Prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres jóvenes de la Universidad Complutense de Madrid

Patricia Blázquez Simón

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid
blazquezsp@hotmail.com

Tutor

Jesús Moreno Sierra

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid

Resumen: Objetivo: Estimar la prevalencia de incontinencia urinaria en estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid. Diseño del Estudio: Estudio transversal de base poblacional. Ámbito de estudio: Estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid. Población de estudio: Mujeres de 18 a 28 años estudiantes en la Universidad Complutense de Madrid en el momento de la entrevista. Variables de estudio: La principal variable a estudio es la presencia de Incontinencia Urinaria o no. Otras variables a estudio serían, la edad, los hábitos tóxicos, la obesidad. Método de estudio: Realización de una encuesta validada.

Palabras clave: Incontinencia Urinaria en mujeres.

Abstract: Aim: To estimate the prevalence of urinary incontinence in students from the Complutense University of Madrid. Design: Cross-sectional study of population base. Scope: Students from the Complutense University of Madrid. Population: Women 18 to 28 years students at the Complutense University of Madrid at the time of the interview. Variables: The main variable is to study the presence of urinary incontinence or not. Other variables would be to study, age, toxic habits, obesity. Methods: Making a validated survey.

Keywords: Urinary incontinence in women.

INTRODUCCIÓN

Definición y clasificación de la incontinencia

El concepto de Incontinencia Urinaria (IU) según la Internacional Continente Society⁽¹⁾ (ICS), aunando ideas sobre el síntoma, el signo, los hallazgos urodinámicos, la

condición y el posible tratamiento, es: la pérdida involuntaria de orina, que puede ser demostrada objetivamente, y que supone un problema social y/o higiénico. En un sentido aún más amplio, se puede decir que es la pérdida involuntaria de orina, frecuente, grave, provocada por esfuerzos en ocasiones y en otras a partir de un deseo imperioso y urgente de orinar, que supone un fuerte impacto social e higiénico, que modifica la calidad de vida de la paciente, que obliga a determinar estrategias protectoras como utilizar pañales y que lleva al individuo en ocasiones a buscar ayuda.

Según los síntomas asociados se distinguen los siguientes tipos de incontinencia:

- **IU continua o total.** El paciente refiere una pérdida de orina constante, con independencia de la postura y fundamentalmente se debe a una lesión del esfínter urinario distal.
- **IU de esfuerzo.** Ocurre durante el esfuerzo o ejercicio, la tos o estornudo.
- **IU de urgencia.** La paciente refiere como una pérdida involuntaria acompañada de un intenso deseo miccional.
- **IU mixta.** Referida como pérdida involuntaria asociada con urgencia y también con el ejercicio, los esfuerzos, el estornudo y la tos.
- **IU por rebosamiento.** Secundaria a retención urinaria prolongada, se asocia a presiones intravesicales superiores a las resistencias uretrales.
- **Goteo postmiccional.** Pérdida involuntaria de orina al finalizar la micción.
- **Enuresis.** Se define como la pérdida involuntaria de orina durante el sueño.

Epidemiología de la incontinencia

La prevalencia de la incontinencia urinaria en la mujer es la proporción de mujeres incontinentes entre el conjunto o en una muestra de población de mujeres en un momento dado del tiempo.

Se ha visto que los valores de prevalencia dependen de la metodología empleada y de la influencia de los posibles sesgos que se pueden dar en los estudios de tipo transversal:

1. Las definiciones amplias tienden a aumentar la prevalencia de la muestra. Herzog⁽²⁾ obtiene distintas prevalencia en una misma muestra usando diferentes definiciones: el 47% basada sólo en síntomas, el 31% en síntomas y prueba objetiva y el 19% cuando se aplica la definición de la ICS.

2. Las muestras poblacionales aleatorias y la recogida de las no respuestas permiten sacar conclusiones más fiables y disminuir el efecto del sesgo de selección.
3. Emplear cuestionarios validados es importante para disminuir el sesgo de información.

