



Depresión y ansiedad en las mujeres con incontinencia urinaria; valorando su calidad de vida

Marina Gómez de Quero Córdoba^{a,*}, Elena Arroyo-Bello^b, Jenifer Malumbres-Talavera^a,
Judit Vives-Espelta^a, Roser Cuesta-Martínez^a y Rosa Raventós-Torner^a

^b Fundación Jiménez Díaz, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

Mujeres
Incontinencia
Salud mental
Calidad de vida

Conclusión: Las mujeres con incontinenia reportaron un mayor malestar emocional, posiblemente relacionado con la vergüenza y el miedo a experimentar episodios en situaciones sociales o laborales. Por lo tanto, la ansiedad y la depresión deben considerarse aspectos centrales de la experiencia del paciente.

Results: The results revealed a significant gap in education regarding incontinence, with 79.33% of participants expressing a need for more complete information. A statistically significant negative correlation was found between anxiety and depression levels and mental quality of life in women with urinary incontinence ($Rho = -0.568; P < .001$), indicating that higher levels of anxiety and depression are associated with worse mental quality of life outcomes.

(MeSH)
Women
Incontinence
Mental health
Quality of life

Correo electrónico: marinagdq@gmail.com (M. Gómez de Quero Córdoba).

Conclusion: Women with incontinence reported higher emotional distress, possibly related to shame and the fear of experiencing episodes in social or work situations. Therefore, anxiety and depression should be viewed as central aspects of the patient's experience.

¿Qué se conoce?

La incontinencia está rodeada a menudo de estigmas y mitos, y requiere una comprensión amplia que integre dimensiones biológicas, psicológicas y sociales.

¿Qué aporta este estudio?

Este estudio no solo aporta evidencia científica en cuanto a que los pesarios mejoran la calidad de vida de las mujeres sin intervención quirúrgica, sino que también certifica la mejora de la salud mental de las mujeres, al mejorar su calidad de vida.

Introducción

La incontinencia urinaria es la pérdida involuntaria de orina. Una de cada 3 mujeres experimenta alguna forma de incontinencia urinaria a lo largo de su vida¹⁻⁴. Es altamente prevalente en las mujeres, y tiene un gran impacto biopsicosocial. Aumenta la importancia de evaluar la autoestima y la calidad de vida de las pacientes con enfermedades crónicas, tales como la incontinencia urinaria^{1,2}.

Las mujeres que padecen incontinencia se sienten a menudo aisladas y avergonzadas, lo cual puede originar ansiedad y depresión. Las pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP), pueden padecer también incontinencia³. En las mujeres que padecen estrés la incontinencia urinaria tuvo una prevalencia de ansiedad del 12,4% y de depresión del 3,2%. En las mujeres con incontinencia urgente o mixta, la ansiedad tuvo una incidencia del 13,8% y la depresión del 10,6%^{1,2}.

La incontinencia urinaria y el POP son afecciones comunes en las mujeres, que no solo afectan a su salud física sino también a su bienestar emocional. Diversos estudios han reflejado que ambas condiciones están asociadas a una reducción de la calidad de vida (riesgo de ansiedad y síntomas de depresión)^{2,4-6}. Esta conexión se debe en parte al impacto que tienen en la autoestima, la imagen corporal, y la vida social y sexual de las pacientes, generando sentimientos de vergüenza, aislamiento y frustración⁴. Por tanto, es esencial abordar la salud mental como componente clave del manejo amplio de las mujeres con incontinencia y POP^{5,6}.

Existe una relación entre la mejora de la calidad de vida (CdV) y la mejora de la dinámica micrológica de las mujeres con tratamiento pesario. Sin embargo, la mejora de la CdV no solamente se atribuye a la mejora del flujo urinario, sino también al bienestar causado por la reducción del POP³.

