

Incontinencia fecal en mujeres de edad mediana. Calidad de vida y estilos de afrontamiento

Fecal incontinence in women of medium age. Quality of life and confrontation styles

**MSc. Lic. Dayuli Díaz Acosta¹, MSc. Lic. Elsa María Rodríguez Adams¹, MSc.
Dra. Jacqueline del Carmen Martínez Torres¹, MSc. Dra. Alina J. Alerm
González¹¹**

¹ Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. Playa. La Habana. Cuba.

¹¹ Departamento de Fisiología. ICBP "Victoria de Girón. Playa. La Habana. Cuba

RESUMEN

Introducción: la incontinencia fecal afecta la calidad de vida y parece existir una asociación con el aumento de la edad en mujeres.

Objetivo: identificar afectaciones de la calidad de vida relacionadas con la incontinencia fecal. Describir conductas de afrontamiento y vulnerabilidad psicosocial en mujeres de edad mediana.

Método: investigación exploratorio-descriptiva, observacional, longitudinal en mujeres de edad mediana. Se aplicó el cuestionario FIQL para calidad de vida. Folkman y Lazarus para afrontamiento, cuestionario de vulnerabilidad de Pérez-Lovelle. Se estimaron frecuencias para variables cualitativas, medias e intervalos de confianza para cuantitativas comparadas mediante Levene, test T. y Mann Whitney y Wilcoxon de dos colas para significación de 0.05. Se solicitó consentimiento con garantía de confidencialidad para resultados.

Resultados: predominaron las mujeres mayores de 50 años (54 %). La calidad de vida estuvo seriamente afectada con puntajes bajos para las cuatro dimensiones, con significación ($p=0.029$) para imagen pública y vergüenza en mayores. Pocas fueron vulnerables y predominaron los afrontamientos negativos (huida-avoidance y distanciamiento) sin significación entre grupos.

Conclusiones: la incontinencia fecal afecta la calidad de vida de las mujeres, en particular el dominio "imagen y vergüenza" sin relación con gravedad. Los afrontamientos negativos predominantes sugieren incluir terapias psicológicas en el tratamiento.

Palabras clave: incontinencia fecal, calidad de vida, estrategias de afrontamiento, vulnerabilidad psicosocial.

SUMMARY

Introduction: the fecal incontinence affects the quality of life seeming to exist association with the increase of the age in women.

Objective: to identify affectations of the quality of life to describe the confrontation behavior and the psychosocial vulnerability in medium age women.

Method: exploratory-descriptive, observational, longitudinal investigation. (January 2015-March 2016) including 22 women of medium age. The questionnaire FIQL was applied for quality of life. Folkman and Lazarus for the confrontation and the vulnerability questionnaire of Pérez-Lovelle. They were considered frequencies for qualitative variables, medium and IC for quantitative being compared by means of Levene, test t. and Mann Whitney and Wilcoxon of two lines for significance of 0.05. Consent was requested, guaranteeing confidentiality for results.

Results: women prevailed older than 50 years (54 %). The quality of life was seriously affected, with low points for the four dimensions, with significance ($p=0.029$) for public image and shame in older. Few were vulnerable, negative confrontations prevailed (escape-evocation and distancing) without significance among groups.

Conclusions: the fecal incontinence affected the quality of life of the women, particularly the domain image and shame without relationship with graveness. The predominant negative confrontations suggest including psychological therapies in treatments.