La prevalencia de la incontinencia oscila ampliamente entre diferentes estudios publicados. En EE.UU. la mayor parte de los estudios publicados corresponden a población anciana, Melville et al.⁽³⁾ han encontrado recientemente una prevalencia de incontinencia del 45% en mujeres mayores de 30 años. En Reino Unido, Brocklehurst et al.⁽⁴⁾ refieren una prevalencia en mujeres mayores de 30 años del 9% en el último año. Hannestad et al.⁽⁵⁾ en el estudio EPICONT, realizado en Noruega, refieren una prevalencia de IU en mujeres mayores de 20 años del 25%.

En España se han realizado 3 estudios de prevalencia de IU, dos de ellos de base poblacional y el otro en población que demanda atención sanitaria. Los dos estudios de prevalencia de base poblacional se han realizado en ancianos. El tercer estudio realizado en mujeres de 20-65 años que demandan atención sanitaria, en el medio rural, refiere una prevalencia del 40%⁽⁶⁾.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos que están asociados con un riesgo aumentado de aparición de la incontinencia urinaria.

- **Edad.** Se ha demostrado que la IU se asocia a la edad. En el estudio EPICONT⁽⁵⁾ se observó un incremento progresivo hasta los 50 años, a partir de esa edad las cifras de prevalencia se estabilizan hasta los 70 años, incrementándose nuevamente a partir de esa edad.

Moller et al.⁽⁷⁾ encontraron un aumento progresivo de la prevalencia de incontinencia de esfuerzo entre los 40-50 años, disminuyendo a partir de esta edad. En el caso de la incontinencia de urgencia, existía un aumento prácticamente lineal con la edad.

- **Factores obstétricos.** Thomas et al.⁽⁸⁾ observaron que la IU era más frecuente en las mujeres que habían tenido hijos que en la nulíparas. Chiarelli et al.⁽⁹⁾ encontraron que tener hijos estaba fuertemente asociado con la IU en mujeres jóvenes (18-23 años) en las mujeres 40-50 años esta asociación era muy leve y en mujeres mayores de 70-75 años esta asociación desaparecía.

Diversos estudios han evaluado con diferentes resultados la utilización de fórceps o ventosas en el parto, la realización de episiotomía y el peso al nacimiento^(10,11).

- **Menopausia e histerectomía.** Diversos estudios han evaluado el papel de la menopausia en el desarrollo de IU con resultados muy dispares^(12,13).

En cambio, hay varios estudios que apoyan el papel de la histerectomía en el desarrollo de IU^(11,14).

- **Obesidad.** Varios estudios epidemiológicos apoyan el papel de la obesidad en el desarrollo de IU^(12,15).
- **Deterioro cognitivo y funcional.** Se ha encontrado relación entre el deterioro funcional y cognitivo y el desarrollo de IU en diversos estudios. Los pacientes con limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) tienen mayor frecuencia de incontinencia^(16,17).
- **Otros factores.** Otros factores de riesgo evaluados son las infecciones del tracto urinario, el estreñimiento, el consumo de tabaco, de té, café, bebidas alcohólicas y carbohidratadas, el ejercicio físico, la historia familiar de IU, el prolapso uterino, la enuresis infantil, etc.

Impacto psicológico y relacional

La IU es la pérdida involuntaria de orina por el meato uretral que produce, en las personas que la sufren, un importante problema higiénico con repercusiones personales y sociales. Por tanto, no podemos evaluar o tratar la IU sin considerar globalmente la calidad de vida del paciente.

Existen numerosos cuestionarios para evaluar el impacto de la IU sobre la calidad de vida. El “cuestionario de calidad de vida para pacientes incontinentes”, el “King’s health Questionnaire” y el “Incontinence impact questionnaire” son tres cuestionarios altamente recomendables por su validez y por su reproductibilidad.

Demanda de atención médica

Muchos de los individuos que son incontinentes se encuentran gravemente limitados en las actividades que forman parte del patrón general de vida. En algunos casos, lo que debería ser una experiencia satisfactoria se llena de ansiedad y frustración que, si no se trata de forma sensible, pueden conducir a una depresión y a un estado de desesperación, como por ejemplo ir de compras, bailar, practicar deportes, ir de viaje, vida sexual, etc.

