

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA

DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL



**“PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA DISMINUIR LA INCONTINENCIA
URINARIA MIXTA EN MUJERES”**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN TERAPIA FÍSICA

PRESENTA

P.L.T.F. ANGELES LIZBETH COLIN OLIVARES

DIRECTOR

DR. EN S.M. JORGE MONROY GARDUÑO

REVISORAS

DRA. PAOLA CONDE HIGUERA

DRA. EVA TELLEZ ROJAS

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2026

**“PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA DISMINUIR LA INCONTINENCIA
URINARIA MIXTA EN MUJERES”**

RESUMEN.....	5
I. MARCO TEORICO	6
I.1. INCONTINENCIA URINARIA	6
I.1.1. DEFINICIÓN	6
I.1.2. FACTORES DE RIESGO.....	6
I.1.3. CLASIFICACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA.....	7
I.1.4. TRATAMIENTO	8
I.1.4.1. TRATAMIENTO MÉDICO	8
I.1.4.2. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	9
I.2. FISIOTERAPIA EN SALUD PÉLVICA Y DE LA MUJER	10
I.2.1. FISIOTERAPIA PÉLVICA	10
I.2.2. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO	11
I.2.3. EJERCICIOS DE KEGEL.....	14
I.2.4. GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA.....	16
I.3. PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO	19
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
III. JUSTIFICACIÓN	21
IV. HIPÓTESIS	22
V. OBJETIVOS	23
V.5.1. OBJETIVO GENERAL	23
V.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	23
VI. METODOLOGÍA	24
VI.6.1. TIPO DE ESTUDIO.....	24
VI.6.2.1. UNIVERSO DE TRABAJO	24
VI.6.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
VI.6.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	24
VI.6.2.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	24
VII. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	25
VII.7.1. DESARROLLO DEL PROYECTO.....	25
VII.7.2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA	25
VIII. LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO	26
IX. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	26
X. DISEÑO DE ANÁLISIS	28

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	28
XII. ORGANIZACIÓN	28
XIII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	29
XIV. RESULTADOS	30
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

RESUMEN

La incontinencia urinaria se define como la pérdida involuntaria de orina, que constituye un problema higiénico y social, con repercusiones significativas en la calidad de vida de las mujeres que la padecen. Esta condición influye negativamente en diferentes ámbitos de la vida diaria, llegando a limitar la participación en actividades cotidianas debido a la vergüenza y al temor de sufrir accidentes.

El objetivo de este trabajo de investigación fue elaborar un programa fisioterapéutico para disminuir la incontinencia urinaria mixta en mujeres, en donde se combinen las dos técnicas más utilizadas para tratar esta disfunción, los ejercicios de Kegel y la Gimnasia Abdominal Hipopresiva y así brindar una herramienta accesible y práctica, diseñada para que las pacientes puedan realizar sus ejercicios desde casa.

Este programa está basado en la búsqueda de diversas fuentes bibliográficas referentes al tema, en el cual se busco y se selecciono la información y los ejercicios precisos para brindar información a las mujeres que padecen incontinencia urinaria.

I. MARCO TEORICO

I.1. INCONTINENCIA URINARIA

I.1.1. DEFINICIÓN

La incontinencia urinaria es definida por la International Continence Society (ICS), como la pérdida involuntaria de orina que genera un problema higiénico y social. Este problema puede variar desde una fuga ocasional hasta la incapacidad total de retener la orina, afectando significativamente el bienestar físico, psicológico y social de las mujeres que la padecen, provocando un deterioro en su calidad de vida. (1,2)

I.1.2. FACTORES DE RIESGO

- **Sexo:** Las mujeres son más propensas a sufrir incontinencia urinaria que los hombres.
- Los factores uroginecológicos como las infecciones urinarias, la cistitis y el colapso de los órganos pélvicos pueden disminuir el tono del suelo pélvico.
- **Obesidad:** Un Índice de Masa Corporal (IMC) alto puede provocar incontinencia urinaria de esfuerzo o incontinencia urinaria mixta. (3)
- Durante el embarazo, diversos cambios fisiológicos afectan al suelo pélvico. El aumento del tamaño del útero y el peso fetal ejercen presión constante sobre el suelo pélvico. Además, las alteraciones hormonales, como el aumento de la progesterona pueden reducir la fuerza y la función de soporte del suelo pélvico. (4)
- La prevalencia de sufrir incontinencia urinaria aumenta con la edad debido a los cambios que sufre el tracto urinario inferior, como la atrofia de la mucosa vaginal, la disminución del tejido elástico y la hiperactividad del músculo detrusor durante la fase de continencia.
- **Paridad:** El parto vaginal incrementa el riesgo de desarrollar incontinencia urinaria, debido a las posibles lesiones en los músculos del suelo pélvico y daño en los nervios que lo controlan.

- Diabetes Mellitus tipo 2: Varios estudios mencionan que la neuropatía aumenta el riesgo de padecer incontinencia urinaria.(5)

I.1.3. CLASIFICACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

La incontinencia urinaria (IU) se puede clasificar de dos maneras, según su duración y su tipo clínico, esto permite una evaluación más precisa para su diagnóstico y su tratamiento.

Según su duración, se clasifica en:

1. Incontinencia urinaria transitoria o aguda. Aparece de manera repentina, dura menos de 6 meses, es causada por los fármacos, las infecciones de orina o restricciones de la movilidad y se caracteriza por ser reversible.
2. Incontinencia urinaria establecida o crónica. Su tiempo de evolución es mayor a 6 meses, puede ser causada por alteraciones estructurales a nivel del tracto urinario. (6,7)

Según la forma clínica, se presentan de la siguiente manera:

- Incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE): se refiere a la pérdida involuntaria de orina causada por realizar algún esfuerzo físico que aumente la presión intraabdominal (p. ej., toser, estornudar, reír, levantar cosas pesadas y al realizar actividades deportivas), al mismo tiempo, está asociada a pequeñas pérdidas momentáneas las cuales se detienen cuando ya no se realizan las actividades. Este tipo de incontinencia es más frecuente en mujeres que han tenido hijos y/o tuvieron un parto vaginal. Además, cualquier acción que genere un aumento en la presión intraabdominal (PIA) puede ser un factor desencadenante para desarrollar IUE.
- Incontinencia urinaria de urgencia (IUU): se caracteriza por una sensación repentina de querer orinar acompañada de escapes de orina, las pérdidas de orina pueden ser desde gotas hasta la fuga completa, este tipo de incontinencia forma parte del síndrome de la vejiga hiperactiva (VH). ((7,8)

- Incontinencia urinaria por rebosamiento: sucede cuando la vejiga no es capaz de vaciarse por completo, acumulándose la orina poco a poco hasta llenarse por completo ocasionando fugas de orina empezando por gotas hasta la salida del volumen total. Este tipo de incontinencia es más frecuente en hombres.(9)
- Incontinencia urinaria mixta: Es la pérdida involuntaria de orina durante actividades deportivas o esfuerzos físicos (toser o estornudar) combinado con un repentino e intenso deseo de orinar que no puede ser pospuesto. (10)
- Incontinencia urinaria funcional: está presente en personas con movilidad reducida o con deterioro cognitivo, que no pueden mantener la continencia y sufren escapes por estos motivos, estas personas no sufren de ningún problema en su aparato urinario.(7)
- Incontinencia urinaria continua: es la pérdida permanente de orina.
- Enuresis nocturna: es la micción involuntaria durante el sueño.
- Incontinencia urinaria postural: se percibe como una micción involuntaria seguida de un cambio en la posición corporal. (11)

I.1.4. TRATAMIENTO

I.1.4.1. TRATAMIENTO MÉDICO

El tratamiento médico va a depender del tipo de incontinencia, el grado de síntomas que el paciente manifieste y como afecta su calidad de vida.(12)

Las opciones de tratamiento se pueden dividir en dos grupos: tratamiento farmacológico y quirúrgico.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO.