Keywords: fecal incontinence, quality of life, confrontation strategies, psychosocial vulnerability.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia fecal (IF) puede definirse como el escape involuntario recurrente de heces fecales en lugares y momentos inadecuados. Está basada en una interacción combinada de mecanismos sensoriales, motores y de las funciones del tracto intestinal inferior. Ocurre si uno o más de estos componentes fallan y cuando los mecanismos compensatorios no funcionan. Tiene repercusión en múltiples aspectos de la vida cotidiana ya que limita a quienes la padecen la realización de las actividades habituales y entorpece la vida social. por lo que algunos prefieren quedarse en casa. ¹

La IF es una enfermedad que afecta la esfera psíquica de los pacientes, abarca todo tipo de relaciones, incluida la sexual, que rechazan por temor a hacer el ridículo o recibir la crítica de otros. Se asocia con estados de depresión y baja autoestima, donde a menudo resulta difícil al paciente explicar lo que experimenta a otras personas como familiares, amigos o compañeros. Muchas de estas implicaciones son debidas al carácter imprevisible de la IF y el miedo de que los demás sientan el mal olor o se percaten de su suciedad. ¹

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas del desarrollo para definir los fenómenos de madurez y envejecimiento, entre las cuales figuran: niñez, juventud, edad adulta, climaterio y senectud. Por lo tanto, el envejecimiento es un proceso continuo, dependiente de factores genéticos y ambientales que tiene sus bases en las etapas previas de la vida, entre estas, el climaterio. El estudio de este período supone adentrarse en una fase del desarrollo humano en la que se produce una importante transformación: el tránsito de la capacidad reproductiva a la carencia de esta, moldeada por factores personales, ambientales y culturales donde ocurre un evento fundamental: la menopausia.²

El impacto de la IF sobre la calidad de vida en las mujeres climatéricas es importante pues parece existir una estrecha asociación entre la menopausia y esta entidad; apesar de la afectación de este síntoma sobre la vida privada y social se reporta que menos de la mitad de las mujeres estudiadas en una investigación al respecto, habían consultado a un médico como vía de buscar solución a su problema.³

El concepto calidad de vida es amplio e influenciado de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales; así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.⁴

Incluye las creencias personales, espirituales y religiosas, como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento y la dimensión social, percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales como son: la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente y el desempeño laboral entre otras.⁵

Existe gran afectación de la calidad de vida en las mujeres con IF, lo que se expresa mediante: depresión, ansiedad, sensación de inseguridad, ira, apatía, dependencia, culpa, humillación, sensación de abandono, vergüenza y la negación resultan comunes; las mujeres sienten la pérdida de confianza en sí misma y la autoestima. La falta de higiene personal, el empeoramiento de la situación y las dificultades sexuales son comunes. Las mujeres tienden a alcanzar un aislamiento social.⁶

Los trabajos pioneros de Lazarus y Folkman definen las estrategias de afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre estas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Por tanto, cabe destacar que los factores importantes para utilizar cualquier tipo de estrategia, dependen del tipo de suceso, la posibilidad de su modificación, la ambigüedad e incertidumbre, así como la intensidad, la gravedad y la cronicidad de la situación.⁷

La vulnerabilidad psicosocial es un concepto complejo, multidimensional, ya que se proyecta sobre dimensiones individuales, microsociales y macrosociales con diversos factores que intervienen en cada una de ellas, donde existen factores objetivos económicos, sociodemográficos, sociopolíticos e institucionales, como: nivel de ingresos, necesidades básicas insatisfechas, nivel de instrucción, condiciones del hábitat (vivienda y ambiente), tipo de familia y calidad educativa, entre otros.⁸

En el mundo se emplean métodos conservadores en el tratamiento de la IF. Existen estudios que evalúan la calidad de vida de estos pacientes a través de escalas y cuestionarios específicos. En Cuba solo existen pocos trabajos publicados acerca del método diagnóstico de esta entidad y se desconoce la repercusión en la calidad de vida de los pacientes. Las opciones terapéuticas actuales permiten mejorar la calidad de vida de la mayoría de los pacientes que sufren esta dolencia.⁹ En ocasiones, los pacientes se sienten defraudados por la falta de efectividad o por las

recidivas. Sin embargo, en el mundo las investigaciones continúan buscando alternativas para acercarse a una cura y a restaurar la calidad de vida del paciente.²

Desde el año 2007, en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ) se desarrolla una consulta especializada de rehabilitación integral de las disfunciones del suelo pélvico, donde la IF en las mujeres de edad mediana es la segunda en frecuencia, lo que motivó la realización de la presente investigación que muestra la influencia de la IF en la calidad de vida de estas mujeres.

