



CONOCIMIENTO SOBRE INCONTINENCIA URINARIA Y
PRESENCIA DE SÍNTOMAS, POSTERIOR A
EDUCACIÓN, EN MUJERES DE 18 A 90 AÑOS
PERTENECIENTES A LA RED DE KINESUR,
CONCEPCIÓN 2018.

POR: CRISTINA AURORA CID SALAZAR, GLADYS STEPHANIE FIERRO
CASTRO Y CRISTIAN LEONARDO RIFFO OÑATE.

Tesis presentada a la facultad de Ciencias de la salud de la Universidad del
Desarrollo para optar al grado académico de licenciado en Kinesiología.

PROFESOR GUIA:

SRA. CARLA ALEJANDRA MONSALVE FUENTES.

Enero, 2019

CONCEPCIÓN

Agradecemos a Carolina Corvalan por su tiempo, paciencia y disposición para realizar un trabajo organizado y de calidad.

Finalmente agradecemos a nuestros amigos y familia por apoyarnos en este proceso y ser siempre un pilar fundamental en nuestras vidas.

ÍNDICE

INTODUCCIÓN.....	6
MARCOTEÓRICO	9
1.2 Factores de riesgo de Incontinencia Urinaria.....	9
1.2.1 Factores que predisponen la Incontinencia Urinaria.....	9
1.2.2 Factores que incitan la Incontinencia Urinaria.....	10
1.2.3 Factores que descompensan la Incontinencia Urinaria	10
1.2.4 Factores que promueven la Incontinencia Urinaria.....	11
1.3 Epidemiología sobre Incontinencia Urinaria	11
1.4 Complicaciones asociadas a la Incontinencia Urinaria	12
1.5 Tipos de clasificación de Incontinencia Urinaria.....	13
1.5.1 Según temporalidad	13
1.5.2 Según síntomas	13
1.6 Manejo de la Incontinencia Urinaria	14
1.6.1 Prevención de Incontinencia Urinaria	15
1.6.2 Tratamiento de Incontinencia Urinaria.....	16
1.6.3 Educación asociada a la Incontinencia Urinaria	17
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS	20
Objetivo General	20
Objetivos Específicos	20
METODOLOGÍA.....	21
Tipo de estudio	21
Población	21
Muestra	21
Diseño de la muestra	21
Criterios de selección.....	22

VARIABLES	23
Conocimiento sobre Incontinencia Urinaria	23
Presencia de síntomas de Incontinencia Urinaria.....	24
MATERIALES Y MÉTODOS.....	25
Reclutamiento de sujetos.....	25
Obtención de los datos.....	25
Materiales	27
ASPECTOS ÉTICOS.....	28
ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	29
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN	39
Limitaciones	44
Proyecciones.....	45
CONCLUSIÓN.....	46
ANEXOS.....	47
REFERENCIAS	56

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. Característica de la muestra de estudio	30
--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. Conocimiento sobre estructura de piso pélvico pre-post intervención.	31
FIGURA 2. Conocimiento sobre Anatomía Piso Pélvico pre-post intervención.	32
FIGURA 3. Conocimiento sobre Diagnostico de Incontinencia Urinaria pre-post intervención.	33
FIGURA 4. Conocimiento sobre Factores de Riesgo pre-post intervención.	34
FIGURA 5. Conocimiento sobre las formas de tratamiento para la Incontinencia Urinaria pre-post intervención.	35
FIGURA 6. Conocimiento sobre el Tratamiento de la enfermedad pre-post intervención.....	36
FIGURA 7. Conocimiento sobre ejercicios perjudiciales para el Piso Pélvico pre- post intervención.....	37
FIGURA 8. Conocimiento sobre ejercicios de fortalecimiento para Piso Pélvico pre-post intervención.....	38
FIGURA 9. Identificación de Presencia de Síntomas pre-post intervención.	39

INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria (IU), es definida por la International Continence Society (ICS) como cualquier pérdida involuntaria de orina. Es un síntoma común que afecta principalmente a mujeres mayores a 30 años (Alves y cols., 2017). El factor de mayor relevancia frente a la predisposición de padecer IU es pertenecer al género femenino, debido a su anatomía (Cohen, 2013). Los factores incitantes son el embarazo, la paridad y las diferentes cirugías vaginales o pélvicas, alterando la fuerza de sostén y la elasticidad de esta zona (Castañeda y cols., 2016). Los factores descompensantes son la edad (envejecimiento) y los medicamentos (diuréticos) (Chiang y cols., 2013). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que la población mundial que sufre IU es de aproximadamente 200 millones de personas (Martinez, 2014 citado en Castañeda y cols., 2016). En Chile, la frecuencia de IU femenina es de un 67% en un rango etario de 30 a 60 años (Rincón y cols., 2015; Campero y cols., 2005; Harwardt y cols., 2004).

La IU perjudica la calidad de vida de las mujeres afectando negativamente sobre la condición física, psicológica y social de la mujer (Mestres y cols., 2015; Lim, Lee, Choi, Jeong y Chung, 2018). Lo más frecuente asociado a este tipo de patología son las infecciones de tipo urinarias (Göral y Kukulcu, 2017). Estas complicaciones asociadas afectan directamente en la capacidad de prevenir,

diagnosticar y educar a la población femenina. Las mujeres no realizan consultas oportunas y tempranas dando paso a diagnósticos errados, limitando la correcta clasificación de IU (Martinez, Fouz, Gil y Téllez, 2001).

El manejo de la IU se produce a través de la clasificación según síntomas la cual se divide en 4 tipos: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE), Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU), Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) e Incontinencia Urinaria por rebosamiento (IUR) (Robles, 2006; Juarranz y cols., 2002). El abordaje de la IU en la actualidad, se enfoca mayoritariamente en cirugías (Abdel-Fattah y cols., 2017).

La educación continua es una estrategia de aprendizaje de bajo costo y factible, que mejora el conocimiento, las actitudes hacia el manejo y la atención oportuna de la IU (De Gargne, Park, So, Wu, Palmer y McConnell, 2015). Gracias a la educación se espera que el conocimiento y la identificación de presencia de síntomas aumenta posterior a la formación sobre IU en mujeres de 18 a 90 años, pertenecientes a la red de Kinesur.

1. MARCO TEÓRICO

La incontinencia Urinaria (IU), es definida por la International Continence Society (ICS) como cualquier pérdida involuntaria de orina. Es un síntoma común que afecta principalmente a mujeres mayores a 30 años (Alves y cols., 2017). Es una disfunción compleja, la cual se puede desarrollar por múltiples factores que representan un riesgo para la mujer e influyen directamente sobre la IU (Chiang y cols., 2013).

1.2 Factores de riesgo de Incontinencia Urinaria

Los factores de riesgo que más influyen en esta disfunción del piso pélvico se relacionan principalmente con las características de la persona, siendo subdivididas en cuatro grupos.

1.2.1 Factores que predisponen la Incontinencia Urinaria

El factor de mayor relevancia frente a la predisposición de padecer IU es pertenecer al género femenino, debido a su anatomía, siendo las mujeres

quienes en su piso pélvico albergan el útero, órgano que permite la gestación y desarrollo fetal (Cohen, 2013).

1.2.2 Factores que incitan la Incontinencia Urinaria

Los factores que incitan o estimulan en una persona son aquellos que desencadenan la aparición inminente de la patología, en el caso de la IU los factores incitantes o influyentes son el embarazo, la paridad, y las diferentes cirugías vaginales o pélvicas, que se dan en la población femenina, y afectan directamente a la composición de los músculos, tendones y ligamentos que componen el piso pélvico, alterando la fuerza de sostén y la elasticidad de esta zona, muchas veces adelantándose al proceso natural mediante avanza la edad (Castañeda y cols.,2016) .

1.2.3 Factores que descompensan la Incontinencia Urinaria

Los factores descompensantes son aquellos como la edad (envejecimiento), el ambiente, y los medicamentos (diuréticos) los que afectan directamente la capacidad de responder a las exigencias habituales del organismo (Chiang y cols., 2013)

1.2.4 Factores que promueven la Incontinencia Urinaria

El organismo es propenso a presentar IU, cuando este se ve expuesto a sufrir de obesidad, malos hábitos alimenticios y ejercicios de alto impacto, como lo son el crossfit, el running y los abdominales clásicos o crunch que generan presión e impacto mayor sobre la musculatura del suelo pélvico (Casey y Temme, 2017).

1.3 Epidemiología sobre Incontinencia Urinaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se estima que la población mundial que sufre IU es de aproximadamente 200 millones de personas (Martinez, 2014 citado en Castañeda y cols., 2016). En Chile, la frecuencia de IU femenina es de un 67% en un rango etario de 30 a 60 años. En Isla de Pascua, el 77,1% de mujeres refirió episodios de IU en un rango entre 30 y 84 años de edad en el año 2003. En Chillán, el 62,2% de las mujeres estudiadas (289) refirieron episodios de IU, las cuales debían estar inscritas en el CESFAM local y ser mayores de 30 años. En un estudio realizado en el Hospital FACH se demostró que 112 pacientes, equivalente al 62,2%, presentaban IU. Estos estudios demostraron que presentar episodios de IU

genera complicaciones a corto y largo plazo (Rincón y cols., 2015; Campero y cols., 2005; Harwardt y cols., 2004).