El tratamiento farmacológico debe ser controlado y supervisado por el personal médico. Existen dos clases de fármacos:

1. Anticolinérgicos: Estos fármacos tienen la capacidad de bloquear los receptores de la vejiga que facilitan la fase de la micción al contraer el

músculo liso del detrusor. Existen efectos secundarios como son boca seca, visión borrosa, náusea, estreñimiento y cefaleas.

2. Agonistas: Estos fármacos permiten la relajación del músculo liso del detrusor, actuando en la fase de almacenamiento de la vejiga. Este medicamento está contraindicado en pacientes con enfermedad renal terminal, insuficiencia hepática e hipertensión no controlada.(13)

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento quirúrgico se considera invasivo y se utiliza en caso de no conseguir mejoría con los tratamientos conservadores, las diferentes cirugías correctivas pueden incluir:

- Cabestrillos: dispositivos quirúrgicos colocados debajo de la uretra, reducen la incontinencia urinaria de esfuerzo. Se consideran una opción de tratamiento a corto plazo.
- Aumento del volumen uretral: El propósito de esta intervención es colocar agentes suburetrales para conseguir un aumento de la resistencia en la salida uretral, su tasa de éxito es baja ya que debe repetirse después de un año.
- Esfínteres artificiales: son dispositivos quirúrgicos implantados que consisten en un manguito inflable colocado alrededor de la uretra. Este manguito se infla para prevenir escapes de orina y se desinfla manualmente para permitir la micción.

Es importante considerar que la colocación de un esfínter artificial es un procedimiento de alta complejidad con una tasa alta de riesgo de contraer infecciones.(14)

I.1.4.2. TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

La terapia física es considerada como uno de los tratamientos de primera elección dado por su carácter no invasivo.

- Entrenamiento de la musculatura del piso pélvico: Consiste en contraer de forma voluntaria y controlada los músculos del suelo pélvico, dando como resultado un aumento de la fuerza y la resistencia de los mismos, varios autores coinciden que puede ser utilizado como un tratamiento preventivo en mujeres atletas, mujeres en etapa final del embarazo y en el posparto.
- Electroestimulación: En esta técnica se utilizan electrodos de superficie o dispositivos intravaginales, los cuales activan las fibras nerviosas y musculares, su función principal es fortalecer de manera pasiva los músculos del suelo pélvico.(13)
- Entrenamiento de la vejiga: Esta técnica consiste en entrenar al paciente, programando los momentos de la micción y suprimiendo los momentos de urgencia para orinar, logrando que disminuyan los episodios de incontinencia.(14)
- Dispositivos mecánicos: Son dispositivos intravaginales (pesarios o tampones) que ayudan a reducir las pérdidas de orina. Los pesarios están hechos de caucho o silicona, que se colocan por vía transvaginal, brindando soporte a la uretra y a la pared de la vejiga, mientras que los tampones se insertan en la uretra evitando la micción involuntaria durante actividades de esfuerzo.(15)

I.2. FISIOTERAPIA EN SALUD PÉLVICA Y DE LA MUJER

I.2.1. FISIOTERAPIA PÉLVICA

La terapia pélvica se ocupa de la prevención y tratamiento de todos los tipos de disfunciones del suelo pélvico de mujeres, hombres y adultos mayores. La fisioterapia está considerada como tratamiento de primera elección ya que gracias a su combinación con otros tratamientos y el bajo riesgo de efectos secundarios ha permitido el alivio de los síntomas de las disfunciones del suelo pélvico. Por esta razón los fisioterapeutas incluyen en su tratamiento procedimientos que mejoran y

mantienen el movimiento y capacidad funcional con el objetivo de restablecer una continencia urinaria y fecal, conseguir un embarazo saludable, una función sexual satisfactoria y no dolorosa, pero sobre todo aumentar la calidad de vida de las personas.(16)

La Organización Internacional de Fisioterapeutas en Salud Pélvica y de la Mujer (IOPPWH) menciona que todos los fisioterapeutas deben de tener los conocimientos y las habilidades necesarias para tratar, prevenir y contribuir a la rehabilitación de las enfermedades relacionadas con la salud pélvica y de la mujer. (17)

I.2.2. ANATOMÍA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico (SP) es el conjunto de tejido conectivo y músculo estriado que interactúa con fuerzas gravitacionales e intraabdominales. Actúa como sostén de vejiga, recto y órganos reproductivos. (18)

La pelvis ósea incluye:

- Huesos coxales. Están divididos en tres partes ilion, isquion y pubis, que se articulan con el sacro en sentido posterior y a nivel de la sínfisis del pubis anteriormente. Algunos autores mencionan que estos huesos se fusionan al final de la adolescencia o al cumplir 23 años.
- Sacro. Una fusión de las cinco vertebrae sacras de la columna vertebral.
- Cóccix. Extremo terminal de la columna vertebral, que actúa como anclaje ligamentoso y tendinoso.

Existen diferencias de género en las estructuras de las pelvis, la pelvis femenina tiene crestas ilíacas más anchas, la cavidad pélvica es más ancha y menos profunda y un arco de pubis más amplio, que permite el paso de la cabeza del niño en el parto.(19)

Ligamentos:

- Iliolumbar. Relaciona el ilion con las últimas apófisis costales lumbares.
- Sacroilíacos. Permiten movimientos mínimos, está conformado por ligamentos posterior (fuerte), anterior (brinda estabilidad rotacional) e interóseo (más fuerte).
- Sacroespinoso. Del sacro a la tuberosidad isquiática, proporciona estabilidad vertical.
- Sacrococcígeo. Consta de ligamento anterior, posterior y lateral, se encuentra entre el cóccix y sacro.(11)

La sínfisis púbica es una articulación cartilaginosa entre los dos huesos púbicos, que resisten la tensión, el cizallamiento y la compresión.(18)

MUSCULATURA DEL SUELO PÉLVICO

El suelo pélvico está formado por los siguientes músculos:

DIAFRAGMA PÉLVICO					
Músculo		Origen	Inserción	Acción	Inervación
Elevador del ano: está formado por cuatro músculos	Puborrectal	Se origina en la parte posterior de ambos lados de la sínfisis del pubis	Rodea la flexura perineal del recto	Sostiene y mantiene la posición de las vísceras pélvicas, resiste el aumento intraabdominal durante la espiración	Ramos del nervio pudendo y ramos de S3-S4
	Pubococcígeo (pubovisceral)	Cara posterior del pubis y el arco tendinoso anterior	Cóccix, uretra, esfínter externo del ano	forzada, la tos, el vómito, la micción y la defecación, contrae la uretra, el ano y la vagina	
	Pubovaginal	Parte diferenciada del músculo pubococcígeo que irradia hasta la pared de la vagina			
	Iliococcígeo	Arco tendinoso del elevador del ano	Cóccix y el ligamento anococcígeo		