A pesar de la repercusión que los síntomas tienen en la vida de las mujeres, la mayoría de los estudios refieren bajos porcentajes de búsqueda de ayuda profesional. En el estudio EPICONT solamente un 26% de las mujeres habían consultado a su médico. En España, en el estudio realizado por Gaviria Iglesias et al., sólo el 28% de las pacientes con IU habían comunicado el problema a los sanitarios. Los factores que

condicionan la búsqueda de ayuda médica son la falta de conciencia sobre la naturaleza del problema y el desconocimiento de los tratamientos disponibles, a parte del miedo o vergüenza a hablar sobre el tema.

Justificación

La IU es una patología muy frecuente y poco diagnosticada en la mujer, que repercute de forma importante en su vida y para la que existe tratamiento eficaz en la mayor parte de los casos.

En la actualidad hay muy pocos artículos encontrados que hablen de la IU en mujeres jóvenes, menores de 30 años. De los encontrados, se habla de una prevalencia de IU que oscila entre el 19%⁽¹⁸⁾ al 26%⁽¹⁹⁾.

El objetivo de este estudio es conocer la prevalencia de la IU en las mujeres estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid y la repercusión que esta patología tiene en sus vidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Internacional Continent Society. Standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Urology*. 1997; 9:237.
2. Herzog AR, Fultz NH. Epidemiology of urinary incontinence, incidence and correlates in community populations. *Urology* 1990; 36(Suppl):2-4.
3. Melville J, Katon W, Delaney K, Newton K. Urinary Incontinence in US women. *Arch Intern Med*. 2005; 165:537-542.
4. Brocklehurst JC. Urinary incontinence in the community-analysis of a MORI poll. *BMJ*, 1993; 306:832-836.
5. Hannestad YS, Rosveit G, Snadvik H, Huskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *Epidemiology of incontinence in the County of Nord-Trondelag. J Clin Epidemiol* 2000; 50(11):1150-7.
6. Bretones Alcaraz JJ, Pino MD del, García Vilchez MA, Fajardo Cabrerizo ML, Sáez García JM, Ortega López I. Incontinencia urinaria en mujeres en edad adulta: estudio descriptivo en una población rural. *Aten Prim*. 1997; 20(1):45-48.
7. Moller L, Lose G, Jorgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms and incontinence in women: relationships between

- occurrence, age, and perceived impact. *Br J Gen Pract.* 1999 Nov; 49(448):897-900.
8. Thomas TM, Plymat KR, Blannin J, Meade TW. Prevalence of urinary incontinence. *BMJ.* 1980 Nov 8; 281(6250):1243-5.
 9. Chiarelli P, Brown W, Mclduff P. Leaking urine: prevalence and associated factors in Australian women. *Neurourol Urodyn.* 1999; 18:567.
 10. Rortveit G, Hannestad YS, Daltveit AK, Hunsdaar S. Age-and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPICONT study. *Obstet Gynecol.* 2001; 98(6):1004-10.
 11. Alling Moller L, Lose G, Jorgensen T. Risk factors for lower urinary tract symptoms in women 40 to 60 years of age. *Obstet Gynecol.* 2000; 96(3):446-51.
 12. Yan-feng; Wen-ju. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chin Med J.* 2005; 118(11):887-892.
 13. Rekers H, Drogendijk AC, Valkenburg HA, Riphagen F. The menopause, urinary incontinence and other symptoms of the genito-urinary tract. *Maturitas.* 1992 Oct; 15(2):101-11.
 14. Peyrat L, Haillet O, Bruyere F, Boutin JM, Bertrand P, Lanson Y. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in young and middle-aged women. *BJU Int.* 2002 Jan; 89(1):61-6.
 15. Dalloso HM, McGrother CW, Matthews RJ, Donaldson MM. The Leicestershire MRC Incontinente Group. The association of diet and other lifestyle factors with overactive bladder an stress incontinente: a longitudinal study in women. *BJU Int.* 2003; 92(1):69-77.
 16. Zunzunegui P, Rodríguez-Laso A, García de Yébenes MJ, Aguilar Conesa MD, Lazaro y de Mercado P, Otero Puime A. Prevalencia de la incontinencia urinaria y factores asociados en hombres y mujeres mayores de 65 años. *Aten Prim.* 2003; 32:337-342.
 17. Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A. Incontinence. 2nd International Consultation on Incontinence. Plymouth: Health publication ltd; 2002.
 18. Song YF, Zhang WJ, Song J, Xu B. Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Fuzhou Chinese women. *Chin Med J (Engl).* 2005 Jun 5; 118(11):887-92.