1.4 Complicaciones asociadas a la Incontinencia Urinaria

La IU perjudica la calidad de vida de las mujeres afectando negativamente sobre la condición física, psicológica y social de la mujer (Mestre y cols., 2015; Lim, Lee, Choi, Jeong y Chung, 2018). Lo más frecuente asociado a este tipo de patología son las infecciones de tipo urinarias con mayor prevalencia en mujeres desde los 60 años debido a las causas asociadas (Göral y Kukulü, 2017).

Estas complicaciones asociadas afectan directamente en la capacidad de prevenir, diagnosticar y educar a la población femenina. Debido a la vergüenza que sienten las mujeres y a la falta de reconocimiento de síntomas no realizan las consultas oportunas y tempranas dando paso diagnósticos errados o sub diagnósticos limitando la correcta clasificación de IU (Martínez, Fouz, Gil, y Téllez, 2001).

1.5 Tipos de clasificación de Incontinencia Urinaria

Es importante establecer y discriminar entre los distintos síntomas de la patología para poder llegar a una correcta clasificación de IU. Esta se puede clasificar según distintos aspectos como por ejemplo, la duración en semanas de la sintomatología y según las situaciones en las que se presenten los síntomas.

1.5.1 Según temporalidad

La IU puede ser dividida por la temporalidad de la duración de sus síntomas, siendo estas subdivisiones las siguientes: IU transitoria (menor a 4 semanas) y IU permanente (mayor a 4 semanas).

1.5.2 Según síntomas

La IU se puede subdividir según los síntomas: Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) la cual se define como la pérdida involuntaria de orina asociada a un esfuerzo físico, Incontinencia Urinaria de Urgencia (IUU) se entiende

cuando el paciente se queja de la aparición súbita de un deseo miccional claro e intenso, Incontinencia Urinaria Mixta (IUM) asociada a urgencia como también al esfuerzo, siendo un problema frecuente en mujeres jóvenes y premenopáusicas (Robles, 2006) e Incontinencia Urinaria por rebosamiento (IUR) se produce por retención y residuos permanentes en la vejiga lo que provoca que esté sobredistendida produciendo pérdida de orina involuntaria en bajas cantidades pero constante (Juarranz y cols., 2002).

1.6 Manejo de la Incontinencia Urinaria

El manejo de la IU se produce a través de las clasificaciones anteriormente mencionadas y los tratamientos deben ser dirigidos de manera específica a cada tipo de IU diagnosticada previamente, para esto es importante la discriminación entre los tipos de IU existentes. Hasta el año 2000 se utilizaba a modo de tratamiento procedimientos invasivos como Uretropexia (perforación uretral) y Plicatura de Kelly en donde la mayoría de los casos recidivan y debían volver a cirugía. En los siguientes años estos métodos fueron reemplazados por procedimientos menos invasivos como las inyecciones de colágeno y ejercicios terapéuticos que proporcionan mejoras equivalentes en comparación con la intervención quirúrgica. El abordaje de la IU en la actualidad, se enfoca mayoritariamente en cirugías, existiendo carencias en la prevención (etapa

primaria del conocimiento de la patología) y en la educación de la población femenina para precisar el reconocimiento de síntomas de la patología y tratar de forma temprana este padecimiento o simplemente prevenirla (Garely, A. & Noor, N. 2014).

1.6.1 Prevención de Incontinencia Urinaria

La prevención se divide en tres instancias: Primaria la cual su objetivo es eliminar las posibles causantes de IU, Secundaria apunta a detectar, clasificar para así tratar oportunamente y Terciaria que comprende el tratamiento para evitar la progresión de la IU (Woodley, Boyle, Cody, Mørkved y Hay-Smith, 2017).

La utilización de cuestionarios es altamente recomendada en la evaluación de incontinencia urinaria, así como de otras patologías de piso pélvico y para evaluar el tipo de terapia a utilizar. El cuestionario ICIQ-SF tiene un grado máximo de recomendación para su uso en el manejo de la incontinencia urinaria y debiera ser incorporado en la evaluación primaria para detectar IU. Con solo esta evaluación se llegaría a un abordaje temprano en la mujer para desarrollar un tratamiento adecuado, pero antes de esto es

primordial que parte del tratamiento de la patología incluyera como proceso inicial una correcta educación sobre IU y esto contribuiría en la prevención de la enfermedad (Busquets y Serra, 2012; Vermeulen y cols., 2016).

1.6.2 Tratamiento de Incontinencia Urinaria

Existen tratamientos de tipo no invasivos que tienen bajo costo para la mujer como reeducación perineal (Fuentes y Venegas, 2013), y entrenamiento muscular con biofeedback (Goldstick y Constantini, 2014), además en la actualidad existen tratamientos invasivos de alto costo y poco accesible para la totalidad de la población femenina como cirugía vaginal (Abdel-Fattah y cols., 2017), y radiofrecuencia (Lalji y Lozanova, 2017; Magon y Alinsod, 2016; Sand, Owens, Black, Anderson, y Martinson, 2014). Es por esto que la educación al ser de bajo costo y accesible a gran parte de la población femenina nos puede ayudar en la prevención de IU, permitiendo las consultas tempranas y a su vez el diagnóstico correspondiente.

1.6.3 Educación asociada a la Incontinencia Urinaria

La educación continua es una estrategia de aprendizaje de bajo costo y factible, que mejora el conocimiento, las actitudes hacia el manejo y la atención oportuna de la IU (De Gargne, Park, So, Wu, Palmer y McConnell, 2015).

Los pacientes que tienen una mayor educación y conocimiento sobre su enfermedad realizan de mejor manera su tratamiento y adhesión a él, debido a una mayor comprensión de manera psicológica de la patología. Por el contrario, el conocimiento incompleto de la enfermedad puede ser un factor limitante en el tratamiento. Lo positivo de que el conocimiento de la patología sea mayor, se debe al efecto que provoca sobre el sentido de control que sienten en cuanto a su patología y el avance de ésta (Janowski y cols., 2016).

Los niveles de conocimiento se correlacionan de manera significativa con la percepción del daño provocado por la patología, es decir, los pacientes que tienen mayor conocimiento perciben que la patología les otorgará menos daños. Además que el conocimiento sea mayor puede reducir el sentido de culpa, vergüenza o injusticia relacionada con el hecho de estar enfermo. Este efecto

ha sido comprobado en poblaciones relacionadas a la IU y se puede extrapolar a una mayor población femenina (Janowski y cols., 2016).

La mayoría de la población femenina tiene una idea negativa sobre el pronóstico de la IU. Existe una relación entre conocimiento y comportamiento; las mujeres creen que la causa de IU está fuera de su control (por ejemplo, ser mujer o debido al parto) y que no se puede hacer nada para tratarla. El conocimiento IU afecta positivamente sobre el comportamiento, por lo tanto, las mujeres al conocer sobre la patología buscarán de manera temprana atención médica. Es importante comenzar con la educación en el ciclo vital temprano de la mujer, ya que una gran proporción de la población femenina cree que la IU es normal luego del parto. Por esto, la educación nos ayuda a concientizar sobre la patología y así evitar las complicaciones asociadas a IU (Neels y cols., 2016).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Posterior a la educación sobre Incontinencia Urinaria varía el conocimiento y la identificación de presencia de síntomas presencial en mujeres de 18 a 90 años, pertenecientes a la Red de Kinesur?

HIPÓTESIS

El conocimiento sobre IU y la identificación de presencia de síntomas aumenta un 50% posterior a la educación presencial respecto a IU en mujeres de 18 a 90 años, pertenecientes a la red de Kinesur.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la variación sobre el conocimiento y la identificación de presencia de síntomas posterior a la educación presencial en mujeres de 18 a 90 años, pertenecientes a la red de Kinesur.

Objetivos Específicos

Determinar el conocimiento sobre IU y la presencia de síntomas en mujeres de 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur previo a la educación presencial.

Determinar el conocimiento sobre IU y la presencia de síntomas en mujeres de 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur posterior a la educación presencial.

Comparar el conocimiento que existe sobre la IU y presencia de síntomas en mujeres de 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur previo y posterior a la educación presencial.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio piloto, pre-experimental, con pre y post prueba; de temporalidad transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Población

Mujeres entre 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur, Concepción.

Muestra

Mujeres entre 18 a 90 años pertenecientes a la red de Kinesur, que asistan voluntariamente a la educación presencial realizada por Kinesur, Concepción.

Diseño de muestreo

Para seleccionar a la muestra se utilizó un muestreo no probabilístico por bola de nieve, conveniencia y consecutivo (Hernández, Fernández & Baptista, 2014).