Coccígeo (isquiococcígeo)		Espina ciática y el ligamento sacroespinoso	Región anterior e inferior del sacro y el cóccix	Sostiene las vísceras pélvicas y produce una ligera flexión en la articulación sacrococcígea	Ramos anteriores de S4-S5
PERINÉ					
Superficiales	Transverso superficial del periné	Tuberosidad isquiática	Centro tendinoso del periné	Estabiliza el cuerpo perineal del periné	Ramo perineal del nervio pudendo del plexo sacro
	Bulboesponjoso	Centro tendinoso del periné	Arco del pubis, raíz y dorso del clítoris, cuerpo esponjoso del pene y fascia profunda del pene	Ayuda a expulsar orina dura te la micción y a propulsar el semen a lo largo de la uretra, contrae el orificio vaginal y colabora en la erección del clítoris	
	Isquiocavernoso	Cara interna de la tuberosidad isquiática y ramas isquiática y púbica	Base del clítoris y sínfisis del pubis, cuerpos cavernosos del pene	Mantiene la erección del clítoris y del pene, reduciendo el drenaje de orina	
Profundos	Transverso profundo del periné	Cara interna de la tuberosidad isquiática y la rama isquiática	Centro perineal, rafe medio y el esfínter externo del ano	Fija el centro tendinoso del periné y contribuye a sujetar las vísceras abdominopélvicas y contrarrestar los incrementos de la presión intraabdominal	Nervio pudendo
	Esfínter externo de la uretra	Ramas isquiática y púbica	Rafe medio en los hombres y	Ayuda a expulsar las últimas gotas de orina y semen	

			pared vaginal en las mujeres	en los hombres y de orina en las mujeres
	Compresor de la uretra	Rama isquiopúbica	Se une con el contralateral por delante de la uretra	Sirve como esfínter accesorio de la uretra
	Esfínter uretrovaginal	Centro tendinoso del periné	Se une con el contralateral por delante de la uretra	Sirve como esfínter accesorio de la uretra y facilita el cierre de la vagina

Tabla 1. Musculatura del suelo pélvico: Constructo del autor con información tomada de (11,19,20)

I.2.3. EJERCICIOS DE KEGEL

Los ejercicios de Kegel fueron creados por el Dr. Arnold Kegel en 1948 para fortalecer los músculos del suelo pélvico. Además, ayudan a disminuir la incontinencia urinaria en las mujeres, el cistocele, el rectocele, la incontinencia fecal y la disfunción sexual durante el embarazo y el posparto.(21,22)

Los ejercicios de Kegel son considerados un tratamiento conservador que permite fortalecer el suelo pélvico mediante contracciones voluntarias, Además son fáciles de aprender e incorporar en las actividades diarias. Cabe mencionar que el éxito de los ejercicios depende de la práctica constante y la disciplina con la que las mujeres realizan el programa.

Reglas fundamentales para la correcta realización de los ejercicios de Kegel:

1. Identificación de los músculos del suelo pélvico: Es importante localizar los músculos que controlan la micción. Una técnica común es simular que se está orinando y detener el flujo. Sin embargo, esta práctica solo debe realizarse para identificar los músculos y no convertirse en un ejercicio habitual, ya que interrumpir el flujo de orina varias veces puede alterar el reflejo de micción.

2. Contracción de los músculos del suelo pélvico: Una vez localizados, se deben de contraer los músculos durante un momento.

3. Repetición diaria.

Los ejercicios de Kegel pueden realizarse en diferentes posturas. Para facilitar su comprensión y su correcta ejecución, se recomienda iniciar con la siguiente postura: Sentarse en una silla, con los pies ligeramente separados tocando el suelo, colocando las manos sobre las rodillas, inclinándose hacia delante. A continuación, se contraen los músculos del suelo pélvico durante un momento y luego se relaja.(23,24)

I.2.3.1. BENEFICIOS DE LOS EJERCICIOS DE KEGEL

- Ayudan a disminuir la incontinencia urinaria de esfuerzo o mixta.
- Mejoran el tono de la musculatura estriada uretral
- Refuerzan el sistema de sostén de las vísceras
- Previenen la incontinencia urinaria y fecal en mujeres embarazadas y en el posparto
- Mejoran la función sexual
- Previene y trata la eyaculación precoz.(24,25)

I.2.3.2. TIPOS DE CONTRACCIÓN EN LOS EJERCICIOS DE KEGEL

Contracción lenta. La contracción lenta consiste en contraer los músculos lentamente, manteniendo la contracción durante un período prolongado más tiempo y luego relajando.

Contracción rápida. Las pacientes contraen y relajan rápidamente los músculos del suelo pélvico, con movimientos controlados.

Contracción en Ascensor. La intensidad de la contracción aumenta gradualmente.

Contracción en Onda. Los músculos del suelo pélvico se van contrayendo de forma ondulante.(23)

I.2.4. GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA

La Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH) es definida como un conjunto de ejercicios posturales, rítmicos, repetitivos y secuenciales, que provocan el descenso de la presión intraabdominal, activando los músculos abdominales y del suelo pélvico, consiguiendo un aumento del tono de ambos grupos, reduciendo la incontinencia urinaria y el prolapso de órganos pélvicos.(26,27)

La gimnasia abdominal hipopresiva fue desarrollada en 1980 por el doctor en Ciencias de la Motricidad y especializado en la rehabilitación uroginecológica, Marcel Caufriez. Esta técnica ha demostrado ser eficaz para fortalecer la faja abdominal y ayuda a recuperar el tono muscular del suelo pélvico, en mujeres después del parto.(28,29)

I.2.4.1. PRINCIPIOS TÉCNICOS DE LA GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA

Las posturas integradas en los ejercicios y la repetición diaria de los mismos, crea a largo plazo crea circuitos autoexcitadores en situación postural. Dicha estimulación (postural y respiratoria) conduce una tonificación por vía reflejo del piso pélvico y de la faja abdominal.(30)

Los signos anatómicos que señalan la correcta realización de la técnica son:

1. Hendidura de las fosas claviculares
2. Abertura del arco costal, hundimiento abdominal con movimiento del ombligo hacia adentro y hacia afuera



Fig., No.1: Hendidura de las fosas claviculares. Imagen tomada de (31)



Fig., No. 2: Abertura del arco costal y hundimiento abdominal. Imagen tomada de (31)

Los ejercicios deben de cumplir con las siguientes pautas técnicas:

Autoelongación: estiramiento axial de la columna que provocara una tensión en los músculos espinales profundos y extensores de la espalda.

Doble mentón: empuje del mentón que provoca tracción de la coronilla hacia el techo.

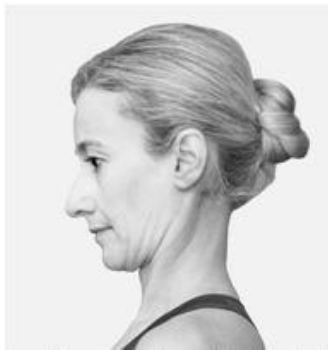


Fig., No. 3: Doble mentón. Imagen tomada de (31)

Decoaptación de la articulación glenohumeral: se provoca realizando abducción de las escápulas y con activación de los músculos serratos.

Adelantamiento del eje de gravedad: desequilibrio del eje de anteroposterior que implica variación del centro de gravedad.



Fig., No. 4: Adelantamiento del eje de gravedad. Imagen tomada de (31)

Respiración costal: respiración diafragmática

Apnea espiratoria: fase de espiración total de aire y apnea mantenida, añadiendo una apertura costal como simulando una inspiración costal, pero sin aire. Además, el diafragma se relaja y es succionado por la apertura costal.(31,32)



Fig., No. 5: Apnea espiratoria. Imagen tomada de (31)

I.2.4.2. BENEFICIOS DE LA GIMNASIA ABDOMINAL HIPOPRESIVA

- Aumenta el tono muscular del suelo pélvico a largo plazo, mediante la activación de las fibras tipo I, lo que permite prevenir y mejorar la incontinencia urinaria, los prolapsos o disfunciones sexuales.
- Previene de hernias discales lumbares, vaginales y abdominales.
- Reduce el perímetro abdominal
- Mejora la vascularización de la pelvis y de los miembros inferiores.
- Proporciona bienestar y mejora la función sexual
- Mejora la postura y el equilibrio
- Excelente método postparto
- Previene de lumbalgias funcionales. (33,34)

I.3. PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO

Un programa fisioterapéutico es un conjunto de actividades, planificadas y personalizadas de rehabilitación diseñadas por un fisioterapeuta para prevenir, tratar, mantener y restaurar el movimiento de los pacientes. Mejorando el bienestar físico, psicológico, emocional, y social de los mismos.(35)

Un programa debe de cumplir con dos premisas:

1. Motivación del paciente: El paciente debe mostrar interés para practicar y aprender los ejercicios.
2. Simplicidad del programa: Los ejercicios que componen el programa deben ser personalizados para la condición actual del paciente, se deberán de realizar de forma correcta, con pocos ejercicios.(36)

El programa también puede enfocarse a prevenir las deficiencias, limitaciones en la actividad, discapacidad y lesiones. En donde se incluya la promoción y mantenimiento de la salud, la calidad de vida y la forma física de la población, sin importar el sexo y la edad. (35)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial las mujeres sufren de incontinencia urinaria, un problema de salud que interfiere con la calidad de vida de quienes la padecen, afectando su estado físico, psicológico y social, provocando que las mujeres comiencen a aislarse por vergüenza de sufrir algún accidente, reduciendo su autoestima.