19. Kocak I, Okyay P, Dundar M, Erol H, Beser E. Female urinary incontinence in the west of Turkey: prevalence, risk factors and impact on quality of life. Eur Urol. 2005 Oct; 48(4):634-41.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis

Al tratarse de un estudio con intención descriptiva no se plantea una hipótesis formal. La prevalencia de incontinencia urinaria en mujeres universitarias es similar a la de la población general y se relaciona con la calidad de vida.

Objetivo general

Estimar la prevalencia de incontinencia urinaria en la población femenina de 18 a 28 años, estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid.

Objetivos específicos

- Valorar cual es el factor asociado que más repercusión presenta en la presencia de la IU.
- Valorar el impacto sobre la calidad de vida que la IU presenta en las mujeres de 18 a 28 años.

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Tipo de Estudio

Se trata de un estudio transversal de base poblacional.

Población a estudio

El estudio se realiza en mujeres jóvenes, de entre 18 a 28 años, estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid.

Criterios de inclusión

Mujeres de entre 18 a 28 años, estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid.

Criterios de exclusión

- Mujeres que estén embarazadas o tengan algún hijo.
- Mujeres que hayan sido intervenidas recientemente de cirugía pélvica.
- Incapacidad de comunicación con el entrevistador por idioma, estudiantes Erasmus, y otros estudiantes de programas de intercambio.

Estimación del tamaño muestral

La Universidad Complutense de Madrid cuenta con un alumnado de 68.789 alumnos, divididos en 26 escuelas y facultades, entre los cuales 43.705 son alumnas. Si la prevalencia oscila entre 19 y 26%, se elige la más baja dado el escaso número de trabajos en esta población, se plantea que la prevalencia será baja y similar a la población general, para el cálculo del tamaño muestral para una proporción finita que sería de 648 alumnas, con un intervalo de confianza al 95% y una precisión del 3%. Este tamaño se debe incrementar un 20%, según la estimación de la proporción de respuesta por el método de encuesta utilizado.

Una vez conocido el número de estudiantes femeninas el tamaño muestral se escogerá por muestreo aleatorio simple de las bases de datos de la UCM, estratificando por edad.

Variables a estudio

• Variables dependientes

- √ La variable principal del estudio es la presencia de IU o no (cualitativa). Para valorar la presencia de IU utilizaremos un cuestionario validado, el ICIQ-SF que describe la situación de la incontinencia urinaria respecto de la pérdida de orina, consta de 6 preguntas. (Anexo I).
- √ Calidad de vida (cuantitativa) Para valorar la influencia del problema de la incontinencia en la calidad de vida vamos a utilizar el cuestionario King's Health, fue elaborado en Reino Unido en 1997 y ha sido validado en España. (Anexo II).

• Variables independientes

- √ Edad (fecha de nacimiento).
- √ Peso y talla e IMC (cuantitativa).
- √ Antecedentes de Infecciones del tracto urinario (cualitativa).
- √ Tratamiento con anticonceptivos orales (cualitativa).
- √ Ejercicio físico (cualitativa).
Se dividirá en leve, moderado y elevado, siendo:
Leve: Andar o pasear.

Moderado: Gimnasio o equipos deportivos no de competición.
Elevado: Deporte de competición.

- √ Hábitos tóxicos (fumar, beber, drogas, etc.) (cualitativa).
Se pasará un cuestionario validado dividido en sustancias estimulantes o tranquilizantes, alcohol y tabaco (Anexo III).

Protocolo de trabajo

Tras conocer el número de participantes en el estudio, y ser valorado su posible inclusión en el estudio, se procederá a pedirles el consentimiento para participar en el mismo (Anexo IV).

Una vez firmado el modelo de consentimiento informado se comenzará, por parte de los entrevistadores, la entrevista con los cuestionarios validados, manteniendo en todo momento la confidencialidad de los datos obtenidos.

Ya que los datos son confidenciales, se facilitará un número de teléfono para aquellas personas que quisieran consultar alguna duda respecto al tema planteado o quisieran ir a una consulta especializada.