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Mujeres de 18 a 90 años. pertenecientes a la red de Kinesur.• Saber leer.• Saber escribir.• Disponibilidad horaria, para asistir a la educación presencial.	<ul style="list-style-type: none">• Profesionales competentes al área de salud de Piso Pélvico.• Menores de edad.

VARIABLES

Conocimiento sobre Incontinencia Urinaria

Clasificación: Cualitativa, variable Dependiente

Definición conceptual: Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje o a través de la introspección.

Definición operacional: El conocimiento sobre IU se midió a través de la encuesta validada “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinario y Piso Pélvico” (Anexo 1), esta encuesta se subdivide en diferentes dimensiones tales como, Anatomía de Piso Pélvico, Diagnóstico, Factores de riesgo, Tratamiento de Incontinencia Urinaria y Entrenamiento de piso pélvico, donde se contabilizó el conocimiento a través de frecuencias con respecto a cada dimensión.

Presencia de síntomas de Incontinencia Urinaria

Clasificación: Cualitativa nominal, variable Dependiente

Definición conceptual: La Incontinencia Urinaria es la pérdida del control de la vejiga. Los síntomas pueden variar desde una filtración de orina leve hasta la salida abundante e incontrolable de ésta. Le ocurre a cualquier persona, pero es más común con la edad. Las mujeres la experimentan el doble en comparación con los hombres.

Definición operacional: Los síntomas fueron medidos mediante el cuestionario ICIQ-SF (Anexo 2) el cual se auto-administró a las participantes y se identificó la presencia de síntomas de Incontinencia Urinaria y el impacto en la calidad de vida; en el cual se sumó el puntaje obtenido en cada ítem y se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a 0.

MATERIALES Y MÉTODOS

Reclutamiento de los sujetos

Se realizó el reclutamiento de la población femenina disponible para el estudio de forma no aleatoria, se contactó a las participantes de forma personal mediante invitaciones, se obtuvo respuesta de 60 mujeres de las cuales 50 cumplieron con los criterios de inclusión.

Obtención de los datos

La medición a las participantes se dividió en cuatro etapas. En primer lugar firmaron el consentimiento informado y completaron la ficha de datos personales lo que tomó 5 minutos, luego se aplicó el cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” (Mendoza, Molina & Vásquez, 2017) y la encuesta “ICIQ-SF” (Busquets & Serra, 2012), donde las participantes respondieron las preguntas correspondientes, en un tiempo promedio de 10 minutos. Posterior al cuestionario y a la encuesta, se realizó educación sobre IU ejecutada por profesionales pertenecientes a la red de trabajo de Kinesur. Finalizada la educación se aplicó nuevamente el cuestionario “Nivel de

conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” y la encuesta “ICIQ-SF” en un tiempo promedio de 10 minutos. Tras finalizar la toma de datos se asignó el puntaje obtenido en cada una de las etapas de medición a cada participante, para ser analizados por los tesisistas y posteriormente ser enviados a cada participante si así lo deseaban. Las mediciones se realizaron por cada participante desde el 20 de Julio de 2018 hasta el 5 de Octubre de 2018, reiterando las etapas anteriores en cada intervención. Las intervenciones fueron realizadas en las instalaciones del Centro de Salud Kinesur, las cuales duraron de aproximadamente 20 minutos en total por cada participante, donde tomó cercano a 7 minutos la realización del cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” y 3 minutos en la realización de la encuesta “ICIQ-SF”.

Materiales

Se utilizó las dependencias del centro de salud Kinesur, Concepción para realizar la toma de datos. A través del Consentimiento informado (Impresión tamaño carta 60 aprox.) se obtuvo la aprobación para la participación de cada una de las mujeres voluntarias. Se utilizó el cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y piso pélvico” (Impresión tamaño carta 60 aprox.) para medir el conocimiento de las pacientes sobre IU. Para medir la presencia de síntomas se utilizó la encuesta “ICIQ-SF” (Impresión tamaño carta 60 aprox.). Los datos personales fueron obtenidos mediante una ficha (Impresión tamaño carta 60 aprox.). Para contestar los documentos se utilizó elementos de escritorio. Cada dato fue digitalizado en una plantilla Excel para Office 2013 de una computadora portátil marca Acer.

ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la intervención, a los investigadores se les solicitó la realización de un curso de buenas prácticas clínicas (Anexo 3).

Los criterios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) fueron cumplidos de las siguientes formas: AUTONOMÍA, a las mujeres seleccionadas se les manifestó la intención y el objetivo de la investigación, además de las mediciones a realizar, dejando al centro de salud Kinesur, constancia de su aceptación y participación a través de una carta de consentimiento informado y declaración voluntaria (Anexo 4), BENEFICENCIA las mujeres seleccionadas junto con la aplicación de los instrumentos, se les realizó educación sobre IU y los resultados obtenidos en las mediciones se les envió si así lo deseaban, NO MALEFICENCIA la participación en las mediciones no generó riesgos para la salud de las participantes y JUSTICIA durante la investigación se aseguró el trato digno, igualitario, respetuoso y seguro para cada una de las participantes.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez recolectados los datos, estos fueron digitalizados en el programa Excel para Office 2013, cuyo objetivo fue sintetizar la información mediante la elaboración de tablas de frecuencias, representaciones gráficas y el cálculo de medidas estadísticas. Se efectuó el análisis para las variables cualitativas, conocimiento y presencia de síntomas sobre IU, con frecuencia absoluta y relativa.

En la estadística descriptiva se calcularon estadígrafos de tendencia central y de dispersión para las variables edad, IMC, peso y talla. Los estadígrafos de tendencia central calculados fueron media y mediana. También se calcularon estadígrafos de dispersión, los cuales fueron desviación estándar, valores máximos y mínimos.

Para el análisis inferencial de los datos de las variables cualitativas conocimiento y presencia de síntomas sobre IU, se utilizó la prueba de Mc Nemar para evaluar la significancia de la variación antes y después de la educación sobre IU.

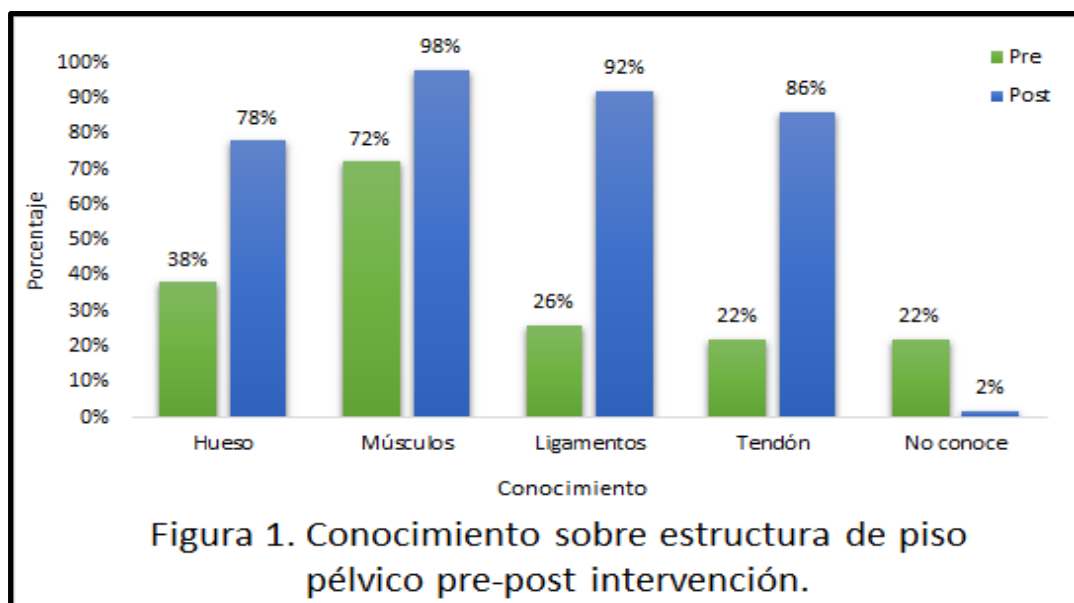
RESULTADOS

El objetivo de esta investigación es analizar la variación sobre el conocimiento y la identificación de presencia de síntomas posterior a la educación presencial en mujeres de 18 a 60 años, pertenecientes a la red de Kinesur, Concepción. La muestra consiste en 50 mujeres de las cuales la edad promedio es de $35,2 \pm 15,3$ años, en donde el rango etario se encontraba entre los 19 y 89 años. En la población de estudio el 50% presentó embarazos de las cuales el mayor porcentaje pertenecía al tipo de parto cesárea, el 6% de las participantes presentaban un diagnóstico médico de IU. Las características de los sujetos de estudio se observan tanto en Tabla 1.