MÉTODOS

Diseño metodológico: investigación exploratorio-descriptiva, observacional y longitudinal en el servicio de Suelo Pélvico del departamento de Medicina Física y Rehabilitación del CIMEQ en el periodo de enero de 2015 a marzo de 2016. Se incluyó el total de pacientes con IF atendidos en consulta (123 pacientes) que cumplieron los criterios de inclusión pues no se tenían antecedentes que permitieran realizar el cálculo del tamaño de la muestra. De 123 pacientes, 61 presentaban IF y 50 eran mujeres, de las cuales 30 se encontraban en edad mediana y solo 22 fueron evaluadas. La media en años fue 50,05 con una desviación estándar de 6,4. El 54 % se encontraba en la entre los 50 y 59 años, mientras que el 45 % estaba entre los 40 y 49 años.

Criterios de inclusión:

- Pacientes femeninas en edades comprendidas entre los 40 y 59 años afectadas por IF.
- Estado psicológico mental adecuado para responder los cuestionarios.

Criterios de exclusión:

- Pacientes de mediana edad con IF a causa de una enfermedad de origen neurogénico y/o neoplasias.
- La evaluación de la calidad de vida se realizó a través de la aplicación de los instrumentos como el *cuestionario FIQL Fecal Incontinence Quality of Life*, test de modos de afrontamiento de Folkman y Lazarus, test de vulnerabilidad psicosocial.

Cuestionarios:

Cuestionario *FIQL Fecal Incontinence Quality of Life*¹⁰

La escala FIQL está compuesto por 29 preguntas distribuidas en cuatro escalas que representan grupos de ítems, que abordan el mismo aspecto referente a la calidad de vida, estilo de vida, comportamiento depresión y seguimiento.

La puntuación de los ítems del cuestionario varía de 1 a 4, con excepción de las preguntas 1 y 4, siendo 1 el valor mínimo para el estado de calidad de vida. La puntuación para cada subescalas es la media de todos los ítems. Los cuestionarios se completaron mediante entrevista directa entre los pacientes y el personal médico.

Se evalúa en puntos en cuatro dominios donde menor puntaje peor calidad de vida.

Dominios:

1. Estilo de vida: puntos mínimos a alcanzar 10 y puntos máximos 40.
2. Comportamiento: puntos mínimos 9 y puntos máximos 36.
3. Depresión: puntos mínimos 7 y puntos máximos 28.
4. Seguimiento: se evalúa desde 3 hasta 12.

Cuestionario de Folkman y Lazarus 1984:¹¹:

Describe los modos característicos de afrontamiento de un individuo ante situaciones conflictivas generadoras de estrés. Consta de 67 índices, puede acumular desde 0 hasta 201 puntos. Para su evaluación los índices están clasificados en 8 subescalas, las puntuaciones se suman y se obtienen totales que delimitan cuál de las categorías propuestas es la que predomina y este será el modo de afrontamiento que utiliza con mayor frecuencia. Se expresa en puntos acumulados.

Cuestionario de vulnerabilidad psicosocial:¹²

Versión de Pérez Lovelle, adaptada y estandarizada a la población cubana de la prueba de vulnerabilidad del Millar y Smith. Diseñado para buscar las causas de orden social, psicológico y fisiológico que determinan la vulnerabilidad al estrés en los individuos.

Recoge un grupo de aspectos sociodemográficos, edad, sexo, estado civil y escolaridad y consta de 20 índices en los cuales están reflejadas las categorías que teóricamente sustentan la vulnerabilidad. Su calificación es cuantitativa con valores del 1 al 5, de acuerdo con la opción que escoja el paciente, entre desde casi siempre hasta casi nunca. Se mide en puntos acumulados entre 20 y 100.