A lo largo del tiempo se han realizado estudios a nivel mundial, en donde se ha encontrado que la incontinencia urinaria a afectado a más de 300 millones de personas en todo el mundo, representando un aproximado de 5% de la población; en México aún no existen datos sólidos sobre la tasa de incontinencia urinaria, pero se estima que más del 50% de la población padece o padecerá incontinencia urinaria.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que unos 200 millones de personas sufren incontinencia urinaria y datos del último Foro Global de Incontinencia más de 420 millones de personas en el mundo la padecen. Es por ello que se elaboró un programa fisioterapéutico que describe los ejercicios que disminuyen la incontinencia mixta en las mujeres, mejorando su calidad de vida.

Que por lo anterior se realiza la siguiente pregunta de investigación.

Por tratarse de un estudio tipo descriptivo documental, no fue necesario formularla.

III. JUSTIFICACIÓN

La incontinencia urinaria constituye un problema médico y social importante, que afecta el bienestar físico, psicológico y social de quienes la padecen, limitando su autonomía, provocando que las mujeres desarrollen una baja autoestima y su calidad de vida se deteriore. Actualmente no existen datos epidemiológicos sólidos respecto a la población que presenta este padecimiento debido a que las mujeres no informan en sus visitas médicas que sufren de incontinencia, dado que asumen que es un problema natural derivado de la edad o por el número de hijos que han tenido. De igual forma, los médicos no preguntan sobre este tema, por el hecho de que no representa un riesgo para la salud.

Se estima que en México más del 50% de la población de mujeres padece incontinencia urinaria, debido a esto es necesario implementar medidas para tratar esta disfunción, se ha observado que los ejercicios de Kegel y la gimnasia abdominal hipopresiva ayudan a prevenir o tratar la incontinencia urinaria.

Por esta razón, se diseñó un Programa Fisioterapéutico orientado a describir los ejercicios que tenían como objetivo disminuir la incontinencia urinaria mixta en las mujeres, en el cual se integraron las dos técnicas más utilizadas para el tratamiento de dicha disfunción los ejercicios de Kegel y la gimnasia abdominal hipopresiva. El programa fisioterapéutico propuesto constituyó una herramienta práctica y de fácil acceso, elaborada para que las mujeres pudieran ejecutar los ejercicios desde su casa.

IV. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio tipo descriptivo documental, no se requiere la elaboración de una hipótesis.

V. OBJETIVOS

V.5.1. OBJETIVO GENERAL

- Elaborar un programa fisioterapéutico para disminuir la incontinencia urinaria mixta en mujeres.

V.5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los ejercicios sobre incontinencia urinaria
- Seleccionar los ejercicios que disminuyan la incontinencia urinaria mixta.
- Diseñar un programa para disminuir la incontinencia urinaria mixta.
- Ilustrar cada ejercicio para su mejor comprensión.

VI. METODOLOGÍA

VI.6.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio tipo descriptivo documental.

VI.6.2. OBTENCIÓN DE DATOS

VI.6.2.1. UNIVERSO DE TRABAJO

El universo de trabajo fueron libros, tesis, artículos y revistas encontrados en las bases de datos como, PubMed, Dialnet, SciELO y Google Académico a través de las palabras claves: “Programa fisioterapéutico”, “Incontinencia Urinaria”, “Salud pélvica”, “Fisioterapia pélvica” “Ejercicio fisioterapéutico”, “Physiotherapeutic program”, “Urinary incontinence”, “Pelvic health”, “Physiotherapeutic exercise”.

VI.6.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Artículos, libros, tesis y revistas que tengan relación con el tema a tratar.
- Artículos, libros, tesis y revistas que cuenten con no más de 10 años de haberse publicado.
- Artículos, libros, tesis y revistas con más de 10 años de publicación cuyo contenido sea relevante pese a la antigüedad.
- Artículos publicados en español e inglés.

VI.6.2.3. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Artículos que generen costo por visualizar su información.
- Artículos que no cumplan con los criterios de inclusión.

VI.6.2.4. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Artículos que no cumplan con el objetivo

VII. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

No aplica por tratarse de un programa

VII.7.1. DESARROLLO DEL PROYECTO

El trabajo de investigación se llevó a cabo durante tres etapas.

- Primera etapa: Se realizó una búsqueda bibliográfica electrónica en la que se abordaron temas sobre incontinencia urinaria, factores de riesgo, clasificación de incontinencia, tratamiento, fisioterapia pélvica, ejercicios de Kegel, gimnasia abdominal hipopresiva y programa fisioterapéutico.
- Se realizó una selección de acuerdo con los criterios de inclusión, para la búsqueda de información se consultaron bases de datos tales como: PubMed, Dialnet, SciELO y Google Académico.
- Segunda etapa: Después de una selección de literatura, se comenzó con la revisión de esta, detallando los elementos necesarios para la elaboración y creación del programa fisioterapéutico para disminuir la incontinencia mixta en mujeres.
- Tercera etapa: Posteriormente se elaboró un documento Microsoft Office Word con el programa fisioterapéutico en donde se combinaron los ejercicios de Kegel y la gimnasia abdominal hipopresiva que ayudaran a disminuir la incontinencia urinaria mixta en mujeres.

VII.7.2. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La estructura del programa se integrará de la siguiente manera:

- Portada
- Introducción
- Objetivos
- Materiales
- Recomendaciones generales

Actividad	Noviembre 2025	Diciembre 2025	Enero 2026	Febrero 2026
Selección del tema				
Búsqueda de la información				
Elaboración del protocolo				
Presentación del protocolo				
Elaboración del programa	x	x	x	x
Evaluación de producto terminado				x

Realizado	X
Faltante	

X. DISEÑO DE ANÁLISIS

No se requiere de análisis estadístico por tratarse de un Programa fisioterapéutico para disminuir la incontinencia urinaria mixta en mujeres.

XI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

- El programa fisioterapéutico será hecho mediante la recopilación e integración de información basada en evidencia.
- La información contenida en este programa será verídica y de fácil acceso.
- Se respetarán los derechos de autor mediante citas bibliográficas.

XII. ORGANIZACIÓN

DIRECTOR

DR. JORGE MONROY GARDUÑO

REVISORAS

DRA. PAOLA CONDE HIGUERA

DRA. EVA TELLEZ ROJAS

TESINISTA

P.L.T.F. ANGELES LIZBETH COLIN OLIVARES

XIII. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

El costo de este proyecto de investigación fue cubierto en su totalidad por la tesimalista a cargo.

XIV. RESULTADOS

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
LICENCIATURA EN TERAPIA FÍSICA**



**“PROGRAMA FISIOTERAPÉUTICO PARA DISMINUIR LA
INCONTINENCIA URINARIA MIXTA EN MUJERES”**

PRESENTA

P.L.T.F. ANGELES LIZBETH COLIN OLIVARES

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria es un problema de salud que afecta el estado físico, psicológico y social de las mujeres que sufren esta disfunción, este padecimiento restringe el desarrollo de sus actividades diarias, afectando sus relaciones familiares, laborales y sociales. Aunado a esto, las mujeres por vergüenza de sufrir algún accidente, comienzan a utilizar el aislamiento como mecanismo de defensa, provocando una baja autoestima y el deterioro de su calidad de vida.

