



UNIVERSIDAD ESPECIALIZADA DE LAS AMÉRICAS

Facultad de Ciencias Médicas y Clínicas

Escuela de Medicina Clínica y Rehabilitación

**Trabajo de Grado para optar por el título de Licenciada en
Fisioterapia**

Tesis

**Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico y Ejercicios
Hipopresivos Efectivos para la Incontinencia Urinaria Femenina**

Presentado por:

Pinzón Candanedo, Daricel Aramis 4-796-1086

Asesor:

Lic. Olmedo Guerra

Panamá, 2019

DEDICATORIA

A mis padres, por ser el pilar fundamental de mi carrera universitaria, por sus sabios consejos, su apoyo incondicional y su amor inmenso, que hicieron posible este gran sueño.

A todas aquellas personas, que dieron su apoyo, sus palabras de ánimo para que pudiera alcanzar esta meta.

(Daricel)

AGRADECIMIENTO

A mi Dios, todopoderoso, por haberme permitido culminar mi tesis.

A mi madre, por ser siempre mi guía, mi fuente de sabiduría.

A mi asesora, Dra. Iris Araúz de Pittí, por su apoyo, dedicación y paciencia durante el desarrollo del trabajo.

Al Lic. Julián Rodríguez, por su colaboración y disposición para realizar este estudio.

A todas las participantes voluntarias del Bishat Zona Fit, por su apoyo incondicional y colaboración, que sin ellas este estudio no hubiese sido posible.

(Daricel)

RESUMEN

La incontinencia urinaria, como se conoce, es la pérdida involuntaria de orina que puede ser causada por varios factores como: la edad, el embarazo, deporte de alto impacto, entre otros. El objetivo general de la investigación radica en comparar la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico vs los ejercicios hipopresivos como tratamiento conservador de la incontinencia urinaria femenina.

La población de estudio estuvo constituida por 35 mujeres, de la cual se seleccionó una muestra de 24, entre las edades de 25 a 67 años residentes en David, Chiriquí quienes asisten al programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico y ejercicios hipopresivos para la incontinencia urinaria en el gimnasio Bishat Zona Fit de esta ciudad.

Los instrumentos utilizados fueron la observación de campo y la encuesta, la cual se evaluó antes de iniciar la intervención y después de la aplicación de los ejercicios hipopresivos o del entrenamiento muscular del suelo pélvico, dando como resultado que el entrenamiento muscular del suelo pélvico es efectivo para la incontinencia urinaria.

Palabras claves: incontinencia urinaria, ejercicios hipopresivos, entrenamiento muscular del suelo pélvico, parto, severidad.

ABSTRACT

Urinary incontinence, as it is known, is the involuntary loss of urine that can be caused by several factors such as: age, pregnancy, high impact sport, among others. The general objective of the research is to compare the effectiveness of pelvic floor muscle training vs hypopressive exercises as a conservative treatment of female urinary incontinence.

The study population consisted of 35 women, from which a sample of 24 was selected, between the ages of 25 and 67 years residing in David, Chiriquí who attend the pelvic floor muscle training program and hypopressive exercises for urinary incontinence in the gym Bishat Zona Fit of this city.

The instruments used were the field observation and the survey, which was evaluated before starting the intervention and after the application of hypopressive exercises or pelvic floor muscle training, resulting that pelvic floor muscle training being effective for urinary incontinence.

Keywords: urinary incontinence, hypopressive exercises, pelvic floor muscle training, childbirth, severity.

CONTENIDO GENERAL

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 Planteamiento del Problema:	11
1.2 Justificación.....	15
1.3 Hipótesis	17
1.4 Objetivos	17
1.4.1 Objetivo General:	17
1.4.2 Objetivos Específicos:.....	17
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	20
2.1 Incontinencia urinaria	20
2.1.1 Definición	20
2.1.2 Bases anatómicas.....	21
2.1.3 Neurofisiología de la Micción	24
2.1.4 Fisiopatología de la incontinencia urinaria	26
2.1.5 Tipos de incontinencia urinaria.....	28
2.2 Entrenamiento Muscular del suelo pélvico	29
2.2.1 Origen.....	29
2.2.2 Principios y bases para el entrenamiento muscular del suelo pélvico.....	30
2.2.3. Indicaciones	32
2.2.4. Beneficios	32
2.2.5. Dosificación	32
2.2.6. Ejercicios básicos para entrenamiento muscular del suelo pélvico	33
2.3 Ejercicios Hipopresivos	41
2.3.1 Origen.....	41
2.3.2 Definición	42
2.3.3 Pautas técnicas de los ejercicios hipopresivos.....	42
2.3.4 Beneficios al realizar los ejercicios hipopresivos	43
2.3.5 Indicaciones de los ejercicios hipopresivos	44

2.3.6	Contraindicaciones de los ejercicios hipopresivos.....	44
2.3.7	Dosificación	45
2.3.8	Ejercicios hipopresivos.....	45
CAPÍTULO III	MARCO METODOLÓGICO	51
3.1	Diseño de investigación	51
3.2	Población o universo	52
3.3	Variables	52
3.4	Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos y/o materiales y/o equipos y/o insumos y/o infraestructura que se va a realizar	55
3.5	Procedimiento	57
CAPÍTULO IV:	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	60
CONCLUSIÓN	116
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....		118
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		119
INFOGRAFÍA		119
ANEXOS		
ÍNDICE DE CUADROS		
ÍNDICE DE GRÁFICAS		

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria en la mujer como se conoce es la pérdida de orina que puede estar causado por diferentes factores ya sea la edad, el parto, deportes de alto impacto, entre otros. Dado así, la prevalencia de incontinencia urinaria cada día es mayor tanto en mujeres jóvenes como adultas mayores.

El entrenamiento muscular del suelo pélvico o ejercicios de Kegel es una línea conservadora de tratamiento para la incontinencia urinaria y entre otras disfunciones del suelo pélvico. Por su evidencia a través de los años se ha demostrado la eficacia de estos ejercicios para tratar este problema higiénico-social. Al igual que los ejercicios hipopresivos por su efecto principal de disminuir la presión intraabdominal, se obtiene una contracción involuntaria del suelo pélvico, mejorando la tonicidad de los músculos de esa área.

En este estudio se procura demostrar cuál de los dos ejercicios es más eficaz para tratar la incontinencia urinaria tal como se desarrolla en los diferentes capítulos.

En el primer capítulo se abordan los aspectos generales de la investigación como el problema general y la justificación del problema donde se presenta un amplio argumento sobre la importancia de la rehabilitación del suelo pélvico femenino. Además, se encuentra la parte fundamental que da inicio a un abordaje del estudio como son los objetivos de la investigación y la hipótesis que se desarrolla para luego comprobar cuál es válida o rechazada.

El segundo capítulo, se conforma del marco teórico de la investigación desarrollado de una manera clara y concisa según las variables independientes y dependientes, aportando el enriquecimiento teórico y necesario por medio de bases científicas para la explicación del fundamento de la investigación, dando respuesta a la interpretación de los resultados.

En el tercer capítulo, se presenta el marco metodológico, dando explicación a los elementos de la investigación y su estructura organizativa, también da base a la solución del problema general de la investigación y la obtención de información por medio de recursos o técnicas de recolección de datos.

En el cuarto capítulo, se desarrolla el análisis y discusión de resultados, donde se describe estadísticamente los resultados obtenidos del estudio y dando comprobación de la hipótesis planteada. Se analiza e interpreta los hallazgos pertinentes de la investigación relacionados con los objetivos propuestos y la teoría del marco teórico.

Por último, se aprecia las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas, los índices de cuadro y los índices de gráficas. Se espera con este trabajo dar un aporte a la comunidad científica como también para consulta relacionado con este campo de la fisioterapia.

CAPÍTULO I

CAPÍTULO I: ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema:

El entrenamiento muscular del suelo pélvico ha sido una de las técnicas más conservadoras y extendida por todo el mundo con una amplia gama de evidencia científica, pero con respecto al ejercicio hipopresivo existen escasas evidencias científicas y no específicas para la incontinencia urinaria de esfuerzo. La prevalencia de la incontinencia urinaria es variable en diferentes estudios o autores. Las mujeres que padecen de incontinencia urinaria tienen un impacto negativo en el entorno social, emocional y psicológicamente, ya que afecta su estilo de vida.

La incontinencia urinaria sigue afectando higiénica y socialmente a las mujeres entre los 20 y 50 años, un porcentaje del 2,5% de la población general. Esta anomalía no solo afecta a mujeres con más de 40 años; sino que también a las de 20 años en la cual se ha visto una prevalencia entre el 25 % y el 45 % (Rebollo, Sánchez, Monje, & To., 2003). Mujeres que padecen de incontinencia urinaria en el nivel global se obtuvo una prevalencia del 35%. España siendo el país de prevalencia más baja con un 23%, le sigue Alemania con un 41%, Reino Unido con un 42% y Francia con la prevalencia más alta de un 44%.

En un estudio realizado en 2006, 115 mujer con parto en el Hospital Regional de Antofagasta se aplicó la ICIQ-SF validada para la población chilena para estimar la prevalencia de la incontinencia urinaria dio como resultado de 72,1 %, en mujeres multigestas (75,4 %) y en las primigestas 65,2 %. Se obtuvo que el 72,8 % fue por parto vaginal. La frecuencia de incontinencia de esfuerzo en las primigestas fue de un 19,6 %, ligeramente superior al de las multigestas, con un 18,8 %. (Díaz Ramírez, Fuentes Díaz, Rivadeneira Rozas, & Acuña Pinto, 2017).

El entrenamiento muscular del suelo pélvico en la mujer en general, pretende mejorar la función de sostén vesical. Consiste en realizar contracciones de forma

repetida de la musculatura del suelo pélvico para mejorar el tono, fuerza y la resistencia muscular. Muchos autores recomiendan como primera línea el entrenamiento del suelo pélvico como tratamiento conservador de la incontinencia urinaria durante un programa mínimo de 3 meses, y da mejores resultados si el tratamiento es supervisado por el fisioterapeuta con un porcentaje de éxito del 56-75% (Carrasco & Cantalapiedra, 2012).

Estos ejercicios activos vienen desde el año 1948 por el Dr. Kegel con una amplia evidencia científica y como el protocolo más adecuado en cuanto a la duración y repeticiones, para fortalecer la musculatura del suelo pélvico con cargas progresivas, presentando muy buenos resultados para el tratamiento y prevención de la incontinencia urinaria de esfuerzo con una mejoría hasta el 84%. Los ejercicios del suelo pélvico tienen un nivel de evidencia II a, Grado de recomendación B, con una curación subjetiva de incontinencia urinaria de esfuerzo a corto plazo de 21% y mejoría de 69%.

Es muy recomendable el biofeedback como una señal visual, auditiva o táctil para facilitar al paciente el aprendizaje, porque ayuda al reconocimiento de las estructuras del suelo pélvico (Pilar, Gorbea, De la Cruz, & Ramirez, 2009). Según Tomoe Hirakawa et al (2013), puede ser útil para mujeres con muy poca fuerza al iniciar el programa de ejercicios y ayudar a su aprendizaje. Sobre todo, a mujeres que tienen dificultad inicial; y mantener la motivación en el cumplimiento del programa (Prieto, 2019).

En 1980, surgieron las técnicas Hipopresivas creadas por el Dr. Marcel Caufriez que se basan en la sinergia entre la musculatura abdominal y la pélvica, (Pinsach & Rial, 2012) con el objetivo principal de recuperar los músculos abdominales de las mujeres tras el parto sin producir un aumento de presión intraabdominal, al mismo tiempo prevenir las disfunciones del suelo pélvico, como la incontinencia urinaria de esfuerzo o el prolapso de órganos pélvicos, ayudando en sí en el fortalecimiento de la musculatura abdominal, contrayendo de manera involuntaria

la musculatura del suelo pélvico, produciendo un ascenso del diafragma que succiona las vísceras pélvicas.

Algunos estudios presentados por Liliana Stüpp, Ana Paula Magalhães Resende et al (2011) observaron que la activación del transverso se activa significativamente más durante los hipopresivos, que durante ejercicio de suelo pélvico aislado (Prieto, 2019).

En 2011, estos autores Stüp et al Mostraron por medio de electromiografía la activación de los músculos del suelo pélvico y del músculo transverso abdominal durante un ejercicio hipopresivos (Navarro Brazalez, 2017).

Se mencionan investigaciones como la de Amóstegui y Azcúe et al (2015), los cuales realizaron una propuesta de tratamiento para la Incontinencia Urinaria posparto, la cual consta de la combinación de gimnasia abdominal hipopresiva y entrenamiento muscular del suelo pélvico. Se demostró que la aplicación de estas dos técnicas favorece al aumento de la coordinación en la hora de realizar las contracciones de la musculatura del suelo pélvico. (Flores López & Uclés Villalobos, 2018).

En los resultados del estudio de Bernardes y col. (2012) se demostró un mejoramiento del 50%, del grupo que realizó solo el entrenamiento muscular del suelo pélvico mientras que, el grupo de hipopresivos solo obtuvo un 20% de mejoría (Díaz Águila, 2012).

En un estudio de Martínez y Alonso (2012) aplicado a los ejercicios hipopresivos, el cual fue realizado con mujeres de aproximadamente 58 años de edad, quienes presentaban síntomas de incontinencia urinaria, se mostró una disminución en la frecuencia de pérdida de orina y en la frecuencia miccional nocturna. Aquellas que, realizaron ejercicios durante 3 meses obtuvieron una disminución total de la frecuencia de la orina, con una mejoría del 52% de incontinencia urinaria (Coscarón Molano, 2013).

La incontinencia urinaria de esfuerzo es el tipo más frecuente, con un 54% en mujeres de 25 a 65 años, además de la incontinencia urinaria mixta. En Estados Unidos se ha registrado que solo 25% de las mujeres buscan atención médica. Y el inicio de esta molestia, durante el primer embarazo o puerperio conlleva un mayor riesgo de síntomas de mayor duración, hasta 12 años.

En Estados Unidos se realizó un estudio sobre la prevalencia de la incontinencia urinaria según las edades; este dio como resultado que solo las mujeres entre las edades de 20 a 39 años, que no han tenido hijos, un 7% han padecido de incontinencia urinaria; entre las edades de 40 a 59 años con un 17%; entre los 60 a los 79 años con un 23% y en mujeres más de 80 años con un 32% (García-Sánchez, 2015).

Otro dato importante, Según Keane, la incontinencia de orina puede ocurrir en pacientes nulíparas, pero es más común en multíparas debido a la denervación y reinervación del piso de la pelvis después de un parto vaginal. (Díaz Ramírez, Fuentes Díaz, Rivadeneira Rozas, & Acuña Pinto, 2017).

1.1.1 Problema de Investigación

A pasar de los años se ha visto un aumento significativo en la prevalencia de la incontinencia urinaria en mujeres tanto en jóvenes y en adultos mayores, por consiguiente, uno de los factores relevantes de sufrir lesiones en la musculatura del suelo pélvico es el embarazo y el parto.

Cualquier tipo de incontinencia urinaria causado por estos diferentes factores no constituye un peligro de muerte para la mujer, pero si puede afectar la vida diaria de manera considerable y por ende es un motivo suficiente para buscar ayuda médica, ya que podría tratarse de un síntoma ya sea de una severidad leve que puede llegar a ser más grave y por consecuencia requerirá tratamiento fisioterapéutico desde el primer momento de su evolución.

El problema general de la investigación es:

¿Existe efectividad en el entrenamiento muscular del suelo pélvico vs los ejercicios hipopresivos como tratamiento conservador de la incontinencia urinaria femenina?

- Subproblemas

¿Cuál es la disfunción de incontinencia urinaria que tienen las pacientes en el gimnasio Bishat Zona Fit?

¿Qué severidad de incontinencia urinaria manifiestan las pacientes en el gimnasio Bishat Zona Fit?

¿Cuáles son los procedimientos utilizados para realizar el entrenamiento muscular del suelo pélvico, con mujeres, en el gimnasio Bishat Zona Fit?

¿Cuáles son los procedimientos utilizados para realizar los ejercicios hipopresivos, con mujeres, en el gimnasio Bishat Zona Fit?

¿Cuáles son las evidencias de mejoramiento de la incontinencia urinaria, de la mujer luego del entrenamiento muscular del suelo pélvico en el gimnasio Bishat Zona Fit?

¿Cuáles son las evidencias para el mejoramiento de la incontinencia urinaria, de la mujer luego de los ejercicios hipopresivos en el gimnasio Bishat Zona Fit?

1.2 Justificación

Actualmente, la mayor parte de las mujeres sufren disfunciones del suelo pélvico después del parto, por lo tanto, la importancia del cuidado del suelo pélvico se necesita en esta población. Algunas disfunciones del suelo pélvico son: la incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapsos de las vísceras pélvicas, diastasis abdominal, disfunciones sexuales, debilidad de la faja abdominal y musculatura perineal. Pero, solo se enfoca a la incontinencia urinaria ya que es con frecuencia un síntoma multifactorial que afecta mayoritariamente a las mujeres. Para la International Continence Society, (Grosse & Sengler, 2001), la incontinencia urinaria es una condición involuntaria de pérdida de orina, en la cual

constituye un problema higiénico o social. En la actualidad tiene un impacto en el contexto de repercusión social, pero es considerado como un síntoma normal e inevitable y hasta muchas veces suelen pensar que no hay alternativa terapéutica para mejorar su condición. Siendo la más frecuente la incontinencia urinaria de esfuerzo y supone el 10-39%. (González-Ruiz de León, 2017).

Es de suma importancia la intervención fisioterapéutica para el mejoramiento del tono muscular, resistencia y fuerza muscular del piso pélvico, también como prevención de futuras complicaciones, o hasta pasar de una incontinencia leve a una incontinencia de grado muy severo. Más del 70% que padecen incontinencia urinaria no acuden al servicio médico, y que se puede prolongar con la edad si no se trata a tiempo (Grosse & Sengler, 2001).

La rehabilitación del suelo pélvico tiene muchos beneficios, pero la mayoría de las mujeres no saben el por qué es necesario la rehabilitación y en su beneficio para la salud. Por ende, el entrenamiento muscular del suelo pélvico se recomienda de primera mano como tratamiento conservador de la musculatura del suelo pélvico.

A lo largo del tiempo, se ha extendido por el mundo las técnicas hipopresivas por el menor riesgo que supone para la musculatura perineal, que buscan disminuir la presión intraabdominal y activar la musculatura abdominal al mismo tiempo con una reeducación global postural, activando indirectamente la musculatura del suelo pélvico y transversal del abdomen.

En una revisión sistemática de un estudio para evaluar la efectividad de la gimnasia hipopresiva frente a los protocolos de tratamiento convencionales, concluyeron que la gimnasia hipopresiva no es una alternativa por sí sola para sustituir al fortalecimiento clásico del suelo pélvico para tratar la incontinencia urinaria de esfuerzo. (Prieto, 2019).

Por lo tanto, se necesita investigación adicional de los ejercicios hipopresivos para examinar la repercusión de la incontinencia urinaria en la mujer, para llevar a cabo

la investigación contaremos con dos grupos de pacientes: el primer grupo que realizará el entrenamiento muscular del suelo pélvico y el segundo grupo solo realizará los ejercicios hipopresivos.

1.3 Hipótesis:

Hi: El entrenamiento muscular del suelo pélvico es eficaz para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

Hi: Los ejercicios hipopresivos son eficaces para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

H0: El entrenamiento muscular del suelo pélvico no es eficaz para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

H0: El ejercicio hipopresivo no es eficaz para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

1.4 Objetivos

Para dirigir en esta investigación se muestra estos objetivos:

1.4.1 Objetivo General:

- Comparar la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico vs los ejercicios hipopresivos como tratamiento conservador de la incontinencia urinaria femenina.

1.4.2 Objetivos Específicos:

- Identificar la disfunción de la incontinencia urinaria en las pacientes atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.
- Especificar la severidad de la incontinencia urinaria en mujeres nulíparas y multíparas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

- Detallar los procedimientos utilizados para realizar el entrenamiento muscular del suelo pélvico en la mujer en el gimnasio Bishat Zona Fit.
- Determinar los procedimientos utilizados para realizar los ejercicios hipopresivos en la mujer en el gimnasio Bishat Zona Fit.
- Demostrar las evidencias en el mejoramiento de la incontinencia urinaria de la mujer luego del entrenamiento muscular del suelo pélvico en el gimnasio Bishat Zona Fit.
- Señalar las evidencias en el mejoramiento de la incontinencia urinaria de la mujer luego de los ejercicios hipopresivos en el gimnasio Bishat Zona Fit.

CAPÍTULO II

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 Incontinencia urinaria

2.1.1 Definición

La incontinencia urinaria es parte de las disfunciones del suelo pélvico femenino, según (Robles, Sanchez De la Muela, Meldaña, & Walker, 2006), se define como “Un síntoma o un signo” (p. 241). Esto que afirma el autor puede ocasionarlo diferentes factores como el parto, deportes de alto impacto, el estreñimiento, la edad, su estilo de vida sedentario hasta enfermedades pulmonares que pueden ocasionar esfuerzos repetitivos producto de la tos. No solo la incontinencia urinaria afecta estructuralmente nuestro suelo pélvico considerándolo como un riesgo a lo largo de la vida, sino que afecta a la mujer psicológica y emocionalmente llevándola al aislamiento social.

Por ende, la mejor definición según (Grosse & Sengler, 2001), se constituyó en 1973 por la International Continence Society (ICS), que integra la repercusión social, “Para la ICS, la incontinencia urinaria es una condición de pérdida involuntaria de orina que constituye un problema higiénico-social y puede ser demostrado objetivamente” (p. 1).

Para entender un poco mejor la Incontinencia Urinaria, se tiene otra definición en un sentido más amplio, según (Robles, Sanchez De la Muela, Meldaña, & Walker, 2006) señala:

Se puede decir que es la pérdida involuntaria de orina frecuente, grave, que en ocasiones se da por esfuerzos, por un deseo fuerte o urgente de orinar, que supone un gran impacto social e higiénico, modificando la calidad de vida del paciente, obligando a adoptar determinadas medidas como utilizar pañales y en ocasiones a buscar ayuda profesional. (p. 241)

Como ya se sabe la incontinencia urinaria es una pérdida de orina involuntariamente y se puede deber por cambios fisiológicos de los diferentes

elementos de soporte ante el aumento de la presión intraabdominal o ante un esfuerzo físico.

Para Robles *et al* (2006), señala que “La pérdida de soporte anatómico de la uretra, vejiga, y la unión uretrovesical es el factor más etiológico más importante” (p.242).

2.1.2 Bases anatómicas

Es muy común la debilidad del suelo pélvico para las mujeres que padecen la incontinencia urinaria causado por la distensión de los músculos, ligamentos y fascias que puede causar un aumento de la movilidad uretral y para aquellas mujeres que tienen su sistema muscular y ligamentaria correcto y funcional y padecen de incontinencia urinaria se puede deber por una disfunción del esfínter uretral interno es incapaz de cerrarse durante un esfuerzo y provoca la pérdida orina.

La pelvis femenina constituye la parte inferior del abdomen, suele ser más ancha y espaciosa a diferencia de la pelvis masculina porque Morfológicamente se relaciona con la gestación y el parto. Afirma (Murillo, Robles, & Walker, 2006) que “La pelvis femenina cuenta con un espacio interior superior al de la masculina y sus articulaciones tienen mayor movilidad, más pronunciada durante el embarazo y el parto” (p. 8).

Además de que la pelvis sirve de soporte de las vísceras abdominopélvicas también desempeña funciones urogenitales, digestivas, sexuales y reproductoras. Para entender anatómicamente como está formada la pelvis, los autores (Meri, Moreno, & Porta, 2014) explica:

La pelvis está formada por los dos husos coxales, que componen la cintura pélvica y relacionan los miembros inferiores con el tronco, el sacro y el cóccix. Los huesos coxales se forman por la fusión de los huesos íleon, isquion y pubis; y se articulan entre sí a través de la sínfisis del pubis. A través de las articulaciones sacroiliacas como el ligamento sacroespinoso que cierra la escotadura ciática mayor, el ligamento sacrotuberoso que cierra la escotadura ciática menor y el ligamento iliolumbar se relacionan con el íleon con las últimas apófisis lumbares. (p. 3)

La pelvis ósea está dividida por dos estrechos descritos por (Murillo, Robles, & Walker, 2006) mencionan que “la pelvis mayor o falsa y pelvis menor o verdadera” (p. 7). En cada cavidad se alojan diferentes órganos pélvicos como los órganos abdominales y digestivos se albergan en la pelvis mayor y los órganos urogenitales y la parte final del tubo digestivo se albergan en la pelvis menor. Referente a esto, según estos autores (Meri, Moreno, & Porta, 2014) explican detalladamente “la pelvis menor femenina contiene, de adelante a atrás, la vejiga urinaria, el útero, las trompas uterinas y el recto” (p. 6).

Los órganos urinarios desempeñan un papel importante en el mecanismo de la continencia urinaria, por ende, nos centraremos en la vejiga y la uretra que son los órganos de más intereses para el fisioterapeuta.

- La vejiga: tiene la función de almacenar orina, a medida que se llena en que existan ligamentos laterales que dan la estabilidad y el soporte de la vejiga. Estos mismos autores Meri *et al* (2014) explica que:

La vejiga urinaria está formada por una capa mucosa, compuesta por tejido epitelial de transición, una capa submucosa y una capa muscular que corresponde al músculo detrusor. La vejiga se sitúa en la región anterior de la pelvis menor, justo por detrás de la sínfisis del pubis y queda fijada por el ligamento pubovesical, que une la sínfisis del pubis con el cuello de vejiga urinaria, también refuerzan la estabilidad de los ligamentos umbilicales medio y mediales. En la parte inferior se encuentran los orificios uretrales interno y externo. (p. 9)

La cantidad de orina almacenada en la vejiga depende de la capacidad fisiológica de la persona. Expresa (Murillo, Robles, & Walker, 2006) que “Su capacidad varía entre 2 y 3 litros de capacidad máxima y entre 150 y 500 ml de capacidad fisiológica” (p. 12).

- La uretra: es el conducto que se conecta con la vejiga. Afirma (Meri, Moreno, & Porta, 2014) que “la uretra es un conducto de unos 4 cm que conecta con la vejiga (orificio uretral interno) con el orificio uretral externo, situado sobre el vestíbulo vaginal” (p. 10).

El mecanismo de cierre de la uretra garantiza a la mujer la retención de la orina en un tiempo determinado. Este mismo autor menciona que:

El cierre uretral se realiza mediante un mecanismo triple: musculatura estriada, musculatura lisa y elementos vasculares situados en la submucosa. La uretra contiene fibras que proceden del músculo destrusor, en la uretra membranosa que a través el diafragma urogenital que está constituido por el músculo compresor de la uretra y esfínter uretrovaginal, por último, los vasos submucosos colapsan las paredes de la uretra y proporcionan un sistema de continencia débil. (p. 10)

El esfínter urogenital está formado por fibras musculares estriadas importante para el mecanismo de cierre. Afirma (Murillo, Robles, & Walker, 2006) que “El esfínter urogenital proporcionan el mecanismo de cierre de reserva en el 50% de las mujeres con insuficiencia del cuello vesical” (p. 15).

Cabe de destacar, que el aparato reproductor femenino forma parte de la pelvis menor en la que Meri *et al* (2014) menciona que “Se componen de los ovarios, trompas uterinas, el útero, la vagina y órganos genitales externos” (p. 10).

La región perineal se divide en dos partes: una anterior y la otra posterior. Estos mismos autores Meri *et al* (2014) describe que:

El periné es la región formado por tejidos blandos que se sitúa superficial con respecto a la capa muscular del diafragma pélvico y cierre caudal a la pelvis menor y se divide en 2 triángulos por la línea imaginaria transversal que une los extremos anteriores de las tuberosidades isquiáticas que son: el triángulo anal que corresponde a la región anal y el triángulo urogenital corresponde a la región urogenital. El punto central de la línea corresponde el centro del periné. (p. 17)

2.1.3 Neurofisiología de la Micción

Para la incontinencia urinaria es muy importante la coordinación fisiológica de la musculatura lisa y estriada de la vejiga, el esfínter uretral, la uretra y el suelo pélvico, que forman parte del tracto urinario inferior, esta última están completamente relacionadas entre sí para el almacenamiento y vaciado de la vejiga tengan un control voluntario. Para poder alcanzar una continencia perfecta, se debe lograr un llenado vesical adecuado con presiones intravesicales bajas.

Para estos autores (Walker, y otros, 2013), “La coordinación de estos órganos se da a través de un sistema de control neural, localizado en la corteza cerebral, la medula espinal y el sistema nervioso periférico” (p. 35). Y para los procesos de almacenamiento y de vaciado de la vejiga dicen que “Están coordinados por el sistema nervioso simpático, parasimpático y somático a través de numerosos neurotransmisores como la adrenalina, acetilcolina, la serotonina, la histamina, la dopamina, el trifosfato de adenosina y el ácido glutámico, entre otros” (p. 35).

Estos autores (Walker, y otros, 2013) también describen los mecanismos neurofisiológicos de la micción ya que regulan las funciones urinarias para que realicen adecuadamente las fases de llenado y vaciado de la vejiga.

El núcleo simpático se localiza en las espinas toracolumbares T10 a L2 de la medula espinal mediado por el nervio hipogástrico, encargado de inhibir el músculo destructor de la vejiga y contraen el esfínter uretral interno de la vejiga. La actividad simpática actúa sobre receptores adrenérgicos B, estos se distribuyen por el cuerpo vesical, y los Adrenérgicos a, se encuentran sobre el cuello vesical, el trigono y la uretra.