Con relación a la ansiedad y la depresión, diversos autores hacen referencia a que la preocupación constante acerca de los episodios de incontinencia, el miedo a la vergüenza pública y la limitación de las actividades diarias pueden contribuir al desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión⁴⁻⁶. Abordar tanto los aspectos físicos como emocionales de la incontinencia es esencial para mejorar la calidad de vida y el bienestar mental de quienes experimentan incontinencia. La CdV empeora, estableciéndose una relación directa con los síntomas depresivos de estas pacientes, al ver cómo su vida se ve afectada en diferentes esferas: sexual, social e imagen corporal⁴. Estas afecciones no solo afectan a nivel físico, sino que también repercuten considerablemente en la autopercepción y la salud mental de aquellas que las padecen. Las personas con incontinencia experimentan a menudo vergüenza, tristeza y falta de vi-

talidad, lo cual puede originar depresión y aislamiento social^{1,2,5-7}. La disfunción sexual afecta al 30-50% de la población general, pero, en las mujeres con POP, la incidencia se incrementa al 50-83%³, lo cual puede guardar relación con la sintomatología depresiva⁴.

Los estudios relacionados con la salud mental y la influencia del POP^{5,6} estudiaron el modo en que la incontinencia urinaria y la incontinencia urinaria por estrés afectan a la depresión, la ansiedad y el insomnio, encontrando que el 80% de las mujeres padecían estos trastornos^{4,7}.

El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre el nivel de ansiedad y de depresión, y la calidad de vida de las mujeres con incontinencia urinaria.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, correlacional y transversal en la clínica urológica de un hospital terciario de la Comunidad de Madrid (Móstoles), España. Dicho estudio fue realizado dentro de la práctica enfermera urológica, en la que 3 enfermeras fueron asignadas al servicio ambulatorio de urología. La recopilación de los datos tuvo lugar de enero a junio de 2021.

Participantes

Mujeres con prolapso de los órganos pélvicos con tratamiento pesario, y que también experimentan incontinencia urinaria (mayores de 18 años).

Criterios de inclusión

Pacientes con incontinencia mayores de 18 años.

Criterios de exclusión

Pacientes que recibieron cirugía para corregir la incontinencia.

Muestreo

El muestreo fue no probabilístico y realizado utilizando muestreo de conveniencia, seleccionando participantes disponibles en el momento del estudio que cumplieron los criterios de inclusión establecidos.

Tamaño y selección de la muestra

El tamaño muestral fue calculado con relación a la prevalencia aproximada de POP en las mujeres de 18 a 83 años, encontrada en un estudio realizado por Horst y Silva (2016), que fue del 22%, y considerando el total anual medio de mujeres derivadas a la clínica para corrección de prolapso de los órganos pélvicos a través de la vagina, que es igual a 150. Se corrigieron el intervalo de confianza del 95% y la precisión del 4% (margen de error), totalizando un tamaño muestral igual a 111 pacientes^{6,7}. La fórmula utilizada para calcular el tamaño muestral para poblaciones finitas es:

$$n = N \times Z^2 \times p \times (1 - p) / [d^2 \times (N - 1) + Z^2 \times p \times (1 - p)]$$

Donde: n = tamaño muestral requerido; N = tamaño de la población (150); Z = valor Z para un nivel de confianza del 95% (1,96); p = prevalencia prevista (0,22); d = precisión deseada (0,04).

Esta fórmula fue utilizada en el estudio realizado por Horst y Silva en 2016⁸, así como en el estudio realizado por Gómez de Quero et al.⁶, que también incluyeron poblaciones de mujeres con prolapso de los órganos pélvicos (POP).

El número de participantes se definió sobre la base de las historias clínicas de las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, y que decidieron participar voluntariamente en el estudio.

Las pacientes que eligieron participar en el estudio firmaron el formulario de consentimiento informado, fueron informadas en la consulta de las enfermeras urológicas, y también recibieron una hoja informativa con los datos del estudio. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Jiménez Díaz, con número de código ético (acta n.º 15/20).

Instrumentos de medida/variables e instrumentos del estudio

Se determinó que era esencial que todas las participantes completaran estos cuestionarios y escalas para garantizar una amplia evaluación de las variables de interés a capturar tanto en los aspectos físicos como psicológicos relacionados con la incontinencia.

Se recopilaron las variables sociodemográficas (edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral) y variables clínicas (IMC, tipo de incontinencia, historia de histerectomía).

Prueba PAD (Compress Test), uroflujometría, ICIQ (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary incontinence), Short-Form Health Survey and Hospital Anxiety and Depression Scale.