Recogida de información:

Se cuantificaron los puntajes acumulados en cada una de las dimensiones del cuestionario de escalas de modos de afrontamiento y se colocan en orden decreciente para cada una de las mujeres incluidas en la investigación. Se estimaron los porcentajes de pacientes que tuvieron mayores puntajes. segundos y terceros acumulados en cada una de las dimensiones con el propósito de valorar, de manera integral, las tendencias generales y no solo el estilo de afrontamiento predominante.

Los datos fueron reflejados en un modelo de recogida de información, confeccionado para dar respuesta a los objetivos del estudio, introducidos en una base de datos en formato Excel, procesados en el sistema estadístico SPSS versión 13.0.

Métodos de procesamiento y análisis de la información:

Las unidades de análisis fueron cada una de las mujeres que se incluyeron en el estudio. Se muestran estadísticas descriptivas de las variables cuantitativas que

permitieron calcular medias y desviación estándar. Se estimaron las frecuencias para las variables cualitativas.

Las pruebas estadísticas utilizadas para comparar grupos fueron el test de Levene para comparación de varianzas, test T para diferencia de medias, test de Mann-Whitney y el test de signos y rangos de Wilcoxon. Las pruebas se realizaron a un nivel de significación de 0.05.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran los valores de las medias y las desviaciones estándar para cada uno de los dominios del test de la calidad de vida. La media de los puntajes acumulados por las mujeres con IF para la dimensión (Dominio) estilo de vida (baja). pues de 40 puntos posibles (mejor calificación) solo tuvieron 15 y con una desviación estándar pequeña, lo que indicó que todas sufrían un gran impacto y cambiaban sus estilos de vida de acuerdo con la mejor manera de esconder o evitar pasar malos ratos por su incontinencia.

Tabla 1. Calidad de vida en mujeres de mediana edad con IF.

Dominios	Puntos mínimos	Puntos máximos	Media	DS
Estilo de vida	10	40	15.0	4.427
Comportamiento	9	36	13.36	3.485
Depresión	7	28	12.32	3.344
Seguimiento	3	9	7.73	1.778

Fuente: Modelo recogida de la información.

También el comportamiento se transforma y pudo observarse que el valor de la media fue 13,36 casi tres veces menor que el puntaje máximo posible alcanzar para esa dimensión, por lo que su calidad de vida se afectó de modo negativo.

La dimensión depresión evidenció en qué medida afecta a las mujeres la IF, sus estados de ánimo y sentimientos, que las lleva a sentir menor placer por vivir, experimentar tristezas, sentimientos de minusvalía, entre otras manifestaciones. Según se pudo constatar en la tabla 1, la media de los puntajes es 12,32 y lo que representa 2,3 veces menos que el máximo posible a acumular para esa dimensión (Dominio), también con una desviación estándar relativamente pequeña.

La dimensión seguimiento, explora las preocupaciones por la imagen pública y la vergüenza que ocasiona la posibilidad de tener una evacuación sin control delante de otras personas, así como que sientan mal olor y suciedad.

Tabla 2. Resultados del test de calidad de vida por grupo de edades

Dominios	Media		Int. Confianza 95 %		DS	
	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59
Estilo de vida	17.10	14.17	13.2-21.0	12.3-16.0	5.466	2.95
Comportamiento	14.50	12.42	11.2-17.0	10.3-14.5	3.536	3.29
Depresión	12.90	11.83	10.5-15.3	9.7-14.0	3.348	3.41
Seguimiento	8.60	7.00	7.6-9.6	5.9-8.1	1.430	1.758

Fuente: Cuestionario de calidad de vida FIQL

Cuando se estratificó la muestra por grupo de edades, se evidenciaron diferencias en las medias en el grupo de 40-49 y las de 50-59, siempre con menos puntaje para las mujeres mayores, pero solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas mediante el test de Levene para comparación de varianzas, test t para diferencia de medias y Mann-Whitney de dos colas y Wilcoxon en el dominio seguimiento (test T $p= 0.029 < 0.05$ y Mann-Whitney y Wilcoxon $p=0.043$).