El núcleo parasimpático se localiza en S2-S4 de la medula sacra, tiene como función de contraer el musculo destructor de la vejiga. Sus receptores son colinérgico tipo muscarínicos. (p. 35)

Pero para Robles *et al* (2006), describen de una manera más detallada el núcleo simpático y parasimpático.

En el núcleo Simpático, los receptores adrenérgico B, se localizan en el destrusor vesical y tiene acción inhibitoria, este receptor tanto el adrenérgico a, estimulan la contractibilidad de la uretra y el cuello vesical incrementando la presión.

En el núcleo parasimpático, el estímulo parasimpático esta mediado por los receptores muscarínicos y su neurotransmisor es la acetilcolina, además de su actividad contráctil del destrusor, también incrementa la presión vesical y facilita el vaciado de la vejiga. (pp. 240-250)

El ciclo miccional descrito por Robles *et al* (2006), se divide en dos fases: la fase de llenado y la fase de vaciado.

En la fase de llenado vesical predomina la actividad simpática, la presión intravesical es baja; se contrae el esfínter uretral, y el suelo pélvico, pero se relaja el destrusor. Esta fase comienza a cambiar cuando alcanza un llenado a los 150 – 250 ml. Y es donde da la sensación de necesidad de orinar. Cuando se alcanza más de 400 – 600 ml. Se llega a la máxima capacidad vesical.

En la fase de vaciado se produce un deseo fuerte de orinar y es acompañado de una relajación del esfínter uretral, el suelo pélvico y una contracción simultanea del destrusor. (p. 251)

Cabe de resaltar que la presión intravesical juega un papel importante en la micción voluntaria en los adultos, según estos mismos autores describen que:

En los adultos, el factor desencadenante de la micción voluntaria es la presión intravesical, que determina la sensación de distensión vesical. Aun cuando el origen del nervio pélvico, impulso nervioso parasimpático hacia la vejiga, se localiza en la medula sacra, el verdadero responsable del reflejo de la micción en el sistema nervioso central. (p. 251)

En cambio para (Walker, y otros, 2013), describen el comportamiento de los receptores propioceptivos en las fases de llenado y de vaciado.

Durante la fase de llenado vesical, se produce el estiramiento de fibras elásticas hasta un límite en que participan las fibras de colágeno, manteniendo un tono constante, es lo que se denomina acomodación. A medida que se llena la vejiga sobrepasando el volumen de 150-200 ml., se empiezan a estimular los receptores de distensión del órgano que envía información de tensión a la protuberancia y la corteza cerebral; esta información desencadena el primer deseo miccional. Luego de forma refleja el sistema nervioso autónomo aumenta el tono del esfínter interno e inhibe la actividad parasimpática evitando la micción. Además, si la persona no desea miccional, se activa voluntariamente el esfínter uretral externo, manteniendo inhibido la contracción del destrusor.

El nivel de orina varía según la edad y de los hábitos adquiridos, entre 350 y 600 ml., se produce la fase igual que para los 200 ml., solo que la respuesta cortical voluntaria es la de iniciar la micción, en cambio para un volumen de 150 – 200 ml., la respuesta cortical puede facilitar o inhibir este reflejo de forma voluntaria.

En la fase de vaciado predomina la actividad parasimpática, se produce la contracción del destrusor mediado por los estímulos colinérgicos, a la vez se inhibe la acción del sistema simpático y causa apertura del cuello vesical, uretral y posteriormente la salida de la orina. (p. 36)

2.1.4 Fisiopatología de la incontinencia urinaria

Existen numerosos factores que contribuyen en la incontinencia urinaria como pérdida de fuerza o tono muscular del suelo pélvico, hipermovilidad uretral, alteraciones del colágeno, disinergias musculares; sin olvidar que la edad, parto, esfuerzos repetitivos, el estreñimiento y la obesidad contribuyen aún más a la incontinencia urinaria. Con respecto a los factores de la incontinencia urinaria (Walker, y otros, 2013) mencionan que “la interacción de todos los posibles factores y lo describen en factores estructurales y factores modificables” (p. 37).

- Factores Estructurales

- Sistema de cierre uretral intrínseco: según Walker *et al* (2013) “El déficit esfinteriano intrínseco suele estar relacionado con una disminución de la capacidad de cierre uretral, tanto en reposo como ante mínimos esfuerzos. Está relacionado por una posible fibrosis de la pared uretral o denervación tras una cirugía radical” (p. 37).

Según algunas teorías, descrito por Robles *et al* (2006) afirma que:

El cierre del cuello vesical y de la uretra proximal es esencial en el mantenimiento de la continencia. Si ha llegado a demostrar que la mitad de las mujeres tiene abierto el cuello vesical durante la tos y que alrededor del 20% de mujeres jóvenes nulíparas y asintomáticas lo tienen abierto incluso en reposo. Por tanto, cuando el cuello vesical no funciona correctamente, los esfínteres estriados urogenitales proporcionan un mecanismo secundario de continencia. (p. 253)

- Sistema del soporte uretral: la distensión y la rotura del sistema de soporte uretral y de la vejiga producen una hipermovilidad en estas estructuras, lo que compromete el cierre uretral durante los esfuerzos.

Según Robles *et al* (2009) describe que:

El mecanismo extrínseco de la continencia se fundamenta en dos partes: las estructuras de soporte de las vísceras pélvicas y la pared vaginal anterior, esta última sirve de soporte a la uretra y al uso de la vejiga y transmite las fuerzas musculares de apertura y cierre de la uretra. (p. 254)

- Sistema de estabilización lumbopélvica: se debe a las diferentes alteraciones de la estabilización lumbopélvica ya sea articular o muscular que conlleva a la inestabilidad lumbopélvica. según Grewar, (Walker, y otros, 2013) cita “patologías tipo articular, la estenosis y surgen que la diastasis abdominal podría estar relacionado con la incontinencia urinaria debido a la alteración de la transmisión de las presiones sobre la lumbopélvica” (p. 38).

- Factores modificables:
 - Déficit en el control motor: algunas mujeres no son capaces de contraer su suelo pélvico correctamente, en lo que muchas veces contraen otros grupos musculares como los glúteos, aductores, rectos del abdomen, en vez de la musculatura pubococcigea.
 - Déficit en el sistema músculofascial: para la correcta funcionalidad de un músculo es imprescindible que disponga de fuerza y tono; además que no exista adherencia ni fibrosis.

- Factores conductuales:

Hay varios factores que podría alterar la funcionalidad de la actividad del suelo pélvico y pueden combinarse con los déficits estructurales.

2.1.5 Tipos de incontinencia urinaria

- Incontinencia urinaria de esfuerzo: según la International Urogynecological Association (IUGA) y la International Continence Society mencionado por (Sanchez & Espuña, 2014) “Es la percepción de escape de la orina con el esfuerzo como la tos, estornudos, o actividades deportivas” (p. 28).
Por lo tanto, la pérdida de soporte vesical, de la uretra causado por la distensión de músculos, ligamentos o fascias pueden ser un factor importante ante realizar un esfuerzo. Afirman, Robles *et al* (2006) que “La distensibilidad uretral es clave para la continencia urinaria durante el esfuerzo” (p. 249).
- Incontinencia urinaria de urgencia: es el escape de orina con un deseo fuerte de orinar. Afirma (Sanchez & Espuña, 2014) que “Es la pérdida involuntaria de orina acompañada inmediatamente de un deseo intenso de orinar” (p. 28).
- Incontinencia urinaria mixta: es un tipo de incontinencia que involucra los dos tipos de incontinencia mencionados anteriormente. Definida por la ICS, (Robles, Sanchez De la Muela, Meldaña, & Walker, 2006) afirma que es “la pérdida involuntaria de orina, asociada con la urgencia miccional y con las actividades de esfuerzo” (p. 244).

2.2 Entrenamiento Muscular del suelo pélvico

2.2.1 Origen

Entrenamiento muscular del suelo pélvico o ejercicios de Kegel mejor llamados fueron creados por el Dr. Kegel en 1948 como control de los síntomas de la incontinencia urinaria incluso en el mejoramiento de otras disfunciones. Este mismo autor (Kegel, 1952) en su artículo describe:

Es un ginecólogo californiano, creador del perineómetro utilizado para medir la presión vaginal. El primer interés del autor fue la observación repetida de observar las reparaciones vaginales bien realizada después de seis meses vuelven a adelgazarse y debilitarse. Esto despertó estudiar la fisiología de la musculatura pélvica femenina. (p. 35)

En la década de los 40, fue el primero en crear ejercicios para el entrenamiento muscular del suelo pélvico. Estaban destinados en los pacientes de incontinencia urinaria con la finalidad de fortalecer los músculos pubocoxígeo y mejorar las funciones de los esfínteres uretrales.

El entrenamiento muscular del suelo pélvico tiene como objetivo de producir cambios en la morfología incrementada las motoneuronas activas y la excitación de ellas, también mejorar la contractibilidad y la fuerza del periné.

Según en la literatura relatada por (Fowler, 2013) dice que “Arnold Kegel estableció que el músculo pubocoxígeo tiene relación entre el diagnóstico de incontinencia urinaria y prolapso después del parto, mostrando debilidad y atrofia muscular” (p. 8).

El músculo pubocoxígeo para Arnold Kegel es lo más importante para la realización de los ejercicios, ya que es el eje de todas las estructuras de sostén del suelo pélvico. Este descubrimiento lo mencionan (Fowler, 2013) relata: “Estos ejercicios podrían restaurar la tensión fisiológica y su función aun así de muchos años de desuso” (p. 9).

2.2.2 Principios y bases para el entrenamiento muscular del suelo pélvico

El suelo pélvico constituye dos tercios de fibras lentas tipo I y un tercio de las fibras rápidas tipo II, por ende, la musculatura pubocoxígea mantiene un tono constante ante la contracción del suelo pélvico, importante para la continencia urinaria. El suelo pélvico brinda resistencia ante esfuerzos repetitivos o aumento de presión intraabdominal que a largo plazo se puede debilitar o enlargar la musculatura del suelo pélvico hasta llegar a tener prolapsos.

Para trabajar la resistencia muscular se realizan movimientos suaves y usando poca carga o fuerza, pero con aumento del número de repeticiones, se activarán las fibras tipo I y si se trabaja la fuerza muscular, se agrega un aumento de carga, que requieren una máxima tensión muscular con pocas repeticiones, e incluso incrementando la velocidad, se activará las fibras tipo II.

El suelo pélvico ejerce un papel amortiguador las fibras lentas permanecen contraídas sosteniendo todo el contenido pélvico mientras las fibras rápidas solo se contraen ante una carga extra en el suelo pélvico como ante un esfuerzo físico, tos, estornudos o aumentos de presión intraabdominal.

Los principios básicos descritos por (Fowler, 2013) son: “Identificación de los músculos correctos, entrenamiento efectivo, retroalimentación visual, ejercicio resistivo y repetición intensa con el tiempo” (pp. 9-12).

Para los ejercicios se realicen correctamente según estos autores (Skelly, Eyles, Boblin-Cummings, & Davis.) describen que:

Para un entrenamiento el primer paso es identificar los músculos correctos, y evitar que otros músculos participen como los glúteos, aductores, y rectos del abdomen. El siguiente paso es contraer o apretar los músculos ya identificados con el cuidado de no contener la respiración. Ultimo paso es mantener una respiración adecuada en intervalos de cada repetición. (p. 1)

Estos ejercicios se pueden realizar en diferentes posturas básicas como en supino, prono, sedente y llegar hasta la bipedestación.

Las mujeres que carecen de conciencia en la identificación de los músculos del suelo pélvico pueden optar con el principio de la retroalimentación visual según la literatura mencionada por (Fowler, 2013) establece “Una conexión entre la contracción del músculo pubocoxígeo y el cerebro, para las mujeres ver el movimiento resulta mejor comprensión de la contracción” (p. 11). Los ejercicios resistivos y la repetición intensa se adaptarán con la dosificación de los entrenamientos mencionados en los siguientes puntos.

El establecimiento de la conciencia de la función del músculo pubocoxígeo es fundamental, tiene dos principios según (Kegel, 1952) son la “educación muscular y ejercicios de resistencia” (p. 36).

En la educación muscular según este mismo autor (Kegel, 1952) “Establece conciencia adecuada en la función del pubocoxígeo, se identifican insertando el dedo profundamente en la vagina, en que se le pide al paciente que apriete y relaje para que perciba el contacto con el músculo” (p. 37).

En los ejercicios resistivos se puede implementar el perineómetro, describe que “Es un dispositivo de tonificación para la contracción de los músculos del suelo pélvico contra resistencia” (p.39).

El autor (Fowler, 2013) menciona que:

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) publicó principios de los ejercicios de Kegel para el tratamiento de incontinencia urinaria en mujeres en 2006:

- **Entrenamiento muscular y aprendizaje entre la conexión muscular y el cerebro**
- **Comentarios para confirmar al paciente el uso correcto de los músculos del suelo pélvico**
- **Un programa intenso de ejercicio resistivo diario**
- **Resistencia progresiva para la mejora largo plazo. (p. 39)**

2.2.3. Indicaciones

Para esta autora (Rojas, 2015), los ejercicios de Kegel pueden ayudar a:

- **Antes, Durante y después del embarazo**
- **Mujeres con síntomas de incontinencia urinaria o fecal**
- **Mujeres afectadas por prolapsos leves**
- **Durante menopausia**
- **Cirugías pélvicas pre y postoperatorios**
- **Jóvenes deportistas con incontinencia urinaria**
- **Mujeres con disfunciones sexuales. (p. 1)**

2.2.4. Beneficios

Algunos beneficios en la realización de los ejercicios de Kegel descritos por (Fowler, 2013) son:

La mejora del tono de los esfínteres y músculos del suelo pélvico, aumento del tono muscular pubocoxígeo, mejora la flacidez y la atrofia muscular, mejora progresivamente la fuerza muscular, mejora la conciencia de la función pubocoxígeo, mejora o elimina los síntomas de incontinencia urinaria, y previene las diferentes disfunciones del suelo pélvico. (p. 14)

2.2.5. Dosificación

Basándose en las investigaciones del Dr. Arnold Kegel los ejercicios comprendían una serie de repeticiones y series para llegar a la activación correcta de los músculos del suelo pélvico.

Este autor (Fowler, 2013) describe que “Para Kegel recomienda un régimen de ejercicio por 20 minutos, tres veces al día, esto equivale a unas 300 contracciones diarias y se observó que el 84% de los pacientes tenían un buen control urinario” (p. 3).

Según (Ramirez, Kauffmann, Blanco, Montilla, & Galarraga, 2014) “Se surgiere que se necesitan 6 segundos para conseguir una contracción máxima del suelo pélvico, y se recomienda mantener la contracción entre 3 a 10 segundos para lograr un entrenamiento isométrico” (p. 120).

Una sesión de entrenamiento descrito por (Amostegui, Ferri Morales, Lilo De la Quintana, & Serra Losa, 2004), realizado durante 8 semanas con una sesión semanal de 45 minutos con un grupo de entre 5-10 pacientes mencionan que:

Consiste en realizar series repetidas de 8 a 12 contracciones máximas mantenidas durante 6 a 8 segundos (dirigidas para trabajar las fibras tipo I), añadiendo 3-4 contracciones rápidas al final (para trabajar las fibras tipo II) con un descanso de dos minutos entre series. (p. 29)

Según Canadian Urological Association Journal descrito por (Fowler, 2013) describe: “Se recomienda de 1 a 2 series de 8 a 12 repeticiones con una frecuencia de 2 a 3 veces por semana para personas sedentarias, enfermas o de edad avanzada” (p. 48).

Actualmente el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE), estableció los estándares de tratamiento para Reino Unido, este mismo autor (Fowler, 2013) menciona que son “Ocho contracciones de tres veces al día por tres meses” (p. 3).

2.2.6. Ejercicios básicos para entrenamiento muscular del suelo pélvico

Los ejercicios se imparten desde la posición en decúbito supino sin que se vea afectado el suelo pélvico por la acción de la gravedad. A medida que se va fortaleciendo, se irá incrementando la carga y adoptando otras posturas hasta llegar a la bipedestación ya que en esta posición se intensifica la carga por la acción de la gravedad.

- Posición decúbito Supino con flexión de miembros inferiores
 - Posición: paciente en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas ligeramente separadas, pies apoyados en el suelo, brazos relajados a un lado del cuerpo paralelos al tronco.

- Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Adamany, 2008 p. 25).

- Posición en prono
 - Posición: paciente tumbada boca abajo en completa relajación con una pierna en semiflexión y en abducción.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Soto, 2010 p. 59).

- Posición en cuadrupedia
 - Posición: paciente en posición de gateo, rodillas apoyadas en el suelo ligeramente separadas a nivel de las caderas, manos apoyados en suelo separados a nivel en el hombro, codos en extensión, cabeza neutra y mirada hacia el suelo.

- Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Adamany, 2008 p. 204).

- Posición supina con elevación de la pelvis
 - Posición: paciente tumbada boca arriba con las rodillas semiflexionadas ligeramente separadas, pies apoyados en el suelo, brazos relajados a un lado del cuerpo paralelos al tronco. Se elevará la pelvis lentamente siguiendo las respiraciones indicadas por el fisioterapeuta.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración, al votar el aire se realiza la elevación de la pelvis y se retorna a la posición inicial en inspiración. Se repite en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Brittenham & Brittenham, 2009 p. 122).

- Posición de Mahoma
 - Posición: paciente inicia desde la posición en cuatro puntos luego el paciente se inclina hacia atrás arrodillada sobre

sus pantorrillas, los antebrazos en extensión apoyadas en el suelo.

- Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción. Al votar el aire se realiza la inclinación hacia atrás para realizar las contracciones y se retorna a la posición inicial en inspiración.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Cárceles, 2009 p. 106).

- Posición en decúbito lateral con flexión de rodillas
 - Posición: paciente tumbado lateralmente, y ambos miembros inferiores en completa flexión.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Gomáriz, 2005 p. 77).

el suelo

- Posición en decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en
 - Posición: paciente tumbado lateralmente, el miembro inferior que apoya el suelo estará en extensión y el otro miembro inferior se cruza por delante de este apoyando la planta del pie en el suelo.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Cárceles, 2009 p. 122).

- Posición sedente con piernas cruzadas
 - Posición: paciente sentado con las piernas cruzadas, y espalda erguida.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Soto, 2010 p. 39).

- Posición sedente con rodillas flexionadas
 - Posición: paciente sentada con ambos miembros inferiores en completa flexión hacia al pecho con ayuda de los brazos abrazan las piernas con la espalda erguida.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Adamany, 2008 p. 55).

- Posición en bipedestación
 - Posición: paciente de pie en completa relajación, miembros inferiores ligeramente separados y espalda erguida para realizar los ejercicios.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Timón, 2012 p. 35).

- Posición sedente el balón terapéutico:
 - Posición: paciente sentado sobre el balón con la espalda erguida, piernas separadas apoyadas en el suelo
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Craig, 2003 p. 98).

- Posición supina realizando flexión y extensión de miembros inferiores apoyados en el balón terapéutico:
 - Posición: paciente en posición supino con las piernas apoyadas en el balón con las piernas en extensión, luego el paciente realiza la flexión de rodilla con cadera rodando el balón hacia atrás.
 - Ejecución: primero realizar la inspiración en extensión luego la espiración realizando simultáneamente la flexión de rodilla con cadera rodando el balón hacia atrás, aquí se realiza las contracciones indicadas.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.

- Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Craig, 2003 p. 311).
- Posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico:
 - Posición: paciente tumbada boca arriba, ambos miembros inferiores se apoyan en el balón terapéutico.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Craig, 2003 p. 79).
- Posición sedente realizando flexión de tronco apoyado del balón terapéutico:
 - Posición: paciente sedente con los pies cruzados se apoya las manos del balón terapéutico realizando la flexión de tronco hasta 90° y manteniendo la espalda erguida.
 - Ejecución: realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.

- Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Siler, 2000 p. 87).
- Sentadillas con ayuda del balón terapéutico:
 - Posición: paciente bípedo con los pies alineados a nivel de los hombros, y alineados con el centro de la rótula. El balón terapéutico estará apoyado entre la pared y la espalda del paciente. Realizar las sentadillas con las contracciones del suelo pélvico.
 - Ejecución: primero realizar la inspiración estando de pie y la espiración cuando realiza la sentadilla; las contracciones se realizan en espiración y el paciente se mantiene contrayendo el suelo pélvico mientras realiza la sentadilla a 90°.
 - Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.
 - Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.
 - Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas. (Austin, 2004 p. 60).

2.3 Ejercicios Hipopresivos

2.3.1 Origen

Las técnicas hipopresivas fueron creadas por el Doctor en ciencias de la motricidad Marcel Caufriez y a través de su dedicación en la reeducación uroginecológica, da origen a los ejercicios hipopresivos con la finalidad de una mejor recuperación postparto con grande beneficiosos para la faja abdominal sin perjudicar el suelo pélvico de la mujer.

Según (Pinsach, y otros) “En 1980 las denominó “Aspiración diafragmática” y a partir de ellas se construyó el laboratorio la Gimnasia Abdominal Hipopresiva (GAH)” (p. 11).

En 2006 Caufriez crea los ejercicios con la finalidad de prevenir, mejorar la salud, así como en la parte estética como en el ámbito deportivo.

2.3.2 Definición

Los ejercicios hipopresivos también son llamados Gimnasia Abdominal Hipopresiva. Para (Uclés Villalobos & Florez Lopez, 2018) definen que esta técnica consiste “En un conjunto de técnicas posturales que provocan la disminución de la presión intraabdominal y la activación refleja de los músculos abdominales y del suelo pélvico” (p. 2).

Según Marcel Caufriez (Pinsach, Rial, Caufriez, Fernandez, & Ruiz, 2010) “Son un conjunto de ejercicios posturales rítmicos, secuenciales y repetitivos que permiten la integración y la memorización de mensajes propioceptivos sensoriales asociados a una postura particular” (p. 8).

Cada postura está diseñada para facilitar el trabajo hipopresivo, durante la apnea nuestro organismo aumenta el nivel de dióxido de carbono llevándolo en hipercapnia y la estimulación de los centros respiratorios es mayor. También durante el ejercicio hipopresivo provoca la contracción de los serratos mayores y músculos respiratorios como son los músculos de las vías respiratorias, intercostales, diafragma, abdominales, escalenos y los del suelo pélvico. Influye tanto en el control fásico como tónico.

2.3.3 Pautas técnicas de los ejercicios hipopresivos

Los ejercicios hipopresivos van asociados a un ritmo respiratorio, a una secuencia y adoptando diferentes posiciones con las siguientes pautas técnicas

mencionadas por (Pinsach & Rial, 2012) para la realización del ejercicio según Caufriez (2010) y ampliado por Rial y Villanueva, (2012) son:

- **Autoelongación:** es el estiramiento de la columna vertebral para provocar tensión a los músculos profundos y extensores de la columna.
- **Doble mentón:** Empuje del mentón hacia atrás que provoca tracción de la columna vertebral dirección hacia el techo.
- **Separación de los omoplatos:** se provoca activación de los músculos serratos y abducción de las escápulas.
- **Adelantamiento del eje de gravedad:** provoca una inclinación anterior dando como resultado al desequilibrio del eje anteroposterior.
- **Respiración costal:** son respiraciones diafragmáticas con las fases inspiratorias y espiratorias.
- **Apnea espiratoria:** fase de espiración total de aire aguantando la respiración mantenida entre diez y treinta segundos según el paciente. En esta fase se añade una apertura costal sin aspiración de aire, se provoca cierre de la glotis, contracción voluntaria de los serratos mayores y de los músculos elevadores de la caja torácica, y el musculo diafragma se relaja por la acción de la apnea espiratoria. (pp. 4-5)

2.3.4 Beneficios al realizar los ejercicios hipopresivos

Uno de los grandes beneficios de los ejercicios hipopresivos es la disminución de la presión intraabdominal, ya que un aumento de ella provoca fuerzas en dirección a la región abdominal, al periné y al sacro; es lo que se puede notar cuando una persona tiene abombamiento de la región abdominal. Esto se consigue por medio de la relajación tónica del diafragma cuando se realiza los ejercicios hipopresivos en apnea espiratoria en una determinada postura en comparación con los abdominales clásicos los riesgos de los hipopresivos son menores para el suelo pélvico que por vía refleja consigue una tonificación de la faja abdominal, el periné y a la vez se consigue un ascenso de los órganos pélvicos por el ascenso del diafragma torácico.

Afirma (Pinsach, y otros) que “La hiperpresión abdominal generada por esfuerzo constituye una fuerza vertical dirigida de arriba y abajo.” Por ende, aumenta el riesgo de prolapso e incontinencia ya que la fuerza se dirige en la zona anterior de la pelvis reduciendo la eficacia de las tensiones ligamentosas del suelo pélvico. (p. 8).

Según (Uclés Villalobos & Florez Lopez, 2018), mencionan algunos de los beneficios de los ejercicios hipopresivos:

- **Tonificación de la musculatura abdominal.**
- **Normalización de las tensiones musculares posturales**
- **Activación refleja del suelo pélvico de las fibras tipo I a largo plazo**
- **Disminución de la presión abdominal.**
- **Prevención de lumbalgias y hernias**
- **Mejora la vascularización de los miembros inferiores y pelvis.**
- **Mejora la función metabólica. (p. 10)**

2.3.5 Indicaciones de los ejercicios hipopresivos

Para los ejercicios hipopresivos se ha visto tanto en el ámbito fitness como terapéutico, con una gama de patologías que pueden de una u otra manera obtener grandes beneficios para su faja abdominal, suelo pélvico e incluso mejorar la capacidad cardiopulmonar.

Aquí se mencionan algunas indicaciones descritas por Ucles Villalobos *et al* (2018) son:

- **Incontinencia urinaria: esfuerzo, urgencia o mixta.**
- **Pacientes en postparto**
- **Menopausia con o sin prolapso de órganos pélvicos.**
- **Posquirúrgicos de suelo pélvico**
- **Deportistas con incontinencia urinaria de esfuerzo.**
- **Escoliosis idiopática: curvas torácicas únicamente.**
- **Fitness: fortalecimiento de musculatura abdominal y disminución de cintura abdominal.**
- **Pacientes multíparas.**
- **Enfermedades hereditarias con alteraciones del colágeno como el síndrome de Marfan o Ehlers-Danlos que tengan disfunción del suelo pélvico.**
- **Enfermedades pulmonares crónicas como bronquitis crónica: con incontinencia urinaria de esfuerzo por tos.**
- **Obesidad con incontinencia urinaria o prolapsos de órganos pélvicos. (p. 11)**

2.3.6 Contraindicaciones de los ejercicios hipopresivos

Algunas contraindicaciones de los ejercicios hipopresivos son personas que padecen hipertensión arterial que no estén controladas, enfermedades

pulmonares, patologías que involucre una descompensación del paciente, ejercicios hipopresivos durante el embarazo, postparto inmediato, patologías articulares de rodilla, pie y cadera ya que algunas posturas requieren estar de rodilla que puedan afectar al paciente o que se sienta incomodo por ende no realizara el ejercicio correctamente.

Con respecto al posparto inmediato (Uclés Villalobos & Florez Lopez, 2018) menciona que “Es conveniente abstenerse de la práctica de ejercicios hipopresivos hasta pasadas 6 a 8 semanas del parto” (p. 11).

Y con respecto la práctica de ejercicios hipopresivos durante el embarazo Ucles Villalobos *et al* (2018) afirma que “podría desencadenar contracciones uterinas y provocar un parto prematuro o un aborto” (p. 11).

2.3.7 Dosificación

Los ejercicios hipopresivos se realizan con las respiraciones pautadas por el fisioterapeuta, con un ritmo lento y una secuencia en cada fase del ejercicio hipopresivo. Las posturas se repiten de 3 a 5 veces máximas, con una duración de 20 minutos hasta máximo de una hora. (Caufriez, 2019).

2.3.8 Ejercicios hipopresivos

- Ejercicio hipopresivo ortoestático I
 - Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.
 - Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta llegar a las espinas iliacas anteriores, con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al suelo apoyados sobre las

espinas iliacas, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.

- Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Caufriez, 2019).
- Ejercicio hipopresivo ortoestático II:
 - Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.
 - Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta llegar a las espinas iliacas anteriores, con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al suelo, las manos no se apoyan sobre la espina iliaca se sitúan solo al frente de ellas. Siempre manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.
 - Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Caufriez, 2019).
- Ejercicio hipopresivo ortoestático III
 - Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.
 - Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta aproximado 150° con una semiflexión de codo,

- extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación interna de los brazos a la altura de los hombros y la decoaptación de los omoplatos.
- Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Caufriez, 2019).
- Ejercicio hipopresivo ortoestático IV
 - Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.
 - Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al frente, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.
 - Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Caufriez, 2019).
 - Ejercicio hipopresivo sentado sastre
 - Posición inicial: desde la posición de sentado con las piernas flexionadas manteniendo la autoenlogación y doble mentón, los brazos estarán semiflexionados apoyados en la zona media de la rodilla y punta de los dedos mirando hacia la línea media, los codos en semiflexión hacia adelante, las muñecas y dedos en extensión.

- Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al frente, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.
 - Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Rial, Chulvi-Medrano, Tormo, & Sáez, 2015 p. 3).
- Ejercicio hipopresivo decúbito supino
 - Posición inicial: desde la posición inicial en decúbito supino, el paciente tendrá los pies semiflexionados con apoyo del talón punta del pie separado del suelo, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.
 - Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.
 - Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Rial, Chulvi-Medrano, Tormo, & Sáez, 2015 p. 3).
- Ejercicio hipopresivo de rodillas
 - Posición inicial: partiendo desde la posición de rodillas, las puntas de los pies apoyados en el suelo, se mantiene la

autoenlogación, el eje del cuerpo ligeramente inclinado, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión.

- Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta aproximado 150° con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación interna de los brazos a la altura de los hombros y la decoaptación de los omoplatos.
 - Ejecución: desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Rial, Chulvi-Medrano, Tormo, & Sáez, 2015 p. 3).
- Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos
 - Posición inicial: paciente en cuatro puntos con los pies en flexión apoyados solo con la punta del pie, los brazos se sitúan a nivel de los hombros, codos en semiflexión, palma con el mano apoyada en el suelo y con la punta de los dedos mirando hacia el eje medial, la cabeza se mantiene en flexión mirando hacia el ombligo, el cuerpo ligeramente inclinado hacia al frente. Manteniendo la decoaptación de los omoplatos y la rotación interna de los brazos.
 - Ejecución: se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria con la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos. (Rial, Chulvi-Medrano, Tormo, & Sáez, 2015 p. 3).

CAPÍTULO III

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

En esta investigación se tiene un diseño mixto ya que combina los dos enfoques: el cuantitativo y el cualitativo. Se entiende por una investigación cuantitativa que tiene que ver con las cantidades en lo que se pueda medir, mientras una investigación cualitativa describe las cualidades de los fenómenos estudiados por medio del análisis y recolección de datos.

El diseño de investigación para el enfoque cuantitativo es no experimental – transversal, esto quiere decir que por medio de la observación de los fenómenos se recolectan datos para luego analizarlos en un tiempo determinado.

El diseño de investigación para el enfoque cualitativo es de investigación – acción. Esta busca el mejoramiento de los grupos que están en el campo en este caso en el área de la salud, que por medio de las bases teóricas se plantea a la práctica, se ejerce tareas y luego se analiza las acciones de los fenómenos.

- Tipo de Estudio:

Este tipo de estudio tiene un alcance descriptivo ya que busca definir todas las características de los fenómenos para luego analizarlos, ya sea en un grupo o una población estudiada.

Este tipo de estudio compara dos o más variables para que luego sean analizadas y verificadas por las hipótesis de prueba para que se establezcan dichas vinculaciones que deben estar relacionadas entre ellas.

3.2 Población o universo

La población está compuesta por 35 mujeres que acuden al programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico y ejercicios hipopresivos para la incontinencia urinaria en el gimnasio Bishat Zona Fit.

- Sujetos o muestras: la muestra está conformada por 24 mujeres entre las edades de 25 a 67 años residentes en David, Chiriquí que acuden al programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico y ejercicios hipopresivos para la incontinencia urinaria en el gimnasio Bishat Zona Fit.
- Tipo de muestra estadística: la población elegida deberá tener las siguientes especificaciones: mujeres con algún síntoma de incontinencia urinaria, mujeres nulíparas o multíparas sin ningún límite de edad, mujeres que quieran participar voluntariamente en la intervención fisioterapéutica y que hayan ido más del 80% en las sesiones terapéuticas.

3.3 Variables

- Definición conceptual:
 - El Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico son aquellos procedimientos que involucra la identificación de los músculos del suelo pélvico para obtener una correcta contracción de esta musculatura ya sea contracciones lentas, rápidas o intercaladas, adoptando diferentes posturas y respiraciones adecuadas en cada repetición enseñadas por el fisioterapeuta, en lo que incluye posturas como en decúbito supino con flexión de miembros inferiores, decúbito prono, cuadrupedia, decúbito supino con elevación de la pelvis, posición de Mahoma, decúbito lateral con flexión de rodillas, decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo, posición Sedente, posición sedente con rodillas

flexionadas, bipedestación y diferentes ejercicios con el balón terapéutico como en posición sedente, flexión y extensión de rodillas en posición supina, posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico, posición sedente con flexión de tronco y sentadillas.

- Los ejercicios hipopresivos son aquellos procedimientos que involucra adoptar diferentes posturas como los ejercicios hipopresivos ortoestático I, II, III, IV, el ejercicio hipopresivo sentado sastre, en decúbito supino, de rodillas y en cuatro puntos, realizando las pautas técnicas de este ejercicio como la autoenlogación, doble mentón, decoaptación de la articulación glenohumeral, adelantamiento del eje de gravedad, respiración costal, y una apnea espiratoria.

- Definición operacional

- El Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico se ha definido de una dimensión denominada procedimiento dando lugar a 21 ítems mencionando indicadores como la Identificación de los músculos del suelo pélvico, adoptar una postura enseñada por el fisioterapeuta que incluye posiciones en decúbito supino con flexión de miembros inferiores, en decúbito prono, en cuadrupedia, en decúbito supino con elevación de la pelvis, en posición de Mahoma, en decúbito lateral con flexión de rodillas, en decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo, en posición sedente, en posición sedente con rodillas flexionadas, en bipedestación y diferentes ejercicios usando el balón terapéutico como en posición sedente, flexión y extensión de rodillas en posición supina, posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico, posición sedente con flexión de tronco y

sentadillas; también realizando una respiración adecuada en cada repetición del ejercicio, contracción los músculos del suelo pélvico ya sea contracciones lentas, contracciones rápidas, o contracciones alternadas, y realizando los ejercicios en casa en lo que se extrajeron y que respondieron a criterios de ponderación tales como siempre, casi Siempre, y nunca; contenidos en instrumentos como hoja de observación de campo y cuestionarios para responder al objetivo específico que es identificar los procedimientos utilizados para realizar el entrenamiento muscular del suelo pélvico en la mujer.

- Los Ejercicios Hipopresivos se ha definido de una dimensión denominada procedimiento dando lugar a 14 ítems mencionando los indicadores como adoptar diferentes posturas ya sea los ejercicios hipopresivos ortoestáticos I, II, III, IV, el ejercicio hipopresivo sentado sastre, en decúbito supino, de rodillas y en cuatro puntos, realizando las pautas técnicas de este ejercicio como la autoenlogación, doble mentón, decoaptación de la articulación glenohumeral, adelantamiento del eje de gravedad, respiración costal, y una apnea espiratoria en lo que se extrajeron y respondieron a criterios de ponderación tales como siempre, casi siempre, y nunca; contenidos en instrumentos como hoja de observación de campo y cuestionarios para responder al objetivo específico que es identificar los procedimientos utilizados para realizar los ejercicios hipopresivos en la mujer.

3.4 Instrumentos y/o técnicas de recolección de datos y/o materiales y/o equipos y/o insumos y/o infraestructura que se va a realizar

Para esta investigación se utilizó estas técnicas de recolección de datos:

- Observación de campo como técnica cualitativa que consiste en la recolección de datos por medio de la observación para evaluar o describir las acciones o características de los fenómenos en el campo a estudiar, tuvieron como instrumento de esta técnica: la hoja de cotejo de observación de campo.
- Encuesta como técnica cuantitativa mediante la aplicación de cuestionarios de preguntas cerradas con una ponderación de 3 para siempre, 2 para casi siempre y 1 para nunca.

Cuadro N° 1. Análisis de fiabilidad del instrumento cuantitativo

Resumen del procesamiento de los casos			
		N	%
Casos	Válidos	12	50
	Excluidos	12	50
	Total	24	100
Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach		N de elementos	
		.726	27

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Una vez realizada la prueba piloto se procedió a la validación del instrumento a través del coeficiente de medición de Alfa de Cronbach dando como resultado una fiabilidad de .726

Regla de decisión estadística: todo instrumento es confiable siempre y cuando el alfa de Cronbach sea mayor de 0.7.

3.5 Procedimiento

Antes de escoger el tema de investigación, se tomó en consideración varios puntos como un tema que no se haya investigado en Panamá, un tema diferente e innovador que incluyera a una gran población y que a la vez no recibieran la rehabilitación adecuada, un tema que de mucha importancia para la salud de la mujer y que hoy en día no se presta mucha atención. Al final se decidió escoger un tema sobre tratamiento del suelo pélvico en la mujer basándome en la disfunción de la incontinencia urinaria ya que tiene una mayor epidemiología actualmente. Se eligió dos técnicas de tratamientos que son los ejercicios hipopresivos y entrenamiento muscular del suelo pélvico para correlacionar cuál de las dos técnicas son más efectivas para la incontinencia urinaria.

Posterior a esto se hizo un acercamiento al Gimnasio Bishat Zona Fit para realizar la investigación pertinente. Luego de aceptado el lugar se desarrollaron los diferentes puntos de la investigación como el título, objetivos, justificación, problema general, hipótesis de investigación; también se buscó información sobre el tema en diferentes libros, artículos, revistas, páginas web, cursos online y presenciales.

Después de la revisión del anteproyecto por medio de la asesoría de la profesora de metodología y del profesor encargado del trabajo de grado, fue aceptado con el siguiente título: Entrenamiento muscular del suelo pélvico y ejercicio hipopresivos efectivos para la incontinencia urinaria femenina. Por consiguiente, se hizo las correcciones pertinentes en los objetivos, hipótesis, problema general de investigación, operacionalización de las variables, y los cuestionarios de encuestas. Se trabajó en el primer capítulo y en el segundo capítulo que correspondía el marco teórico de la investigación, en esta se hizo búsqueda de diferentes fuentes literarias para desarrollar los temas propuestos en el trabajo.

Luego de aceptado el trabajo, se inició la práctica profesional en el gimnasio Bishat zona Fit. Para comenzar se inició con la observación de campo y se aplicó las

técnicas de recolección de datos como los cuestionarios de preguntas cerradas para identificar a la población que padece algún síntoma de incontinencia urinaria e identificar la severidad de incontinencia urinaria en mujeres nulíparas y multíparas en el gimnasio Bishat Zona Fit. Luego se dividieron en dos grupos de pacientes aleatoriamente: un grupo que solo realizara entrenamiento muscular del suelo pélvico y el otro que solo realizara los ejercicios hipopresivos.

Luego se pasó a trabajar siguiendo el apoyo de la metodóloga el tercer capítulo que tiene que ver con el marco metodológico de la investigación. Después de desarrollar los tres primeros capítulos, se recolectaron los datos necesarios para las evaluaciones finales de investigación por medio de cuestionarios de encuesta para identificar los procedimientos utilizados en los ejercicios hipopresivos y en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, y también para determinar las evidencias en la mejoría de la Incontinencia urinaria luego de aplicar cada técnica en su grupo correspondiente.

Dando como fin del procedimiento, se analizó e interpretaron los resultados obtenidos de la investigación, presentando los hallazgos más significativos del estudio y dándole una respuesta a la hipótesis planteada de la investigación.

Se siguió los pasos correspondientes para culminación de la tesis hasta llegar a la aprobación de ella.

CAPÍTULO IV

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se mostrarán los resultados y las conclusiones finales de la investigación, se comprobarán las hipótesis planteadas del estudio y junto con los datos recopilados si hay relación con las variables analizadas. Cada variable guarda relación con su objetivo específico, en este caso se tiene una variable independiente y dos variables dependientes.

Los datos recolectados por medio de los instrumentos como: la observación de campo y la encuesta, además de los resultados, serán analizados y mostrados en este capítulo, los cuales van a ilustrar los detalles del proyecto de tesis en lo que se puede resaltar las edades ya que, dependiendo de esta, marca un punto importante en el tratamiento entre otros factores como la cantidad de hijos que tienen las participantes o si no han tenido hijos, y el tipo de parto ya sea vaginal o cesárea. También se clasificó la severidad de la incontinencia urinaria en leve, moderada, severa y muy severa que recogerá datos importantes para dar como resultado la eficacia y la fiabilidad de cual técnica es la mejor para la incontinencia urinaria femenina.

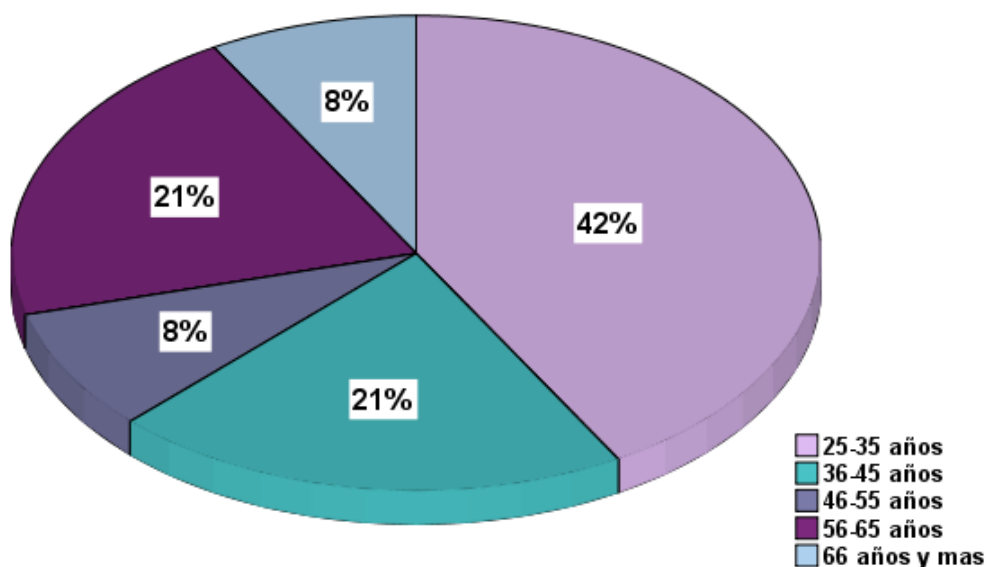
Al obtener toda la información antes mencionada se nos dio las herramientas necesarias para implementar una oportuna intervención de manera individualizada las cuales detallaremos de diferentes gráficas o cuadros.

Cuadro N° 2. Rango de Edad de las participantes

Sexo de las participantes	Femenino	Frecuencia	Porcentaje
Edad de las participantes	25-35 años	10	42
	36-45 años	5	21
	46-55 años	2	8
	56-65 años	5	21
	66 años y mas	2	8
Total		24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 2. Rango de edad de las participantes



Fuente: Cuadro N° 2, 2019.

Entre las participantes encuestadas, se puede observar en el cuadro N° 2 y gráfica N° 2 el porcentaje de edad de las participantes con incontinencia urinaria siendo así que el 42% de las mujeres, pertenecía en un rango de edad de 25 a 35 años, mientras que en el rango de 36 a 45 años y el de 56 a 65 años se encontró con un 21%, y el 8% les pertenece a las participantes que tienen entre 46 a 55 años y entre 66 a más años de edad.

Sustenta esta aseveración lo que establece (Rebollo, Sánchez, Monje, & To., 2003) afirma que se ha visto una prevalencia de incontinencia urinaria entre un 25 % y el 45 % desde la edad de los 20 años, en lo que se puede comprobar que no solamente tienen incontinencia urinaria mujeres arriba de los 40 años si no también en mujeres jóvenes.

Cuadro N° 3. Promedio de edades de las participantes

Edad de las participantes	
Media	2.33
Mediana	2.00
Moda	1
Suma	56

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

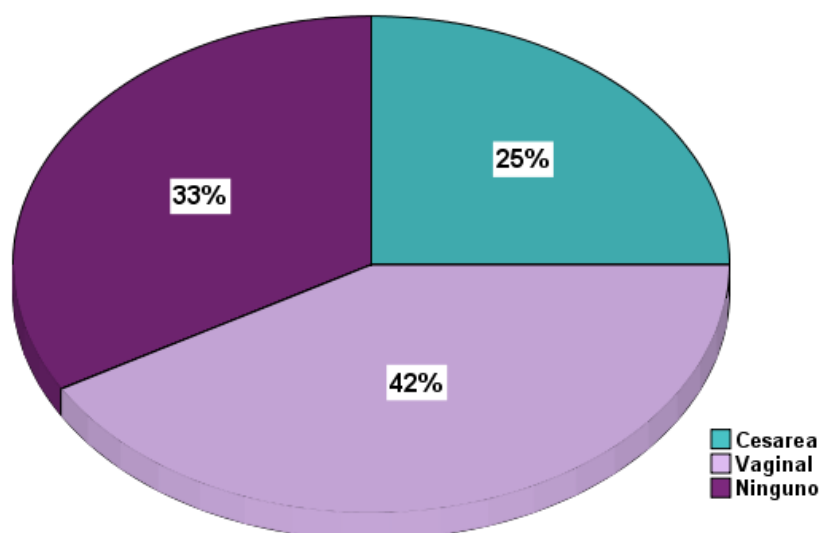
En el cuadro N° 3 se puede observar el promedio de las edades de las participantes dando como resultado la suma de 56 años de edad como la edad promedio entre los rangos de 25 a 66 años y más.

Cuadro N° 4. Tipo de parto de las participantes

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Cesárea	6	25
Vaginal	10	42
Ninguno	8	33
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 4. Tipo de parto de las participantes



Fuente: Cuadro N° 4, 2019.

En el cuadro N° 4 y gráfica N° 4 se puede observar el porcentaje del tipo de parto de las participantes encuestadas dando como resultado que el 42% de las mujeres han tenido parto vaginal, y un 25% han recibido cesárea. Solo el 33% de las participantes no han tenido hijos por ende se catalogó como ninguno.

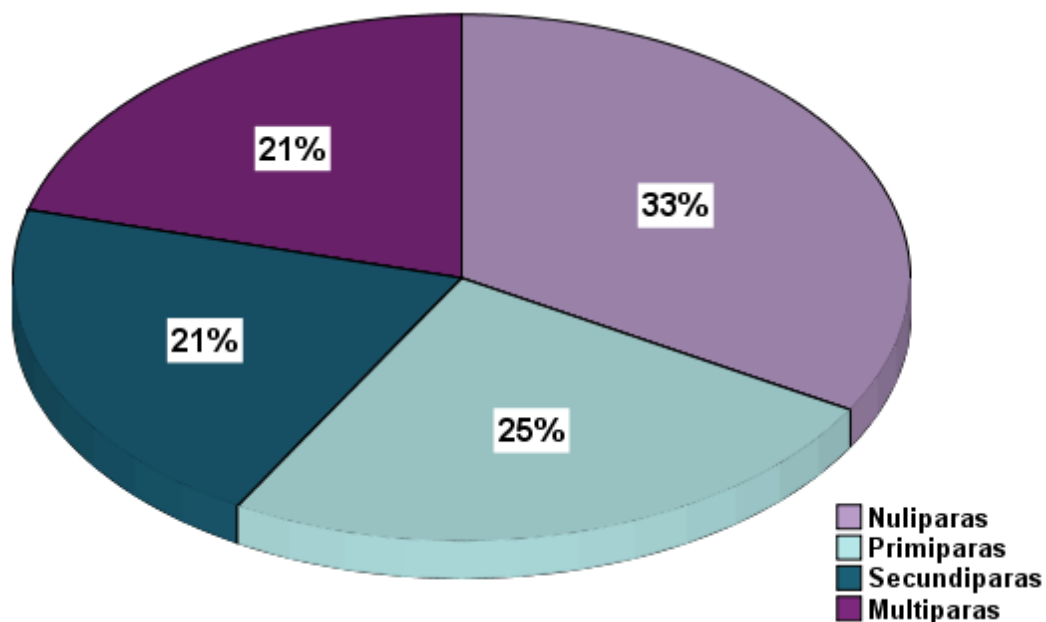
Lo que establece estos autores (Díaz Ramírez, Fuentes Díaz, Rivadeneira Rozas, & Acuña Pinto, 2017) atestiguan que la prevalencia de padecer incontinencia urinaria es de parto vaginal con un 73% debido a las lesiones que sufre el suelo pélvico al momento que el bebé pasa por el canal de parto.

Cuadro N° 5. Tipo de paridad de las participantes

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Nulíparas	8	33
Primíparas	6	25
Secundíparas	5	21
Multíparas	5	21
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 5. Tipo de paridad de las participantes



Fuente: Cuadro N° 5, 2019.

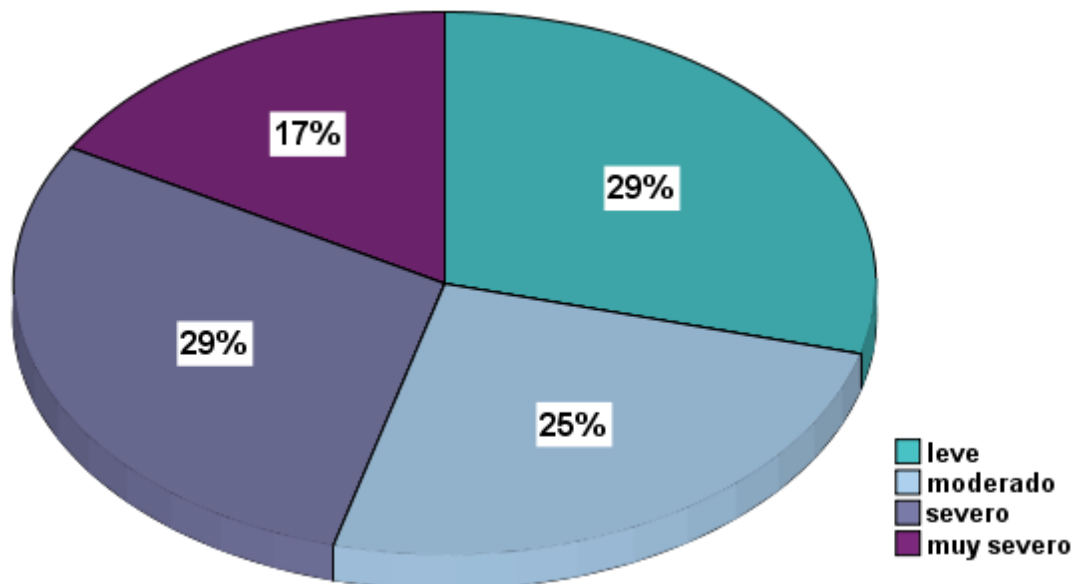
En el cuadro N° 5 y grafica N° 5 se presenta la prevalencia del tipo de paridad de las participantes en que se encontró que la mayoría de las mujeres son nulíparas con un 33%, seguida de un 25% que son mujeres primíparas, y restando la prevalencia con un 21% para las mujeres secundíparas, igualmente para las mujeres multíparas.

Cuadro N° 6. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Leve	7	29
Moderado	6	25
Severo	7	29
Muy severo	4	17
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 6. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención



Fuente: Cuadro N° 6, 2019.

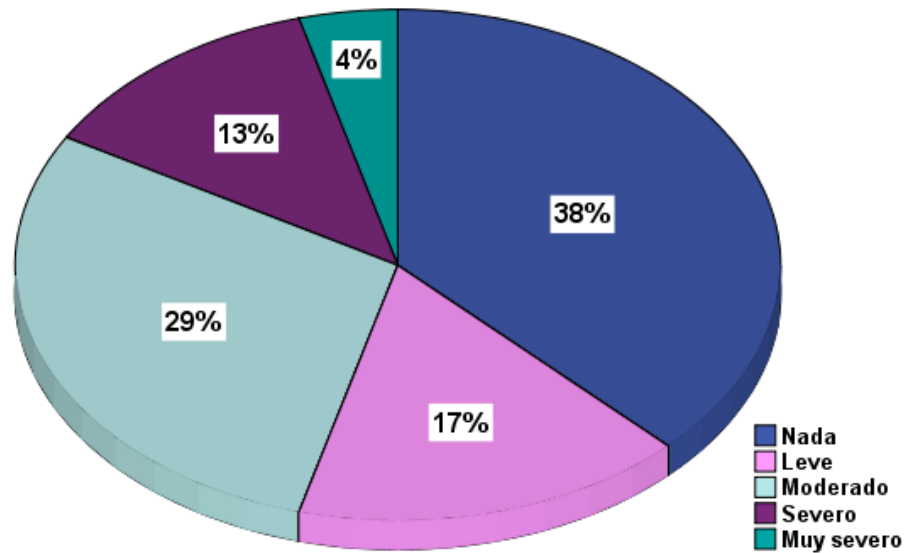
Se encontró en el cuadro N° 6 y en la gráfica N° 6 el nivel de severidad de la incontinencia urinaria de las participantes intervenidas al inicio del programa dando como resultado que para un grado leve y severo dio a un 29%, sobrepasando al grado moderado con un 25% y al grado muy severo con un 17%.

Cuadro N° 7. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Nada	9	38
Leve	4	17
Moderado	7	29
Severo	3	13
Muy severo	1	4
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 7. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención



Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Se observó en el cuadro N° 7 y en la gráfica N° 7 que el nivel de severidad de incontinencia urinaria al final de la intervención, tuvo una notable mejoría del 38% de las participantes no tienen síntomas de incontinencia urinaria. En un grado leve resultó tener el 17% de prevalencia, y en grado moderado con un porcentaje de 29% lo que quiere decir que las participantes que estaban en un grado severo o muy severo pudieron haber pasado a este grado, resultando así la disminución de los grados severo con un 13% y un grado muy severo con un 4%.

Cuadro N° 8. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención VS Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención

vs		Severidad de incontinencia urinaria de las participantes al final de la intervención					Total
		Nada	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	
Severidad de incontinencia urinaria de las participantes al inicio de la intervención	Leve	6	1	0	0	0	7
	Moderado	2	2	2	0	0	6
	Severo	1	1	5	0	0	7
	Muy severo	0	0	0	3	1	4
Total		9	4	7	3	1	24

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

En el cuadro N° 8 se demuestra la correlación del nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes y después de la intervención, se observa que de un nivel de severidad leve, 6 participantes lograron no tener síntomas de incontinencia urinaria y solo 1 participante se mantuvo en el mismo nivel, en el nivel de severidad moderado solo 2 participante se mantuvieron en el mismo nivel mientras 2 participantes mejoraron en un grado leve y 2 participante lograron llegar a un estado normal, en el nivel de severidad severo 5 participantes mejoraron a un grado moderado y del nivel de severidad muy severo 3 participantes mejoraron a un nivel severo de incontinencia urinaria, en cambio solo 1 participante se mantuvo en el grado muy severo. Se pudo observar en esta comparación que a pesar de que algunos participantes se mantuvieron en el mismo grado de severidad, ninguno empeoro a otro grado más de severidad. Se vio una significativa en que 9 participantes lograron llegar a un estado normal de severidad de incontinencia urinaria.

Cuadro N° 9. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según la edad de las participantes

Criterios a evaluar	Leve	Moderado	Severo	Muy Severo	Total
25-35 años	4	2	3	1	10
36-45 años	2	1	1	1	5
46-55 años	0	1	1	0	2
56-65 años	1	2	1	1	5
66 años y más	0	0	1	1	2
Total	7	6	7	4	24

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

En el cuadro N° 9 se observa el nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según la edad de las participantes, dando como resultado que dentro del rango de 25 a 35 años 4 participantes tenían incontinencia urinaria leve, dentro del rango de 36 a 45 años solo 2 tenían incontinencia urinaria leve, dentro del rango de 46 a 55 años, solo 1 participante tenían incontinencia urinaria severa y moderada, para las edades comprendidas entre 56 a 65 años, 2 mujeres tenían incontinencia urinaria moderado y solo 1 participante tenía incontinencia urinaria severo tanto para el grado muy severo que comprendía entre las edades de 66 años y más. Se demostró que entre las edades de 25 a 35 años tienen mayor prevalencia de incontinencia urinaria tanto leve a severo.

Cuadro N° 10. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según el tipo de parto

Criterios a evaluar	Leve	Moderado	Severo	Muy severo	Total
Cesárea	1	2	2	1	6
Vaginal	2	2	4	2	10
Ninguno	4	2	1	1	8
Total	7	6	7	4	24

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

En este cuadro N° 10 se puede observar el nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según el tipo de parto de cada participante, se encontró que las mujeres que tuvieron cesárea, 2 participantes tenían grado severo mientras las que fueron parto vaginal 4 participantes tuvieron ese mismo grado. Se destaca también que las mujeres que no tenían hijos, 4 tenían incontinencia urinaria leve; mientras las que fueron parto vaginal 2 tenían este mismo grado y las que fueron cesárea solo 1 tenía incontinencia urinaria leve. Observando estos resultados se puede decir que las que han tenido parto vaginal tienen una mayor prevalencia de incontinencia urinaria en que se destacó todos los niveles de severidad, pero más el grado severo de incontinencia urinaria, mientras las mujeres que no han tenido hijos tuvieron una significancia importante en que se destacó mayor incontinencia urinaria de grado leve con respecto a las demás que han tenido hijos ya sea de parto vaginal o cesárea.