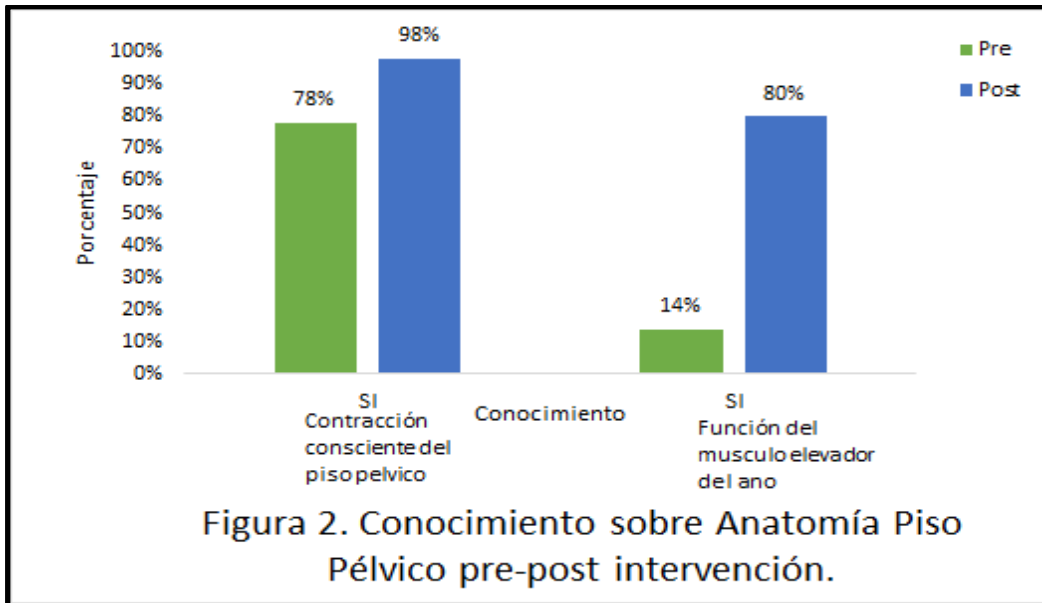
Tabla 1. Características de la muestra de estudio (n=50)		
Característica		
Edad (años)		35.16 ± 15.27
IMC*		24.9 ± 3.08
Embarazos	Si	25 (50%)
	No	25 (50%)
Tipos de partos	Natural	6 (24%)
	Cesarea	14 (56%)
	ambos	5 (20%)
Diagnostico de Incontinencia Urinaria	Si	3 (6%)
	No	47 (94%)
Realizacion ejercicios piso pelvico	Si	12 (24%)
	No	38 (76%)
Realizacion de deportes de impacto	Si	15 (30%)
	No	35 (70%)
Tos Cronica	Si	4 (8%)
	No	46 (92%)
Diagnostico de hiperlaxitud	Si	9 (18%)
	No	41 (82%)
Consumo de diureticos	Si	0 (0%)
	No	50 (100%)

Datos cuantitativos son expresados en media y desviación estandar.
 Datos cuantitativos se expresan en frecuencia absoluta y frecuencia relativa.
 *IMC = Índice de Masa Corporal

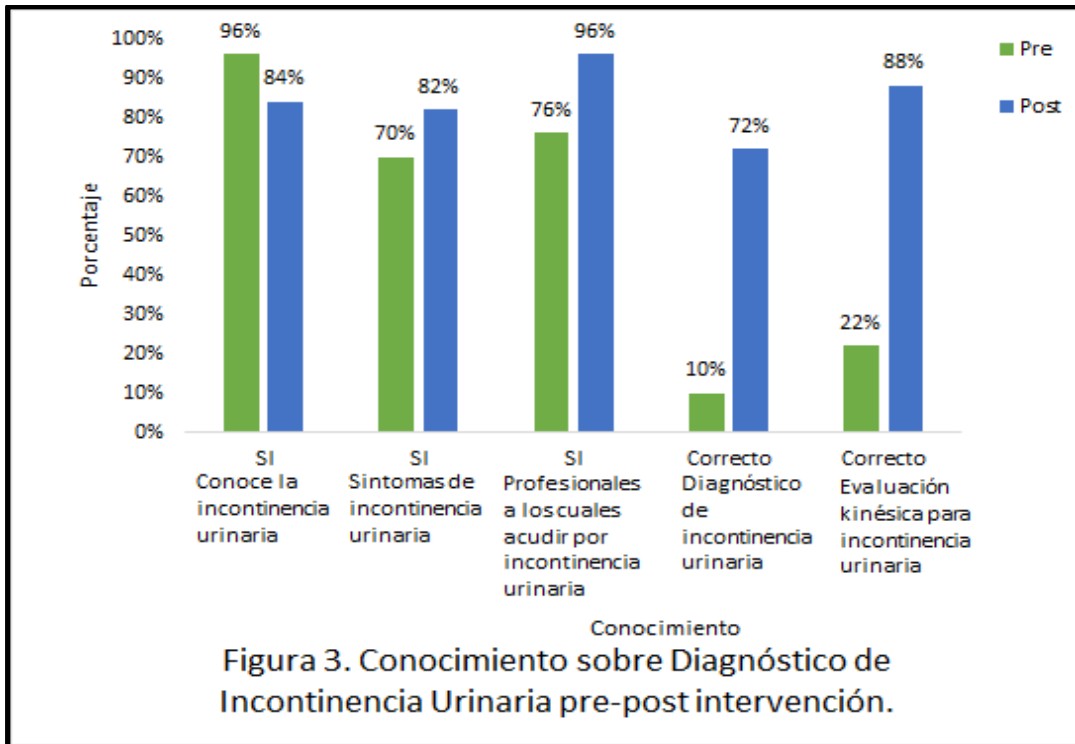
En la Figura 1 se observa que el comportamiento del conocimiento en la población de estudio tuvo un aumento de un 66% para la respuesta ligamento como estructura del piso pélvico posterior a la intervención (P-valor: 0.000), al igual que la respuesta tendón en donde previo a la educación arrojó un 22% y posterior un 86% (P-valor: 0.000).



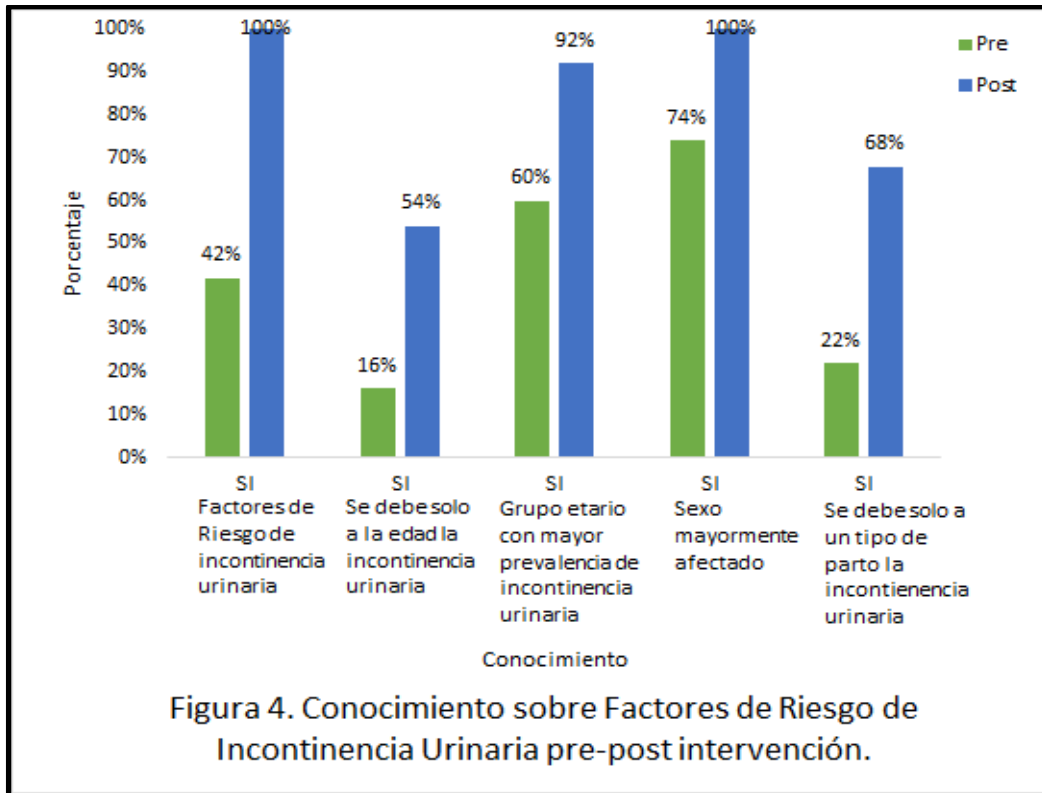
En la Figura 2 se presenta un aumento en el porcentaje de la pregunta sobre la función del músculo elevador del ano y su rol que cumple dentro de los músculos sostenedores de este sistema, posterior a la intervención, con una ganancia de 66% con respecto al conocimiento de esta estructura en comparación al porcentaje obtenido previamente a la intervención (P-valor: 0.000).