Esta muestra fue pequeña, lo que probablemente explicaría por qué dimensiones, cuyas medias, como se observa, son distantes en valores y que podrían diferir como es el caso de estilos de vida y comportamiento, no alcanzan significación estadística para hacer afirmaciones acerca de cómo la edad puede condicionar la manera en que una enfermedad como esta es experimentada y sufrida, y afecta la calidad de vida de las mujeres.

Tabla 3. Comportamiento de la vulnerabilidad global.

Vulnerabilidad	Frecuencia	
	Nº	%
Vulnerables	3	13.6
No vulnerables	19	86.4
Total	22	100

Fuente: Cuestionario de vulnerabilidad psicosocial.

Solo el 13,6 % presentó rasgos personológicos de vulnerabilidad psicosocial pero aún así esta es una variable importante para evaluar porque podría influenciar el modo en que la enfermedad afecta a las mujeres, que en este caso provoca vergüenza. La vulnerabilidad psicosocial puede predisponer, con mayor intensidad, a afectar la calidad de vida por su relación con los estados de ánimo que pueden tener las mujeres cuando enferman.

Como dato relevante se encuentra que: de las tres mujeres que resultaron ser vulnerables, dos tuvieron los puntajes más bajo en la dimensión seguimiento en el cuestionario de calidad de vida (4 y 6 con una media de 6), que valora la vergüenza, el bochorno y la preocupación que provoca no poder controlar la defecación en público.

La selección de los estilos de afrontamiento para las mujeres de edad mediana se basó en los puntos acumulados en el cuestionario para cada grupo de ítems de una misma dimensión. De acuerdo con los acumulados de puntajes sumados se determinaron los preferentes para cada una. Según esta estimación, predominaron cuatro estilos o conductas frente a la enfermedad, que pueden verse en la tabla 4 (distanciamiento, autocontrol, huida-evitación y planificación).

Tabla 4. Estilos de afrontamiento más utilizados por las mujeres en estudio.

Estilos de afrontamiento	Frecuencia	
	Nº	%
Huida-evitación	11	50
Autocontrol	6	27.2
Distanciamiento	4	11.8
Planificación	1	4.5
Total	22	100

Fuente. Cuestionarios de modos de afrontamiento.

Predominó como estilo de afrontamiento la huida-evitación, seguida del autocontrol. Ninguna de las mujeres de edad mediana mostró afrontamientos totalmente positivos de manera preferente, como son: la búsqueda de apoyo social y la reevaluación positiva, los que resultarían útiles para que las terapias sean más efectivas.

Cuando se estratificó la muestra por grupo de edades, no se encontraron diferencias en las medias en el grupo de 40-49 y las de 50-59, como se observa en la tabla 5. Las medias de los puntajes para cada dimensión colocan en orden decreciente como estilos predominantes la huida-evitación, con ligeras medias superiores en el grupo de 50-59 años, seguidas por autocontrol, distanciamiento y planificación. Al emplear el test de Levene para comparar varianzas, test T para diferencia de medias y Mann-Whitney de dos colas y test de Wilcoxon, no se encontró significación al comparar ambos grupos.

Tabla 5. Estilos de afrontamiento según grupos de edad.

Estilos afrontamiento	Media		Int confianza 95 %		DS	
	40-49	50-59	40-49	50-59	40-49	50-59
Aceptación	4.70	5.25	3.19-6.21	3.31-7.19	2.11	3.049
Planificación	12.20	13.33	9.08-15.3	11.9-14.8	4.36	2.309
Distanciamiento	12.90	13.00	7.98-17.8	8.9-17.05	6.87	6.368
Confrontación	7.20	7.33	5.74-8.66	5.47-9.20	2.044	2.934
Búsqueda apoyo	8.30	9.50	6.51-6.09	8.43-10.6	2.497	1.679
Huida-evitación	16.30	17.83	13.6-18.9	15.5-20.2	3.73	3.713
Autocontrol	13.80	15.42	11.2-16.5	13.0-17.8	3.706	3.777

Fuente: Cuestionarios de modos de afrontamiento.