Cuadro N° 11. Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según la paridad

Criterios a evaluar	Leve	Moderado	Severo	Muy severo
Nulíparas	4	2	1	1
Primíparas	0	1	3	2
Secundíparas	3	1	0	1
Multíparas	0	2	3	0
Total	7	6	7	4

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

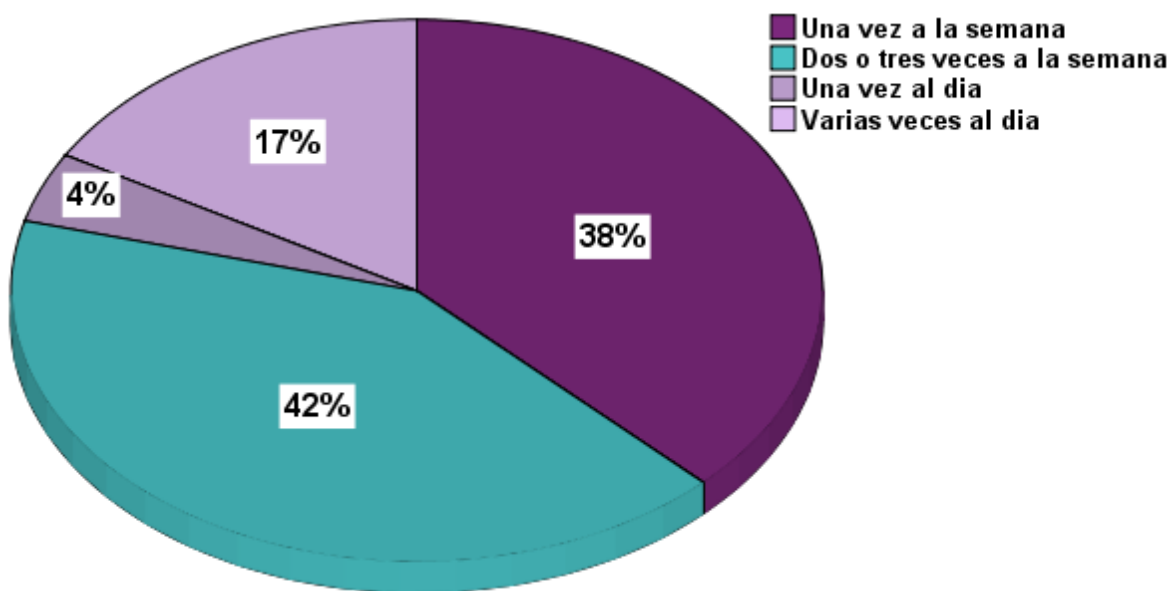
En el cuadro N° 11 se puede observar la relación del nivel de incontinencia urinaria antes de la intervención según la paridad en el que se destaca que la mayoría de las nulíparas tienen incontinencia urinaria leve dando como resultado de 4 participantes mientras las secundíparas fueron solo 3 participantes, para las mujeres primíparas, 3 tuvieron grado severo igual que a las mujeres multíparas. Observando este cuadro se puede decir que las mujeres multíparas tienen más prevalencia en tener incontinencia urinaria de grado moderado a severo pero las mujeres nulíparas no se quedan atrás ya que a pesar de no tener una prevalencia significativa de incontinencia urinaria de moderado a muy severo se destacó tener una incontinencia urinaria de grado leve.

Cuadro N° 12. Frecuencia que pierde orina las participantes

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Una vez a la semana	9	38
Dos o tres veces a la semana	10	42
Una vez al día	1	4
Varias veces al día	4	17
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 12. Frecuencia que pierde orina las participantes



Fuente: Cuadro N° 12, 2019.

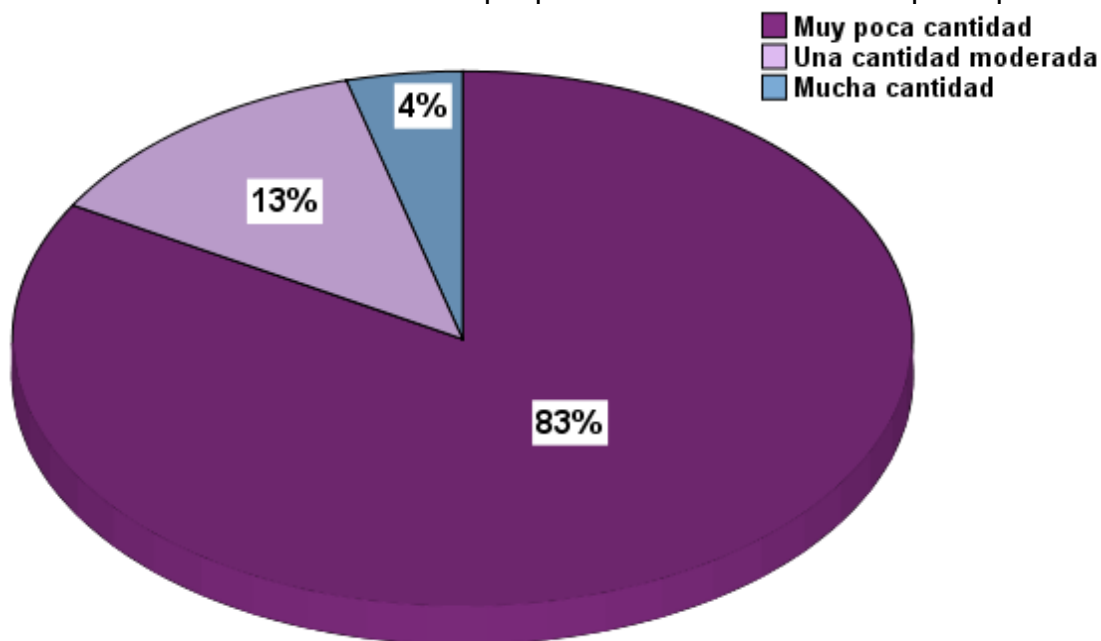
En el cuadro N° 12 y en la gráfica N° 12 se encontró la frecuencia de pérdida de orina de las participantes, y dio como resultado que el 42% perdían de dos o tres veces a la semana y el 38% una vez a la semana. La prevalencia de pérdida de orina todos los días es menos que la pérdida de orina por semana.

Cuadro N° 13. Cantidad de orina que pierde habitualmente las participantes

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
muy poca cantidad	20	83
una cantidad moderada	3	13
mucha cantidad	1	4
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 13. Cantidad de orina que pierden habitualmente las participantes



Fuente: Cuadro N° 13, 2019.

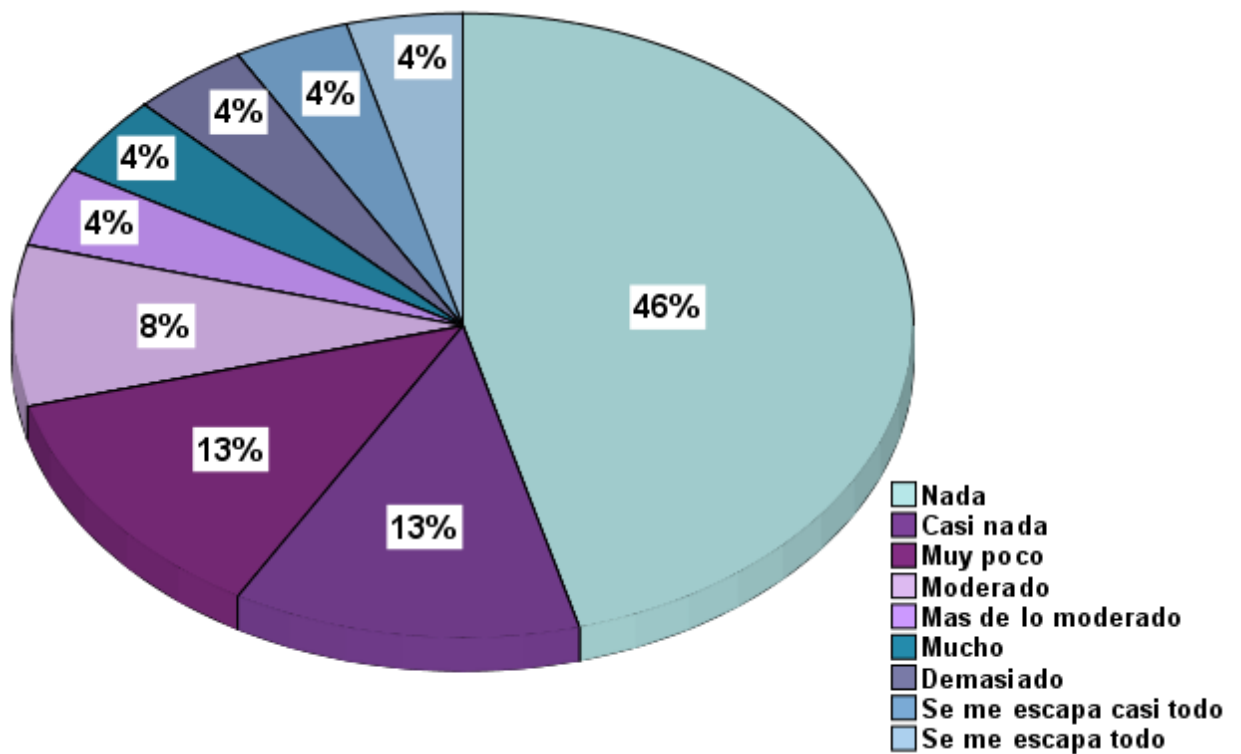
En el cuadro N° 13 y en la gráfica N° 13 se puede observar la cantidad de orina que pierde las participantes, dando un resultado significativo del 83% de muy poca cantidad, el 13% con una cantidad moderada y solo el 4% mucha cantidad.

Cuadro N° 14. Afectaciones de las participantes con los escapes de orina en su vida diaria

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Nada	11	46
Casi nada	3	13
Muy poco	3	13
Moderado	2	8
Más de lo moderado	1	4
Mucho	1	4
Demasiado	1	4
Se me escapa casi todo	1	4
Se me escapa todo	1	4
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 14. Afectaciones de las participantes con los escapes de orina en su vida diaria



Fuente: Cuadro N° 14, 2019.

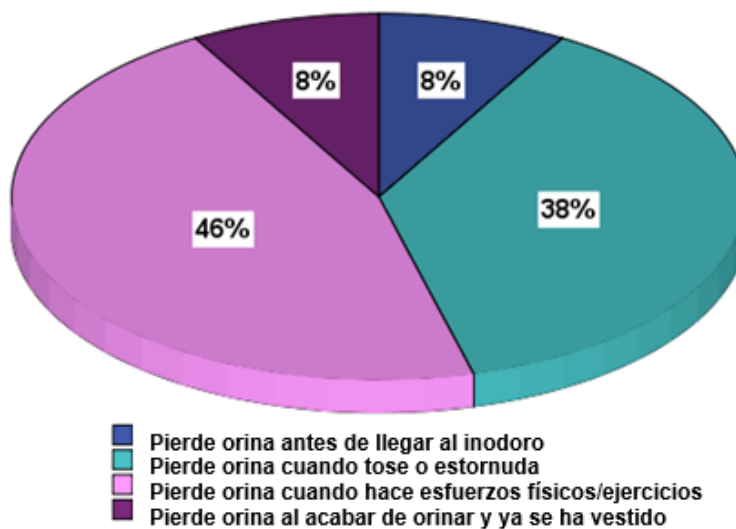
En el cuadro N° 14 y en la gráfica N° 14 se encuentra la afectación de los escapes de orina de las participantes que puede repercutir en su vida diaria, en la cual el 46% de las encuestadas respondieron que no le afecta los escapes de orina en su vida diaria en cambio a las que le afectan desde más de lo moderado hasta el punto de que su pérdida de orina se le escapa todo, solo el 4% respondieron que si les afecta demasiado.

Cuadro N° 15. Perdida de orina en las participantes

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Pierde orina antes de llegar al inodoro	2	8
Pierde orina cuando tose o estornuda	9	38
Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios	11	46
Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	2	8
Total	24	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 15. Perdida de orina de las participantes.



Fuente: Cuadro N° 15, 2019.

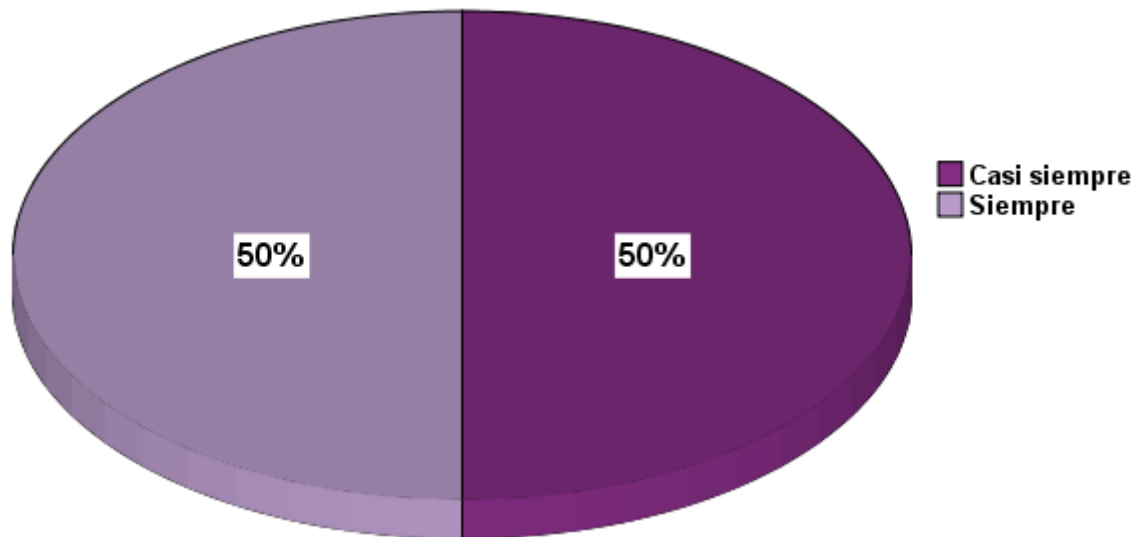
En el cuadro N° 15 y en la gráfica N° 15 se encontró la prevalencia de las encuestadas de cuando pierde orina, en que el resultado que más predomina son cuando hace esfuerzos físicos o ejercicios con un 46% y cuando tose o estornuda con un 38%, dando entender que el tipo de incontinencia urinaria más relevante es de tipo esfuerzo. Esto sustenta lo que este autor (Díaz Ramírez, Fuentes Díaz, Rivadeneira Rozas, & Acuña Pinto, 2017) comenta que el 54% de las mujeres entre las edades de 25 a 65 años, tienen incontinencia urinaria de esfuerzo.

Cuadro N° 16. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	6	50
Siempre	6	50
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 16. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1



Fuente: Cuadro N° 16, 2019.

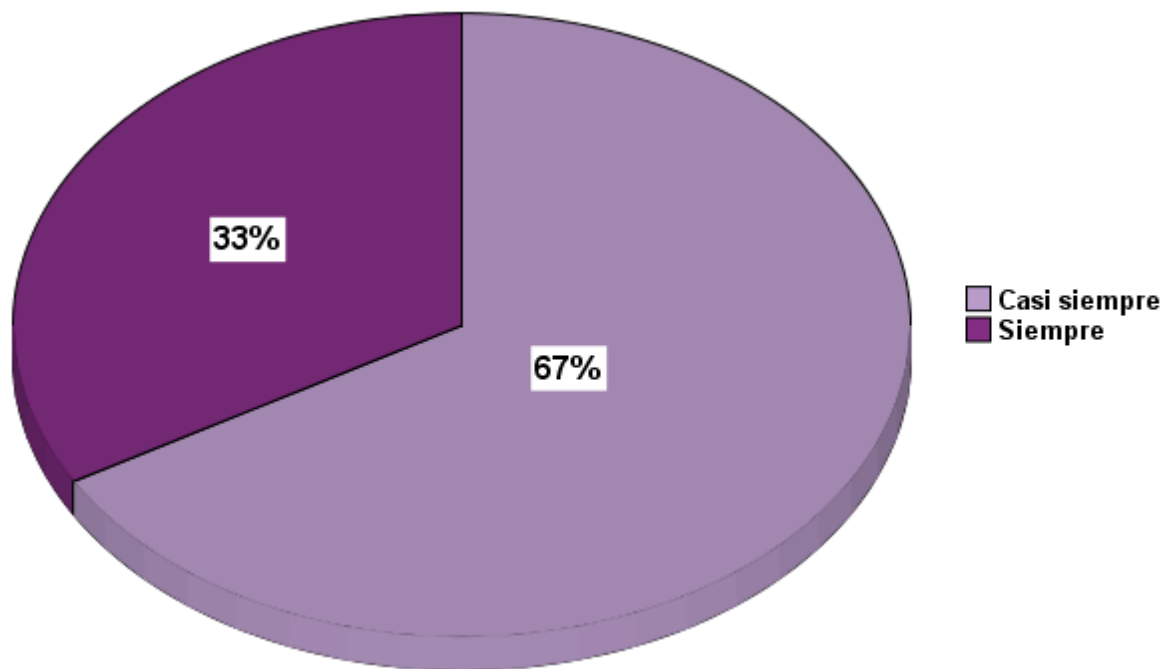
En el cuadro N° 16 y en la gráfica N° 16 se puede observar si las participantes adoptaron correctamente el ejercicio hipopresivo Ortoestático 1, en la cual el 50% de las participantes dijeron que siempre adoptaban este ejercicio y los otros 50% dijeron que casi siempre adoptaban estos ejercicios.

Cuadro N° 17. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	8	68
Siempre	4	33
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 17. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2



Fuente: Cuadro N° 17, 2019.

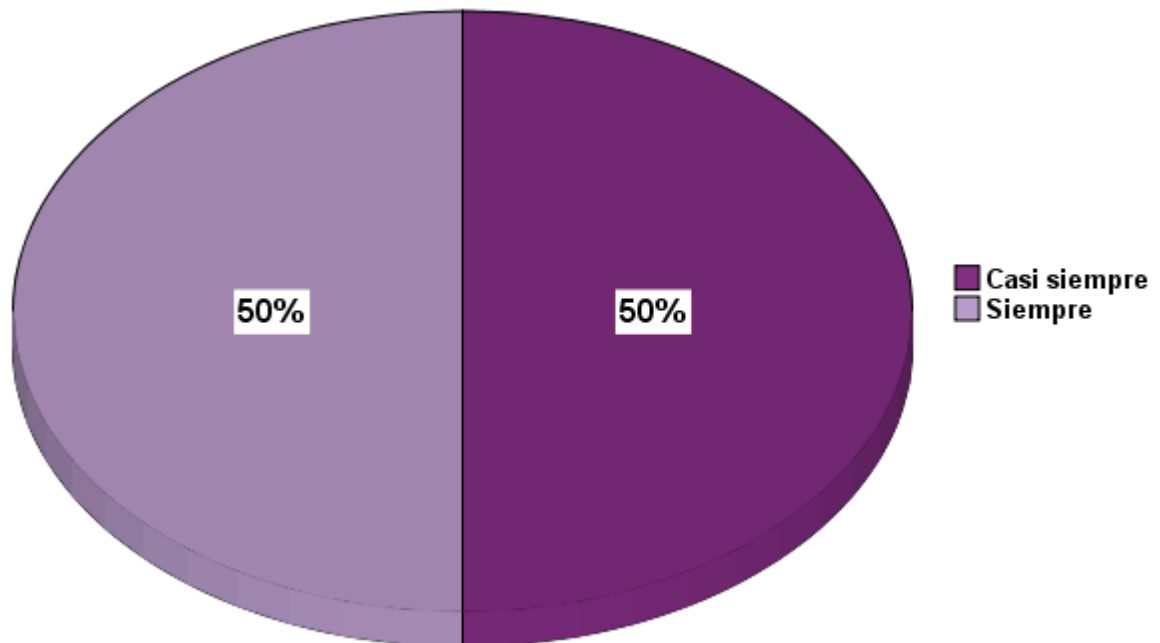
En el cuadro N° 17 y en la gráfica N° 17 se presenta las participantes que adoptaron correctamente el ejercicio hipopresivo Ortoestático 2, en que la mayor prevalencia fueron las que contestaron casi siempre con un 67% mientras las que contestaron siempre con un 33%.

Cuadro N° 18. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	6	50
Siempre	6	50
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 18. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3



Fuente: Cuadro N° 18, 2019.

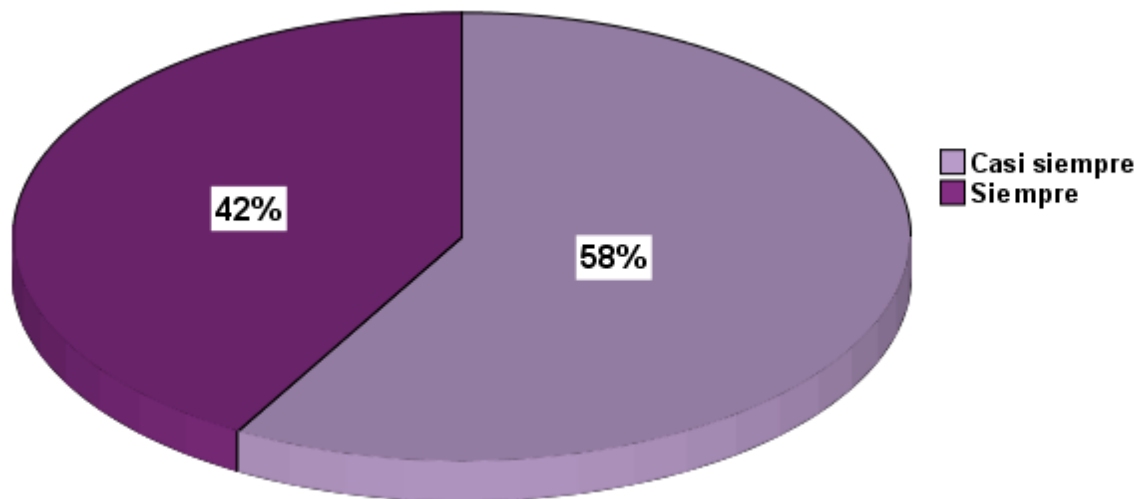
En el cuadro N° 18 y gráfica N° 18 se puede apreciar que las participantes encuestadas respondieron que si adoptaron correctamente el ejercicio hipopresivo Ortoestático 3 en que dio como resultado que el 50% dijeron que siempre lo realizaron y el otro 50% para los que dijeron casi siempre.

Cuadro N° 19. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	7	58
Siempre	5	42
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 19. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4



Fuente: Cuadro N° 19, 2019.

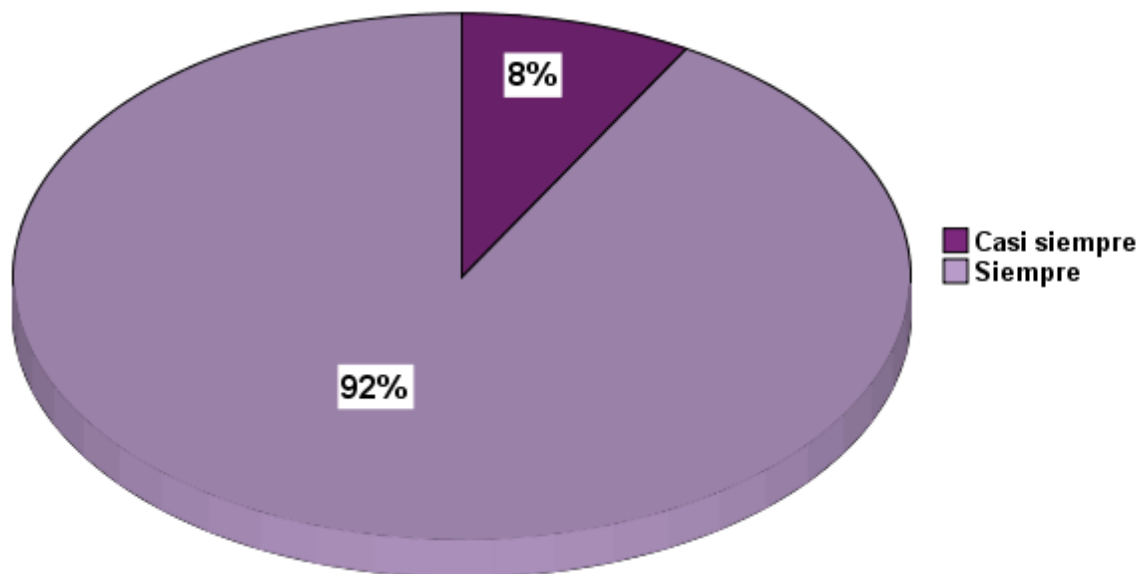
En el cuadro N° 19 y gráfica N° 19 se puede observar si las participantes encuestadas adoptaron correctamente el ejercicio hipopresivo Ortoestático 4, dando como resultado que el 58% dijeron que casi siempre lo realizaron y restando la prevalencia a un 42% dijeron que siempre lo realizaban correctamente.

Cuadro N° 20. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo sentado Sastre

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	1	8
Siempre	11	92
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 20. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo sentado Sastre



Fuente: Cuadro N° 20, 2019.

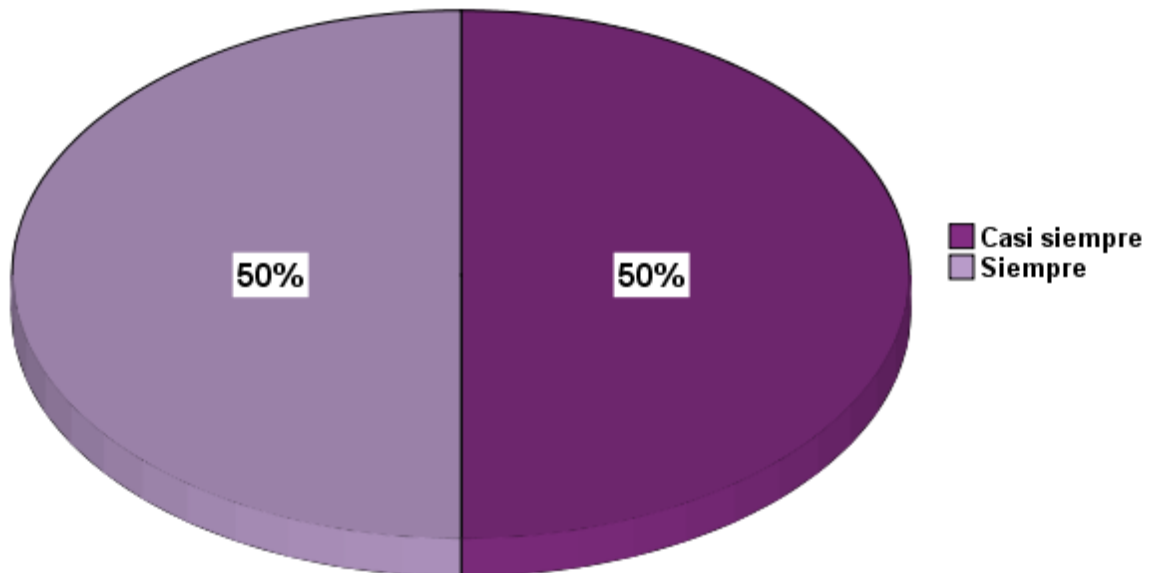
En el cuadro N° 20 y la gráfica N° 20 se observó si las participantes encuestadas realizaron correctamente el ejercicio hipopresivo sentado sastre, en la cual resultó que el 92% de las participantes encuestadas dijeron que siempre lo realizaban y solo el 8% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 21. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo decúbito supino

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	6	50
Siempre	6	50
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 21. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo decúbito supino



Fuente: Cuadro N° 21, 2019.

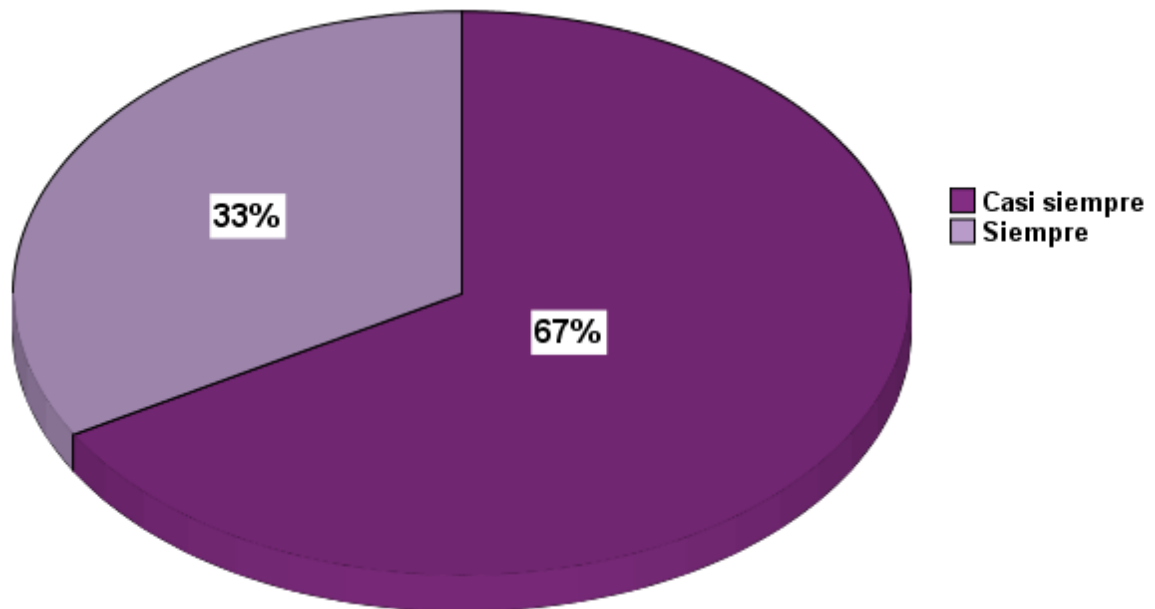
En el cuadro N° 21 y la gráfica N° 21 se observó si las participantes encuestadas realizaron correctamente el ejercicio hipopresivo en decúbito supino, en la cual resultado que el 50% de las participantes encuestadas dijeron que siempre lo realizaban y las que dijeron casi siempre con un porcentaje de 50%.