Una vez terminadas las entrevistas, se procederá a introducir todos los datos en una base de datos utilizando el programa SPSS.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se presentarán con su distribución de frecuencias e intervalo de confianza exacto al 95%. Las variables cuantitativas se resumen en su media, desviación estándar (DE), rango e intervalo de confianza al 95%. En todos los casos se comprobará la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y en caso de asimetría se calculará la mediana y su rango intercuartílico (RIQ).

Se evaluará la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. En el caso de variables ordinales se contrastará la hipótesis de tendencia ordinal de proporciones (prevalencias específicas por intervalos de edad). Se estimará la odds ratio (OR) junto a su intervalo de confianza al 95% según el método de Cornfield.

Se analizará el comportamiento de la variables cuantitativas por cada una de las variables independientes categorizadas mediante el test de la t de Student (en comparaciones de una variable con dos categorías) y/o el análisis de la variancia (ANOVA). Mediante esta técnica se evalúan las diferencias de medias debido al efecto individual, o principal de cada factor y/o al efecto de sus interacciones.

Se ajustará un modelo de regresión logística, con el objeto de evaluar la asociación de aquellas variables que en análisis crudo el resultado de la p del contraste era inferior a 0.15. Este modelo permite identificar la relación entre un conjunto de variables explicativas y la prevalencia de incontinencia urinaria. Se obtendrán los odds ratios ajustados y su intervalo de confianza al 95%.

Para el análisis entre pares de variables cuantitativas se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson. Se determinará el contraste de la hipótesis nula de que el coeficiente es igual a 0. Cuando la relación sea lineal, se ajustará un modelo de regresión múltiple. La estimación de parámetros se calculará mediante el método de mínimos cuadrados.

En todos los casos se comprobará la distribución de la variable frente a los modelos teóricos y se contrastará la hipótesis de homogeneidad de variancias.

En todos los contrastes de hipótesis se rechazará la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.05.

El paquete informático para el análisis es SPSS para Windows versión 15.0.

Limitaciones del estudio

Por tratarse de un estudio transversal, debemos tener en cuenta diversos tipos de sesgos que pueden condicionar la validez interna del estudio:

1. Sesgos de selección

Sesgo de no respuesta: el procedimiento de encuesta personal utilizado suele proporcionar unos porcentajes de respuesta altos. Sin embargo pueden producirse sesgos porque contesten más a la encuesta las pacientes con incontinencia, por estar más motivadas, lo cual conduciría a sobreestimar la prevalencia real.

2. Sesgo de clasificación

La utilización de entrevistas personales puede introducir sesgos debidos al entrevistador. Se intentará minimizar estos posibles sesgos mediante una adecuada selección y entrenamiento de los entrevistadores. Además se proporcionará al participante, siempre que sea posible, los cuestionarios de calidad de vida para que éste los cumplimente, y así reducir al mínimo la interferencia con el entrevistador. La utilización de cuestionarios validados también contribuye a minimizar este sesgo.

Consideraciones

- Antes de comenzar se solicitará la autorización del Comité de Ética.
- Se solicitará información a la Universidad Complutense de Madrid.

- Diseño de una hoja de recogida de datos que incluya los parámetros a estudio.
- Se administrará la hoja de consentimiento informado previamente a la realización de la entrevista, respetando las normas de la declaración de Helsinki.
- Se seguirán estrictamente todas las medidas relacionadas con la confidencialidad y protección de datos del paciente.

Cronograma

- Obtención de permisos de los Comités de Ética e Investigación de la Dirección del Hospital..... 3 meses
- Solicitud de autorización de la Agencia de Protección de Datos..... 2 meses
- Selección de los sujetos..... 1 mes
- Realización de las entrevistas y recogidas de datos..... 4 meses
- Introducción de la información en bases de datos..... 4 meses
- Depuración y cierre de la base de datos..... 2 meses
- Análisis estadístico..... 3 meses
- Elaboración y lectura de tesis doctoral..... 3 meses