Prueba PAD «Prueba de la compresión»

La prueba PAD se utiliza para medir la cantidad de pérdida urinaria en las personas con incontinencia urinaria. Durante esta prueba, se solicita a la paciente que lleve una compresa absorbente durante un periodo de tiempo que puede variar de 1 a 24 h. Se registra el peso de la compresa antes y después de la prueba, para determinar la cantidad de orina absorbida. Esta medida aporta información sobre la gravedad de la incontinencia, y ayuda a determinar el tratamiento más adecuado para cada individuo. La prueba PAD es una herramienta importante para el diagnóstico y seguimiento de la incontinencia urinaria². Mide la cantidad de orina perdida durante un periodo de tiempo específico, utilizando normalmente una compresa absorbente previamente pesada. No se calcula normalmente el coeficiente alfa de Cronbach para este tipo de medida.

Uroflujometría

La uroflujometría es una prueba no invasiva que mide la cantidad de orina perdida, la tasa de micción y la duración de la misma. Durante la prueba, la paciente orina en un dispositivo especial que registra dichos parámetros. Esta prueba es útil para evaluar la función del tracto urinario, pudiendo ayudar a identificar problemas tales como incontinencia urinaria, hiperplasia prostática benigna, hiperplasia y otras afecciones relacionadas con la micción⁵.

Cuestionario sobre calidad de vida (cuestionario de salud abreviado – SF12)

La calidad de vida se evaluó utilizando el cuestionario de salud abreviado, que contiene 12 ítems con respuestas de tipo Likert, y una puntuación total de 12 a 48 puntos, donde las puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida^{7,9}. El valor del coeficiente alfa de Cronbach obtenido en este estudio fue de 0,85.

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Urinary incontinence Short Form (cuestionario sobre incontinencia ICIQ)

Se trata de una herramienta útil para evaluar la incontinencia urinaria y su impacto en la CdV, estando respaldado su uso por la validación y

el rigor de su desarrollo. Incluye 3 cuestiones para evaluar la frecuencia y cantidad de la pérdida de orina¹⁰. El valor evaluado mediante alfa de Cronbach fue de 0,87 a 0,89.

Hospital Anxiety and Depression Scale

La ansiedad y la depresión fueron medidas mediante Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), que se compone de 14 ítems (7 para ansiedad y 7 para depresión), con puntuaciones de 0 a 21 para cada subescala. Los valores más altos indican una mayor gravedad. El valor del coeficiente alfa de Cronbach reportado en este estudio fue de 0,82 para ansiedad y de 0,80 para depresión^{11,12}.

Recopilación de los datos

La recopilación de los datos se realizó en una única visita, sin intervención ni seguimiento subsiguiente, de acuerdo con el diseño transversal del estudio. Dicha recopilación tuvo lugar en la consulta de urología.

En la visita basal, se realizó una evaluación amplia, incluyendo examen pélvico, recopilación de datos demográficos y clínicos relevantes, y obtención de consentimiento informado. Este enfoque holístico permitió establecer una información basal completa para cada participante, considerando factores tales como edad, duración de los síntomas, estilo de vida, IMC, actividad sexual e historia obstétrica, influyendo todos ellos potencialmente en los trastornos del suelo pélvico. La batería de exámenes utilizada en cada visita fue amplia, cubriendo síntomas relacionados con el prolapso, función urinaria e intestinal y función sexual. La inclusión de medidas objetivas tales como uroflujometría y prueba PAD, junto con cuestionarios validados tales como ICIQ y Hospital Anxiety and Depression Scale, aportó una combinación robusta de datos cuantitativos y cualitativos. Esta metodología multidimensional permitió realizar una evaluación amplia de la condición de las pacientes, no solo desde una perspectiva fisiológica sino considerando también el impacto psicológico y la repercusión en la calidad de vida.

Análisis de los datos

El análisis estadístico se realizó utilizando el paquete de *software* SPSS® (SPSS Inc., Chicago, Illinois). Se realizó un análisis exploratorio para identificar los valores atípicos y extremos, y caracterizar las diferencias entre los grupos de pacientes.

Inicialmente se consideró un total de 211 pacientes para el estudio. Sin embargo, se excluyeron 11 pacientes, dado que no completaron la evaluación inicial necesaria para la inclusión en la lista de espera. Por tanto, la muestra final analizada incluyó n = 200 pacientes.