Cuadro N° 22. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo de rodillas

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	8	67
Siempre	4	33
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 22. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo de rodillas



Fuente: Cuadro N° 22, 2019.

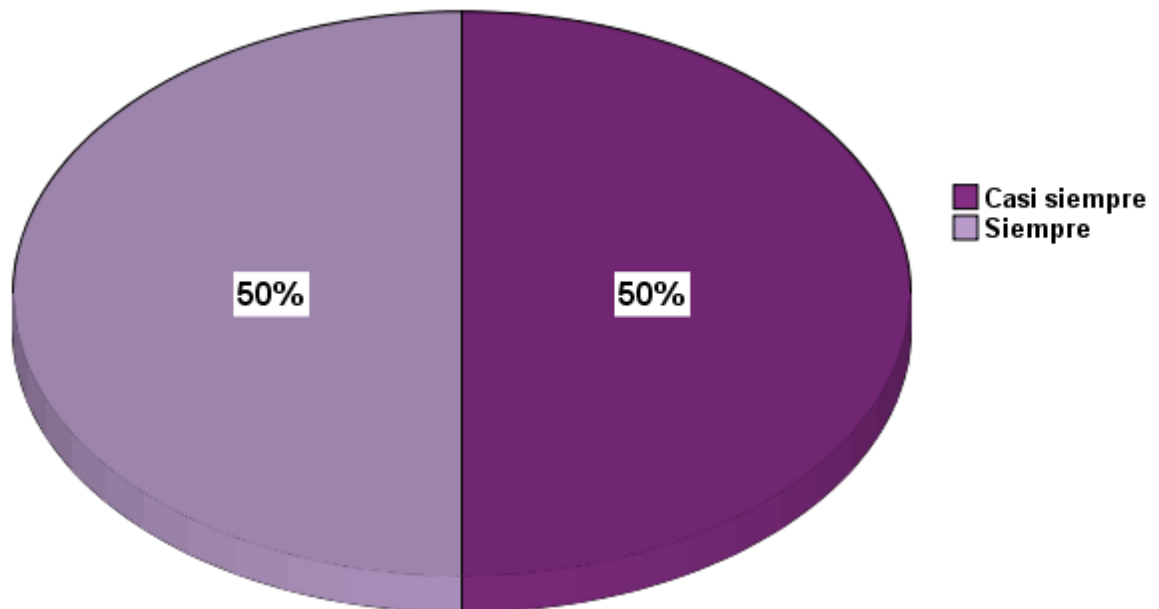
En el cuadro N° 22 y la gráfica N° 22 se observó si las participantes encuestadas realizaron correctamente el ejercicio hipopresivo de rodillas, dando como resultado que el 67% de las participantes encuestadas dijeron que siempre lo realizaban y solo el 33% dijeron que casi siempre realizaban este ejercicio.

Cuadro N° 23. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	6	50
Siempre	6	50
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 23. Correcta posición del Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos



Fuente: Cuadro N° 23, 2019.

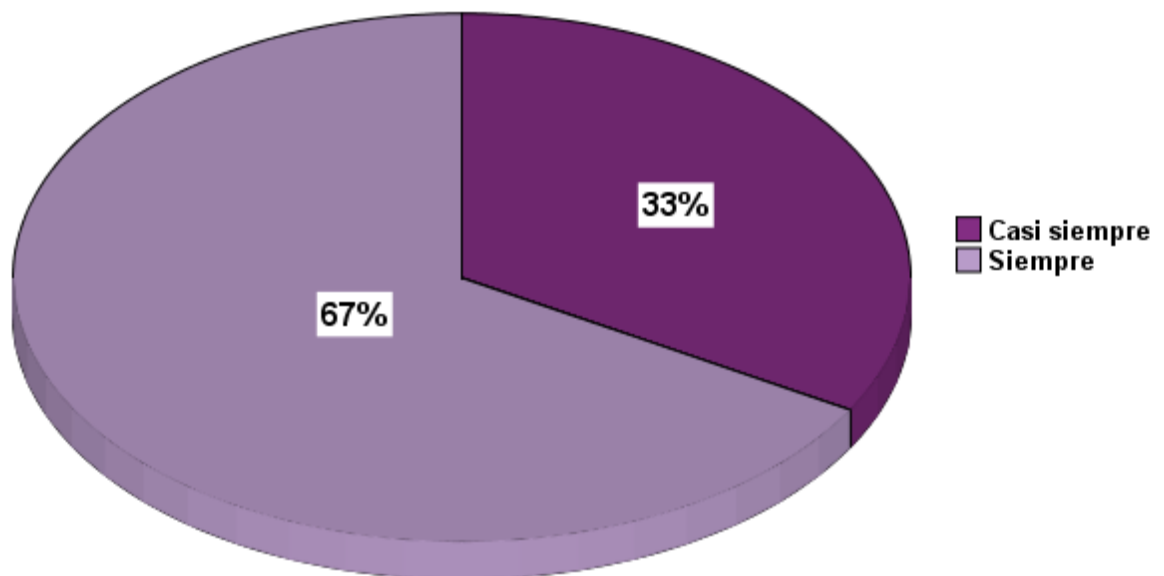
En el cuadro N° 23 y la gráfica N° 23 se presentó si las participantes encuestadas realizaron correctamente el ejercicio hipopresivo en cuatro puntos, dando como resultado que el 50% de las participantes encuestadas dijeron que siempre lo realizaban y los otros 50% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 24. Posición correcta de la autoenlogación

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	4	33
Siempre	8	67
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 24. Posición correcta de la autoenlogación



Fuente: Cuadro N° 24, 2019.

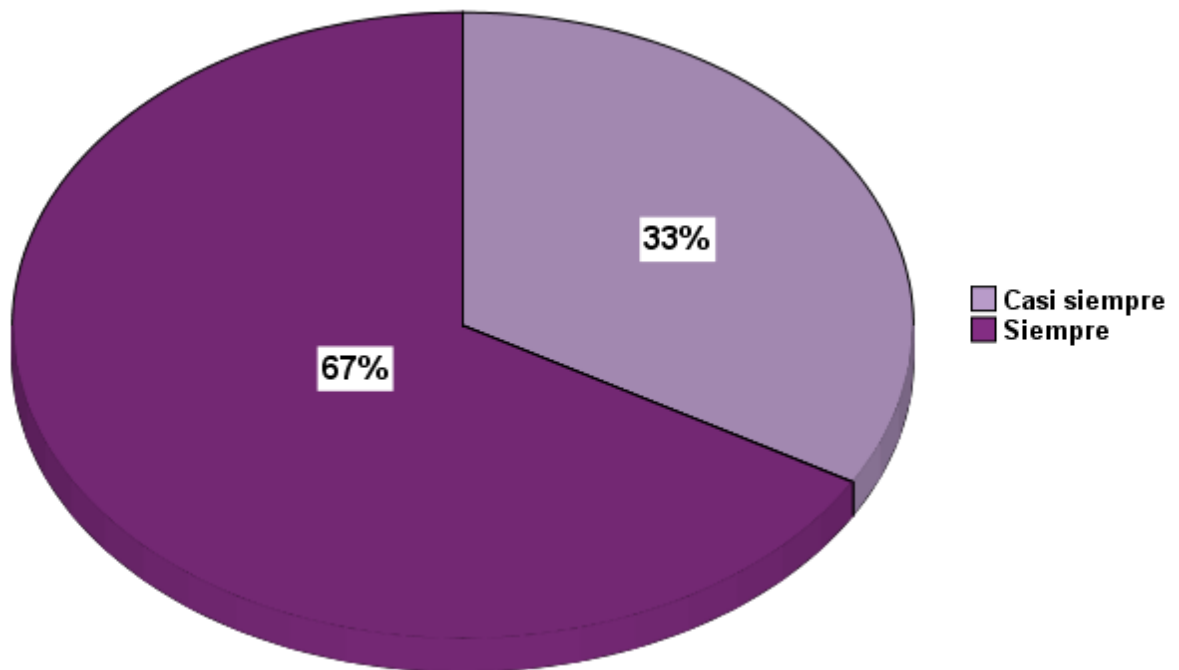
En el cuadro N° 24 y la gráfica N° 24 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la autoenlogación, en la cual resultó que el 67% de las participantes dijeron que siempre lo realizaban y que el 33% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 25. Posición correcta del doble mentón

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	4	33
Siempre	8	67
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 25. Posición correcta del doble mentón



Fuente: Cuadro N° 25, 2019.

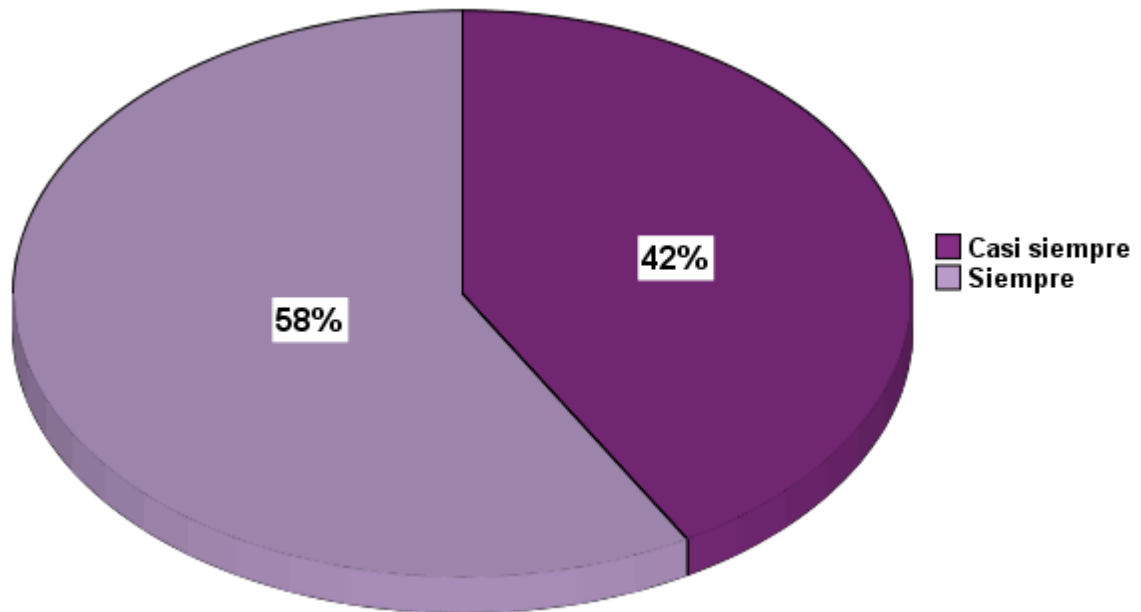
En el cuadro N° 25 y la gráfica N° 25 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente el doble mentón, en la cual dio como resultado que el 67% de las participantes dijeron que siempre lo realizaban y que el 33% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 26. Posición correcta de la decoaptación de la articulación glenohumeral

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 26. Posición correcta de la decoaptación de la articulación glenohumeral



Fuente: Cuadro N° 26, 2019.

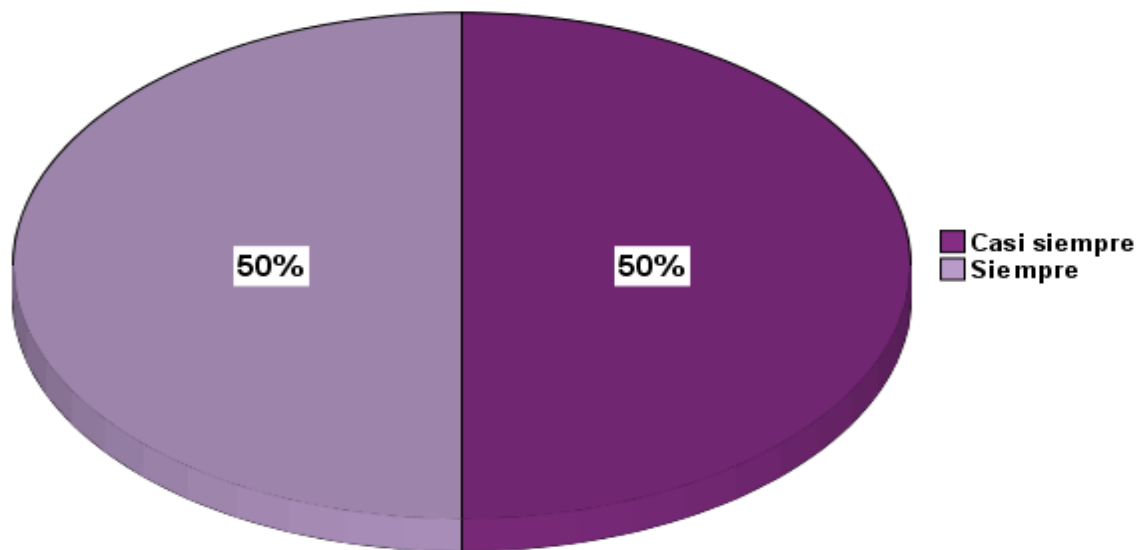
En el cuadro N° 26 y la gráfica N° 26 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la decoaptación glenohumeral, en la cual resultado que el 58% de las participantes dijeron que siempre lo realizaban y restando a la prevalencia un 42% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 27. Posición correcta del adelantamiento del eje de gravedad

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	6	50
Siempre	6	50
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 27. Posición correcta del adelantamiento del eje de gravedad



Fuente: Cuadro N° 27, 2019.

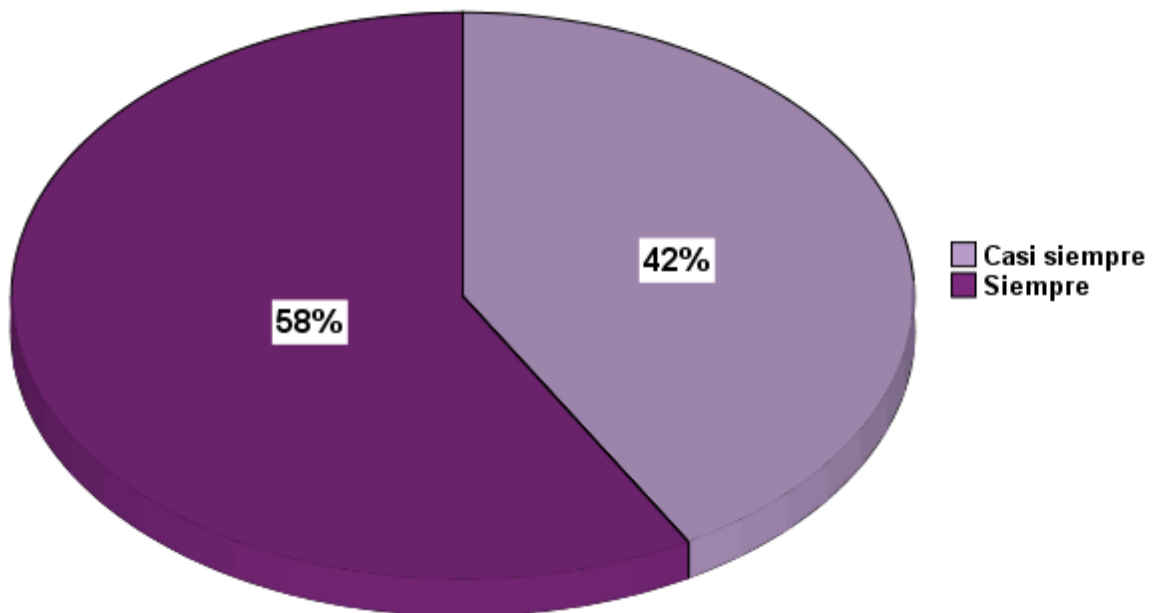
En el cuadro N° 27 y la gráfica N° 27 se puede observar a las participantes encuestadas si realizaron correctamente el adelantamiento del eje de gravedad, en la cual resultó que el 50% de las participantes dijeron que siempre lo realizaban y que los demás 50% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 28. Posición correcta de la respiración costal

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 28. Posición correcta de la respiración costal



Fuente: Cuadro N° 28, 2019.

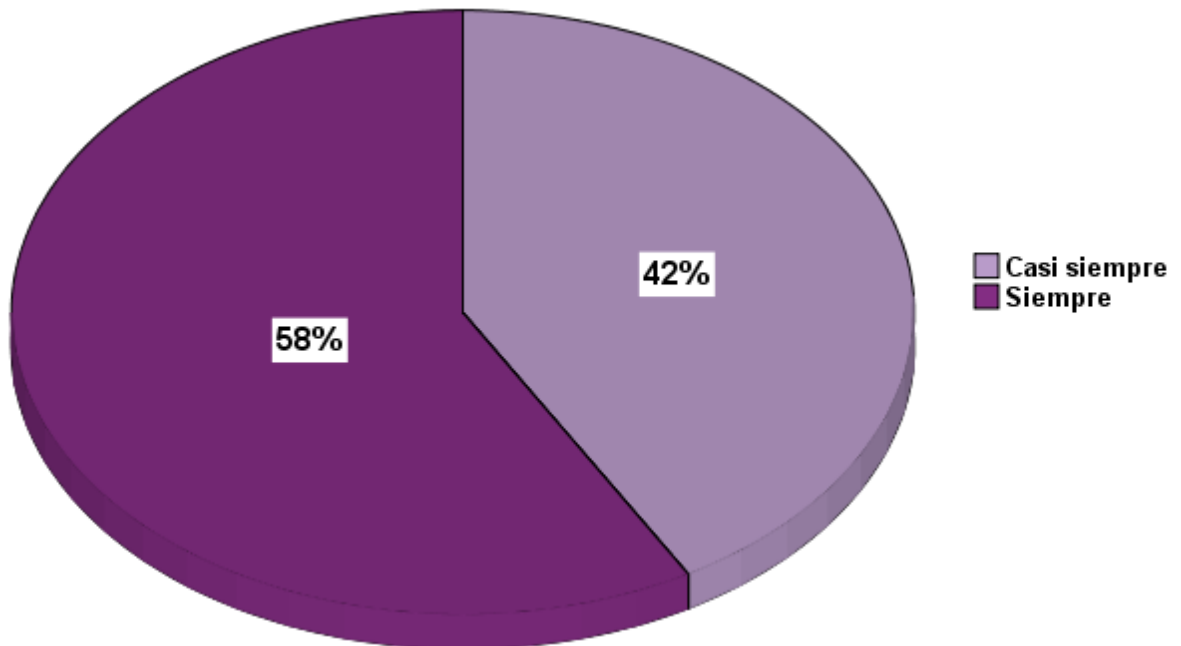
En el cuadro N° 28 y la gráfica N° 28 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la respiración costal, dando como resultado una prevalencia del 58% de las participantes dijeron que siempre lo realizaban y que el 42% dijeron que casi siempre.

Cuadro N° 29. Posición correcta de la apnea espiratoria

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 29. Posición correcta de la apnea espiratoria



Fuente: Cuadro N° 29, 2019.

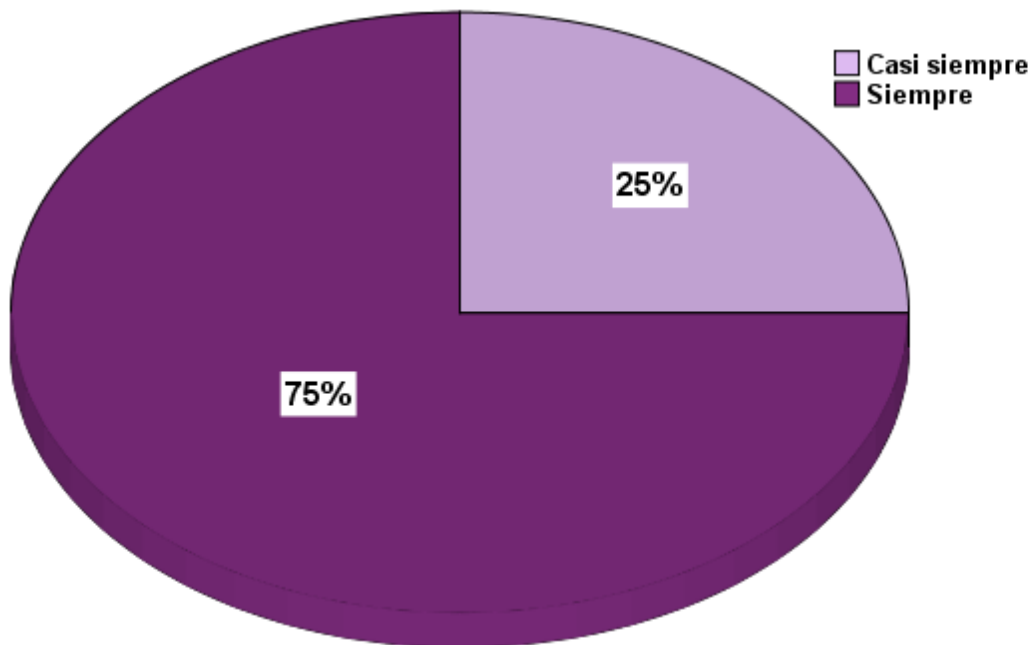
En el cuadro N° 29 y la gráfica N° 29 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la apnea espiratoria, resultando que el 58% de las participantes contestaron que siempre lo realizaban y que el 42% contestaron que casi siempre.

Cuadro N° 30. Correcta identificación de los músculos del suelo pélvico

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	3	25
Siempre	9	75
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 30. Correcta identificación de los músculos del suelo pélvico



Fuente: Cuadro N° 30, 2019.

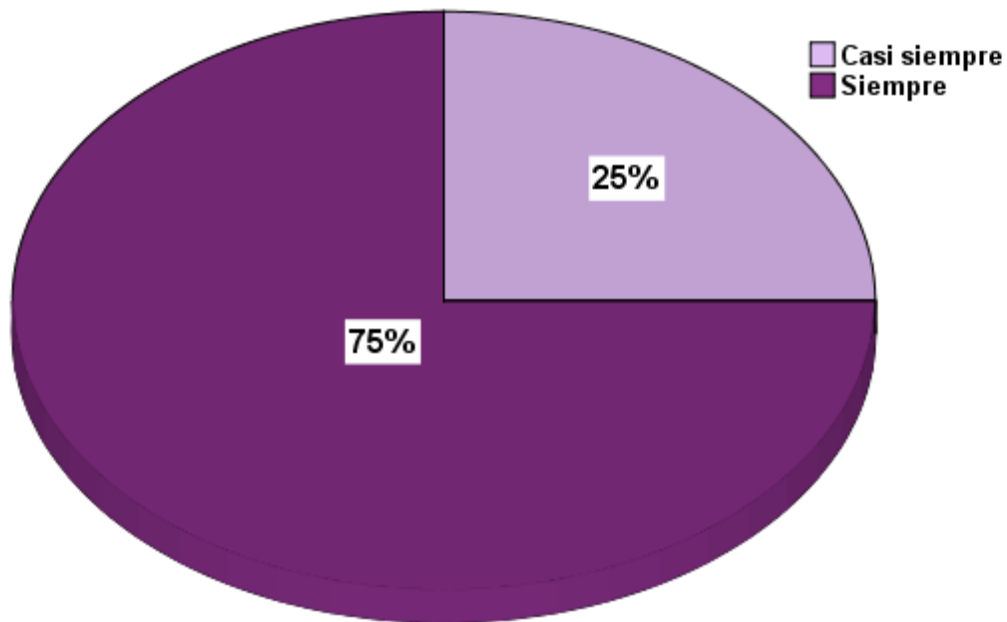
En el cuadro N° 30 y la gráfica N° 30 se puede observar si las participantes encuestadas identificaron correctamente los músculos del suelo pélvico siendo así que el 75% contestaron que siempre lograban identificar, y que el 25% contestaron que casi siempre lo lograban.

Cuadro N° 31. Correcta posición en decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	3	25
Siempre	9	75
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 31. Correcta posición en decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 31, 2019.

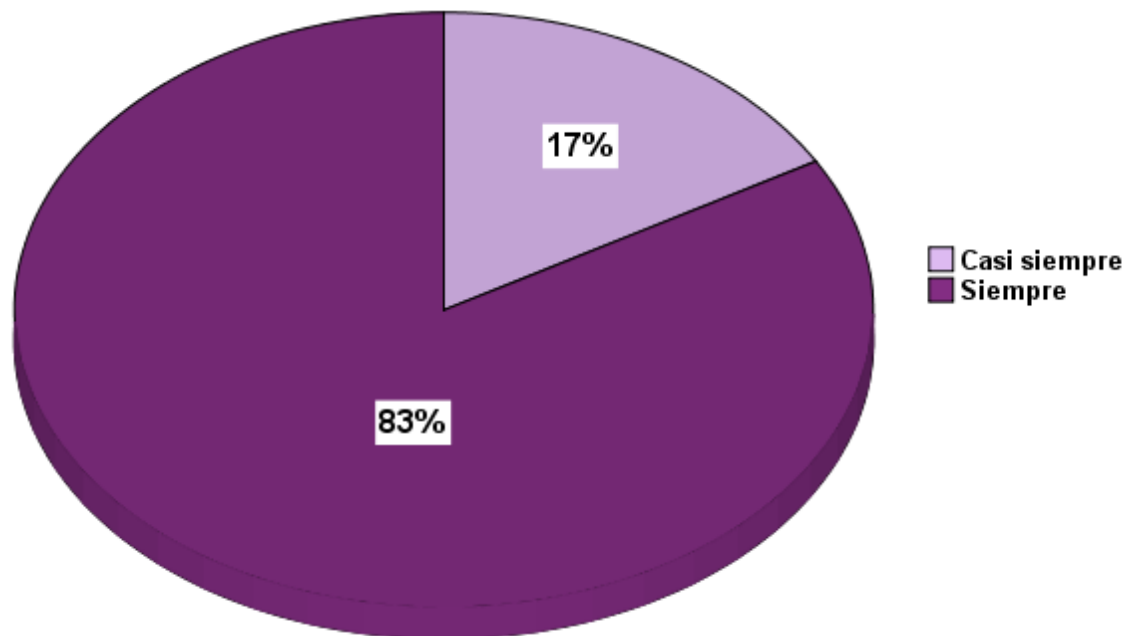
En el cuadro N° 31 y la gráfica N° 31 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición decúbito Supino con flexión de miembros inferiores dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 75% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 25%.

Cuadro N° 32. Correcta posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	2	17
Siempre	10	83
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 32. Correcta posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 32, 2019.

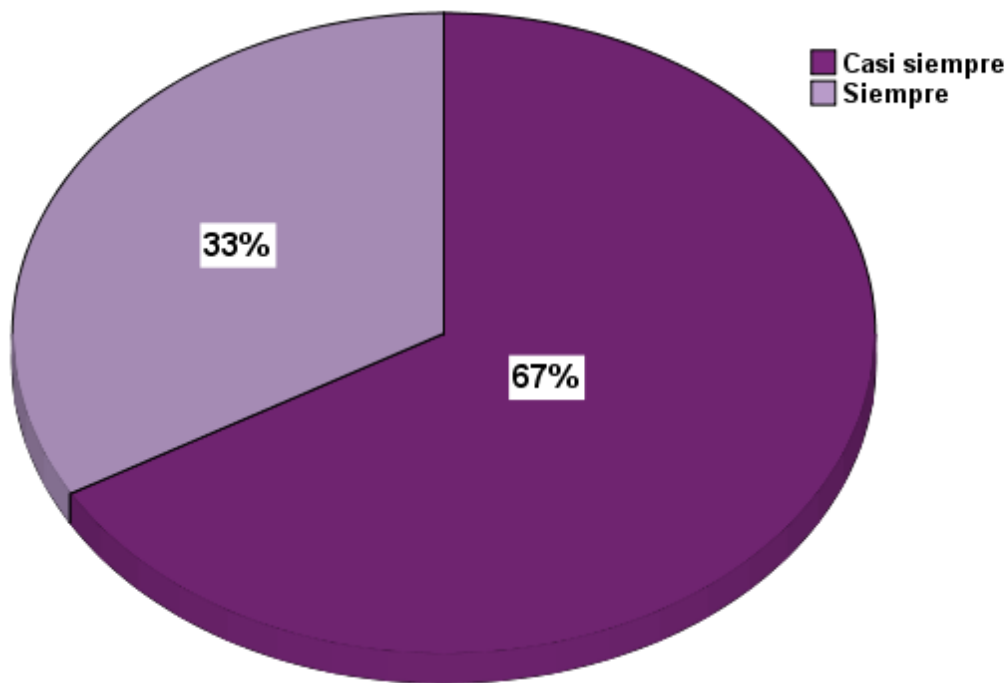
En el cuadro N° 32 y la gráfica N° 32 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición decúbito prono dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 83% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 17%.

Cuadro N° 33. Correcta posición en cuadrupedia enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	8	67
Siempre	4	33
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 33. Correcta posición en cuadrupedia enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 33, 2019.