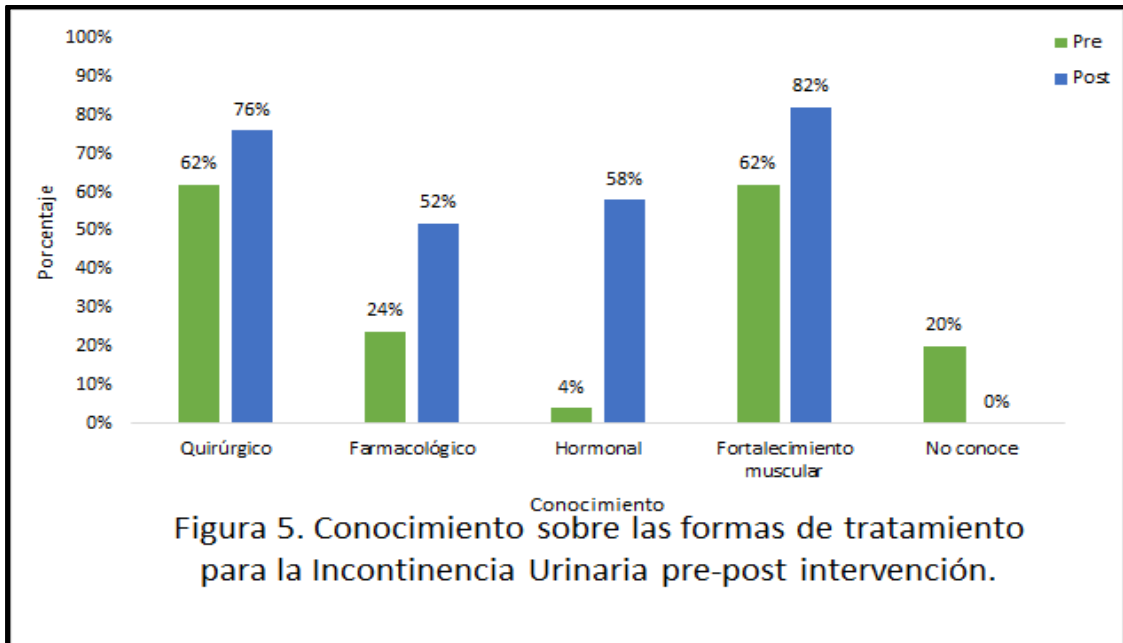
El conocimiento sobre la forma de diagnóstico médico a través de cistometría, así como la evaluación kinésica mediante la escala PERFECT (*Power, Endurance, Repetitions, Fast, Every Contraction Timed*), presentó un cambio favorable logrando pasar de un 10% a un 72% y de un 22% a un 88% correspondientemente previo y posterior a la intervención (P-valor: 0.000), como se observa en la Figura 3.



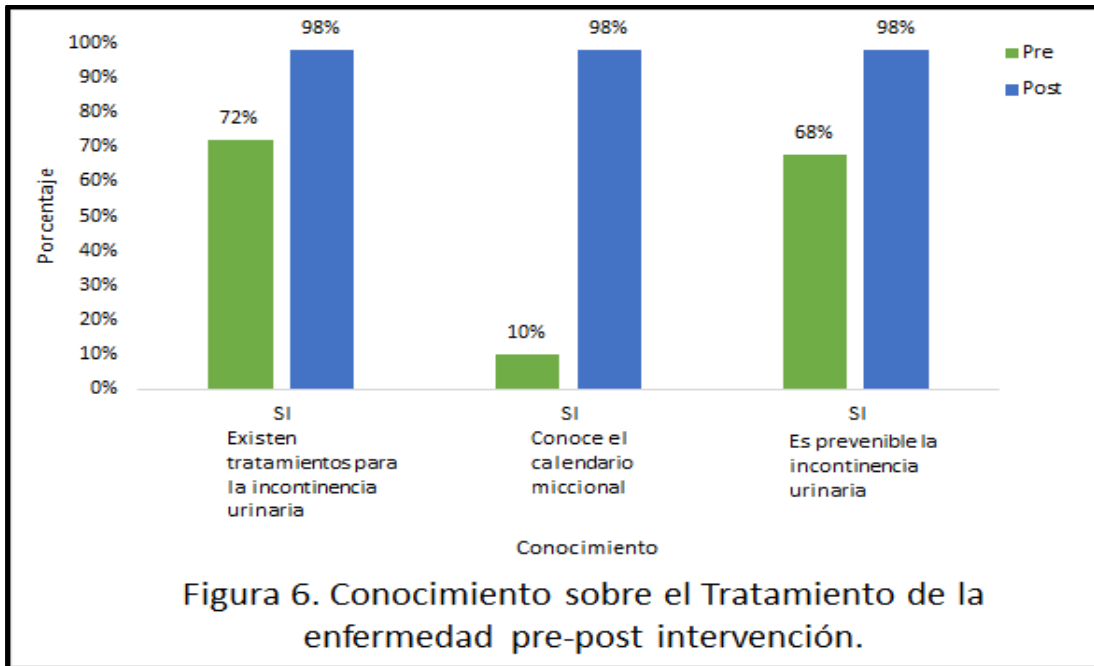
En la Figura 4 se observa el cambio en el conocimiento sobre los factores de riesgo de presentar IU, siendo conocidos por menos de la mitad de las participantes (42%) previo a la intervención y posterior a esta se observó que en su totalidad (100%) reconocían saber sobre estos factores de riesgo (P-valor: 0.000).



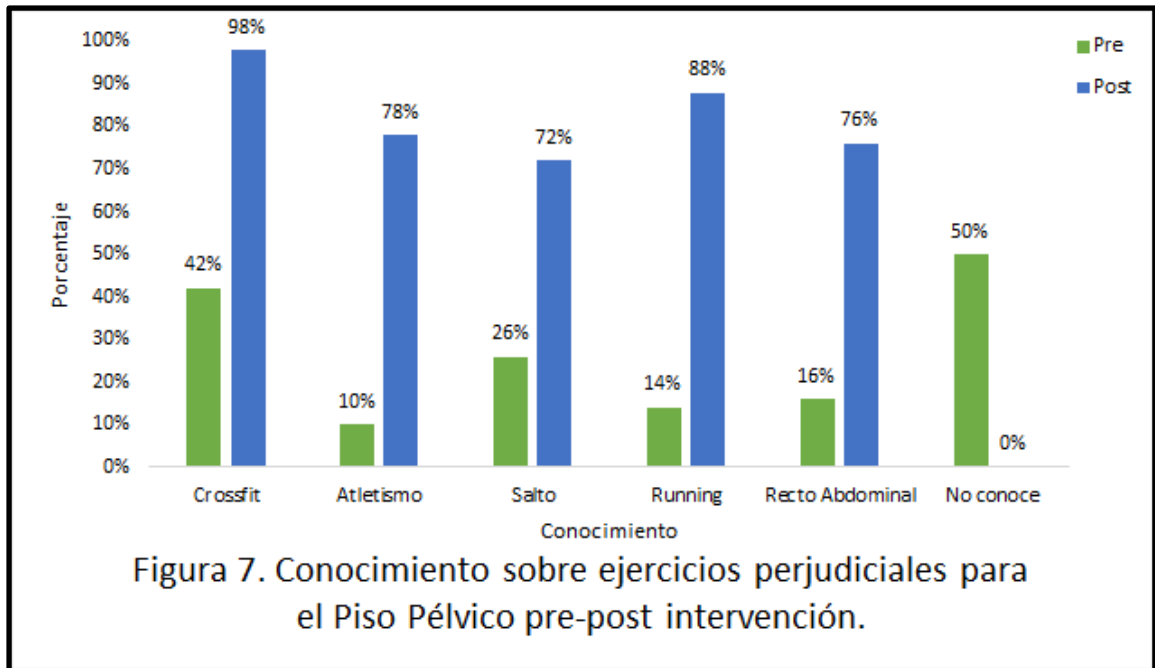
En la Figura 5 se observa el conocimiento sobre las formas de tratamiento para la IU presentando un cambio notorio en la alternativa de no conocer dando como resultado un 0% posterior a la intervención (P-valor: 0.002), además se puede observar un mayor reconocimiento del tipo de tratamiento hormonal para esta patología, en donde hubo una mayor diferencia posterior a la intervención (P-valor: 0.000).