Se incluyeron las variables sociodemográficas para garantizar que no se perdiera información relevante durante el análisis. La distribución de los datos se evaluó mediante la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron análisis descriptivos de las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y clínicas, así como comparaciones de las medias entre los grupos mediante las pruebas t de Student o ANOVA, según el caso. Se analizaron las correlaciones entre las variables cuantitativas utilizando el coeficiente de Spearman.

Resultados

La muestra final analizada incluyó 200 pacientes. La [tabla 1](#) presenta las preferencias de los participantes en cuanto al uso de productos para la incontinencia. Las compresas desechables fueron identificadas como el producto más frecuentemente utilizado, con una tasa de uso del 83,50%. Se observó la distribución siguiente, relativa al número de productos utilizados: el 50,99% de las mujeres menstruantes utilizaba un único producto, mientras que el 49,01% utilizaba 2 o más tipos para el manejo de la incontinencia.

Tabla 1
Porcentaje de uso de productos durante la incontinencia

Productos	Frecuencia	Porcentaje
Compresas sanitarias	167	83,50
Compresas de tela	30	15,00
Tampón vaginal	3	1,50
Total	200	100

Tabla 2
Personas o instituciones de las que se recibió la información

¿Quién?	AntesN.º	Porcentaje	DespuésN.º	Porcentaje
Enfermeras	168	53,33	185	49,87
Médico	11	3,49	16	4,31
Amigas	14	4,44	30	8,09
Asociaciones	3	0,95	12	3,23
Internet/redes sociales	96	30,48	78	21,02
Psicólogo	23	7,30	50	13,48
Total	315		371	

El análisis del uso de productos indicó una preferencia marcada por las compresas desechables. Entre las participantes, el 89,6% (n = 167) reportó utilizarlas como estrategia de manejo primaria. Por contra, solo el 1,49% (n = 30) optó por los pañales, utilizándose tampones vaginales en un 0,49% (n = 3), lo cual indica una preferencia mínima de estas alternativas.

La [tabla 2](#) resume las fuentes de información relativas a la educación sanitaria sobre incontinencia. Las enfermeras fueron identificadas como fuente primaria para antes y después del primer episodio, reportándose altos niveles de confianza. Las amigas fueron la segunda fuente más citada, con un 63,86 y 75,24% de referencia a las mismas por parte de las participantes antes y después del primer episodio, respectivamente. Se notó un cambio en la tercera fuente más citada: antes del inicio de la incontinencia, se mencionaron tanto a Internet como a las amigas, mientras que seguidamente, Internet y las redes sociales fueron reportados por el 59,90% de las participantes. Las figuras masculinas fueron raramente mencionadas como fuentes de información.

Como se muestra en la [tabla 3](#), la media de edad de la muestra fue de 65,37 años. Muchas participantes (75%) tenían pareja, mientras que el 12,5% eran solteras, el 10,7% separadas y el 1,8% viudas. En cuanto a la educación, el 19,6% había completado la educación primaria, el 30,4% la educación secundaria, el 21,4% la educación preuniversitaria, el 19,6% la formación profesional y el 8,9% los estudios universitarios. En términos de situación laboral, el 12,8% tenía empleo y el 77,7%

Tabla 4
Correlación entre las variables cuantitativas y SF-12v2 para incontinencia

Incontinencia (n = 200)		SF físico	SF mental	Edad	IMC	HADA	HADD
SF físico	Rho	1,000	0,187	0,143	-0,102	-0,368**	-0,562**
	Valor de p		0,168	0,294	0,440	0,005	< 0,001
SF mental	Rho	0,186	1,000	0,319*	0,101	-0,568**	-0,468**
	valor de p	0,168		0,016	0,444	< 0,001	< 0,001
IMC	valor de p	-0,103	0,102	0,100	1,000	-0,139	0,066
	valor de p	0,450	0,454	0,464		0,308	0,624
HAS	Rho	-0,368**	-0,568**	-0,270*	-0,139	1,000	0,524**
	valor de p	0,005	< 0,001	0,044	0,308		< 0,001
HDS	Rho	-0,562**	-0,469**	-0,250	0,067	0,524**	1,000
	valor dep	< 0,001	< 0,001	0,062	0,625	< 0,001	

HAS: Hospital Anxiety Scale; HDS: Hospital Depression Scale; IMC: índice de masa corporal.

Rho de Spearman.