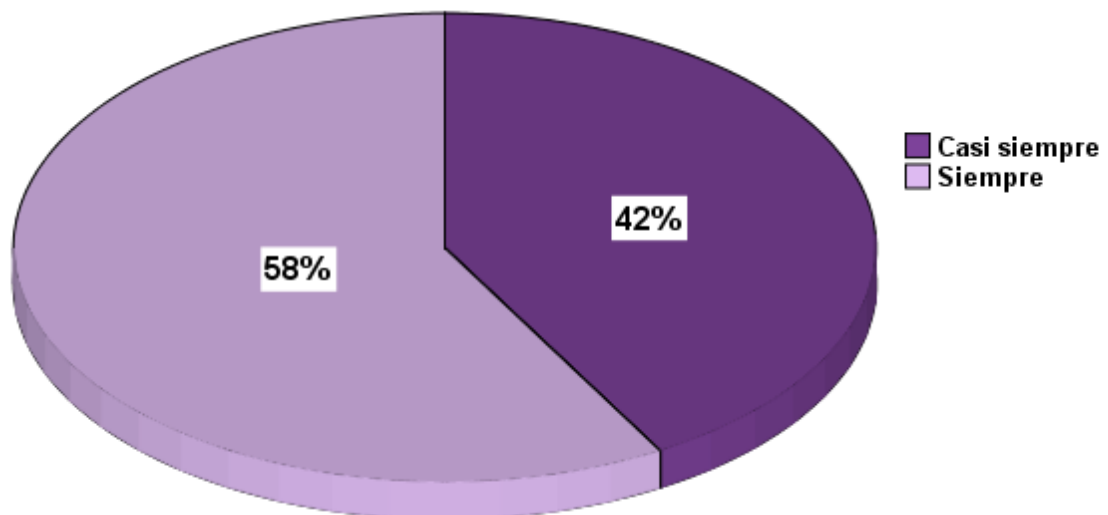
En el cuadro N° 33 y la gráfica N° 33 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición de cuadrupedia dando como resultado que las que contestaron casi siempre obtuvieron un 67% y las que contestaron siempre dio un porcentaje de 33%.

Cuadro N° 34. Correcta posición en decúbito supino con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 34. Correcta posición en decúbito supino con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 34, 2019.

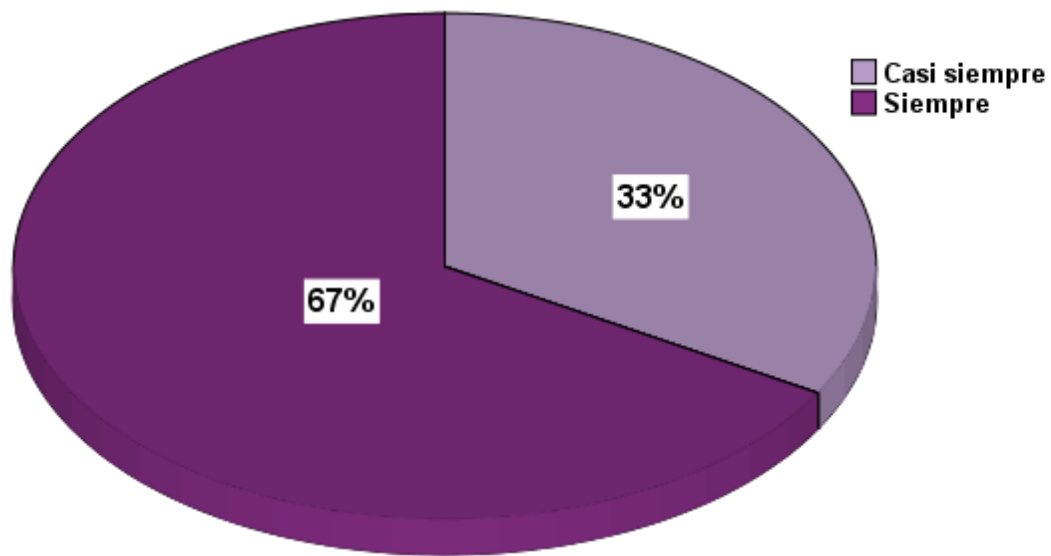
En el cuadro N° 34 y la gráfica N° 34 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición decúbito supino con elevación de la pelvis dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 35. Correcta posición de Mahoma enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	4	33
Siempre	8	67
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 35. Correcta posición de Mahoma enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 35, 2019.

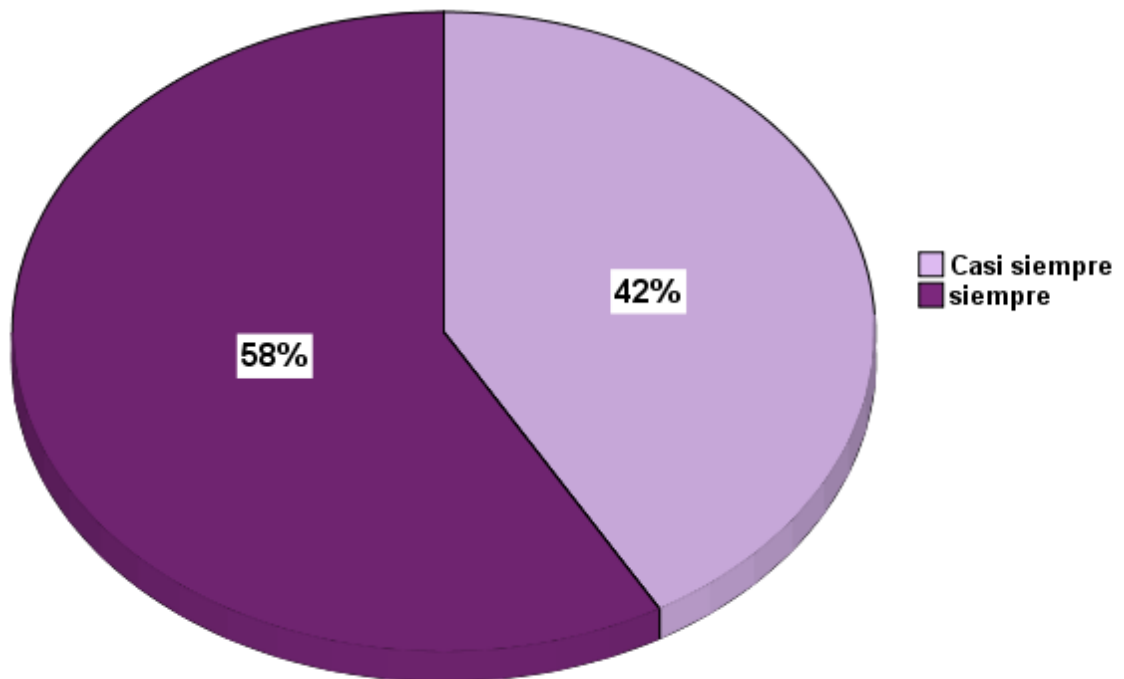
En el cuadro N° 35 y la gráfica N° 35 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición de Mahoma dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 67% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 33%.

Cuadro N° 36. Correcta posición de decúbito lateral con flexión de rodillas enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 36. Correcta posición de decúbito lateral con flexión de rodillas enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 36, 2019.

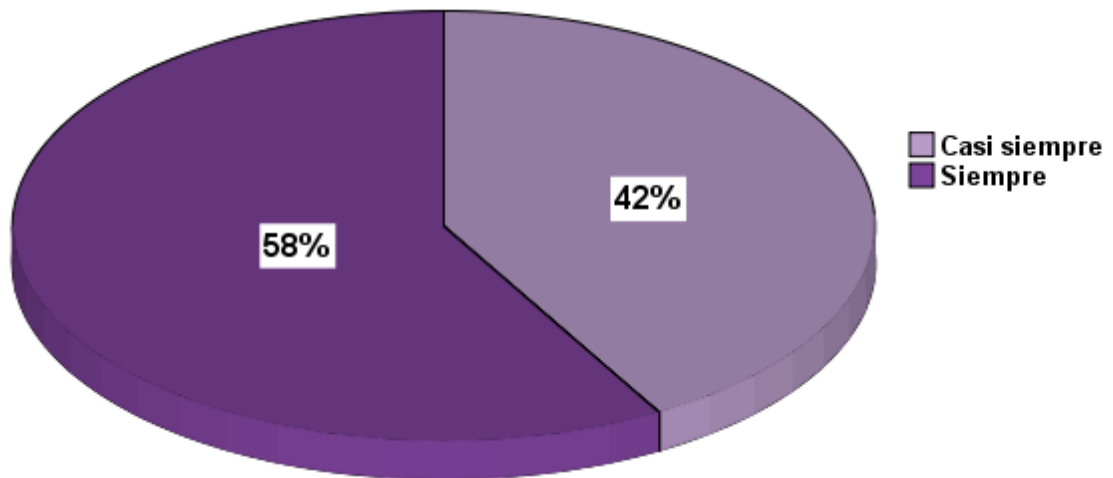
En el cuadro N° 36 y la gráfica N° 36 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición decúbito lateral con flexión de rodillas dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 37. Correcta posición Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 37. Correcta posición Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 37, 2019.

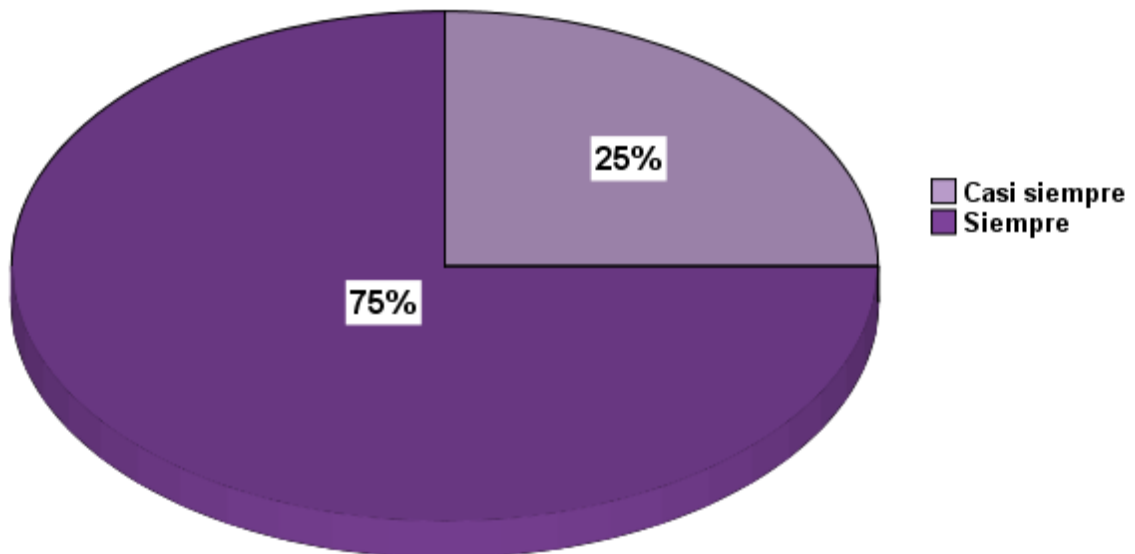
En el cuadro N° 37 y la gráfica N° 37 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 38. Correcta posición en sedente enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	3	25
Siempre	9	75
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 38. Correcta posición en sedente enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 38, 2019.

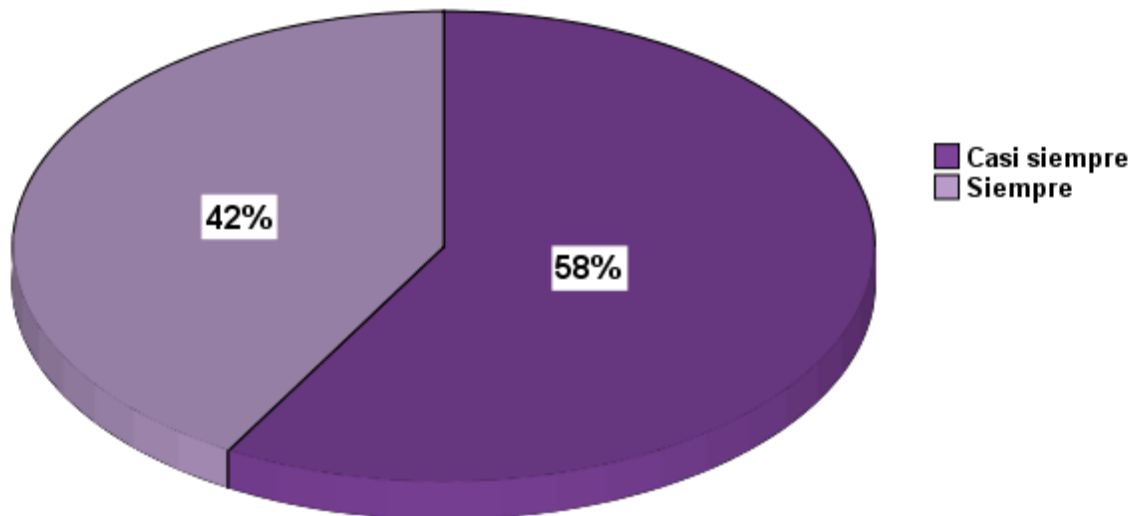
En el cuadro N° 38 y la gráfica N° 38 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición sedente dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 75% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 25%.

Cuadro N° 39. Correctamente posición en sedente con rodillas flexionadas enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	7	58
Siempre	5	42
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 39. Correctamente posición en sedente con rodillas flexionadas enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 39, 2019.

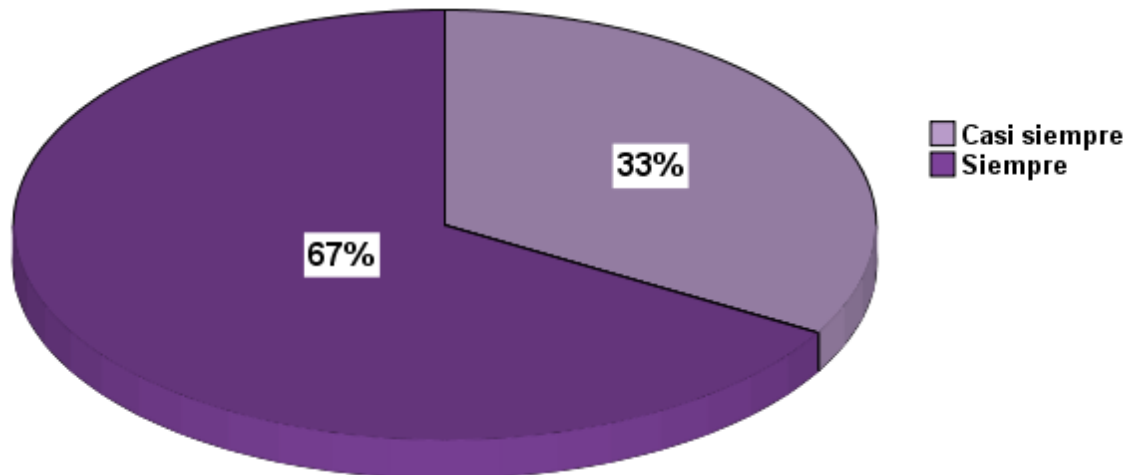
En el cuadro N° 39 y la gráfica N° 39 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición sedente con rodillas flexionadas dando como resultado que las que contestaron casi siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 40. Correcta posición en bipedestación enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	4	33
Siempre	8	67
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 40. Correcta posición en bipedestación enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 40, 2019.

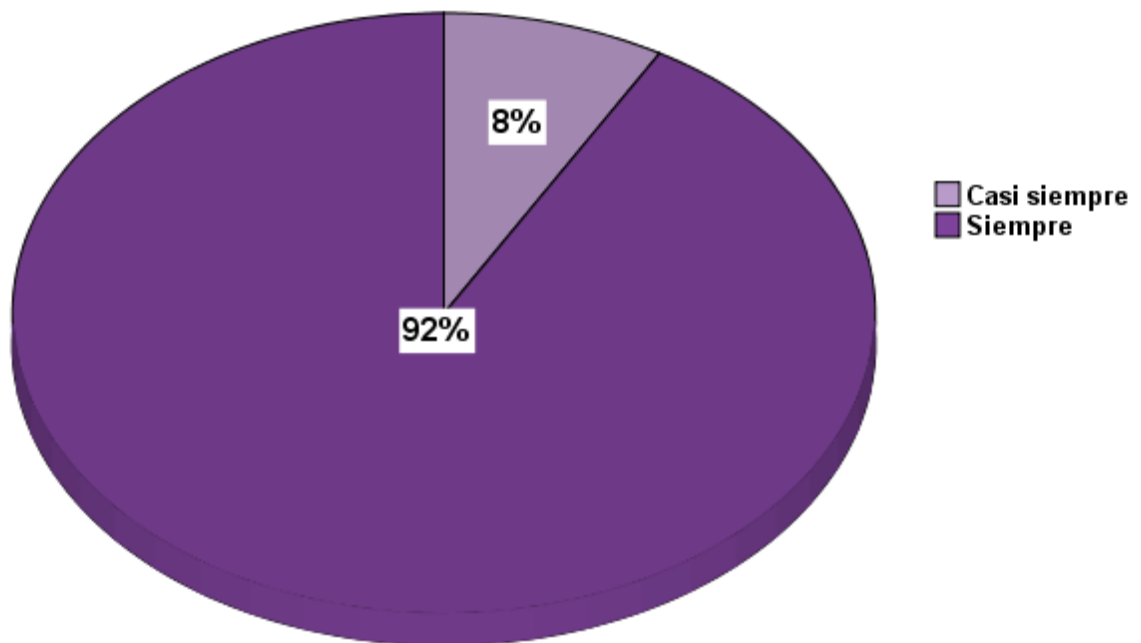
En el cuadro N° 40 y la gráfica N° 40 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición en bipedestación dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 67% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 33%.

Cuadro N° 41. Correcta posición sedente en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	1	8
Siempre	11	92
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 41. Correcta posición sedente en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 41, 2019.

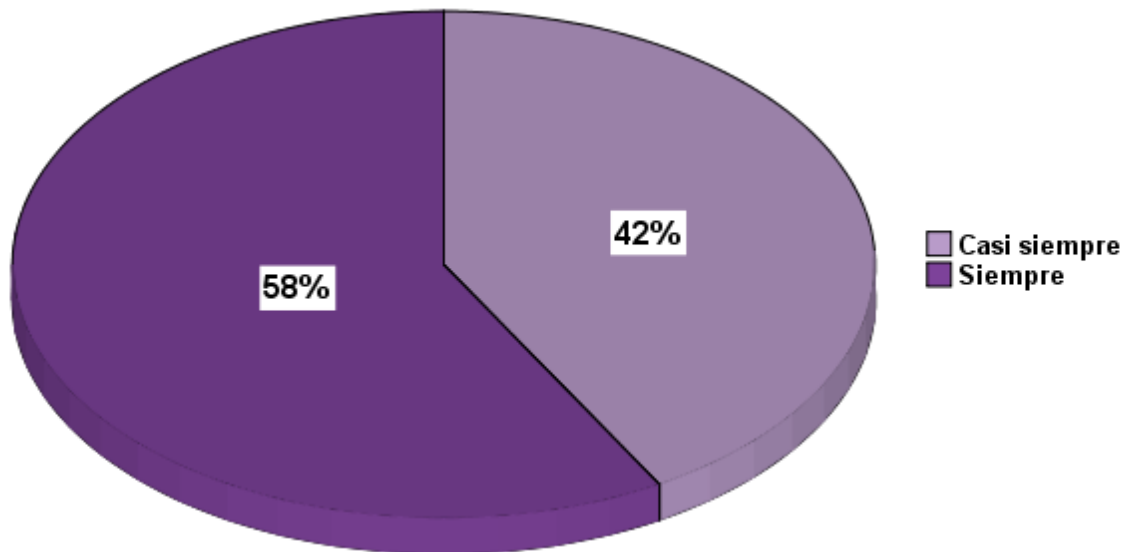
En el cuadro N° 41 y la gráfica N° 41 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición sedente en el balón terapéutico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 92% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 8%.

Cuadro N° 42. Correcta posición la flexión y extensión de rodillas en posición supina en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	41.7
Siempre	7	58.3
Total	12	100.0

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 42. Correcta posición la flexión y extensión de rodillas en posición supina en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 42, 2019.

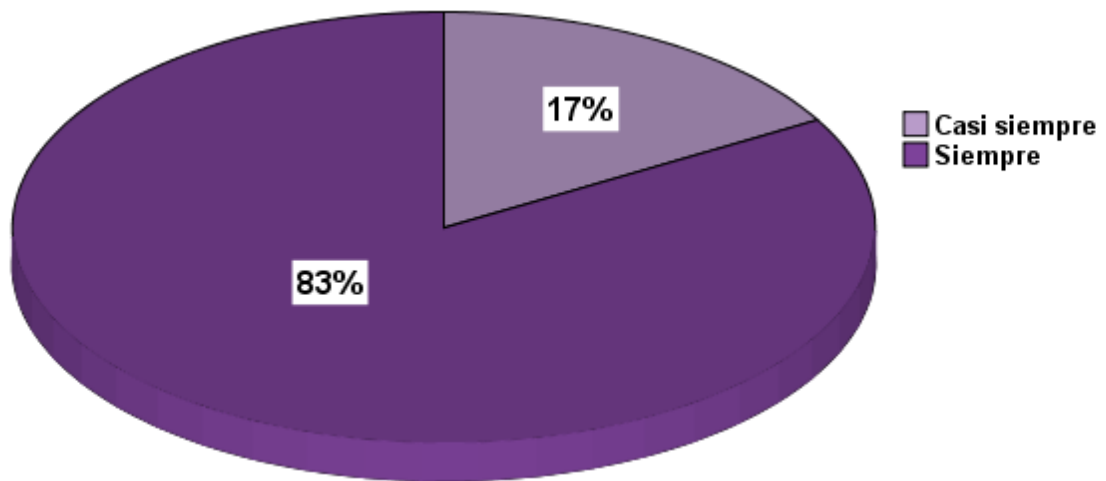
En el cuadro N° 42 y la gráfica N° 42 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición supina realizando la flexión y extensión de rodillas en el balón terapéutico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 43. Correcta posición en decúbito supino con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	2	17
Siempre	10	83
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 43. Correcta posición en decúbito supino con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 43, 2019.

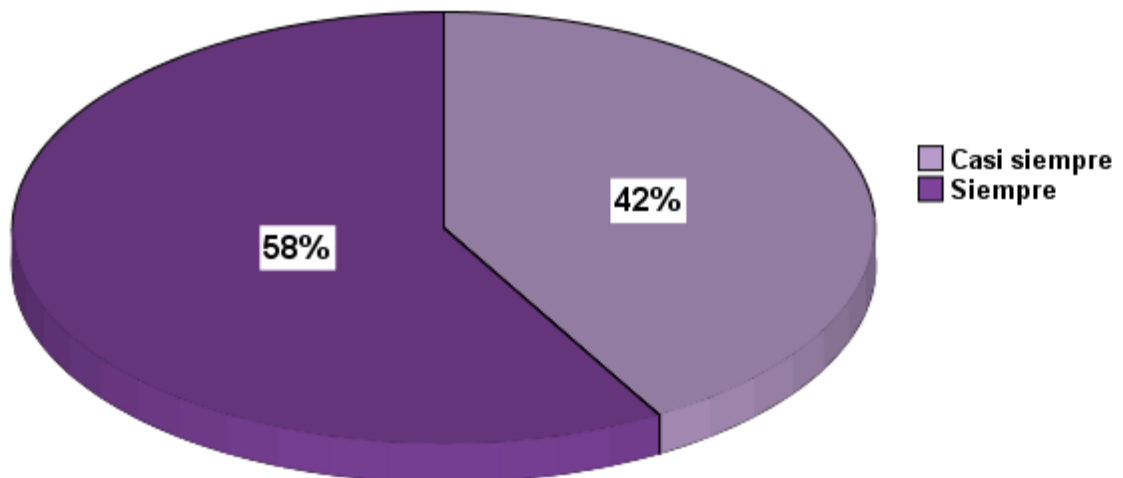
En el cuadro N° 43 y la gráfica N° 43 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 83% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 17%.

Cuadro N° 44. Correcta Posición sedente con flexión de tronco con ayuda del terapéutico enseñada por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 44. Correcta Posición sedente con flexión de tronco con ayuda del terapéutico enseñada por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 44, 2019.

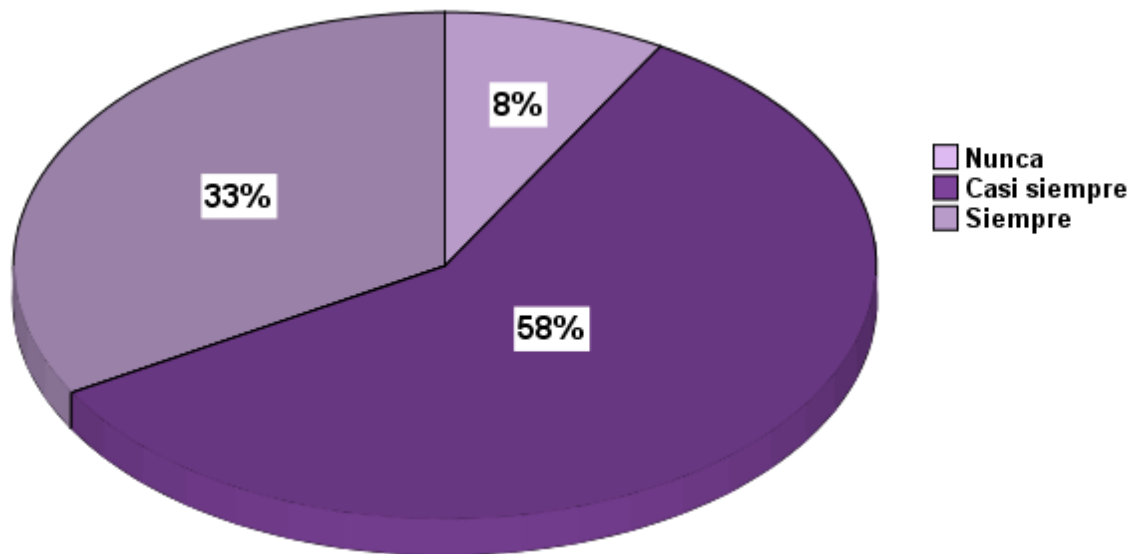
En el cuadro N° 44 y la gráfica N° 44 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente la posición sedente con flexión de tronco con ayuda del balón terapéutico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 45. Correcta posición de las Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	8
Casi siempre	7	58
Siempre	4	33
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 45. Correcta posición de las Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta



Fuente: Cuadro N° 45, 2019.

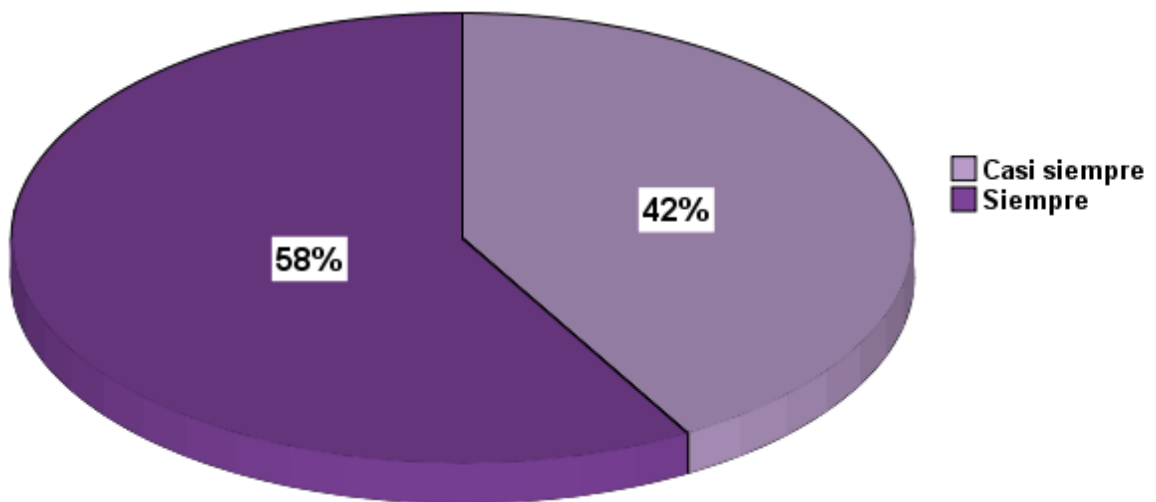
En el cuadro N° 45 y la gráfica N° 45 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente las sentadillas con ayuda del balón terapéutico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58%, las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 33% y restando al porcentaje con un 8% las que contestaron que nunca lo realizaron.

Cuadro N° 46. Realización correcta de las respiraciones en cada repetición

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	5	42
Siempre	7	58
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 46. Realización correcta de las respiraciones en cada repetición



Fuente: Cuadro N° 46, 2019.