DISCUSIÓN

Diferentes investigadores ^{13,14} encuentran asociaciones significativas entre la satisfacción con la vida y los estilos de afrontamiento centrados en el problema. Los sujetos satisfechos con la vida interpretan los eventos neutrales y ambiguos como positivos, poseen un pensamiento flexible, son más creativos y exhiben un umbral alto de tolerancia a las frustraciones, lo que los hace menos vulnerables al distress psicológico.

La valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa, en gran medida, en un proceso cognoscitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas de referencia, valores personales, actitudes y necesidades entre otros aspectos psicosociales.

Desde el punto de vista social, el acto de la defecación es considerado algo íntimo, privado y controlable, por lo cual el sujeto que padece de IF presenta un trastorno sensible en su comportamiento psicosocial. ¹⁵

En el caso particular de la mujer, el modo de inserción femenina en el proceso productivo, las relaciones de subordinación económica, la falta de equidad en el espacio público y privado, los conflictos por la carencia o necesidad de apoyo financiero, las condiciones del entorno higiénico habitacional, que pueden generar más carga física en su trabajo diario y las características específicas del trabajo doméstico productivo en el espacio urbano o rural, son factores que pueden contribuir a favorecer o deteriorar la salud de la mujer y por tanto afectar su calidad de vida. ¹⁶

La estructura, funcionamiento y regulación de la personalidad debe estar relacionada con el equilibrio. La resistencia o la vulnerabilidad psíquica de los individuos frente a la salud y la enfermedad o ante cualquier evento estresante, y determinará por tanto las conductas acertadas o de riesgo, las tendencias a las emociones y estados de ánimo positivos o negativos así como para enfrentar los fenómenos de la vida cotidiana de una manera particular y tomar decisiones mejores o peores para su curación y supervivencia cuando enferma. Es esa personalidad quien lo lleva a lograr éxitos o fracasos, los que se traducen en frustraciones que desorganizan el equilibrio de la vida afectiva y la sensación de bienestar. ¹⁷

En el caso de las pacientes con IF, la vulnerabilidad podría influenciar la manera en que perciben su intensidad, sus efectos sobre los estados de ánimo, porque cada persona percibe su experiencia de forma diferente, siendo necesario analizar todos los factores que aumentan o disminuyen la percepción individual de la incontinencia, como son los factores contextuales sociales entre otros, así como las características personalológicas de cada individuo para poder evaluar y comprender respuestas diferentes a tratamientos similares. ^{18,19}

Las limitaciones de este estudio están dadas por lo pequeño de la muestra, el no poder haber incluido en la hoja de recolección de la información otras esferas de la vida que se analizan en la literatura internacional (relación de pareja, sexualidad, familia, actividad social de la mujer) y las dificultades para la realización de estudios evolutivos, así como el corto periodo de realización de la investigación. No se encuentran referencias de estudios similares nacionales o internacionales por lo que la discusión de los resultados no es amplia.

CONCLUSIONES

Se evidencia una importante afectación de la calidad de vida en todas las mujeres, en particular el dominio "imagen y vergüenza" sin relación con gravedad, con independencia de la edad.

La mayoría de las mujeres no calificaron como vulnerables psicosocialmente.