Nota: Las entrevistas serán realizadas por la alumna

BIBLIOGRAFÍA

1. Badia Llach X, Castro Díaz D, Conejero Sugrenes J. Validity of the King's Health Questionnaire in the assessment of quality of life of patients with urinary incontinente. The king's group. Med Clin (Barc). 2000 May 6;114(17); 247-52
2. Miguel Virseda C, Jesús Salinas C, José María Adot Z. Incontinencia Urinaria en esquemas. Habe editores 2006; 43-54
3. Martín ST, Domínguez AM, Escudero HV, Khanouf JLG, Isusquiza CJI, Martínez MM. Efectividad de una intervención enfermera protocolizada en el tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres de la provincia de Ávila. Nure Investigación 2007; May-Jun 2008;34
4. <http://www.appo.es/documentosdeinteres/cuestionarioincontinencia/imprimir.asp>
5. López Cachero M. Fundamentos y métodos de estadística. Madrid: Pirámide;1991

Anexo II

CUESTIONARIO DE SALUD KING'S HEALTH

1. Percepción del estado de salud

¿Cómo describiría su estado de salud general en la actualidad?

Muy bueno Bueno Regular Malo Muy malo

¿Hasta qué punto piensa que sus problemas urinarios afectan a su vida?

En absoluto Un poco Moderadamente Mucho

2. Limitación de la actividad de la vida diaria

Hasta qué punto afectan sus problemas urinarios a las tareas domésticas (ej., limpiar, hacer la compra, etc.)

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

¿Sus problemas urinarios afectan a su trabajo o a sus actividades diarias normales fuera de casa?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

3. Limitaciones físicas y sociales

Sus problemas urinarios afectan a sus actividades físicas (ej. Ir de paseo, correr, hacer deporte, gimnasia, etc.)

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿afectan a su capacidad para viajar?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida social?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿afectan o limitan su capacidad de ver o visitar amigos?

No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

4. Relaciones personales

Sus problemas urinarios ¿afectan a su relación de pareja?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida sexual?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿afectan a su vida familiar?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

5. Emociones

Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse deprimida?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse angustiada o nerviosa?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse mal consigo misma?

No procede No, en absoluto Un poco Moderadamente Mucho

6. Energía/sueño

Sus problemas urinarios ¿afectan a su sueño?

Nunca A veces A menudo Siempre

Sus problemas urinarios ¿le hacen sentirse agotada o cansada?

Nunca A veces A menudo Siempre

7. Impacto

¿Lleva compresas para mantenerse seca?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Tiene usted cuidado con la cantidad de líquido que bebe?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Se cambia la ropa interior cuando está mojada?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Está preocupada por si huele?

Nunca A veces A menudo Siempre

¿Se siente incómoda con los demás por sus problemas urinarios?

Nunca A veces A menudo Siempre

Anexo III HÁBITOS TÓXICOS

A) Sustancias estimulantes (café, té, drogas) y/o tranquilizantes (sedantes, ansiolíticos):

1. ¿Toma usted algún tipo de estas sustancias estimulantes?

	Nunca	<1/día	1-2/día	>2/día
Productos herbolario				
Café				
Té				
Coca-cola				
Red bull, burn, etc				

2. ¿Toma algún tipo de droga?

	Nunca	<1 vez/semana	1-3 veces/semana	>3 veces/semana
Cocaína				
Heroína				
Drogas de diseño				

3. ¿Toma usted algún tipo de estas sustancias tranquilizantes?

	Nunca	<1/día	1-2/día	>2/día
Somníferos				
Antidepresivos				
Productos herbolario				

B) Alcohol

4. ¿Toma usted vino, cerveza o alguna otra bebida alcohólica?

SÍ |__| 1

NO |__| 2

NS/NC |__| 9

*Si la respuesta es **no**, pasar al cuestionario sobre tabaco.*

*Si la respuesta es **sí**, continuar.*

5. ¿Con qué frecuencia suele tomarlo?

- a diario o casi |__| 1

- 3-4 veces / semana |__| 2

- 1-2 veces por semana |__| 3

- ocasionalmente |__| 4

**6. Los días de diario que toma algo ¿cuánto suele beber?
(Una porción = 1 caña, 1 vaso de vino o 1 copa de licor)**

Más de 5 |_ | 1 de 3 a 5 |_ | 2 1 ó 2 |_ | 3

NS/NC |_ | 9

7. ¿Cuántas copas tomó el último fin de semana?