* La correlación es significativa al nivel de 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel de 0,01 (bilateral).

Tabla 3
Análisis entre la calidad de vida y los datos sociodemográficos y clínicos

Variable	SF	Valor de p
Incontinencia		
Sí (47)	35,21 (13,42)	0,275
Etiología		
Histerectomía previa (23)	36,28 (13,06)	0,549
No histerectomía previa (33)	37,92 (12,97)	
Estado civil		
Parejas n = 42	37,73 (12,90)	0,547
No parejas n = 14	35,79 (13,33)	
Nivel educativo		
Obligatorio (30)	35,19 (12,50)	0,216
Superior (26)	39,29 (13,20)	
Situación laboral		
Inactiva (51)	35,56 (13,53)	0,101
Activa (9)	41,86 (10,01)	

* Valor de p igual o menor de 0,05.

estaban jubiladas. Un total del 70,9% reportó alguna forma de incontinencia: el 36% incontinencia por estrés, el 40,1% incontinencia mixta y el 23,9% (n = 8) incontinencia nula. Se observaron puntuaciones sobre calidad de vida ligeramente más altas entre las participantes con educación superior, lo cual sugiere una asociación potencial entre el nivel educativo y el bienestar percibido, aunque dicha asociación no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a la salud mental, la puntuación de ansiedad media fue de 6 puntos, no sufriendo ansiedad el 16,7% de las participantes, padeciendo riesgo de ansiedad el 15,2% y ansiedad el 66,9%. En cuanto a depresión, la puntuación media fue de 3 puntos. El 60,1% de las participantes fue categorizado de depresivo, el 15,5% de riesgo y el 7,4% no padeció depresión ([tabla 4](#)). Se encontró que los mayores niveles de ansiedad y depresión estaban significativamente asociados a una menor calidad de vida mental. Además, la calidad de vida mental estuvo negativamente asociada a la edad más joven. Se identificó una correlación negativa estadísticamente significativa entre las puntuaciones de ansiedad y depresión y la calidad de vida mental ($\rho = -0,568$; $p < 0,001$; $\rho = -0,468$; $p < 0,001$), según se detalla en la [tabla 4](#).

Discusión

El presente estudio confirma el impacto negativo significativo de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de las mujeres, consistentemente con los hallazgos previos en diversas poblaciones y ámbitos^{3,6,7}.

Las participantes en este estudio reflejaron puntuaciones más bajas en los componentes de la salud física y mental, reforzando las repercusiones multidimensionales de la incontinencia urinaria descritas en la literatura^{3,6,7}. En línea con otros estudios, se observó una preferencia por los productos desechables, así como el papel destacado de las enfermeras y redes sociales como fuentes de información^{4,13-15}. Las profesionales enfermeras fueron particularmente valoradas por su respaldo y educación en salud, reflejando la investigación previa sobre su papel beneficioso en la atención al paciente^{4,16}.

La alta prevalencia de sufrimiento emocional y la asociación entre incontinencia y alteración de la imagen corporal destacan aún más la importancia de considerar los factores psicológicos y sociales en el manejo amplio del paciente^{5,6,16,17}. Más de la mitad de las participantes reportó síntomas de depresión (60,1%) y de ansiedad (66,9%), estando la salud mental especialmente afectada entre las mujeres jóvenes. Esta tendencia, también observada por Leong et al.¹⁸, sugiere que la incontinencia urinaria puede tener un impacto más pronunciado en la calidad de vida de las pacientes más jóvenes, aunque no se realizó análisis de subgrupo formal en este estudio.

La relación entre la incontinencia urinaria y la salud mental está bien establecida, habiéndose encontrado correlaciones significativas entre incontinencia, ansiedad y depresión^{13,17}. La investigación previa ha identificado también la imagen corporal como factor clave de influencia en el bienestar^{17,19}. En este estudio, las mujeres reportaron haber evitado las actividades sociales debido al miedo a los episodios de incontinencia, lo cual puede contribuir al incremento del sufrimiento psicológico.