La terapia física y la rehabilitación se consideran intervenciones de primera línea para tratar esta disfunción, debido a su carácter no invasivo. La Gimnasia Abdominal Hipopresiva y los ejercicios de Kegel son las técnicas terapéuticas más utilizadas para disminuir la incontinencia urinaria.

Este programa fisioterapéutico va dirigido para aquellas mujeres que fueron diagnosticadas con incontinencia urinaria mixta, busca ser una herramienta de apoyo y de fácil acceso que combinara las dos técnicas más utilizadas. Con el objetivo de que las pacientes mejoren su calidad de vida, favoreciendo su reincorporación a las actividades de la vida diaria, dando como resultado un aumento significativo en su bienestar físico y emocional.

OBJETIVOS

General:

- Disminuir la incontinencia urinaria mixta en las mujeres.

Específicos:

- Aumentar el tono muscular del suelo pélvico
- Mejorar la postura
- Mejorar la función sexual
- Reducir el perímetro abdominal

MATERIALES

- Un lugar cómodo y amplio para realizar los ejercicios
- Ropa cómoda que permita realizar los ejercicios y no tape el abdomen
- Un tapete
- Una silla
- Botella de agua

RECOMENDACIONES GENERALES

- En las primeras 4 semanas, las sesiones se realizarán dos veces a la semana con una duración de 40 minutos, dos veces al día. En las últimas 4 semanas, las sesiones se realizarán de tres a cuatro días a la semana con una duración de 60 minutos, dos veces al día.
- Realizar los ejercicios de preferencia en la mañana
- Ir al baño antes de realizar los ejercicios
- Se deben hacer tres horas antes de dormir
- No se deben realizar después de comer
- Mantenerse hidratado durante la sesión
- Se pueden realizar los ejercicios después de 6 meses posparto.
- En caso de sentir mareo después de realizar los ejercicios, estos se deben de suspender.

CONTRAINDICACIONES

- Haber estado embarazada o estar embarazada
- Personas con tensión arterial alta
- Cardiopatías
- Personas diagnosticadas con gonartrosis o coxartrosis
- Estar operada de cadera o rodilla
- Estar en puerperio

EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA

EJERCICIO 1

Posición inicial:

- Se debe acostar boca arriba sobre el tapete, con las rodillas flexionadas y las plantas de los pies apoyadas en el suelo.
- Se deben colocar las manos a ambos lados de la caja torácica, a la altura de las costillas.



Acción:

1. Se deberá inhalar por la nariz de manera lenta, provocando que las costillas se expandan, manteniendo el aire durante cinco segundos.
2. Posteriormente, se deberá realizar una exhalación por la boca, resistiendo el aire al salir -lo que producirá un ligero silbido-, permitiendo que las costillas se cierren y manteniendo la exhalación durante cinco segundos.



Se deberán realizar tres respiraciones.

EJERCICIO 2

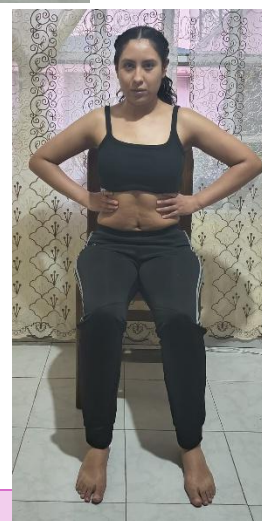
Posición inicial:

- Deberás estar sentada sobre una silla, con la espalda recta y con los pies apoyados en el suelo, separados a la altura de los hombros.



Acción:

1. Se deben colocar las manos abiertas a ambos lados de la caja torácica a la altura de las costillas y los dedos pulgares por detrás de la caja torácica.
2. Se deberá inhalar aire por la nariz, procurando que la caja torácica se expanda lateralmente y manteniendo la inhalación durante cinco segundos; posteriormente, se deberá exhalar por la boca, resistiendo el aire al salir -lo que producirá un ligero silbido-, permitiendo que las costillas se junten y manteniendo la exhalación durante cinco segundos.



Se deberán realizar tres respiraciones.

EJERCICIO 3

Posición inicial:

- Se deberá permanecer de pie, con la espalda recta y con los pies apoyados en el suelo, separados a la altura de los hombros.



Acción:

1. Se deben colocar las manos abiertas a ambos lados de la caja torácica y los dedos pulgares por detrás.
2. Se deberá de inhalar aire por la nariz, procurando que la caja torácica se expanda y manteniendo la inhalación durante cinco segundos; posteriormente, se deberá exhalar por la boca, resistiendo el aire al salir -lo que producirá un ligero silbido-, permitiendo que las costillas se junten y manteniendo la exhalación durante cinco segundos.



Se deberán realizar tres respiraciones.

Para poder realizar los ejercicios de Kegel es necesario identificar los músculos del suelo pélvico.

EJERCICIO 1

Al momento de orinar, deberás de detener el chorro durante 10 segundos; posteriormente, se deberá de vaciar la vejiga por completo.

Nota:

Este ejercicio solo se deberá practicar cinco veces, ya que puede alterar el reflejo normal de la orina, provocando que la vejiga no se vacíe por completo.

EJERCICIO 2

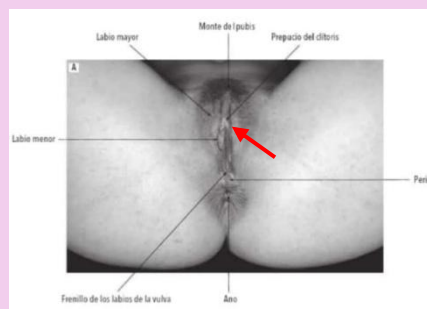
Posición inicial:

- Se deberá de acostar boca arriba, con los pies apoyados en el suelo, las rodillas flexionadas y las piernas separadas.

Acción:

- Se deben colocar dos dedos en la zona del periné – el cual se encuentra entre la vulva y el ano-.
- Se deberá de contraer los músculos como si se estuviera aguantando las ganas de orinar, manteniendo la contracción durante diez segundos.
- Se deberá notar movimiento y elevación de los dedos.

Foto tomada de:(11)



Después de identificar los músculos, se comenzará con los siguientes ejercicios:

SEMANA 1 Y 2

Ejercicios de Kegel combinados con Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Posición Inicial:

- Se debe acostar boca arriba, la columna elongada y la pelvis recta, con las piernas separadas a la altura de los hombros, las rodillas flexionadas y los pies apoyados en el suelo.
- Los brazos deberán estar extendidos a los lados.



Acción:

1. Inhalar aire y al soltarlo se debe contraer y elevar los músculos del suelo pélvico de manera lenta, manteniendo la contracción durante cinco segundos.
2. Se debe relajar durante seis segundos entre cada contracción.



Realizar 3 series de 8 contracciones, descansando 1 minuto entre cada serie. Se debe de descansar 4 minutos antes de empezar con el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- Se debe acostar boca arriba, la columna debe de estar elongada, la pelvis recta, con las piernas separadas a la altura de los hombros, las rodillas flexionadas y los pies apoyados el suelo.
- Los brazos deberán estar extendidos a los lados.



Acción:

1. Inhalar lentamente y contraer el suelo pélvico durante ocho segundos de forma pausada.
2. Expulsar el aire lentamente mientras se levanta la pelvis del piso, manteniendo la contracción.
3. Soltar la contracción, mientras se regresa a la posición inicial.
4. Relajarse durante diez segundos entre cada contracción.



Realizar 3 series de 8 contracciones, con 1 minuto de descanso entre cada serie. Se debe descansar 4 minutos antes de empezar con el siguiente ejercicio.