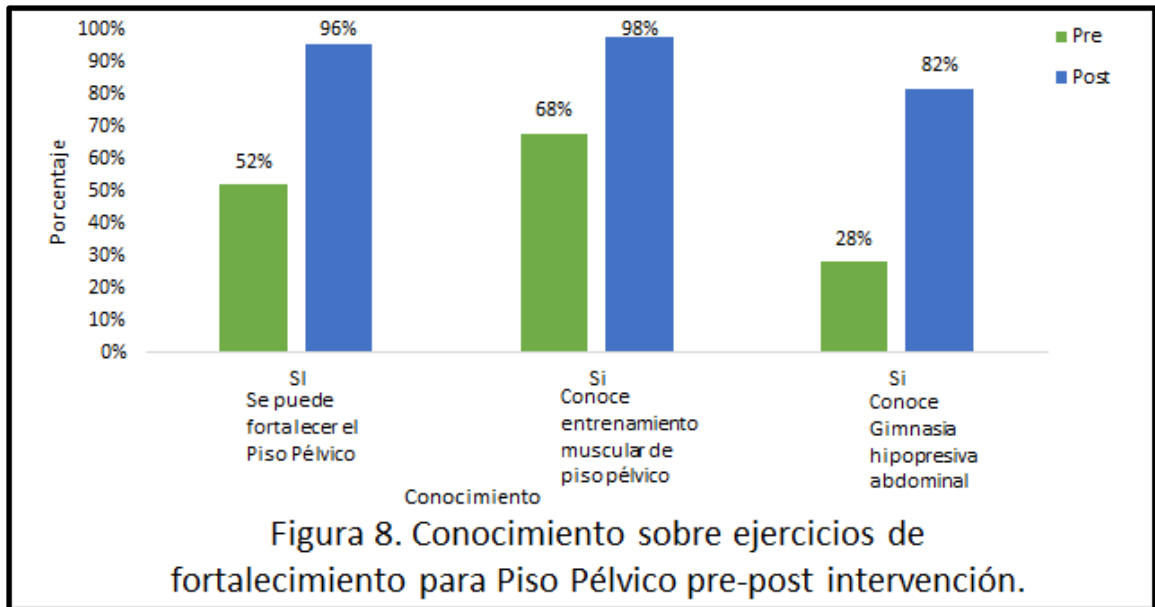
En la Figura 6 se contempla el aumento del conocimiento de la prevención como forma de tratamiento para la IU en etapa temprana (P-valor: 0.000), al igual que se observa un cambio significativo en el conocimiento del calendario miccional como herramienta de control (P-valor: 0.001).



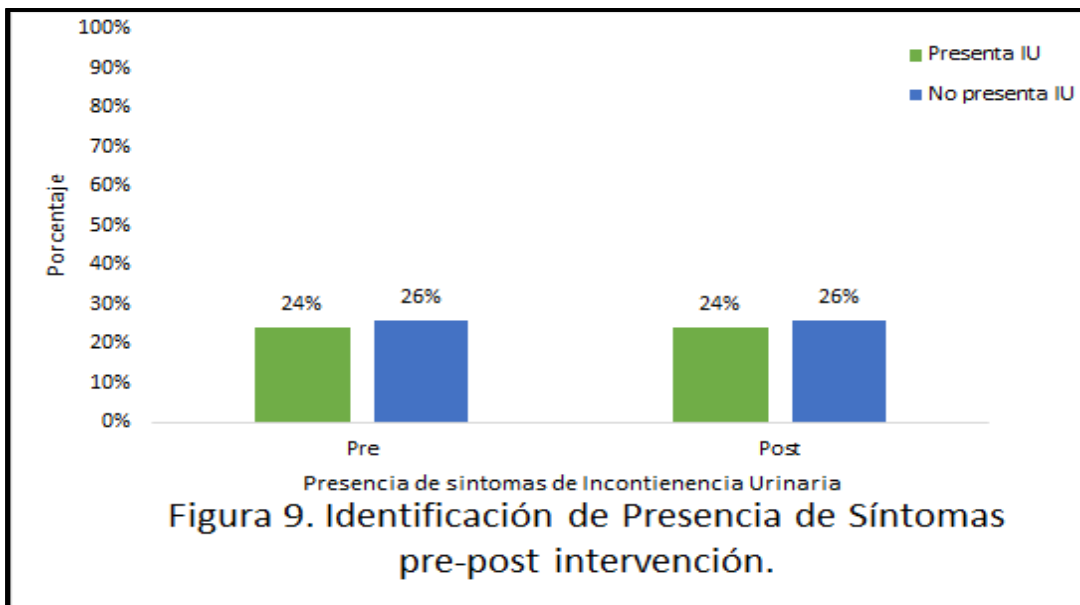
Se observó un aumento en el conocimiento de los ejercicios que se consideran perjudiciales para la salud del piso pélvico en su totalidad, reconociendo con mayor porcentaje al running como un ejercicio causal de IU (P-valor: 0.000), además el 100% de las participantes declaró reconocer algunos de los ejercicios como perjudiciales posterior a la educación (P-valor: 0.000), estos cambios significativos se pueden evidenciar en la Figura 7.



En la Figura 8 se observa el conocimiento sobre el fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico previo y posterior a la intervención, presentando cambios significativos en el reconocimiento de esta área como una estructura que se puede fortalecer (P-valor: 0.000), al igual que el aumento en el conocimiento de que la gimnasia Hipopresiva abdominal se puede utilizar como parte del trabajo de fortalecimiento (P-valor: 0.000).



En la Figura 9 se presenta la gráfica de identificación de síntomas, en la cual no se observan cambios posterior de la educación (P-valor: 1.000).



DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue analizar la variación del conocimiento y la identificación de presencia de síntomas en mujeres de 18 a 90 años, posterior a educación, pertenecientes a la red de Kinesur, Concepción 2018.

En base a los resultados obtenidos en este estudio, se pudo evidenciar que la educación presencial aumenta de forma significativa el conocimiento sobre IU en torno a todos los tópicos que comprenden esta patología, lo que coincide con los resultados obtenidos en un estudio realizado en enfermeras, las cuales recibieron información sobre IU a través de internet (De Gargne, Park, So, Wu, Palmer y McConnell, 2015). Con esto es posible evidenciar que no importa la forma de educación en la que se entreguen los contenidos, ya que de igual forma aumenta el nivel de conocimiento (Neels y cols., 2016). Cabe destacar que no se presentaron cambios en la identificación de síntomas, lo que hace cuestionarse si existe relación entre el conocimiento y la identificación de síntomas o si el tiempo otorgado entre la recolección de datos es suficiente para que las participantes adquieran y logren reconocer los síntomas.

Los resultados obtenidos en la sección Anatomía de piso pélvico del cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico”, mostraron que previo a la educación, el mayor porcentaje de respuesta sobre la conformación del piso pélvico fue atribuida a que solo está conformada de músculo. Sobre la función de la contracción del piso pélvico las mujeres sabían que se puede contraer de forma consciente, sin embargo las mujeres no conocían la función del músculo elevador del ano quién es el principal sostenedor de esta zona, siendo estos datos similares al estudio realizado en Bélgica, en profesionales del área de la salud, donde el 93% de las mujeres sabían que el piso pélvico contiene músculos, además reconocían saber sobre la posibilidad de realizar contracción consciente del piso pélvico, no obstante se contrasta el conocimiento de la función de sostén en donde si conocían la función del músculo elevador del ano (Neels y cols., 2016); Por lo tanto es importante que la población femenina conozca las funciones del piso pélvico y las estructuras que lo componen para así comprender en mayor medida el tratamiento y que se adhieran a éste.

Para la sección diagnóstico de IU se abordó el conocimiento sobre en qué consiste esta patología, en donde se observó que la mayoría de las mujeres conocen las características de la IU y sus síntomas. Un ítem importante es saber a quién deben acudir las mujeres en el caso de padecer IU, en donde la

mayoría de las mujeres demostró no saber a quién recurrir en estos casos, otra de las interrogantes es sobre el manejo de IU en cuanto a los profesionales competentes en el área que pueden diagnosticar la patología, es aquí en donde se presentó que solo un porcentaje de las participantes sabía quién lo realiza. En un estudio realizado en mujeres Universitarias de 18 a 25 años de diferentes carreras, se observó que la mayoría de las mujeres son conscientes de su patología, pero al no saber a quién acudir, no tenían diagnóstico y así mismo un tratamiento oportuno, lo que condiciona a la mujer a que el progreso de la patología sea mayor (Mendoza, Molina y Vásquez, 2017).

Existe una evaluación kinésica (escala PERFECT) que permite cuantificar el daño de la musculatura pélvica en mujeres con IU, sin embargo la mayoría de las participantes no sabían sobre dicha herramienta kinésica la cual puede generar una evaluación de la musculatura del piso pélvico.

Los factores de riesgo presentes en la IU son de gran importancia para prevenir la patología o para detener su evolución, en la cual la edad juega un rol importante, en este marco las mujeres creen que la edad es un factor que determina la IU y lo hace ser parte de los factores de riesgo.

Para poder fortalecer el piso pélvico existen ejercicios que ayudan a prevenir y tratar la IU, esto es primordial como tratamiento de primera línea en donde las mujeres los pueden realizar sin supervisión de un profesional pero sí con una educación inicial para evitar compensaciones o alteraciones de otras áreas adyacentes al piso pélvico, la mayoría de las mujeres encuestadas dijeron que el piso pélvico se puede fortalecer y que conocían ejercicios para entrenamiento del piso pélvico. Para tener otra visión sobre la edad, un estudio realizado en mujeres Universitarias demuestra que no es un factor exclusivo para presentar IU, por lo que la patología se puede desencadenar a cualquier edad y el fortalecimiento muscular puede detener el avance de la patología, sin embargo, no todas las mujeres conocen que el piso pélvico se puede fortalecer a través del entrenamiento y el saber sobre una evaluación objetiva puede ser fundamental para observar el desarrollo de la musculatura del piso pélvico (Mendoza, Molina y Vásquez, 2017).