Aunque se excluyó a las pacientes con cirugía previa de POP, la evidencia de otros estudios indica que las intervenciones quirúrgicas pueden mejorar los síntomas de la ansiedad y la depresión^{4,6,18,20}. A pesar de que estos resultados no son directamente comparables, debido a las diferencias en cuanto a los criterios de inclusión, destacan la carga psicológica de la incontinencia urinaria y los beneficios potenciales de los tratamientos quirúrgicos y conservadores^{8,15,16,20-25}. El presente estudio realiza una aportación a este cuerpo del conocimiento, centrándose en las pacientes que reciben tratamiento conservador.

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de abordar los aspectos psicológicos en las pacientes con POP. Las mujeres con incontinencia reportaron altos niveles de sufrimiento emocional, a menudo relacionado con vergüenza, pérdida de control y miedo a los episodios en contextos sociales o laborales. Esto es consistente con la literatura previa, que subraya el impacto negativo de la incontinencia en la autoestima, la imagen corporal y el bienestar percibido^{4,6}. Por tanto, la ansiedad y la depresión deberán considerarse elementos centrales en la experiencia de la paciente, que tienen capacidad de incrementar el sufrimiento y limitar la efectividad del tratamiento, de no abordarse debidamente. La atención amplia deberá incluir la evaluación psicológica y las estrategias de respaldo.

Desde un punto de vista práctico, estos resultados destacan la necesidad urgente de mejorar los programas educativos sobre incontinencia en los diversos ámbitos. A pesar de que la educación impartida en la escuela es esencial para las mujeres jóvenes, las intervenciones educativas deberán dirigirse también a las mujeres de cualquier edad, considerando especialmente el incremento de la incidencia de la incontinencia con la edad. Los talleres impartidos en los centros de salud, o mediante iniciativas comunitarias, podrían aportar amplia información sobre los aspectos biológicos y psicosociales de la incontinencia, promover el uso de productos reutilizables, y abordar la información errónea disponible online mediante la oferta de recursos fiables y basados en la evidencia. Las enfermeras fueron identificadas como figuras clave de la aportación de apoyo y no crítica, subrayando la importancia de la evaluación y la atención individualizadas^{8,21,22}.

Este estudio tiene diversas limitaciones. La falta de estratificación de los subgrupos, en especial por edad, limita la capacidad de identificar tendencias o diferencias específicas. En consecuencia, los hallazgos reflejan patrones generales, que pueden reducir su aplicabilidad a sub-

poblaciones particulares. La investigación futura deberá considerar la segmentación de los datos por subgrupos relevantes, para obtener una comprensión más detallada de los fenómenos estudiados. Su diseño descriptivo y transversal impide el establecimiento de relaciones causales, aunque permite la observación de asociaciones en un punto temporal específico. El uso de datos autorreportados puede introducir también sesgos de deseabilidad social o infradeclaraciones, particularmente en lo relativo a temas sensibles tales como la incontinencia.

En resumen, este estudio realiza una contribución a la evidencia creciente del impacto multifacético de la incontinencia urinaria, destacando la necesidad de un abordaje holístico e interdisciplinar que aborde tanto las necesidades físicas como psicológicas de las mujeres afectadas.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por CEIm, que tuvo lugar el 23 de junio de 2020 (acta n.º 12/20) y el 25 de agosto de 2020 (acta n.º 15/20) y lo evaluó como favorable/adaptado.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses.