Antes de iniciar el siguiente ejercicio, se debe realizar lo siguiente: coloca en forma de pinza el dedo pulgar e índice en la nariz, inhala tres veces y exhalar tres veces.

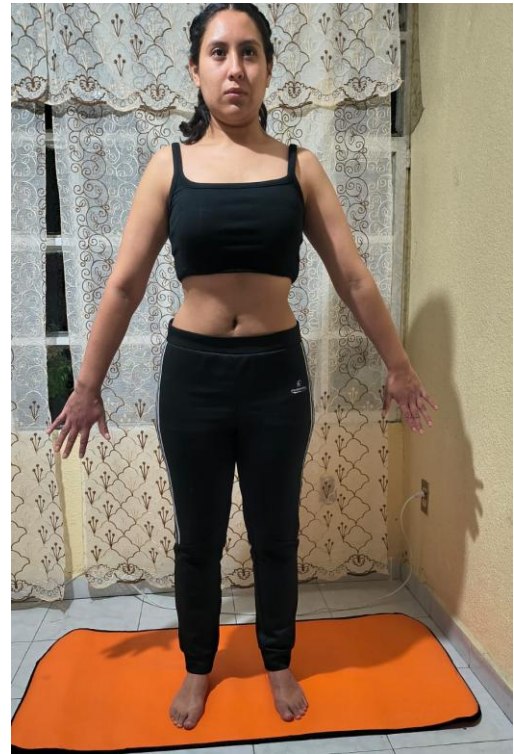
En la última exhalación, realizar una apnea: cerrar la boca y, con los dedos formar una pinza, presionar la nariz para evitar la entrada de aire.



Repetirlo 4 veces, con una pausa de 5 segundos entre cada repetición. Solo sirve de práctica, no realizarlo durante los ejercicios.

Posición inicial:

- En bipedestación (de pie), se deben colocar los pies separados al ancho de las caderas, flexionando ligeramente las rodillas.
- La pelvis deberá estar en posición recta, estirando la columna, simulando que se está creciendo hacia arriba, empujando ligeramente el mentón hacia atrás e inclinarse hacia delante, el peso del cuerpo deberá sentirse en los dedos de los pies.
- Se deben colocar los brazos a los lados, los codos y las manos deberán de estar extendidas y las palmas de las manos mirando hacia atrás.



Acción:

1. Inhalar durante dos segundos y exhalar durante cuatro segundos, completando cuatro ciclos de respiración.
2. Durante la cuarta exhalación, mantener una apnea de cuatro segundos, permitir que las costillas se expandan lateralmente y que el abdomen se hunda, sin permitir la entrada y salida de aire.



Se debe realizar el ejercicio 3 veces.

Descansar durante 6 minutos antes de empezar el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- En bipedestación (de pie), se deben colocar los pies separados al ancho de las caderas, flexionando ligeramente las rodillas.
- Mantener la pelvis recta, estirar la columna, empujar el mentón hacia atrás e inclinarse hacia adelante, el peso debe de caer sobre el dedo gordo, sin despegar los talones del suelo.
- Mantener los hombros separados, los brazos a los lados, los codos en flexión y las muñecas a la altura de la cadera.



Acción:

1. Inhalar durante dos segundos y exhalar durante cuatro segundos, completando cuatro ciclos de respiración.
2. Durante la cuarta exhalación mantener una apnea de seis segundos.



El ejercicio deberá realizarse 3 veces.

Semana 3 y 4

Ejercicios de Kegel combinados con Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Posición inicial:

- Adoptar la posición acostado sobre el lado derecho, el brazo izquierdo se debe colocar abajo de la cabeza y el codo en flexión.
- Rodillas flexionadas.
- El brazo derecho en extensión.

Acción:

1. Meter aire y al soltarlo se debe contraer y elevar los músculos del suelo pélvico.
2. Mantener la contracción durante ocho segundos.
3. Relajarse durante diez segundos, entre cada contracción.
4. Si siente la contracción entre las piernas se puede colocar una almohada.



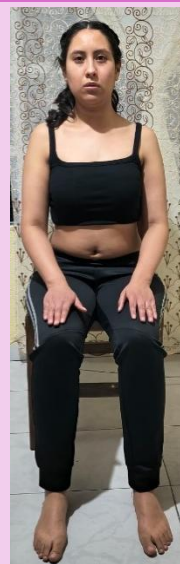
Realizar 3 series de 10 contracciones, con 40 segundos de descanso entre cada serie. Descansar durante 4 minutos antes de empezar el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- Deberá estar sentada sobre la esquina de una silla, con la espalda recta, los pies apoyados en el suelo y las palmas de las manos en el muslo.

Acción:

1. Inhalar y al exhalar contraer la musculatura del suelo pélvico.
2. Mantener la contracción durante doce segundos.
3. Relajarse durante doce segundos, entre cada contracción.



Realizar 3 series de 10 contracciones, con 40 segundos de descanso entre cada serie. Descansar durante 4 minutos antes de empezar el siguiente ejercicio.

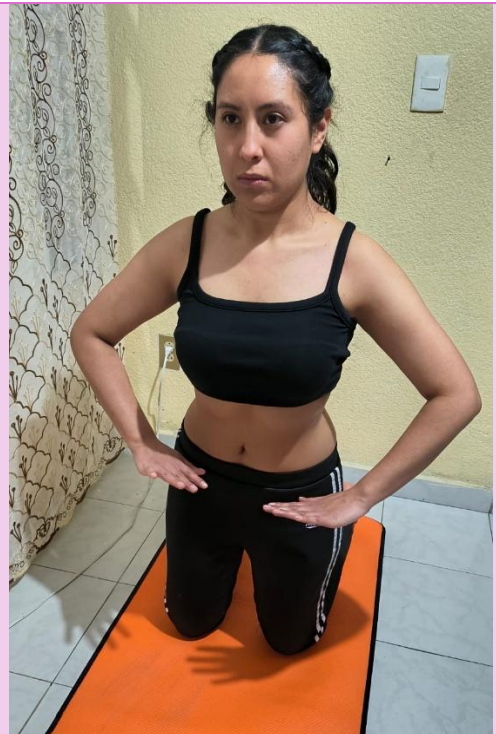
Posición inicial:

- Adoptar la posición de rodillas sobre el tapete, los dedos de los pies deberán de estar apoyados en el suelo.
- Alargar la columna, empuje del mentón hacia atrás, las manos deberán de estar a la altura de la cadera, con los codos flexionados y las palmas de las manos mirando hacia abajo.



Acción:

1. Inhalar durante cuatro segundos y exhalar durante seis segundos, completando cuatro ciclos de respiración.
2. Durante la cuarta exhalación mantener una apnea de diez segundos.



Realizar el ejercicio 4 veces.

Descansar durante 5 minutos antes de empezar el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- Se debe colocar en posición de ganeo, las palmas de las manos a la altura de los hombros con los dedos mirándose entres si y los dedos de los pies tocando el tapete.
- Mantener la espalda recta, alargando la columna y empujando el mentón hacia atrás.



Acción:

1. Inhalar durante cuatro segundos y exhalar durante seis segundos, completando cuatro ciclos de respiración.
2. Durante la cuarta exhalación realizar una apnea de doce segundos.



El ejercicio deberá realizarse 4 veces.

Semana 5 y 6

Ejercicios de Kegel combinados con Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Posición inicial:

- Adoptar la posición de gateo, el dorso de los pies deberá tocar el suelo.
- Los codos deben de estar extendidos, con las palmas de las manos tocando el suelo y los dedos mirando hacia enfrente.

Acción:

1. Inhalar aire, manteniendo la espalda sin movimiento, contrayendo y elevando la musculatura del suelo pélvico.
2. Exhalar lentamente, manteniendo la contracción durante quince segundos.
3. Al soltar la contracción, se deberá relajar la musculatura del suelo pélvico durante dieciocho segundos, entre cada contracción. Al terminar cada serie añadir tres contracciones rápidas.