Las estrategias de afrontamiento que fueron seleccionadas con mayores puntuación fueron negativas (huida-avoidance), seguidas por distanciamiento, sobre todo en las menores, y aunque no existieron diferencias significativas, fue mayor el distanciamiento entre las más jóvenes. Los afrontamientos negativos predominantes sugieren incluir terapias psicológicas en tratamientos.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo no hemos recibido ayuda económica para su realización; no hemos firmado acuerdo por el que recibamos beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Tampoco alguna entidad comercial ha pagado ni pagará a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Whitehead WE. Wald A. Diamant E. Enck E. Pemberton J. Rao S. Functional disorders of the anus and rectum. En: Drossman D. Corazziari E. Talley N. Thompson W. Whitehead W. eds. Roma II. The functional gastrointestinal disorders. McLean Degnon Associates. 2000; p. 483-532.
2. Wang JY. Patterson TR. Hart SL. Varma MG. Fecal incontinence: does age matter? Characteristics of older vs. younger women presenting for treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2008 Apr; 51(4):426-31.
3. Erekson EA. Sung VW. Myers DL. Effect of body mass index on the risk of anal incontinence and defecatory dysfunction in women. *Am J ObstetGynecol*. 2008.
4. González U. Amarillo Mendoza María A. Grau Ábalo J. La calidad de vida como problema de la bioética. Particularidades en la salud humana. En. "Bioética desde una perspectiva cubana". Ed. José Ramón Acosta Sariago; 3 ed. [Versión electrónica]. La Habana: Editorial Félix Valera, 2007. (Ediciones Acuario).
5. González Pérez. U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* 2002; 28(2): 157-175.
6. Bener A. Saleh N. Burgut FT. Prevalence and determinants of fecal incontinence in premenopausal women in an arabian community. *Climacteric* 2008 Oct; 11(5): 429-35.

7. Lazarus.R. Folkman.S. Stress. Appraisal and coping. [Versión española en Martínez Roca, 1986]. New York: Springer. Retractado de Soriano J. Monsalve V. El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de Psicología* 2005. Julio (84): 91-107.
8. Estévez. A. Vulnerabilidad psicosocial: una aproximación conceptual. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. 2011.
9. Wang JY. Patterson TR. Hart SL. Varma MG. Fecal incontinence: does age matter? Characteristics of older vs. younger women presenting for treatment of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum*. 2008 Apr;51(4):426-31.
10. Rockwood TH. Escalas de Gravedad y de Calidad de Vida Para la Incontinencia Fecal. *Gastroenterology*. Ene 2004;126(Supl. 1):106-113.
11. Lazarus. R.S.. Folkman. S. En. Estrés y procesos cognitivos. Martínez Roca Ed. Barcelona. España 1986.
12. Piñera Sofía. González U. Bayarre H. Construcción de un cuestionario de autovaloración de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Trabajo de Terminación de Maestría en psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana; 1995.
13. Hannaway CD. Hull TL. Fecal incontinence. Department of Colorectal Surgery. Digestive Disease Institute. Cleveland Clinic. Cleveland. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2008 Jun; 35(2):249-69.
14. Couto Núñez D y Nápoles Méndez D. Síndrome climatérico en mujeres de edad mediana desde un enfoque médico social. Hospital General Docente Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Santiago de Cuba, 2003(101).
15. Martínez Torres JC. Caracterizaación de mujeres en edad mediana con incontinencia urinaria y respuesta al tratamiento rehabilitador. *Rev Cubana Obstet Ginecol*. 2014; 40 (1) ene-mar.
16. Rodríguez Adams E. M .Calidad de vida y percepción de salud en mujeres de mediana edad. *Invest Medicoquir*. 2012; 4(1):244-259.
17. Formiga F. Mascaró J. Montero J. del Río C. Pujol R. Incontinencia fecal en el anciano. *Rev EspGeriatr Gerontol*. 2004(39):3, mayo.
18. Byung-Cheol L. Jongsoon L. Cellular and molecular players in adipose tissue inflammation in the development of obesity-induced insulin resistance. *Biochim Biophys Act*. 2014;1842:446-462.
19. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud 2016. La Habana, 2016.

Recibido: 30 octubre 2016
Aceptado: 2 enero 2017

MSc. Lic. Dayuli Díaz Acosta. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas (CIMEQ). Playa. La Habana. Cuba. Email: dayulida@infomed.sld.cu