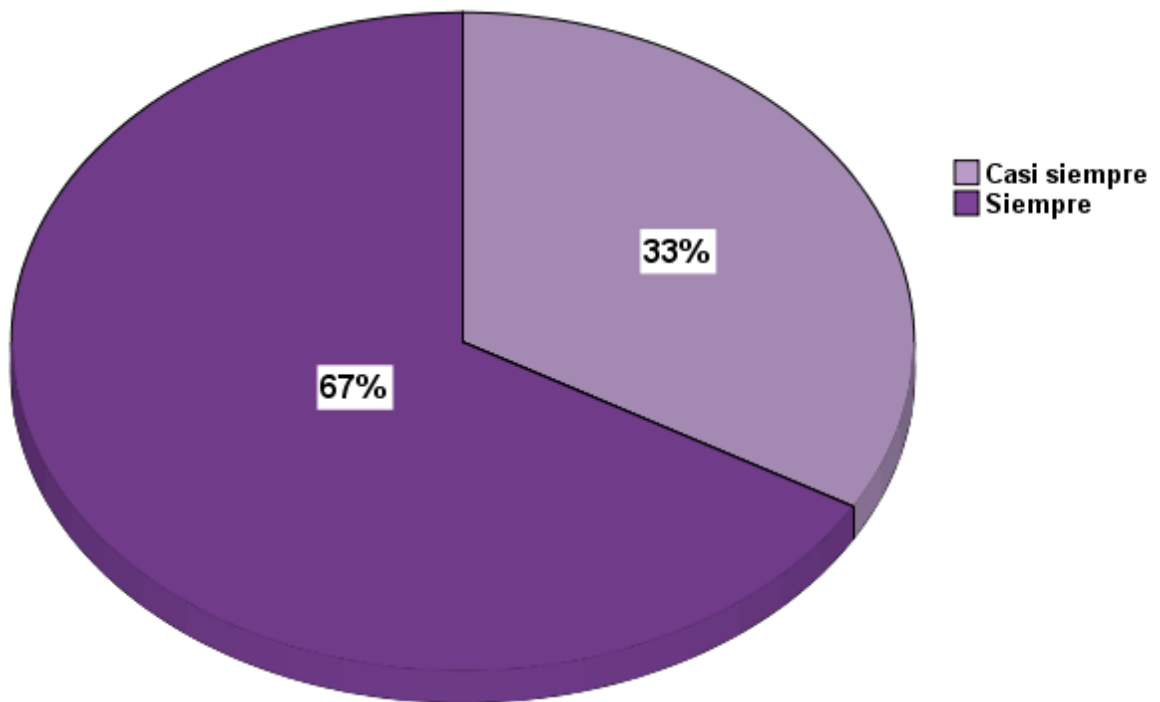
En el cuadro N° 46 y la gráfica N° 46 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente las respiraciones en cada repetición del ejercicio dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 58% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 42%.

Cuadro N° 47. Realización correcta de las contracciones lentas del suelo pélvico

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje válido
Casi siempre	4	33
Siempre	8	67
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 47. Realización correcta de las contracciones lentas del suelo pélvico



Fuente: Cuadro N° 47, 2019.

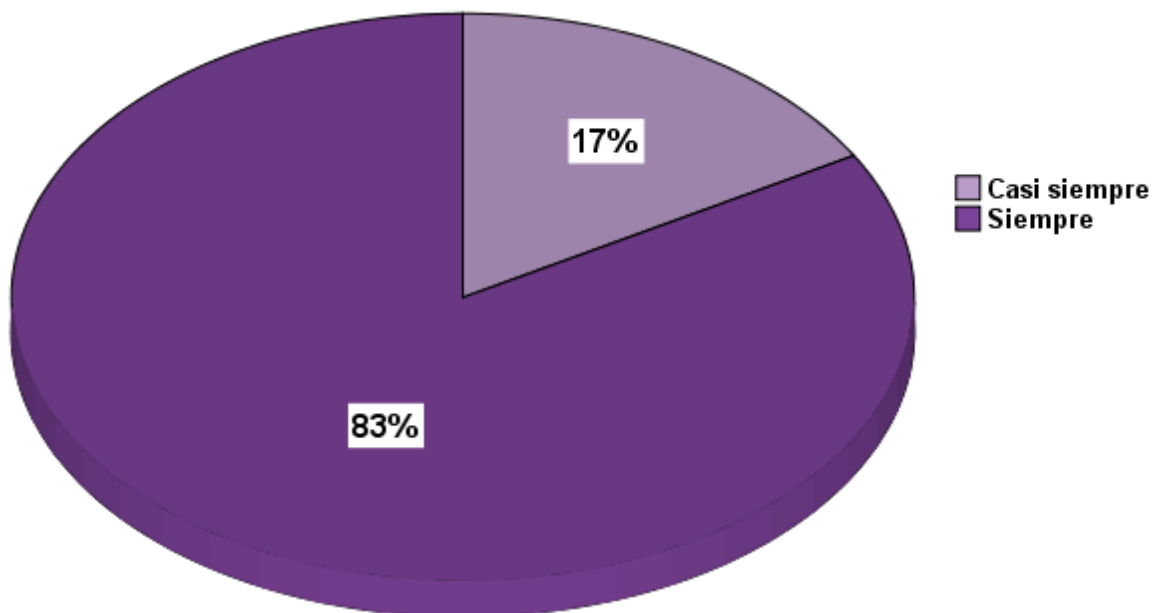
En el cuadro N° 47 y la gráfica N° 47 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente las contracciones lentas del suelo pélvico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 67% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 33%.

Cuadro N° 48. Realización correcta las contracciones rápidas del suelo pélvico

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	2	17
Siempre	10	83
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 48. Realización correcta las contracciones rápidas del suelo pélvico



Fuente: Cuadro N° 48, 2019.

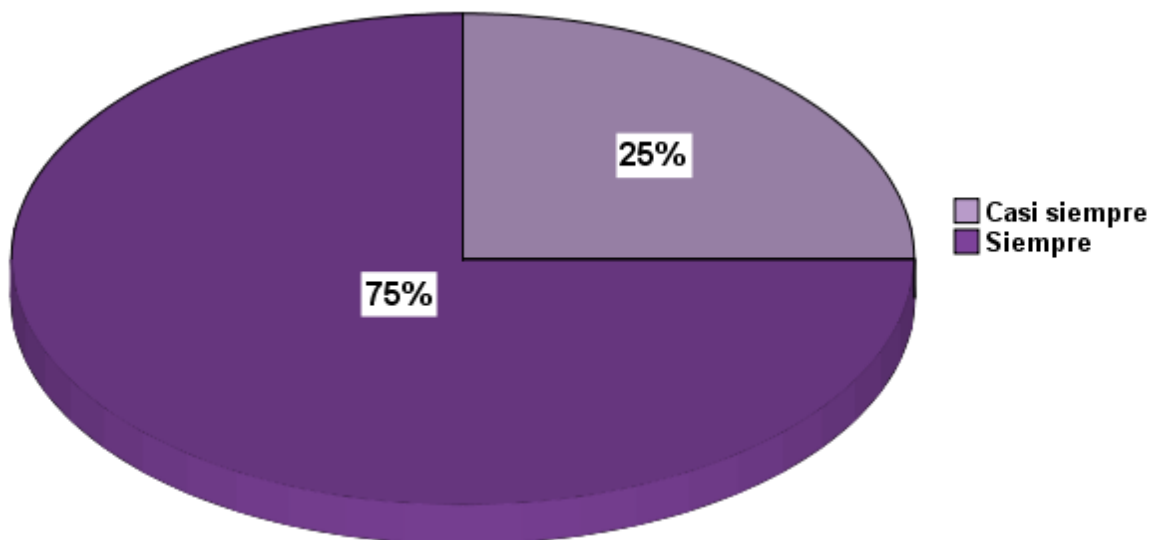
En el cuadro N° 48 y la gráfica N° 48 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente las contracciones rápidas del suelo pélvico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 83% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 17%.

Cuadro N° 49. Realización correcta las contracciones alternadas del suelo pélvico

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Casi siempre	3	25
Siempre	9	75
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 49. Realización correcta las contracciones alternadas del suelo pélvico



Fuente: Cuadro N° 49, 2019.

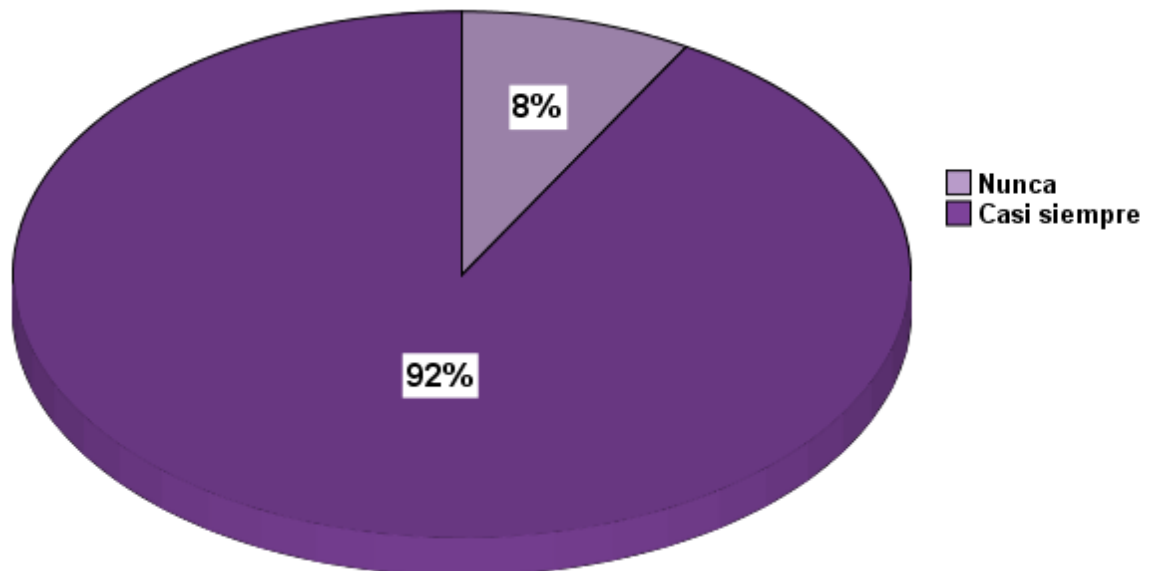
En el cuadro N° 49 y la gráfica N° 49 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron correctamente las contracciones alternadas del suelo pélvico dando como resultado que las que contestaron siempre obtuvieron un 75% y las que contestaron casi siempre dio un porcentaje de 25%.

Cuadro N° 50. Realización de los ejercicios en casa

Criterios a evaluar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	1	8
Casi siempre	11	92
Total	12	100

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

Gráfica N° 50. Realización de los ejercicios en casa



Fuente: Cuadro N° 50, 2019.

En el cuadro N° 50 y la gráfica N° 50 se puede observar si las participantes encuestadas realizaron los ejercicios en casa dando como resultado que las que contestaron casi siempre obtuvieron un 92% y las que contestaron que nunca lo realizaron dio un porcentaje de 8%.

Cuadro N° 51. Comprobación de hipótesis (Aplicación del entrenamiento muscular del suelo pélvico)

Recuento		¿Realizó una correcta identificación de los músculos del suelo pélvico?		Total
		Casi siempre	Siempre	
¿Cuándo pierde orina?	Pierde orina antes de llegar al inodoro	1	0	1
	Pierde orina cuando toso o estornudo	0	7	7
	Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios	2	2	4
Total		3	9	12
Pruebas de chi-cuadrado				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		6.667 ^a	2	.036
Razón de verosimilitudes		7.951	2	.019
Asociación lineal por lineal		.591	1	.442
N de casos válidos		12		

Fuente: Datos recolectados con el instrumento aplicado, 2019.

En el Cuadro N° 51 se aprecia la correlación de las variables independientes que es la incontinencia urinaria y la variable dependiente que es el entrenamiento muscular del suelo pélvico usando como ítem de correlación para la variable independiente de ¿Cuándo pierde orina? Y para la variable dependiente que es si ¿Realizó una correcta identificación de los músculos del suelo pélvico?

Donde se aplica el Chi-cuadrado de Pearson, encontrándose que hay una significativa relación entre ambas variables puesto que la significancia asintótica bilateral dio como resultado .036 aceptándose de esta manera la hipótesis de investigación que dice el entrenamiento muscular del suelo pélvico es eficaz para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

La regla de decisión: se acepta la hipótesis de investigación siempre y cuando el Chi- cuadrado de Pearson sea menor de .05.

Cuadro N° 52. Comprobación de hipótesis (Aplicación de ejercicios hipopresivos)

Recuento		¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4?		Total
		Casi siempre	Siempre	
¿Cuándo pierde orina?	Pierde orina antes de llegar al inodoro	1	0	1
	Pierde orina cuando toso o estornudo	1	1	2
	Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios	4	3	7
	Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido	1	1	2
Total		7	5	12
Pruebas de chi-cuadrado				
		Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson		.833 ^a	3	.842
Razón de verosimilitudes		1.195	3	.754
Asociación lineal por lineal		.262	1	.609
N de casos válidos		12		

En el Cuadro N° 52 se aprecia la correlación de las variables independiente que es la incontinencia urinaria y la variable dependiente que es ejercicio hipopresivo usando como ítem de correlación para la variable independiente de ¿Cuándo

pierde orina? Y para la variable dependiente que es si ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4?

Donde se aplica el Chi-cuadrado de Pearson, encontrándose que no hay una significativa relación entre ambas variables puesto que la significancia asintótica bilateral dio como resultado .842 rechazándose de esta manera la hipótesis de investigación que dice los ejercicios hipopresivos son eficaces para la incontinencia urinaria en las mujeres atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.

La regla de decisión: se acepta la hipótesis de investigación siempre y cuando el Chi- cuadrado de Pearson sea menor de .05.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que se ha demostrado científicamente la mejoría de la incontinencia urinaria por medio del entrenamiento muscular del suelo pélvico con respecto a los ejercicios hipopresivos.

- El entrenamiento muscular del suelo pélvico es efectivo para la incontinencia urinaria de la mujer logrando llegar a un estado normal del 38%. (Gráfica No 7, p. 66. Cuadro No 51, p. 111).
- La prevalencia de incontinencia urinaria se demostró que es mayor en mujeres jóvenes entre las edades de 25 a 35 años con un 42%, que va desde un grado de severidad leve a severo. (Gráfica No 2, p. 61).
- Se comprobó que el parto vaginal tiene mayor porcentaje de prevalencia de incontinencia urinaria que la cesárea demostrando un resultado de 42% de las pacientes intervenidas, encontrándose en el grado severo en el nivel de severidad. (Gráfica No 4, p. 63).
- Se demostró una notable significancia de las mujeres nulíparas, teniendo el mayor porcentaje de incontinencia urinaria con un 33% de la población encuestada con un grado de severidad leve. (Gráfica No 5, p. 64).
- La pérdida de orina según las mujeres encuestadas mayormente se da en las que han tenido un esfuerzo físico ya sea durante el ejercicio y cuando tose o estornuda. (Gráfica No 15, p. 76).
- En los ejercicios hipopresivos no se presentó una mejoría notable con respecto a la incontinencia urinaria, y falta de futuras evidencias científicas que puedan comprobar este hecho. (Cuadro No 52, p. 114).

- Siendo así el entrenamiento muscular del suelo pélvico gracias a su larga evidencia se puede destacar como el principal tratamiento conservador de la incontinencia urinaria, teniendo en cuenta que el primer paso importante para realizar correctamente el ejercicio es la identificación de los músculos del suelo pélvico en que se encontró que el 75% de las mujeres siempre pudieron identificar los músculos del suelo pélvico durante las contracciones. (Gráfica No 30, p. 91).

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación no se encontraron tantas limitaciones que pudieran afectar la intervención fisioterapéutica pero sí se surgieron algunas recomendaciones para mejorar la incidencia de incontinencia urinaria.

- Se recomienda la incorporación del entrenamiento muscular del suelo pélvico a centros de salud, hospitales, clínicas porque se comprobó que es un tratamiento efectivo logrando una disminución significativa de la incontinencia urinaria en la mujer.
- Realizar futuras investigaciones científicas aplicando el entrenamiento muscular del suelo pélvico y de los ejercicios hipopresivos para las disfunciones del suelo pélvico.
- Mantener una referencia bibliográfica actualizada referente a los temas de incontinencia urinaria femenina en la cual abarque anatomía y fisiología del sistema urinario femenino sin dejar de mencionar las diferentes estrategias de intervención fisioterapéutica como los son los ejercicios de Kegel, hipopresivos y entre otras alternativas que ofertamos en terapia física.
- Dentro de las limitaciones se resalta la entrega de datos fundamentales por parte de las participantes lo cual atraso un poco el proceso de un diseño individualizado de la atención fisioterapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Austin, D. (2004). **Adelgazar Y Modelar La Figura Con Balon Y Banda Elastica**. España: Tutor Ediciones, S.A.
- Brittenham, D. y Brittenham, G. (2009). **Musculación de abdominales y espalda**. Barcelona, España: Hispano Europea, S.A.
- Gomariz, J. (2005). **Estiramientos de cadenas musculares**. Barcelona: Liebre de Marzo.
- Grosse, D. y Sengler, J. (2001). **Reeducacion Del Perine: Fisioterapia en Las Incontinencias Urinarias**. España: Masson.
- Hernandez Sampieri, R. (2014). **Concepción o elección del diseño, Metodologia de la Investigacion**. Mexico: McGRAW-HILL.
- Ramirez, I., Blanco, L. Y Kauffmann, S. (2013). **Rehabilitacion del Suelo Pelvico Femenino: Practica clinica basada en la evidencia**. España: Panamericana.
- Walker, C. (2006). **Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecologia**. España: Masson.

INFOGRAFÍA

- Adamany, K. (2008). **Pilates para el postparto**. España: Paido Tribo. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/343617895/Pilates-Postparto-pdf>
- Amostegui, J., Ferri Morales, A., Lilo De la Quintana, C. y Serra Losa, M. (2004). **Incontinencia Urinaria y otras lesiones del suelo pelvico: etiologia y estrategias de prevencion**. En Revista Medica Universitaria Navarra, 48(4), pp. 18-31. Recuperado de: <http://www.akot.com.ar/cokiba/talleres/2015/core/files/7%20aspiracion%20diafragm%C3%A1tica%20e%20incontinencia.pdf>
- Carceles, R. (2009). **Manual Completo de pilates en suelo**. España: Paido Tribo. Recuperado de <https://epdf.pub/manual-completo-de-pilates-suelo.html>

- Carrasco, D. G. y Cantalapiedra, J. A. (2012). **Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática.** En *Fisioterapia*, 34(2), pp. 87-95. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.ft.2011.12.002>
- Caufriez, M. (2019). **Curso Oficial del Método Hipopresivo®, Gimnasia abdominal hipopresiva online, nivel 1**, llevado a cabo en David, Chiriquí. Panamá
- Coscarón Molano, A. (2013). **Evidencia de la gimnasia abdominal hipopresiva en incontinencia urinaria.** Trabajo Fin de Grado en Fisioterapia. Universidad Pública de Navarra, España. Recuperado de <https://hdl.handle.net/2454/8081>
- Craig, C. (2003). **Pilates con Balon.** Recuperado de: <https://es.scribd.com/read/351487813/Pilates-con-balon-El-ejercicio-mas-popular-del-mundo-usando-un-balon>
- Díaz Águila, M. E. (2012). **Efectividad de la gimnasia abdominal hipopresiva frente al entrenamiento perineal clásico en el fortalecimiento del suelo pélvico de la mujer: revisión sistemática.** Trabajo de fin de grado en Fisioterapia. Universidad de Alcalá, España. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10017/11506>
- Díaz Ramírez, F., Fuentes Díaz, M., Rivadeneira Rozas, A. y Acuña Pinto, L. (2017). **Prevalencia de incontinencia urinaria en el posparto.** En *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(2), pp. 1-11. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000200008
- Flores López, M. G. y Uclés Villalobos, V. (2018). **Ejercicios hipopresivos: prescripción, técnicas y efectividad.** *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 8(4), 1-13. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82211>

- Fowler, B. (2013). **The Kegel Legacy.** Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/253281892/The-Kegel-Legacy-print-Version-1308>
- García-Sánchez E, e. a. (2015). **Efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en el tratamiento de la incontinencia urinaria en la mujer: una revisión actual.** Actas Urológicas Españolas, pp. 1-14. Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/159419621.pdf>
- González-Ruiz de León C, e. a. (2017). **Actualización en incontinencia urinaria femenina.** Semergen. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.01.003>
- Kegel, A. (1952). **Stress Incontinence and Genital Relaxation.** Clinical Symposia, 4(2), 35-52. Recuperado de http://www.gyneflex.com/kegel_article.html
- Navarro Brazalez B, e. a. (2017). **Respuesta muscular durante un ejercicio hipopresivo tras tratamiento de fisioterapia pelvipérvica: valoración con ecografía transabdominal.** Fisioterapia, 39(5), pp. 187-194. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ft.2017.04.003>
- Pilar, M., Gorbea, V., De la Cruz, S. y Ramirez, E. (2009). **Diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria de esfuerzo.** Guías de Práctica Clínica 2008, 77(10), pp. 277-329. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Maria_Del_Pilar_Velazquez-Sanchez/publication/38079434_Clinical_practice_guidelines_Diagnostic_and_management_of_stress_urinary_incontinence/links/5c4f937d92851c22a3984e3c/Clinical-practice-guidelines-Diagnostic-and-management-of-stress-urinary-incontinence.pdf
- Pinsach, P., Rial, T., Caufriez, M., Fernández, J. y Devroux Ruiz, K. (2010). **Hipopresivos, un cambio de paradigma.** Archivos de medicina del deporte, 16(74), pp. 639-645. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34888167/Hipopresivos_un_cambio_de_paradigma_2.pdf?response-content-

[disposition=inline%3B%20filename%3DTitulo HIPOPRESIVOS UN CAMBIO DE PARADIGMA.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191218%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191218T203716Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=e574eba710e1bcad76e5812c5f3bbf3e5e4133875cccbc18e028458f86b6bd7e](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46861586/principios-tecnicos-de-los-ejercicios-hipopresivos.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTitulo+HIPOPRESIVOS+UN+CAMBIO+DE+PARADIGMA.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191218%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191218T203716Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=e574eba710e1bcad76e5812c5f3bbf3e5e4133875cccbc18e028458f86b6bd7e)

Pinsach, P., & Rial, T. (2012). **Principios técnicos de los ejercicios hipopresivos**. EFdeportes. Revista Digital del Dr. Caufriez. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46861586/principios-tecnicos-de-los-ejercicios-hipopresivos.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DPrincipios-tecnicos-de-los-ejercicios-hi.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191218%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191218T203824Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=4c7943f907e8a42d5f383cfa67e7c22c624f093e28f1ce1918bb7d8b43021bb2

Pinsach, P., Rial, T., Chulvi-Medrano, I., Caufriez, M., Fernandez, J., Devroux, I. y Ruiz, K. (s.f.). **Técnicas hipopresivas, un cambio de paradigma en el entrenamiento abdominal**. Recuperado de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46880551/Tcnicas-hipopresivas-un-cambio-de-paradigma-en-el-entrenamiento-abdominal.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DTcnicas+hipopresivas+un+cambio+de+paradigma.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20191218%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20191218T204047Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=4c7943f907e8a42d5f383cfa67e7c22c624f093e28f1ce1918bb7d8b43021bb2

[Signature=482d35ad79195b6910fb4803b9b3585dfc4559ea2932bc8167744181eada9f9a](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(03)73343-X)

- Prieto, C. S. (2019). **Efectividad de los protocolos de Ejercicios Convencionales frente a Terapia Hipoprsiva en el Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo: Revision Sistemica.** Revista Enfermería CyL, 11(1), pp. 106-120. Recuperado de <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/viewFile/235/203>
- Rebollo, A., Sánchez, E., Monje, M. y To., &. (2003). **Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina.** Rehabilitación, 37(2), pp. 79-85. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0048-7120\(03\)73343-X](https://doi.org/10.1016/S0048-7120(03)73343-X)
- Rial, T., Chulvi-Medrano, I., Cortell Tormo, J.M. y Álvarez Sáez, M. (2015). **¿Puede un programa de ejercicio basado en técnicas hipopresivas mejorar el impacto de la incontinencia urinaria en la calidad de vida de la mujer?** Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva , 11(2), pp. 1-6. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10045/60929>
- Rojas, L. (2015). **¿Qué son y cuáles son los beneficios de los ejercicios de kegel?** (Mensaje en un blog). Recuperado de <https://www.ensuelofirme.com/beneficios-los-ejercicios-de-kegel/>
- Siler, B. (2000). **El metodo pilates.** Barcelona: Paidos Iberica. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/294474575/El-Metodo-Pilates-Brooke-Siler>
- Skelly J, Eyles P, Boblin-Cummings S, y Davis H. . (s.f.). **Pelvic muscle (kegel) exercises Hints and Helps for Patients (Women and Men).** McMaster Univ Bookstore. Recuperado de <https://www.yumpu.com/en/document/view/3689160/pelvic-muscle-kegel-exercises-fmpeorg>
- Soto, L. (2010). **84 posturas basicas de yoga y algo mas.** Recuperado de <http://libroesoterico.com/biblioteca/Yoga/147781196-84-Posturas-Basicas-de-Yoga.pdf>

Timon, V. (2012). **Enciclopedia de ejercicios pilates**. Madrid: Pila teleña.

Recuperado

de

https://www.academia.edu/35561978/Enciclopedia_de_ejercicios_de_pilates

Uclés Villalobos, V., y Florez Lopez, M. (2018). **Ejercicios hipopresivos:**

prescripción, técnicas y efectividad. Revista Clínica de la Escuela de


Medicina UCR-HSJD. Recuperado de [https://www.medigraphic.com/cgi-](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82211)

[bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82211](https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82211)

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONSENTIMIENTO DE LAS PARTICIPANTES E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

<u>CONSENTIMIENTO INFORMADO</u>			
Título del Estudio:	Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico y Ejercicios Hipopresivos efectivos para la Incontinencia Urinaria femenina.		
Investigador:	Daricel Aramis Pinzón Candanedo 4-796-1086		
Número de teléfono:	6413-8012	Correo:	daricelpinzon@gmail.com
Institución:	 Universidad Especializada de las Américas.		

Introducción

Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas estas preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Usted ha sido invitado a un estudio de Investigación de “**Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico y Ejercicios Hipopresivos efectivos para la Incontinencia Urinaria femenina**” Debido que la mayor parte de las mujeres sufren disfunciones del suelo pélvico después del parto, por lo tanto, la importancia del cuidado del suelo pélvico se necesita en esta población. Algunas disfunciones del suelo pélvico son: la incontinencia urinaria, incontinencia fecal, prolapsos de las vísceras pélvicas, diastasis abdominal, disfunciones sexuales, debilidad de la faja abdominal y musculatura perineal. Pero solo nos vamos enfocar en la incontinencia urinaria ya que es con frecuencia un síntoma multifactorial que afecta mayoritariamente a las mujeres.

Objetivos: Esta investigación tiene como objetivo comparar la efectividad del entrenamiento muscular del suelo pélvico vs los ejercicios hipopresivos como tratamiento conservador de la incontinencia urinaria femenina. Identificando los procedimientos

utilizados de cada técnica y determinando las evidencias en el mejoramiento de la incontinencia urinaria de la mujer.

Procedimiento: En este estudio se aplicará una evaluación fisioterapéutica y un cuestionario ICIQ Short Form, para analizar el problema de la incontinencia urinaria, al principio y al final del programa como una reevaluación. Contaremos con dos grupos de pacientes: el primer grupo que realizará el entrenamiento muscular del suelo pélvico y el segundo grupo solo realizará los ejercicios hipopresivos. Los grupos son elegidos aleatoriamente en el horario correspondiente de BISHAT ZONA FIT. Los grupos se mantendrán controlados y siempre supervisados por el investigador en cada sesión terapéutica.

Duración: si usted acepta participar será sometido por un periodo de 40 días (2 meses), con una frecuencia de 5 veces por semana en el Gimnasio BISHAT ZONA FIT. Dado por Inicio el día 26 de agosto de 2019 hasta el 18 de octubre del 2019.

Participantes del estudio: El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin perder beneficios. En este estudio se tomará en cuenta todas las mujeres, sin ningún límite de edad y que tengan síntomas de incontinencia urinaria, este último se evaluará por medio de un cuestionario al final de este documento. El participante deberá asistir a las sesiones de entrenamiento por lo menos más del 80%.

No se tomará en cuenta a mujeres embarazadas actualmente, o que no cumplan con los requisitos anteriores.

Beneficios: Si usted participa en esta investigación, tendrá los siguientes beneficios para su salud:

Si perteneces al grupo de EMSP: Previene y mejora los problemas de incontinencia urinaria, mejora el rendimiento cardio-pulmonar, activación tónica del periné y de la faja abdominal, disminución de las tensiones musculares posturales, disminución la presión intraabdominal y disminución del perímetro abdominal.

Si perteneces al grupo de ejercicios hipopresivos: previene y mejora los problemas de incontinencia urinaria u otras disfunciones, fortalecimiento del suelo pélvico, recuperación posparto, mejora el tono muscular, incrementa el flujo sanguíneo en la región pélvica, disminuye los efectos de la menopausia y tiene efectos beneficiosos en la sexualidad.

Riesgos: en este estudio de investigación no tiene ningún riesgo alguno para su salud. Solo hay que tomar en cuenta las contraindicaciones de cada técnica que serán presentadas por el investigador.

Costo: los materiales que se necesitarán para este estudio son el fitball y MAT de yoga; estos serán aportados por el investigador sin costo alguno para usted durante el periodo de la investigación.

Confidencialidad: La información que recojamos para este estudio se mantendrá confidencial. Los resultados de la investigación solo son de uso académico y estadístico. Solo el investigador tendrá acceso a cualquier información acerca de usted, no será compartida ni entregada a nadie.

<p>EL PARTICIPANTE DECLARO:</p> <p><i>Que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación sobre <u>“Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico y Ejercicios Hipopresivos efectivos para la Incontinencia Urinaria femenina”</u>, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos y que en cualquier momento puedo revocar mi participación. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.</i></p> <p>Nombre del participante:</p> <p>DNI/Pasaporte:</p> <p><u>Firma:</u></p> <p><u>Fecha:</u></p>	<p>EL INVESTIGADOR DECLARO:</p> <p><i>Que he facilitado la información adecuada al participante voluntario y he dado respuesta a las dudas planteadas.</i></p> <p>Nombre:</p> <p>DNI:</p> <p><u>Firma:</u></p> <p><u>Fecha:</u></p>
--	--

REVOCACIÓN DE CONSENTIMIENTO	
<p>CONSENTIMIENTO DEL PARTICIPANTE:</p> <p>Nombre:</p> <p><u>Firma:</u></p> <p><u>Fecha:</u></p>	<p>CONSENTIMIENTO DEL INVESTIGADOR:</p> <p>Nombre:</p> <p><u>Firma:</u></p> <p><u>Fecha:</u></p>

Nº del participante

Iniciales del participante

ICIQ-UI Short form (Spanish)

CONFIDENCIAL

D D

M M M

A A

Fecha de hoy

Hay mucha gente que un momento determinado pierde orina. Estamos intentando determinar el número de personas que presentan este problema y hasta que punto les preocupa esta situación. Le estaríamos muy agradecidos si nos contestase las siguientes preguntas, pensando en como se ha encontrado en las Últimas cuatro semanas.