Realizar 6 series de 5 contracciones, con 20 segundos de descanso entre cada serie. Descansar durante 3 minutos antes de empezar el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- De pie, con los brazos extendidos hacia atrás, estirando la espalda, empuje del mentón hacia atrás. Piernas ligeramente separadas y los dedos de los pies hacia adentro, como si se quisieran tocar.

Acción:

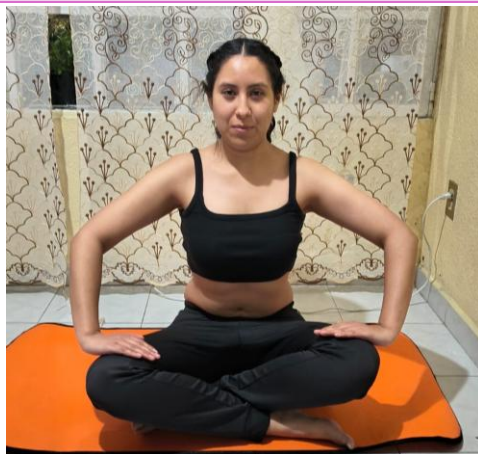
- Inhalar aire lentamente, contrayendo y elevando la musculatura del suelo pélvico.
- Exhalar lentamente, manteniendo la contracción durante diecisiete segundos.
- Relajarse durante veinte segundos, entre cada contracción. Al finalizar cada serie añadir cuatro contracciones rápidas.



Realizar 6 series de 6 contracciones, con 20 segundos de descanso entre cada serie. Descansar durante 4 minutos antes de empezar con el siguiente ejercicio.

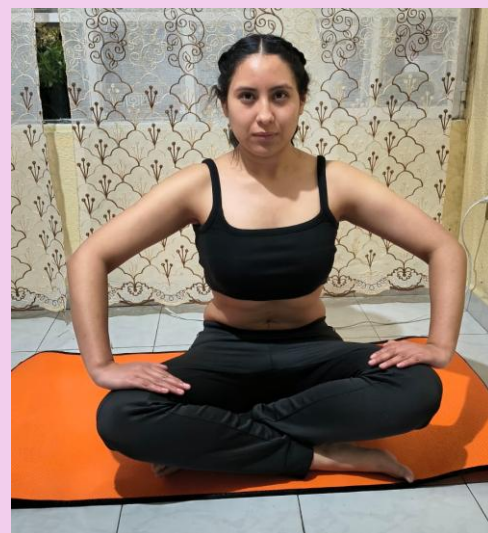
Posición inicial:

- Sentado sobre sus piernas cruzadas y la columna recta.
- Las manos apoyadas sobre las rodillas, con los codos flexionados.



Acción:

1. Inhalar durante seis segundos y exhalar durante ocho segundos, completando tres ciclos de respiración.
2. Durante la tercera exhalación mantener una apnea de catorce segundos.



El ejercicio deberá realizarse 4 veces.

Posición inicial:

- Deberá acostarse boca arriba, con las rodillas flexionadas y los talones tocando el tapete.
- La columna debe alargarse hacia arriba, empujando el mentón hacia atrás.
- Los codos deben de estar colocados hacia los lados, con las palmas de las manos mirando hacia arriba.



Acción.

1. Inhalar durante seis segundos y exhalar durante ocho segundos, completando tres ciclos de respiración.
2. En la tercera exhalación realizar una apnea de dieciséis segundos.



El ejercicio deberá realizarse 4 veces.

Semana 7 y 8

Ejercicios de Kegel combinados con Gimnasia Abdominal Hipopresiva

Posición inicial:

Mantener la postura boca arriba, con las rodillas dobladas y los pies apoyados en el suelo.

Los brazos extendidos a ambos lados.

Acción:

1. Inhalar aire y al soltarlo contraer los músculos del suelo pélvico durante un segundo. Relajarse durante dos segundos.
2. Nuevamente realizar una contracción de dos segundos y relajarse durante dos segundos.
3. Contraer tres segundos y relajarse durante dos segundos.
4. Contraer cuatro segundos y relajarse durante dos segundos.
5. Contraer cinco segundos y relajarse durante dos segundos.



Realizar 5 repeticiones, con 10 segundos de descanso entre cada serie.
Descansar durante 5 minutos antes de empezar con el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- Sentada en la orilla de la silla con los pies apoyados en el suelo, inclinándose hacia adelante.
- Las palmas de las manos tocando las rodillas.

Acción:

1. Inhalar aire y al soltarlo elevar poco a poco los músculos del suelo pélvico, como si fuera un ascensor.
2. Contraer el suelo pélvico durante un segundo, aumentar dos segundos, hasta llegar a los cinco segundos.
3. Relajarse durante cinco segundos entre cada contracción.



Realizar 5 serie de 10 contracciones, con 10 segundos de descanso entre cada serie. Descansar durante 5 minutos antes de empezar con el siguiente ejercicio.

Posición inicial:

- De pie con los pies apoyados en el suelo, ligera flexión de rodillas, inclinación del tronco hacia adelante.
- Las palmas de las manos deberán de estar colocadas en los muslos, los codos hacia los lados como si se fuera a empujar una pared.
- La columna recta y el mentón empuje hacia atrás.



Acción:

1. Inhalar durante cuatro segundos y exhalar durante ocho segundos, completando tres ciclos de respiración.
2. En la tercera exhalación realizar una apnea de dieciséis segundos.



El ejercicio deberá realizarse 5 veces.

Posición inicial:

- Sentada sobre el tapete, las rodillas ligeramente dobladas y los talones tocando el suelo.
- Espalda recta y elongada, el mentón empujando hacia atrás.
- Los codos doblados hacia los lados, las palmas de las manos tocando las rodillas.



Acción:

1. Inhalar durante cuatro segundos y exhalar durante seis segundos, completando tres ciclos de respiración.
2. En la tercera exhalación realizar una apnea de dieciocho segundos.



El ejercicio deberá realizarse 5 veces.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn.* 2002;21(2):167–78.
2. Goforth J, Langaker M. Incontinencia urinaria en mujeres. *Revista Médica de Carolina del Norte [Internet].* 2016 [citado el 23 de marzo de 2025];77(6):423–5. Disponible en: <https://doi.org/10.18043/ncm.77.6.423>
3. González-Ruiz de León C, Pérez-Haro ML, Jalón-Monzón A, García-Rodríguez J. Actualización en incontinencia urinaria femenina. *SEMERGEN - Medicina de Familia [Internet].* el 1 de noviembre de 2017 [citado el 19 de noviembre de 2024];43(8):578–84. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S113835931730028X>
4. Sangsawang B. Risk factors for the development of stress urinary incontinence during pregnancy in primigravidae: a review of the literature. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology [Internet].* 2014 [citado el 23 de marzo de 2025];178:27–34. Disponible en: <pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24784708/>
5. González-Maldonado LA, Erosa-Villareal RA, Janssen-Aguilar R, Laviada-Molina HA, Méndez-Domínguez NI. Incontinencia urinaria: factores de riesgo y frecuencia en mujeres mayores de 60 años, en el sureste de México. *Rev Mex Urol [Internet].* 2019 [citado el 19 de noviembre de 2024];79(3):1–14. Disponible en: <revistamexicanadeurologia.org.mx/index.php/rmu/article/view/408/782>
6. Hu JS, Fiore Pierre E. Urinary Incontinence in Women: Evaluation and Management [Internet]. Vol. 100. 2019 [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <www.aafp.org/afphttps://familydoctor.org/condition/urinary-incontinence/>.
7. Patricia D, Hernández B, Delgado M, Martínez L, Salinas Jesús, Valverde M, et al. Guía sobre incontinencia urinaria PACIENTES Y CUIDADORES [Internet]. [citado el 4 de abril de 2025]. Disponible en: <www.segg.es>
8. Bardsley A. An overview of urinary incontinence . *British Journal of Nursing [Internet].* 2016 [citado el 19 de noviembre de 2024];25(18):14–21. Disponible en: <pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27734727/>
9. Torres KL. U R O L O G Í A INCONTINENCIA URINARIA. 2016.
10. Sánchez S, Bintaned P, Biescas M, Bielsa E, Vicente B. Incontinencia urinaria. *Revista Sanitaria de Investigación [Internet].* 2024 [citado el 13 de noviembre de 2024];5:3. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/incontinencia-urinaria/>
11. Ramírez I, Blanco L, Kauffmann S. Rehabilitación del Suelo Pélvico Femenino. 1 ed. Barcelona: Editorial Médica Panamericana ; 2013.
12. Bonilla M, Calleja-Olvera J, García-Flores M, Garrido-Gómez R. Guía de Consulta para el Médico de Primer Nivel de Atención. Incontinencia Urinaria en la Persona Adulta Mayor. Secretaria de Salud [Internet]. 2010 [citado el 19 de noviembre de 2024]; Disponible en: cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/adulto/descargas/pdf/Guia_primer_nivel_incontinencia_urinaria.pdf

