

Resolución aprobación de tema.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Ibarra-Ecuador



"en el séptimo nivel se aprobará el tema, el plan de trabajo de integración Curricular y se elaborará el marco teórico para las carreras de área social y metodología para las carreras de ingeniería".

Que, mediante memorando nro. UTN-FCS-SD-2025-0203-M, de 28 de mayo de 2025, suscrito por la MSc. Katherine Esparza, Subdecana (E) de la Facultad, dirigido al Mg. Widmark Báez Morales MD., Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud, señala: *"ASUNTO: Fisioterapia - Sugerir Aprobación Planes de Integración Curricular. Para que sea tratado en el Consejo Directivo me permito adjuntar Memorando nro. UTN-FCS-CFT-2025-0014-M, suscrito por la Magister Marcela Baquero, Coordinadora de la Carrera de Fisioterapia. En sesión ordinaria realizada el 26 de mayo de 2025, la Comisión Asesora de la Carrera de Fisioterapia conoció los planes de trabajo de integración curricular presentados por el Magister Cristian Torres, docente de la asignatura Titulación I., mismos fueron revisados, corregidos y se sugiere la aprobación de los Planes periodo marzo – agosto 2025 con sugerencia de directores y asesores, como se indica a continuación:*

No.	TEMA	OBJETIVOS	LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	AUTOR	PROPUESTA DE DIRECTOR/A	PROPUESTA DE ASESOR/A
1	Incontinencia urinaria y función sexual en mujeres con episiotomía y desgarro obstétrico, Parroquia El Sagrario, Ibarra 2025-2026".	Evaluar la incontinencia urinaria y función sexual en mujeres con episiotomía y desgarro obstétrico, Parroquia El Sagrario, Ibarra 2025-2026".	Salud y bienestar integral	ANDINO SARMIENTO KARLA CAROLINA	MSc. Cristian Torres	MSc. Verónica Celi
2	Efectividad de la sentadilla isométrica en paciente con hipertensión arterial en el Cuerpo de Bomberos de Ibarra, periodo 2025-2026".	Evaluar la efectividad de la sentadilla isométrica en pacientes con hipertensión arterial en el Cuerpo de Bomberos de Ibarra, periodo 2025-2026".	Salud y bienestar integral	CASTRO TAPIA CAMILA ESTEFANIA	MSc. Verónica Potosí	MSc. Ronnie Paredes
3	"Capacidad aeróbica y fuerza resistencia de miembros inferiores, entre adultos mayores sedentarios y activos físicamente, Barrio San Vicente Guayllabamba, 2025-2026".	Evaluar la capacidad aeróbica y fuerza resistencia de miembros inferiores, entre adultos mayores sedentarios y activos físicamente, Barrio San Vicente Guayllabamba, 2025-2026".	Salud y bienestar integral	CHAVEZ REINOSO MELANY ALEXANDRA.	MSc. Daniela Zurita	MSc. Jorge Zambrano
4	"Capacidad aeróbica y coordinación motora en escolares, según su índice de masa corporal, U.E.F. Hermano Miguel Salle, Tulcán 2025-2026".	Evaluar la capacidad aeróbica y coordinación motora en escolares, según su índice de masa corporal, U.E.F. Hermano Miguel Salle, Tulcán 2025-2026".	Salud y bienestar integral	CHULDE PADILLA ALISON MAYERLI	MSc. Juan Vázquez	MSc. Marcela Baquero

Anexo 2.

Reporte de similitud (Compilatio)


Certificado de análisis
 Compilatio Magister+ | UTN-ECU - UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Andino K.
 ID : b8065928760e80c665c78f5f9faedfa7b8e549f4


8%
 Textos sospechosos

Nombre del fichero : Andino K..txt Tamaño del archivo original : 8,23 MB Número de palabras : 12.847 Número de caracteres : 85719	Depositante : Cristian Santiago Torres Andrade Fecha de depósito : 9 de marzo de 2026 Tipo de carga : interface fecha de fin de análisis : 9 de marzo de 2026
--	--


Resumen (sección 1/2)

Localización de los textos sospechosos en el documento :



Incluido en el porcentaje de textos sospechosos :


Similitudes 8%
 Pasajes con similitudes a fuentes encontradas en diferentes colecciones.




Detección de IA 6%
 Textos estilísticamente próximos a un texto generado por una IA. Este índice es un indicador y no una prueba. Comprueba con el autor si domina los conocimientos mencionados en el documento.




Idiomas no reconocidos 7%
 Pasajes en los que parte del vocabulario utilizado no forma parte del diccionario de la lengua. Puede tratarse de un intento del autor de modificar el texto para evitar ser detectado.



No incluido en el porcentaje de textos sospechosos :


Textos entre comillas 3%
 Pasajes entre comillas, a menudo indicativos de una cita.


 Cristian Santiago Torres Andrade
 TORRES ANDRADE
 Director de tesis

MSc. Cristian Torres A.
Director de tesis.

Anexo 3.

Certificado de Abstract.

	UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020 EMPRESA PÚBLICA "LA UEMEPRENDE E.P."	
ABSTRACT		
Urinary incontinence refers to the involuntary loss of urine, which can lead to significant social, emotional, and hygienic problems. Female sexual function, on the other hand, is a complex and multidimensional process that involves physical, psychological, emotional, and relational components. The objective of this research was to determine the prevalence of urinary incontinence and sexual dysfunction in women with a history of episiotomy or obstetric tearing. The study employed a quantitative, non-experimental, cross-sectional, and descriptive design. The population consisted of 30 women who met the established selection criteria. For the assessment phase, validated instruments were used, including the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF) and the Female Sexual Function Index (FSFI). The results showed a mean age of 22 years, with 76.7% of participants being primiparous. A medium-sized episiotomy was the most frequent type (43.7%), while grade 3 obstetric tear was the most prevalent injury (64.3%). The prevalence of urinary incontinence and sexual dysfunction was 100%, with stress urinary incontinence being the most common type. Most women with mixed urinary incontinence and stress urinary incontinence, as well as all women with sexual dysfunction, presented with a grade 3 obstetric tear. In conclusion, urinary incontinence and sexual dysfunction were associated with a history of episiotomy or obstetric tear during childbirth.		
Keywords: urinary incontinence; sexual dysfunction; episiotomy; obstetric tear; postpartum period; pelvic floor.		
 Reviewed by MSc. Luis Pasquezn Roto CAPACITADOR-CAI March 9, 2026		
Juan de Velasco 2.-39 entre Salinas y Juan Montalvo Ibarra Ecuador Teléfono: (06) 2597-800 RUC: 1050037180001 www.lauemprende.com Página 1 de 1		

Anexo 4.

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

Ibarra – Ecuador

CARRERA DE FISIOTERAPIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

***“INCONTINENCIA URINARIA Y FUNCIÓN SEXUAL EN MUJERES CON
EPISIOTOMÍA O DESGARRO OBSTÉTRICO, PARROQUIA EL SAGRARIO,
IBARRA 2025 – 2026”***

DETALLE DE PROCEDIMIENTOS:

La estudiante Karla Carolina Andino Sarmiento con C.I. 1004113575 de la carrera de Fisioterapia de la Universidad Técnica del Norte, realizará evaluaciones acerca de la presencia de incontinencia urinaria, función sexual y datos generales del participante como edad, número de hijos, presencia de episiotomía o desgarro obstétrico en su labor de parto y el tipo o grado de lesión según corresponda.

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 y videos 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 de una patología de alta prevalencia que es la incontinencia urinaria así como también la función sexual, la cual afecta principalmente a la mujer.

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 5.

Ficha de datos generales.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020

Ibarra – Ecuador

CARRERA DE FISIOTERAPIA

FICHA DE DATOS GENERALES

Instrumento dirigido para la recolección de datos para caracterizar los sujetos de estudio.

Lea de manera detenida y responda.

- **DATOS GENERALES:**

Fecha: Día 14 /Mes 08 /Año 2025

Paciente: 4

Edad: 20 años

- **SITUACIÓN FAMILIAR:**

Número de hijos: 1

Primípara (1hijo)	☒
Múltipara (2 a 4 hijos)	☐
Gran múltipara (5 o más hijos)	☐

- **ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS**

En su parto vaginal, señale si tuvo episiotomía o desgarro obstétrico:

Episiotomía: Tipo:

Desgarro obstétrico: ✓ Grado: 3

Tiempo postparto: 2 meses

¿Ha realizado rehabilitación de suelo pélvico? Si No ✓

¿Cuánto tiempo realizó rehabilitación?

Anexo 7.

Índice de Función Sexual Femenina.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
 Acreditada Resolución Nro. 173-SE-33-CACES-2020
 Ibarra – Ecuador
 CARRERA DE FISIOTERAPIA

ÍNDICE DE LA FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA (FSFI)

Las siguientes preguntas son sobre sus sentimientos y respuestas sexuales durante las últimas 4 semanas. Por favor, conteste a las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán completamente confidenciales. Definiciones:

- Actividad sexual: incluye caricias, juegos sexuales, masturbación y coito vaginal
- Coito vaginal: se define como la introducción del pene en la vagina
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, auto estimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA A CADA PREGUNTA:

Deseo o interés sexual: es la sensación que incluye el deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la iniciación sexual de la pareja y pensar o fantasear sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia experimentó deseo o interés sexual?

- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☒ Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel (grado) de deseo o interés sexual?

- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☒ Muy bajo o nada

Excitación sexual: es la sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la exaltación sexual. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación (humedad) o contracciones musculares.

3. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?

- ☐ Sin actividad sexual
- ☐ Casi siempre o siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más de la mitad de las veces)
- ☐ A veces (aproximadamente la mitad de las veces)
- ☐ Pocas veces (menos de la mitad de las veces)
- ☒ Casi nunca o nunca

Anexo 8.*Evidencia fotográfica*

Explicación del proyecto de investigación.



Firma del consentimiento informado.



Aplicación del Cuestionario Internacional de Incontinencia Urinaria.



Aplicación del Índice de Función Sexual Femenina.