Más de 5 |_ | 1 de 3 a 5 |_ | 2 1 ó 2 |_ | 3

Ninguna |_ | 4 NS/NC |_ | 9

8. ¿Es ésta la cantidad de alcohol que bebe normalmente los fines de semana?

Sí |_ | 1 No, bebo menos |_ | 2 No, bebo más |_ | 3

NS/NC |_ | 9

9. ¿Ha tomado alguna bebida alcohólica las últimas 24 horas?

Sí |_ | 1 NO |_ | 2 NS/NC |_ | 9

Especificar:.....

10. ¿Alguna vez ha sentido que debería dejar de beber?

Sí |_ | 1 NO |_ | 2 NS/NC |_ | 9

11. ¿Le han molestado las observaciones que la gente le haya efectuado acerca de su hábito con la bebida?

Sí |_ | 1 NO |_ | 2 NS/NC |_ | 9

12. ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por beber?

Sí |_ | 1 NO |_ | 2 NS/NC |_ | 9

13. ¿Alguna vez ha tenido que beber a primera hora de la mañana para mantener sus nervios o para deshacerse de su resaca?

Sí |_ | 1 NO |_ | 2 NS/NC |_ | 9

C) Tabaco

14. ¿Fuma usted actualmente?

SÍ |_| | 1

NO |_| | 2

NS/NC |_| | 9

Si la respuesta es SÍ:

**15. ¿Cuánto fuma en promedio / día?
(si menos de 1 poner 1)**

Cigarros |_|_|_| | 1
Puros |_|_|_| | 2
Pipas |_|_|_| | 3
ns, nr |_|_|_| 999

16. ¿A qué edad empezó a fumar?

|_|_| años ns, nr |_|_| 99

**17. ¿Ha cambiado la cantidad de tabaco
fumado en los últimos 6 meses?**

No |_| | 1
Sí, fumo menos |_| | 2
Sí, fumo más |_| | 3
ns, nr |_| | 9

Si la respuesta es NO:

**18. ¿Ha fumado usted mas de 1 cig/día
durante alguna época de su vida?**

Si |_| | 1
No |_| | 2
Ns, nr |_| | 9

19. ¿A qué edad empezó?

|_|_| años ns, nr |_|_| 99

20. ¿Cuánto solía fumar / día?

Cigarros |_|_|_| | 1
Puros |_|_|_| | 2
Pipas |_|_|_| | 3
ns, nr |_|_|_| 999

21. ¿A qué edad lo dejó?

|_|_| años ns, nr |_|_| 99

22. ¿Vive usted con un fumador?

SÍ |_| | 1

NO |_| | 2

Anexo IV

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Buenos días, me llamo, pertenezco a la UCM, estamos realizando un estudio sobre la Incontinencia Urinaria en mujeres estudiantes.

Nuestro estudio consiste en estimar la prevalencia de Incontinencia Urinaria en las mujeres estudiantes de la UCM, dentro de un rango de edad comprendido entre los 18 y 28 años.

Nos gustaría pedirle su colaboración que consistiría en, primero, recoger una serie de datos personales como edad, sexo, profesión, hábitos de vida y enfermedades previas, y posteriormente rellenar una serie de escalas relacionadas con la presencia de Incontinencia Urinaria y la calidad de vida.

La duración de la entrevista es aproximadamente de media hora.

Dicho estudio tiene fines exclusivamente científicos, asegurándose en todo momento la confidencialidad de los resultados obtenidos según la ley orgánica 15/99 de protección de datos de carácter personal.

	Sí	No
▪ He leído y he entendido la hoja de información que se me ha entregado		
▪ He podido hacer preguntas sobre el estudio y para todas ellas he recibido una respuesta satisfactoria		
▪ He recibido suficiente información sobre el estudio		
▪ He tenido tiempo suficiente para decidir si deseaba participar		
▪ Soy consciente de que mi participación es voluntaria		

Yo, D/Dña con número de DNI presto libremente mi consentimiento para participar en el estudio.

Fecha:de.....de.....

Firma del participante:

Recibido: 7 mayo 2011.
Aceptado: 20 agosto 2011.