Uno de los hallazgos que se observó en las participantes fue que de las mujeres que presentan síntomas de IU, solo un porcentaje mínimo de ellas estaban realmente diagnosticadas, lo que lleva a cuestionarse si el abordaje actual de la IU está bien orientado, el realizar intervenciones educativas de forma seguida genera una estrategia de aprendizaje para poder identificar de manera más concreta la presencia de síntomas como también las personas que

puedan padecer esta patología, lo que transforma a la educación en algo factible y de bajo costo, permitiendo una atención profesional oportuna (De Gargne, Park, So, Wu, Palmer y McConnell, 2015). Por otra parte, a mayor conocimiento las personas perciben una reducción en la vergüenza lo que es muy importante, ya que este factor sería uno de los indicadores de por qué las mujeres no realizan consultas oportunas (Martínez, Fouz, Gil, y Téllez, 2001), siendo así la educación una solución a la falta de consulta y mejorando el abordaje de la IU orientándose mayormente hacia la prevención, permitiendo disminuir los costos en la atención de salud relacionada directamente con la IU (Janowski y cols., 2016).

Para finalizar cabe destacar que en la actualidad no se presentan estudios relacionados sobre el conocimiento de IU e identificación de síntomas que permita comparar en su totalidad el procedimiento realizado en este estudio.

LIMITACIONES

Algunas de las limitaciones que se presentaron en este estudio fueron: la diferencia de comprensión e interpretación que se le dio a algunas de las preguntas del cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” por parte de las participantes, además se presentaban preguntas difíciles de analizar, este instrumento fue validado y aplicado en una investigación previa, a pesar de que cada duda que presentaban las participantes fueron contestadas por el profesional a cargo de la educación, este mismo refirió que las participantes comentaron que el cuestionario era bastante difícil de comprender.

PROYECCIONES

En las próximas investigaciones se recomienda tener mayor control de las características de la muestra y así poder tener una población de estudio más heterogénea, incluyendo a participantes que consuman diuréticos. Se recomienda que las intervenciones sean realizadas por un solo profesional e idealmente esté certificado en el área de piso pélvico, además se sugiere que la toma de datos no se realice de forma personalizada sino que se lleve a cabo a través de educación grupal. También se recomienda que los cuestionarios a utilizar sean más atingente a la población y no dirigidos a profesionales del área de la salud, finalmente se recomienda utilizar la encuesta ICIQ, la cual valora además de la presencia de síntomas de Incontinencia Urinaria, la calidad de vida. Finalmente se aconseja dar un mayor tiempo entre las evaluaciones pre y post intervención.

CONCLUSIÓN

Al analizar el conocimiento posterior a la educación realizada en el centro de salud Kinesur de Concepción, se evidenció un aumento significativo en la adquisición de conocimiento de IU y todos sus componentes como anatomía, diagnóstico, factores de riesgo, tratamientos y formas de prevención, este último fue uno de los puntos de discusión dentro de este estudio y principal motor, debido a que el abordaje actual se centra en el tratamiento y no en la educación para la prevención e identificación temprana de la IU. Sin embargo en la identificación de síntomas no se presentaron cambios significativos por parte de las participantes.

ANEXOS

Anexo 1

Encuesta: "Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico"

Fecha: ___/___/___

Folio: _____

Usted ha sido invitada a participar en la encuesta "Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico", cuyo objetivo es cuantificar cuanto es lo que sabe la población universitaria sobre esta patología.

A continuación, encontrará una serie de preguntas destinadas a medir su conocimiento sobre diversos aspectos correspondientes a Incontinencia Urinaria.

Por favor lea las instrucciones antes de comenzar a responder las preguntas. Conteste la alternativa que más se acerca sobre lo que usted sabe respecto al tema.

Encierre en un círculo la alternativa que se ajuste a sus conocimientos:

Sección I

I.- Anatomía Piso Pélvico

1.- Sabe usted de qué está conformado el piso pélvico

Marque cual/les conoce:

- A.- Hueso
- B.- Músculos
- C.- Ligamentos
- D.- Tendón
- E.- No conoce

2.- ¿Sabe si es posible contraer el piso pélvico en forma consciente?

SI NO

3.- ¿Conoce usted la(s) función(es) del músculo elevador del ano?

SI NO

II.- Diagnóstico de Incontinencia Urinaria

4.- ¿Sabe usted en que consiste la Incontinencia Urinaria?

SI NO

Defina _____

5.- Conoce usted los síntomas de la Incontinencia Urinaria.

Marque cual/les conoce:

- A.- Pérdida involuntaria de orina al estornudar, reír, toser.
- B.- Prolapso genital
- C.- Dolor al orinar
- D.- No conoce

6.- Sabe usted a qué profesionales debe acudir en caso de presentar Incontinencia Urinaria

SI NO

Cual o cuales _____

7.- ¿Sabe usted como se diagnostica la Incontinencia Urinaria?

Marque cual/les conoce:

- A.- Cistometría
- B.- Urodinamia
- C.- Calendario miccional
- D.- Radiografía
- E.- No conoce

8.- ¿Sabe usted cual es la evaluación kinésica de la Incontinencia Urinaria?

Marque cual/les conoce:

- A.- Escala PERFECT (evaluación musculatura piso pélvico)
- B.- Observación General
- C.- Evaluación de Rango-Longitud
- D.- No conoce

III.-Factores de Riesgo de Incontinencia Urinaria

- | | | |
|---|----|----|
| 9.- ¿Conoce usted los factores de riesgo para tener Incontinencia Urinaria | SI | NO |
| 10.- ¿Sabe usted si la Incontinencia Urinaria se debe solo a la edad? | SI | NO |
| 11.- ¿Conoce usted el grupo etario donde se presenta con mayor prevalencia la Incontinencia Urinaria? | SI | NO |
| 12.- ¿Sabe usted a que sexo afecta mayormente la Incontinencia Urinaria?
¿Cuál? _____ | SI | NO |
| 13.- ¿Cree usted que la Incontinencia Urinaria se debe solo a un tipo de parto?
¿Cuál? _____ | SI | NO |

IV.- Tratamiento de la enfermedad

- | | | |
|---|----|----|
| 14.- ¿Sabe usted si existen tratamientos para la Incontinencia Urinaria? | SI | NO |
| 15.- ¿Sabe en qué consiste el tratamiento para la Incontinencia Urinaria
Marque cual/les conoce:
A.- Tratamiento quirúrgico
B.- Tratamiento farmacológico
C.- Terapia hormonal
D.- Tratamiento con fortalecimiento muscular
E.- No conoce | | |
| 16.- ¿Conoce en qué consiste el Calendario Miccional? | SI | NO |
| 17.- ¿Sabe si la Incontinencia Urinaria se puede prevenir? | SI | NO |

Sección II

- 1.- Marque cuál/les de los siguientes ejercicios podría ser perjudicial para el Piso Pélvico:
A.- Crosfit
B.- Atletismo
C.- Salto
D.- Running
E.- Recto abdominal
F.- No conoce
- | | | |
|--|----|----|
| 2.- ¿Conoce usted como se puede fortalecer el piso pélvico?
Explique como _____ | SI | NO |
| 3.- Ha escuchado usted sobre algunos de estos ejercicios | | |
| - Entrenamiento muscular de piso pélvico | SI | NO |
| Gimnasia Hipopresiva abdominal | SI | NO |

Anexo 3



Anexo 4



Carta consentimiento informado

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a mujeres entre 18 a 60 años pertenecientes a la red de kinesur Concepción, a las cuales se les invita a participar en la investigación acerca del conocimiento sobre incontinencia urinaria en mujeres pertenecientes a la red de kinesur Concepción.

Cristina Cid, Gladys Fierro y Cristian Riffo.

Universidad del Desarrollo Sede Concepción.

Profesora guía Klgo. Carla Monsalve.

Introducción

Somos Cristina Cid, Gladys Fierro y Cristian Riffo, estudiantes de la Universidad del Desarrollo, Concepción y estamos realizando una investigación acerca del conocimiento sobre incontinencia urinaria lo cual nos conduce al grado de licenciados en Kinesiología. A continuación le proporcionaremos información y le invitaremos a participar de esta investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, me detiene para explicar, si tiene preguntas mas tarde, puede preguntarle a los miembros del equipo.

Propósito

El propósito de este estudio es analizar el conocimiento sobre la incontinencia urinaria previo y posterior a la educación, en mujeres pertenecientes a la red de kinesur Concepción.

Tipo de intervención de investigación

Esta investigación incluirá una única charla educacional, con recolección de datos previo y posterior a ésta.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, no afectará la entrega de servicios en Kinesur, ni la realización de esta charla.