13. Salazar Porras D, Aguilar Hernández LM, González Alfaro FJ. Fisiopatología y tratamiento de la incontinencia urinaria en mujeres. *Revista Medica Sinergia*. el 1 de junio de 2023;8(6):e1066.
14. Téllez-Díaz Trujillo J, Aragón-Castro M, Vázquez-Niño L, Gutiérrez-Rosales R, Ruvalcaba-Oceguera G, Guerrero-Reyes G, et al. Aspectos actuales en el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres. *Rev Mex Urol [Internet]*. 2017 [citado el 14 de noviembre de 2024];77(5):411–8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-40852017000500411&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Romeo A, García Jessica, Remírez N, Sierra A, Alaya S, Nicoleta R. Tratamiento fisioterapéutico de la incontinencia urinaria . *Revista Sanitaria de Investigación [Internet]*. 2021 [citado el 13 de noviembre de 2024];2(11). Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/tratamiento-fisioterapeutico-de-la-incontinencia-urinaria/>
16. Berghmans B. El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urol Esp [Internet]*. 2006 [citado el 19 de noviembre de 2024];30(2):110–22. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062006000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
17. Gutke A, Homsí C, Seikkula V, Akushia G, Beyar N, Bekere S. Recommendations for Education in Pelvic and Women’s Health fields. *International Organization of Physiotherapists in Pelvic & Women’s Health [Internet]*. 2023 [citado el 19 de noviembre de 2024];1–4. Disponible en: www.ioppwh.org
18. Ramírez de Arellano Y. Disfunción del suelo pélvico y embarazo. *NPunto [Internet]*. 2021 [citado el 19 de noviembre de 2024];4(37):21–43. Disponible en: npunto.es/revista/37/disfuncion-del-suelo-pelvico-y-embarazo
19. Hansen J. *NETTER CUADERNO DE ANATOMÍA PARA COLOREAR*. 3rd ed. Barcelona: Elsevier; 2022.
20. Tortora G, Derrickson B. *Principios de Anatomía y Fisiología*. 13º ed. México: Editorial Médica Panamericana ; 2013.
21. García A, Del Olmo P, Carballo N, Medina M, González C. Reeducación del suelo pélvico. *Asociación Española de Enfermería en Urología [Internet]*. 2005 [citado el 19 de noviembre de 2024];(94):19–22. Disponible en: <C:/Users/cibbe/Downloads/Dialnet-ReeducacionDelSueloPelvico-3099456.pdf>
22. Álvarez-Tovar L. M., Gutiérrez-González A., García-Sánchez D., Pérez-Ortega R., Guillen-Lozoya A. Eficiencia de los ejercicios de Kegel, evaluada con estudio urodinámico en pacientes con incontinencia urinaria. *Rev Mex Urol [Internet]*. 2019 [citado el 6 de abril de 2025];79(2):1–8. Disponible en: scielo.org.mx/pdf/rmu/v79n2/2007-4085-rmu-79-02-e02.pdf
23. Huang YC, Chang KV. Kegel Exercises [Internet]. *StatPearls*; 2023 [citado el 6 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555898/>
24. Juárez-Jiménez M, De la cruz-Villamayor J, Baena-Bravo A. Puntos clave en los ejercicios de Kegel. *Med fam Andal [Internet]*. 2018 [citado el 7 de abril de 2025];19(1):53–8. Disponible en: samfyc.es/wp-content/uploads/2018/10/v19n1_10_repasaKegel.pdf

25. Karam D. Detección, Diagnóstico y Tratamiento Inicial de Incontinencia Urinaria en la Mujer. 2010;
26. Noa PBY, Vila GJM. Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva. Invest Medicoquir [Internet]. 2023 [citado el 20 de noviembre de 2024];12(3). Disponible en: medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=104321
27. Goncalves-Ferreira V. Las técnicas hipopresivas: Abordaje corporal, sus beneficios y posibilidades. En Actas Universidad Nacional de La Plata Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación [Internet]. 2023 [citado el 8 de abril de 2025]; Disponible en: memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.16555/ev.16555.pdf
28. Fuentes V., Venegas G. Rol del kinesiólogo en una unidad de piso pelviano. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2013 [citado el 8 de abril de 2025];24(2):305–12. Disponible en: sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701639#section-cited-by
29. Almirón M, Vázquez M. Gimnasia abdominal hipopresiva. Medicina clín soc [Internet]. 2020 [citado el 9 de abril de 2025];4(1):47–8. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2521-22812020000100047&lng=en.
30. Rial T., Villanueva C., Fernández I. Aproximación conceptual y metodológica al método hipopresivo. Revista Digital [Internet]. 2011 [citado el 9 de abril de 2025];(162). Disponible en: efdeportes.com/efd162/aproximacion-al-metodo-hipopresivo.htm
31. Rial T, Pinsach P. Principios técnicos de los ejercicios hipopresivos. Revista Digital [Internet]. 2012 [citado el 9 de abril de 2025];(172). Disponible en: efdeportes.com/efd172/los-ejercicios-hipopresivos-del-dr-caufriez.htm
32. Cabañas M, Chapinal A. Revisión de los fundamentos teóricos de la gimnasia abdominal hipopresiva. Apunts Med Esport [Internet]. 2014 [citado el 10 de abril de 2025];49(182):59–66. Disponible en: apunts.org/en-pdf-X0213371714195051
33. Sánchez M, González R, Hernández E. Importancia de las técnicas hipopresivas en la prevención de la incontinencia urinaria postparto. Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2014 [citado el 10 de abril de 2025];(8):34–46. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5538222
34. Flores M, Uclés V. Ejercicios hipopresivos: prescripción, técnicas y efectividad. Revista Clínica HSJD [Internet]. 2018 [citado el 10 de abril de 2025];(4):1–13. Disponible en: medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82211
35. AMEFI. Colegio Nacional de Fisioterapia y Terapia Física [Internet]. [citado el 20 de noviembre de 2024]. Disponible en: <http://www.amefi.com.mx/fisioterapia>
36. Horn H, Steinman H. Entrenamiento Médico en Rehabilitación. 1st ed. Barcelona: Paidotribo; 2005. 05–68 p.
37. Walker G. Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología. 2da ed. España: Editorial Elsevier; 2013.
38. Rial T, Pinsach P. Ejercicios Hipopresivos. España: Editorial La Esfera de los Libros; 2019.

39. Blanco M. Libro blanco de la fisioterapia pelviperineal. España: Editorial Krk Ediciones; 2022.