Bibliografía

- Hansson Vikström N, Wasteson E, Lindam A, Samuelsson E. Anxiety and depression in women with urinary incontinence using E-health. *Int Urogynecol J*. 2021;32:103-109. <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04227-2>.
- Siff LN, Jelovsek JE, Barber MD. The effect of major depression on quality of life after surgery for stress urinary incontinence: A secondary analysis of the Trial of Midurethral Slings. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215:455e1-455e9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.04.039>.
- Liu SP, Yang SS, Chen KK, et al. Impact of female stress urinary incontinence on quality of life, mental health, work limitation, and healthcare seeking in China, Taiwan, and South Korea (LUTS Asia): Results from a cross-sectional, population-based study. *BJU Int*. 2021;127:366-375. <http://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S383651>.
- De Quero Córdoba MG, Pérez JPH, Merino ÁV, Zaldibar CR, López MR, Bernal PP. Ratio of Women with POP Using Pessary Improvement in Urination and Quality of Life. *Arch Esp Urol*. 2022;75:441-446. <https://doi.org/10.56434/j.arch.esp.urol.20227505.64>.
- Kalata U, Jarkiewicz M, Pomian A, et al. The Influence of Successful Treatment of Stress Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse on Depression Anxiety, and Insomnia-A Prospective Intervention Impact Assessment Study. *J Clin Med*. 2024;13:1168. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm13061168>.
- Gómez de Quero M, González G. Los pesarios mejoran la calidad de vida y las micciones de las mujeres con prolapsos de órganos pélvicos. *Rev Med Clin Las Condes*. 2022;33:319-326. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.03.020>.
- Adoamnei E, Morán-Sánchez I, Sánchez-Ferrer ML, et al. Health-Related Quality of Life in Adult Spanish Women with Endometriomas or Deep Infiltrating Endometriosis: A Case-Control Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:5900. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115900>.
- Silva Delgado JE. Características epidemiológicas de las pacientes diagnosticadas de prolapso de órgano pélvico en la "Unidad Municipal de Salud Sur" en el período 2009-2015 [tesis de pregrado en Internet]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2023;41:1381-1388. <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-023-04351-w> [consultado 2 May 2025] Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12401J_Urol.
- Vera-Villarreal P, Silva J, Celis-Atenas K, Pavez P. Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala salud mental. *Rev Med Chil*. 2014;142:1275-1283. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000007>.
- España Pons M, Rebollo Álvarez P, Puig Clota M. Validación de la versión española del International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:288-292. [http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753\(04\)74214-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0025-7753(04)74214-3).
- Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:29. <http://dx.doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>.
- Herrero MJ, Blanch J, Peri JM, de Pablo J, Pintor L, Bullena A. A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003;25:277-283. [http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343\(03\)00043-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0163-8343(03)00043-4).
- Joinson C, Drake MJ, Fraser A, et al. Bidirectional relationships between depression, anxiety and urinary symptoms in women: A prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2025;369:516-522. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.035>.
- Boyers D, Kilozzo M, Davidson T, et al. Patient preferences for stress urinary incontinence treatments: A discrete choice experiment. *BMJ Open*. 2023;13:e073559. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073559>.
- Good MM, Solomon ER. Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2019;46:527-540. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ogc.2019.05.005>.
- Paglione M. Clinical Research Nursing. *Am J Nurs*. 2023;123:19. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000949964.01493.6e>.

17. Verbeek M, Hayward L. Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev*. 2019;7:559–564, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.05.004>.
18. Nemeth Z, Farkas N, Farkas B. Is hysterectomy or prior reconstructive surgery associated with unsuccessful initial trial of pessary fitting in women with symptomatic pelvic organ prolapse? *Int Urogynecol J*. 2017;28:757–761, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-016-3171-8>.
19. Leong Y, Kotani S, Best C, Diamond P, Lovatsis D, Drutz H. A Comparison of Health-Related Quality of Life of Women Awaiting Pelvic Organ Prolapse Surgery versus Hip or Knee Replacement. *J Obstet Gynaecol Can*. 2017;39:341–346, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.016>.
20. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and Depression Associated With Urinary Incontinence. A 10-year Follow-Up Study From the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurol Urodyn*. 2017;36:322–328, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22938>.
21. Felde G, Ebbesen MH, Hunskaar S. Anxiety and Depression Associated With Urinary Incontinence. A 10-year Follow-Up Study From the Norwegian HUNT study (EPINCONT). *Neurol Urodyn*. 2017;36:322–328, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22921>.
22. Zuluaga L, Caicedo JI, Mogollón MP, et al. Anxiety and depression in association with lower urinary tract symptoms: Results from the COBaLT study. *World J Urol*. 2023;41:1381–1388, <http://dx.doi.org/10.1007/s00345-023-04351-w>.
23. Hansson Vikström N, Wasteson E, Lindam A, Samuelsson E. Anxiety and depression in women with urinary incontinence using E-health. *Int Urogynecol J*. 2021;32:103–109, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-020-04227-2>.
24. Alencar-Cruz JM, Lira-Lisboa L. Impact of urinary incontinence on quality of life and its relationship with symptoms of depression and anxiety in women. *Rev Salud Pública*. 2019;21:390–397, <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.V21n4.50016>.
25. Mazi B, Kaddour O, Al-Badr A. Depression symptoms in women with pelvic floor dysfunction: A case-control study. *Int J Womens Health*. 2019;11:143–148.