Procedimientos y Protocolo

La medición a las participantes se dividirá en cuatro etapas.

Etapas I

Se entregará el consentimiento informado para posteriormente aplicar el cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” y la encuesta “ICIQ-SF”.

Etapas II

Posterior al cuestionario y a la encuesta se realizará la charla educativa sobre Incontinencia Urinaria, ejecutada por profesionales pertenecientes a la red de trabajo de Kinesur.

Etapas III

Luego se volverán suministrar el cuestionario y la encuesta mencionadas anteriormente.

Etapas IV

Finalmente se asignará el puntaje obtenido en cada una de las etapas de medición a cada participante. Todos los datos obtenidos serán analizados por los tesisistas y posteriormente enviados a cada participante si así lo desean.

Duración

En primera instancia tomará 5 minutos la presentación de la investigación. La medición durará aproximadamente 20 minutos en total por cada recolección de datos con las participantes que hayan aceptado participar de la investigación, donde tomará cercano a 7 minutos la realización del cuestionario y 3 minutos en la realización de la encuesta, posterior a esto se realizará la educación presencial y luego se volverán a recolectar datos con los instrumentos ya mencionados.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza una medición fuera de lo ordinario para el centro de salud kinesur. La información que obtendremos por este proyecto de investigación se mantendrá de manera confidencial, solo los investigadores podrán conocer los datos de cada individuo.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene que tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación acerca del conocimiento y presencia de síntomas sobre incontinencia urinaria en mujeres de 18 a 60 años pertenecientes a la red de Kinesur. Entiendo que se me realizará el cuestionario “Nivel de conocimiento sobre Incontinencia Urinaria y Piso Pélvico” y la encuesta “ICIQ-SF”.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera..

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____
Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmó que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre de Investigadores _____,
_____ y _____.

Firma del Investigador _____,
_____ y _____.

Fecha _____
Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales de investigadores/asistente)

Nombre de profesor guía _____

Firma del profesor guía _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abdel-Fattah, M., MacLennan, G., Kilonzo, M., Assassa, R. P., McCormick, K., Davidson, T., & Norrie, J. (2017). The SIMS trial: adjustable anchored single-incision mini-slings versus standard tension-free midurethral slings in the surgical management of female stress urinary incontinence. A study protocol for a pragmatic, multicentre, non-inferiority randomised controlled trial. *BMJ Open*, 7(8), e015111.
- Alves, J., Luz, S., Brandão, S., Da Luz, C., Jorge, R., & Da Roza, T. (2017). Urinary Incontinence in Physically Active Young Women: Prevalence and Related Factors. *International Journal of Sports Medicine*.
- Baptista, P., Fernández, C., Hernández, R. (2010). Metodología de la investigación. Quinta edición. México: McGraw-Hill.
- Baptista, P., Fernández, C., Hernández, R. (2014). Metodología de la investigación. Sexta edición. México: McGraw-Hill.
- Busquets, C., & Serra, T. (2012). Validación del cuestionario international consultation on incontinence questionnaire short-form (ICIQ-SF) en una población chilena usuaria del fondo nacional de salud (FONASA). *Revista Médica de Chile*, 140(3), 340–346.
- Campero, JM., Caro, C., Chávez, B., Herrera, L., Monje, B., Montiglio, C., Oyanedel, P., Salazar, A. (2005). Prevalencia y factores de riesgo de la incontinencia de orina. *Revista chilena de Urología*. 70 (1), 55-58.
- Castañeda, I., Martínez, J., García, J., & Ruiz, M. (2016). Aspectos epidemiológicos de la Incontinencia Urinaria en pacientes femeninas de urología y ginecología. *Revista Cubana De Urología*, 5(2), 73-84.
- Casey, E., & Temme, K. (2017). Pelvic floor muscle function and urinary incontinence in the female athlete. *The Physician And Sportsmedicine*, 45(4), 399-407. Doi: 10.1080/00913847.2017.1372677

- Chiang, H., Finsterbush, C., Rosenfeld, R., Susaeta, R., Valdevenito, R. (2013) Incontinencia Urinaria. *Rev. Med. Clin. Condes*.24 (2), 219-227.
- Cohen. D., (2013). Prolapso genital femenino: lo que debería saber. *Rev. Med. Clin. Condes*, 24(2), 202-209.
- De Gagner, J., Park, S., So, A., Wu, B., Palmer, M., & McConnell, E. (2015). A Urinary continence continuing education online course for community health nurse in South Korea. *Journal Of Continuing Education In Nursing*, 46(4), 171-178. Doi: 10.3928/00220124-20150320-02
- Fuentes, B. & Venegas, M. (2013). Rol del kinesiólogo en una Unidad de Piso Pelviano. *Rev. Med. Clin. Condes*. 24(2) 305-312.
- Garely, A. & Noor, N. (2014). Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. *Obstetrics & Gynecology*.124: 1011-27
- Goldstick, O., & Constantini, N. (2014). Urinary incontinence in physically active women and female athletes. *Br J Sports Med*, 48(4), 296-298.
- Göral, S., & Kukulñu, K. (2017). Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatrics: The Official Journal Of The Japanese Psychogeriatrics Society*, 17(6), 446-452.
- Harwardt, T. y col. (2004). Estudio de prevalencia de incontinencia urinaria de Isla de Pascua. *Revista chilena de Urología*. 69 (1) p 29-34.
- Janowski, K., Pedrycz, A., Mucha, D., Ambroży, T., Siermontowski, P., Szymona-Palkowska, K. & Kraczkowski, J. (2016). Knowledge of the Disease, Perceived Social Support, and Cognitive Appraisals in Women with Urinary Incontinence. *Biomed Research International*, 20163694792. doi: 10.1155/2016/3694792
- Juarranz, M., Terrón, R., Roca, M., Soriano, T., Villamor, M., & Calvo, M. J. (2002). [Treatment of urinary incontinence]. *Atencion Primaria*, 30(5), 323-332.

- Lalji, S., & Lozanova, P. (2017). Evaluation of the safety and efficacy of a monopolar nonablative radiofrequency device for the improvement of vulvovaginal laxity and urinary incontinence. *Journal of cosmetic dermatology*, 16(2), 230-234.
- Lim, Y., Lee, S., Choi, E., Jeong, K., & Chung, H. (2018). Urinary incontinence is strongly associated with depression in middle-aged and Korean women: Data form the Korean longitudinal study of ageing. *European Journal Of Obstetrics, Gynecology, And Reproductive Biology*, 22069-73. doi: 10.1016/j.ejogrb.2017.11.017
- Magon, N., & Alinsod, R. (2016). ThermiVa: The Revolutionary Technology for Vulvovaginal Rejuvenation and Noninvasive Management of Female SUI. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 66(4), 300–302.
- Martínez, F., Fouz, C., Gil, P., & Téllez, M.. (2001). Incontinencia Urinaria: Una visión desde Atención Primaria. *Medifam*, 11(2), 25-40.
- Mendoza, C., Molina, M. & Vásquez, A. (2017) Nivel de conocimiento y presencia de síntomas sobre Incontinencia Urinaria en alumnas de 18 a 25 años pertenecientes a la Universidad del Desarrollo Sede Concepción. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad del Desarrollo, Concepción, Chile.
- Mestre, M., Lleberia, J., Pubill, J., & Espuña-Pons, M. (2015). Questionnaires in the assessment of sexual function in women with urinary incontinence and pelvic organ prolapse. *Actas Urologicas Espanolas*, 39(3), 175-182.
- Neels, H., Weyndaele, J., Tjalma, W., De Watcher, S., Wyndaele, M., Vermandel, A. (2016). Knowledge of the pelvic floor in nulliparous women. *The Journal of Physical Therapy Science* 28: 1524–1533
- Rincón, O. (2015). Caracterización Clínica de la Incontinencia Urinaria y factores asociados en usuarias de la unidad de la mujer del centro de salud familiar “Ultraestación” en la ciudad de Chillán, Chile. *Revista Médica de Chile*. (143) p 203-212.
- Robles, J. (2006). La Incontinencia Urinaria. *Anales Del Sistema Sanitario De Navarra*, 29(2), 219-232.

- Sand, P., Owens, G., Black, E., Anderson, L., & Martinson, M. (2014). Cost effectiveness of radiofrequency microremodeling for stress urinary incontinence. *International urogynecology journal*, 25(4), 517-523.
- Vermeulen, K., Visser, E., Messelink, E., Schram, A., Berger, M., de Bock, G., & Dekker, J. (2016). Cost-effectiveness of a Pro-active approach of urinary incontinence in women. *BJOG: an International Journal Of Obstetrics And gynaecology*, 123(7), 1213-1220. doi: 10.1111/1471-0528.13856
- Woodley, S., Boyle, R., Cody, J., Mørkved, S., & Hay-Smith, E. (2017). Pelvic floor muscle training, for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 12CD007471. Doi: 10.1002/14651858.CD007471.pub3