1. Edad:

2 Usted es (señale cual):

Mujer Varon

3 ¿Con que frecuencia pierde orina? (Marque una)

- | | | |
|------------------------------|--------------------------|---|
| nunca | <input type="checkbox"/> | 0 |
| una vez a la semana o menos | <input type="checkbox"/> | 1 |
| dos o tres veces a la semana | <input type="checkbox"/> | 2 |
| una vez al día | <input type="checkbox"/> | 3 |
| varias veces al día | <input type="checkbox"/> | 4 |
| continuosamente | <input type="checkbox"/> | 5 |

4 No gustaria saber su impresión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa

Cantidad de orina que pierde habitualmente (tantos lleve protección como si no) (Marque uno)

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|---|
| no se me escapa nada | <input type="checkbox"/> | 0 |
| muy poca cantidad | <input type="checkbox"/> | 2 |
| una cantidad moderada | <input type="checkbox"/> | 4 |
| mucha cantidad | <input type="checkbox"/> | 6 |

5 Estos escapes de orina que tiene cuanto afectan su vida diaria?

Por favor marque un círculo en un número entre 0 (no me afectan nada) y 10 (me afectan mucho)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nada										mucho

Puntuación de ICI-Q: sume las puntuaciones de las preguntas 3+4+5

6 ¿Cundo pierde orina? (Señale todo lo que le pasa a usted)

- | | |
|---|--------------------------|
| nunca pierde orina | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina antes de ller al WC | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina cuando toso o estornuda | <input type="checkbox"/> |
| pierde cuando duerme | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina cuando hace esfuerzos físicos /ejercicio | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina sin un motivo evidente | <input type="checkbox"/> |
| pierde orina de forma continua | <input type="checkbox"/> |

Muchas gracias por contestar esta preguntas

HISTORIA CLÍNICA
DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos:	Edad:
Teléfono:	
Dirección:	Profesión/actividad:
HISTORIAL OBSTÉTRICO	
Nº de partos: <i>(Escriba la cantidad)</i> Parto: ___ Vaginal: ___ Cesárea: ___ Episiotomía: si ___ no ___ Instrumental (fórceps, otros): si ___ no ___ • Complicaciones en el parto:	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS Y ESTADO ACTUAL GENERAL		ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	
<i>(marque con un ganchito si presenta las siguientes patologías)</i> Hipertensión: <ul style="list-style-type: none"> • Controlada: sí ___ no ___ Diabetes: Osteoartritis: Otros:		Cirugías pélvicas:	Dolor:
		ANTECEDENTES UROLÓGICOS	
Intervenciones quirúrgicas:	Tratamientos farmacológicos:	Infecciones de orina: sÍ ___ no ___ Frecuencia miccional: <i>(Escriba la cantidad)</i> Diurna: ___ / Nocturna: ___ Pérdidas de orina diurnas: ___ Pérdidas de orina nocturnas: ___	



**Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico
Evaluación Final**

Nombre: _____

1. ¿Realizó una correcta identificación de los músculos del suelo pélvico?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

2. ¿Pudo realizar correctamente la posición decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

3. ¿Pudo realizar correctamente la posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

4. ¿Pudo realizar correctamente la posición en cuadrupedia enseñada por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

5. ¿Pudo realizar correctamente la posición supina con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

6. ¿Pudo realizar correctamente la posición de Mahoma enseñada por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

7. ¿Pudo realizar correctamente la posición en decúbito lateral con flexión de rodillas enseñada por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

8. ¿Pudo realizar correctamente en decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo enseñada por el fisioterapeuta?

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

<p>9. ¿Pudo realizar correctamente la posición Sedente enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>10. ¿Pudo realizar correctamente la posición Sedente con rodillas flexionadas enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>11. ¿Pudo realizar correctamente la posición en bipedestación enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>12. ¿Pudo realizar correctamente la posición Sedente en el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>13. ¿Pudo realizar correctamente la Flexión y extensión de rodillas en posición supina con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>14. ¿Pudo realizar correctamente la posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>15. ¿Pudo realizar correctamente la posición sedente con flexión de tronco con ayuda del balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>16. ¿Pudo realizar correctamente las Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>17. ¿Pudo realizar correctamente las respiraciones en cada repetición?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>18. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones lentas del suelo pélvico hasta 15 segundos?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>

<p>19. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones rápidas del suelo pélvico hasta 5 contracciones máximas?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>20. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones alternadas del suelo pélvico?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>21. ¿Realizó los ejercicios en casa?</p> <p>a) Siempre b) Casi siempre c) Nunca</p>
<p>22. ¿Con qué frecuencia pierde orina?</p> <p>a) Nunca b) Una vez a la semana o menos c) Dos o tres veces a la semana d) Una vez al día e) Varias veces al día f) Continuamente</p>
<p>23. ¿Cuál es la cantidad de orina que pierde habitualmente?</p> <p>a) No se me escapa nada b) Muy poca cantidad c) Una cantidad moderada d) Mucha cantidad</p>
<p>24. ¿Estos escapes de orina cuánto afecta su vida diaria?</p> <p>Nada 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Mucho</p>
<p>25. ¿Cuándo pierde Orina?</p> <p>a) Nunca pierde orina b) Pierde orina antes de llegar al inodoro c) Pierde orina cuando toso o estornudo d) Pierde cuando duerme e) Pierde orina cuando hace esfuerzos físicos/ejercicios f) Pierde orina al acabar de orinar y ya se ha vestido g) Pierde orina sin un motivo evidente h) Pierde orina de forma continua</p>



Ejercicios Hipopresivos – Evaluación Final

Nombre: _____

1. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático I?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

2. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático II?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

3. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático III?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

4. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático IV?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

5. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo sentado Sastre?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

6. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo decúbito supino?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

7. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo de rodillas?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

8. **¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

9. **¿Realizó correctamente la autoenlogación?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre
- c) Nunca

10. **¿Realizó correctamente el doble mentón?**

- a) Siempre
- b) Casi siempre

ANEXO N° 2

CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN

DE LAS VARIABLES

Cuadro de operacionalización de las variables

Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
<p>Detallar los procedimientos utilizados para realizar el entrenamiento muscular del suelo pélvico en la mujer.</p>	<p>Entrenamiento muscular del suelo pélvico</p>	<p>Procedimiento</p>	<p>Identificar los músculos del suelo pélvico.</p> <p>Adoptar una postura enseñada por el fisioterapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Decúbito Supino con flexión de miembros inferiores 	<p>1. ¿Realizó una correcta identificación de los músculos del suelo pélvico?</p> <p>2. ¿Pudo realizar correctamente la posición decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta?</p>	<p>Observación de campo</p> <p>Encuesta</p>

			<ul style="list-style-type: none">○ Decúbito Prono ○ Cuadrapedia ○ Decúbito supino con elevación de la pelvis	<p>3. ¿Pudo realizar correctamente la posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>4. ¿Pudo realizar correctamente la posición en cuadrapedia enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>5. ¿Pudo realizar correctamente la posición en decúbito supino con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta?</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Posición de Mahoma ○ Decúbito lateral con flexión de rodillas ○ Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo 	<p>6. ¿Pudo realizar correctamente la posición de Mahoma enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>7. ¿Pudo realizar correctamente la posición de Decúbito lateral con flexión de rodillas enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>8. ¿Pudo realizar correctamente la posición Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo</p>	
--	--	--	---	--	--

<p>Determinar los procedimientos utilizados para realizar los ejercicios hipopresivos en la mujer.</p>	<p>Ejercicios Hipopresivos</p>	<p>Procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Sedente ○ Sedente con rodillas flexionadas ○ Bipedestación 	<p>enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>9. ¿Pudo realizar correctamente la posición en sedente enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>10. ¿Pudo realizar correctamente la posición en sedente con rodillas flexionadas enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>11. ¿Pudo realizar correctamente la</p>	
--	--------------------------------	----------------------	--	--	--

			<p>Ejercicios con el balón terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none">• Posición Sedente • Flexión y extensión de rodillas en posición supina	<p>posición en bipedestación enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>12. ¿Pudo realizar correctamente la Posición sedente en el balón terapéutico Enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>13. ¿Pudo realizar correctamente la flexión y extensión de rodillas en posición supina en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta?</p>	
--	--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none">• Decúbito supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico• Posición sedente con flexión de tronco	<p>14. ¿Pudo realizar correctamente la posición en decúbito supino con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta?</p> <p>15. ¿Pudo realizar correctamente la Posición sedente con flexión de tronco con ayuda del terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>16. ¿Pudo realizar correctamente las</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Sentadillas <p>Respiración adecuada en cada repetición del ejercicio.</p> <p>Contraiga los músculos del suelo pélvico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Contracciones lentas: Mantener contraído entre 5 a 15 segundos,	<p>Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta?</p> <p>17. ¿Pudo realizar correctamente las respiraciones en cada repetición?</p> <p>18. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones lentas del suelo pélvico?</p>	
--	--	--	--	---	--

			<p>realizar 10 repeticiones en 3 series.</p> <ul style="list-style-type: none">• Contracciones rápidas: Realizar de 3 a 5 contracciones máximas por 2 segundos al final de cada contracción lenta, realizando 5 repeticiones en cada serie.• Contracciones alternadas (rápidas y	<p>19. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones rápidas del suelo pélvico?</p>	
--	--	--	---	--	--

			<p>lentas) 3 series de 10 repeticiones.</p> <p>Ejercicios en casa</p> <p>Adoptar una postura enseñada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1 • Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2 	<p>20. ¿Pudo realizar correctamente las contracciones alternadas del suelo pélvico?</p> <p>21. ¿Realizó los ejercicios en casa?</p> <p>22. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1?</p> <p>23. ¿Adoptó correctamente</p>	
--	--	--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3• Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4• Ejercicio hipopresivo sentado Sastre	<p>el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2?</p> <p>24. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3?</p> <p>25. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4?</p>	
--	--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">• Ejercicio hipopresivo decúbito supino• Ejercicio hipopresivo de rodillas• Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos	<p>26. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo sentado Sastre?</p> <p>27. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo decúbito supino?</p> <p>28. ¿Adoptó correctamente el Ejercicio hipopresivo de rodillas?</p> <p>29. ¿Adoptó correctamente</p>	
--	--	--	--	--	--

			<p>Pautas técnicas: Autoenlogación</p> <p>Doble mentón</p> <p>Decoaptación de la articulación glenohumeral</p>	<p>el Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos?</p> <p>30. ¿Realizó correctamente la autoenlogación ?</p> <p>31. ¿Realizó correctamente el doble mentón?</p> <p>32. ¿Realizó correctamente la Decoaptación de la</p>	
--	--	--	---	--	--

			Adelantamiento del eje de gravedad.	articulación glenohumeral?	
			Respiración costal.	33. ¿Realizó correctamente el adelantamiento del eje de gravedad?	
			Apnea espiratoria.	34. ¿Realizó correctamente la Respiración costal?	
				35. ¿Realizó correctamente la apnea espiratoria?	


Objetivos	Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
<p>Identificar la disfunción de incontinencia urinaria en las pacientes atendidas en el gimnasio Bishat Zona Fit.</p> <p>Demostrar las evidencias en el mejoramiento de la incontinencia urinaria de la mujer luego del entrenamiento</p>	<p>Incontinencia urinaria</p>	<p>Disfunción de Incontinencia urinaria.</p> <p>Evidencia</p>	<p>Perdida de orina</p> <p>Cantidad de orina</p> <p>Afectación</p> <p>Recurrencia</p>	<p>1. ¿Con qué frecuencia pierde orina?</p> <p>2. ¿Qué cantidad de orina cree usted que se le escapa?</p> <p>3. ¿Estos escapes de orina que tiene, cuánto afecta su vida diaria?</p> <p>4. ¿Cuándo pierde orina?</p>	<p>Cuestionario de encuesta</p>



<p>gimnasio Bishat Zona Fit.</p>			<p>Grave</p> <p>Muy grave</p>	<p>¿Considera usted que al tener hijos tenga síntomas de incontinencia urinaria moderada?</p> <p>¿Considera usted que al no tener hijos tenga síntomas de incontinencia urinaria grave?</p> <p>¿Considera usted que al tener hijos tenga síntomas de incontinencia urinaria grave?</p> <p>¿Considera usted que al no tener hijos tenga síntomas de incontinencia urinaria muy grave?</p> <p>¿Considera usted que al tener hijos tenga síntomas de incontinencia urinaria muy grave?</p>	
--------------------------------------	--	--	-------------------------------	---	--


ANEXO 3


INTERVENCIÓN FISIOTERAPEÚTICA


Intervención Fisioterapéutica para el Entrenamiento muscular del suelo pélvico


Ejercicio	Ejecución	Dosificación	Ilustración
<p>Posición decúbito supino con flexión de miembros inferiores</p>	<p>Paciente en decúbito supino con las rodillas semiflexionadas ligeramente separadas, pies apoyados en el suelo, brazos relajados a un lado del cuerpo paralelos al tronco.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición en prono</p>	<p>Paciente tumbada boca abajo en</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p>	



	<p>completa relajación con una pierna en semiflexión y en abducción.</p>	<p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición en cuadrupedia</p>	<p>Paciente en posición de ganeo, rodillas apoyadas en el suelo ligeramente separadas a nivel de las caderas, manos</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada</p>	


	<p>apoyados en suelo separados a nivel en el hombro, codos en extensión, cabeza neutra y mirada hacia el suelo.</p>	<p>repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición supina con elevación de la pelvis</p>	<p>Paciente tumbada boca arriba con las rodillas semiflexionadas ligeramente separadas, pies apoyados en el suelo, brazos relajados a un lado del cuerpo paralelos al tronco. Se</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración, al votar el aire se realiza la elevación de la pelvis y se retorna a la posición inicial en inspiración. Se repite en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p>	 <p>The image shows a woman lying on her back on a mat in a gym, performing a pelvic lift. She is wearing a red and orange patterned tank top, dark blue leggings, and pink sneakers. Her knees are bent and feet are flat on the floor. The background features a wall with various motivational phrases in Spanish, such as 'intenta', 'corre', 'inspira', 'ejercita', 'disfruta', 'energía', 'vive', 'éviv', and 'siguemos'.</p>

	<p>elevará la pelvis lentamente siguiendo las respiraciones indicadas por el fisioterapeuta.</p>	<p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición de Mahoma</p>	<p>Paciente inicia desde la posición en cuatro puntos luego el paciente se inclina hacia atrás arrodillada sobre sus pantorrillas, los antebrazos en extensión apoyadas en el suelo.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción. Al votar el aire se realiza la inclinación hacia atrás para realizar las contracciones y se retorna a la posición inicial en inspiración.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p>	 <p>The image shows a person in a grey tank top and colorful leggings performing the Mahoma position on a green mat. They are lying on their stomachs with their knees tucked under their chest and their forearms extended forward, resting on the floor. Their head is tucked down, and their hands are flat on the mat in front of them.</p>


		<p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición en decúbito lateral con flexión de rodillas</p>	<p>Paciente tumbado lateralmente, y ambos miembros inferiores en completa flexión.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	


<p>Posición en decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo</p>	<p>Paciente tumbado lateralmente, el miembro inferior que apoya el suelo estará en extensión y el otro miembro inferior se cruza por delante de este apoyando la planta del pie en el suelo.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición Sedente con piernas cruzadas</p>	<p>Paciente sentado con las piernas cruzadas, y espalda erguida.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15</p>	


		<p>segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición Sedente con rodillas flexionadas</p>	<p>Paciente sentada con ambos miembros inferiores en completa flexión hacia al pecho con ayuda de los brazos abrazan las piernas con la espalda erguida.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p>	

		<p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
Posición en bipedestación	Paciente de pie en completa relajación, miembros inferiores ligeramente separados y espalda erguida para realizar los ejercicios.	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
Posición Sedente el balón terapéutico	Paciente sentado sobre el balón con la espalda erguida,	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10</p>	


	<p>piernas separadas apoyadas en el suelo</p>	<p>contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición supina realizando flexión y extensión de miembros inferiores apoyados en el balón terapéutico</p>	<p>Paciente en posición supino con las piernas apoyadas en el balón con las piernas en extensión, luego el paciente realiza la flexión de rodilla con cadera rodando</p>	<p>Primero realizar la inspiración en extensión luego la espiración realizando simultáneamente la flexión de rodilla con cadera rodando el balón hacia atrás, aquí se realiza las contracciones indicadas.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15</p>	


	<p>el balón hacia atrás.</p>	<p>segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición supina con piernas apoyadas en el balón terapéutico</p>	<p>Paciente tumbada boca arriba, ambos miembros inferiores se apoyan en el balón terapéutico.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p>	

		<p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
<p>Posición sedente realizando flexión de tronco apoyado del balón terapéutico</p>	<p>Paciente sedente con los pies cruzados se apoya las manos del balón terapéutico realizando la flexión de tronco hasta 90° y manteniendo la espalda erguida.</p>	<p>Realizar la inspiración y la espiración en cada contracción.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	


<p>Sentadillas con ayuda del balón terapéutico</p>	<p>Paciente Bípedo con los pies alineados a nivel de los hombros, y alineados con el centro de la rótula. El balón terapéutico estará apoyado entre la pared y la espalda del paciente. Realizar las sentadillas con las contracciones del suelo pélvico.</p>	<p>Primero realizar la inspiración estando de pie y la espiración cuando realiza la sentadilla; las contracciones se realizan en espiración y el paciente se mantiene contrayendo el suelo pélvico mientras realiza la sentadilla a 90°.</p> <p>Contracciones lentas: serie de 10 repeticiones de 10 contracciones máximas mantenidas entre 5 a 15 segundos, descanso en cada repetición el doble de los segundos mantenidos.</p> <p>Contracciones rápidas: Series de 3 a 5 repeticiones de 3 a 5 contracciones rápidas.</p> <p>Contracciones intercaladas: Serie de 10 repeticiones de contracciones rápidas y lentas.</p>	
--	---	--	---


Intervención Fisioterapéutica para los ejercicios hipopresivos


Ejercicio	Posición	Dosificación	Ilustración
<p>Ejercicio hipopresivo Ortoestático I</p>	<p>Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta llegar a las espinas iliacas anteriores, con una semiflexión de codo,</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	

	<p>extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al suelo apoyados sobre las espaldas iliacas, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.</p>		
<p>Ejercicio hipopresivo Ortoestático II</p>	<p>Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	

	<p>autoenlogación y doble mentón.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta llegar a las espinas iliacas anteriores, con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al suelo, las manos no se apoyan sobre la espina iliaca se sitúan solo al frente de ellas. Siempre manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.</p>		
--	---	--	--

<p>Ejercicio hipopresivo Ortoestático III</p>	<p>Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta aproximado 150° con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	
---	--	--	---

	interna de los brazos a la altura de los hombros y la decoaptación de los omoplatos.		
Ejercicio hipopresivo Ortoestático IV	<p>Posición inicial: paciente en bipedestación, pies alineados con el eje vertical de la rodilla a una distancia del largo de su mano, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de</p>	Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.	

	<p>codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al frente, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.</p>		
<p>Ejercicio hipopresivo sentado Sastre</p>	<p>Posición inicial: desde la posición de sentado con las piernas flexionadas manteniendo la autoenlogación y doble mentón, los brazos estarán semiflexionados apoyados en la zona media de la rodilla y punta de los dedos mirando hacia la línea media, los codos en semiflexión hacia</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	

	<p>adelante, las muñecas y dedos en extensión.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al frente, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.</p>		
<p>Ejercicio hipopresivo decúbito supino</p>	<p>Posición inicial: desde la posición inicial en decúbito supino, el paciente tendrá los pies semiflexionados con apoyo del talón punta del pie separado del suelo, brazos semiflexionados,</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite incluyendo la apertura costal y el hundimiento</p>	


	<p>los codos, muñecas y dedos en extensión, manteniendo la autoenlogación y doble mentón.</p> <p>Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos a nivel del pecho con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación interna de los brazos y la decoaptación de los omoplatos.</p>	<p>abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	
<p>Ejercicio hipopresivo de rodillas</p>	<p>Posición inicial: partiendo desde la posición de rodillas, las puntas de los pies apoyados en el suelo, se</p>	<p>Desde la posición inicial se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria hasta llegar a la posición final se repite</p>	

mantiene la autoenlogación, el eje del cuerpo ligeramente inclinado, brazos semiflexionados, los codos, muñecas y dedos en extensión.

Posición final: Luego se realizará elevación de los brazos hasta aproximado 150° con una semiflexión de codo, extensión de muñeca y dedos con la palma de la mano mirando hacia al techo, manteniendo la rotación interna de los brazos a la altura de los hombros y la decoaptación de los omoplatos.

incluyendo la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.



<p>Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos</p>	<p>Posición inicial: paciente en cuatro puntos con los pies en flexión apoyados solo con la punta del pie, los brazos se sitúan a nivel de los hombros, codos en semiflexión, palma de la mano apoyado en el suelo y con la punta de los dedos mirando hacia el eje medial, la cabeza se mantiene en flexión mirando hacia el ombligo, el cuerpo ligeramente inclinado hacia al frente. Manteniendo la decoaptación de los omoplatos y la rotación interna de los brazos.</p>	<p>Se inspira y se exhala para luego realizar la apnea espiratoria con la apertura costal y el hundimiento abdominal al máximo por 10 a 25 segundos.</p>	
---	--	--	--

ANEXO N° 4
TRÍPTICO INFORMATIVO

Tríptico Informativo sobre el Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico.

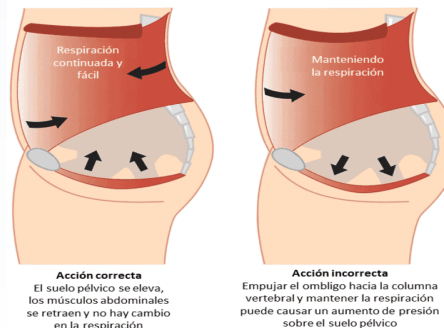
Consideraciones

- Vaciar la vejiga
- No use los músculos del abdomen, de los muslos o las nalgas.
- Coloque su mano sobre el abdomen; si siente que su abdomen se mueve.
- Respire libremente y no contenga la respiración. Intente hablar mientras hace los ejercicios.
- Nunca haga los ejercicios de Kegel cuando esté cansada. Este músculo no es diferente a otro músculo de su cuerpo. Simplemente no se obtiene la respuesta que se desea si el músculo está cansado.
- Haga que los ejercicios de Kegel formen parte de su rutina diaria. Estos ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar y en cualquier momento. Cuando haga una tarea diaria como tomar una ducha, mirar televisión, viajar al trabajo, hasta subir o bajar escaleras. **Los hábitos se hacen con la repetición.**
- La frecuencia de estos ejercicios debe ser tres veces diarias.

Beneficios:

- Disminuyen los efectos de la menopausia sobre la musculatura pélvica.
- Previene y Mejora los síntomas de la incontinencia urinaria y otras disfunciones.
- Mejora el tono de los músculos del suelo pélvico.
- Efectos beneficiosos en la sexualidad.
- Recuperación postparto.

Los ejercicios de Kegel pueden ser aplicados por: Falta de entrenamiento y uso, Embarazo y posterior parto, Por la edad, Por sobrepeso, debilidad de los músculos pélvicos, incontinencias urinarias.



Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico y Ejercicios Hipopresivos Efectivos para la Incontinencia Urinaria Femenina.



Estas en el Programa de Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico.

Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico.

Los ejercicios del suelo pélvico constituyen una parte fundamental en los tratamientos de reeducación vesicoesfinteriana.

Los ejercicios de Kegel Reciben este nombre por el Doctor Arnold Kegel, quien desarrolló estos ejercicios para sus pacientes en la década de 1940 como método para control de la incontinencia urinaria. Su artículo fue publicado en 1948.

También están recomendados para evitar alteraciones comunes como la incontinencia urinaria o también para facilitar el parto. En el campo sexual son los ejercicios que hay que practicar para obtener buenos resultados a la hora de conseguir mayor placer sexual.

El propósito de los ejercicios es **fortalecer los músculos de la zona pélvica y mejorar la función del esfínter uretral o rectal**.

“ Es la primera línea de tratamiento en cualquier disfunción del suelo pélvico.

“ Es una solución terapéutica no invasiva.

¿Cómo se practica?

Adopte una postura. Los ejercicios de Kegel pueden realizarse sentada, de pie o acostada. Se recomienda que haga los ejercicios en cada posición todos los días.

Contraiga los músculos del piso pélvico

- Mantener los músculos del abdomen y la vagina en posición relajada.
- Imaginar las paredes interiores de la vagina e intentar acercarlas contrayendo los músculos.
- No flexionar los músculos del abdomen ni presionar los glúteos.
- Contraer lentamente contando hasta diez.
- Mantener los músculos contraídos con la vagina cerrada, contando hasta diez.
- Relajar contando hasta diez y volver a empezar.



Los errores más comunes incluyen:

- La contracción de los glúteos, aductores y, sobre todo, los músculos abdominales.
- Aguantar la respiración o apretar el tórax mientras se contraen los músculos.
- Aumentar el número y la frecuencia del ejercicio.
- Peor aún es que un 25% de las mujeres invierten el orden y, en vez de contraer, empujan.

Podemos utilizar otras estrategias:

1. **Ubique los músculos correctos:**
 - a. inserte el dedo dentro de su vagina y apriételo. Cuando sienta presión, significa que usa los músculos correctos.
 - b. Haga de cuenta que tiene colocado un tampón y se está cayendo.
 - c. Contraiga las nalgas como si intentara evitar una flatulencia en público.
 - d. Interrupción del chorro de orina: Debe comenzar a orinar y parar en la mitad, luego volver a orinar y parar de nuevo. Después, seguir orinando hasta acabar. **Esto sólo se debe hacer para identificar el gesto a realizar**, no en todas las micciones, recomendable **solo 1 sola vez**.

Visualización perineal en un espejo: observando cómo asciende el periné o cómo se cierra el introito de modo simultáneo a la contracción perineal.

Tríptico Informativo sobre Ejercicios Hipopresivos.



Recomendaciones:

- Conviene ir al baño antes de hacer ejercicio hipopresivos.
- No realizarlos después de comer.
- Ropa cómoda.

Muy Importante:

En los ejercicios hipopresivos se parte de la apnea respiratoria, es decir, hay que quitar completamente el aire de los pulmones y, una vez no queda nada, comenzó a adentrarse el abdomen y el ombligo hacia la columna. Se sostiene en apnea el rato más largo posible.

La respiración en los ejercicios hipopresivos es el eje principal de la sesión, para que a través de esta podamos activar la musculatura que estabiliza toda la parte lumbar y abdominal del cuerpo.



*Entrenamiento Muscular
del Suelo Pélvico y
Ejercicios Hipopresivos
Efectivos para la
Incontinencia Urinaria
Femenina.*



Estas en el Programa de
Ejercicios Hipopresivos

Reseña Histórica

Las primeras técnicas hipopresivas fueron creadas en 1980 por **Marcel Caufried** en el Hospital Universitario Erasmo de Bruselas bajo el título aspiración diafragmática.



Estas técnicas se aplicaron a pacientes con descensos de órganos pélvicos e incontinencia urinaria de sobreesfuerzo y han evolucionado con el tiempo llamándose hoy en día Método Hipopresivo. Estas técnicas tienen un concepto de tratamiento curativo o preventivo para disfunciones urogenitales y patología posturales.

La técnica respiratoria de los ejercicios hipopresivos se remonta a una de las técnicas respiratorias utilizadas en el milenario Yoga, **Bandha**.



Importancia

Los Ejercicios Hipopresivos surgen como una alternativa saludable para la recuperación de la mujer tras el parto. Estas técnicas corporales logran la tonificación de la musculatura abdominal y perineal, y la recolocación de los órganos internos.

Técnicas Hipopresivas

Son técnicas posturales que no aumentan la presión abdominal y que dan respuestas motrices a nivel de los músculos respiratorios, postura, glándula y músculos lisos.

Esto provoca una reacción tónica refleja (una contracción refleja muscular) de la musculatura del suelo pélvico y de la faja abdominal.

¿Qué beneficios conseguimos con los abdominales hipopresivos?

- Mejora el aspecto estético del abdomen, Eliminando perímetro abdominal en un periodo de tiempo relativamente corto, fortaleciendo nuestra faja abdominal y conseguir un vientre plano, ejercita sobre todo los transversos y oblicuos del abdomen.
- Mejora los problemas de incontinencia urinaria.
- Efectos terapéuticos muy potentes en nuestra espalda, siempre combinados con otros ejercicios.
- Mejora el rendimiento cardio-pulmonar.
- Activación tónica del periné y de la faja abdominal.
- Disminución de las tensiones musculares posturales.
- Disminución de la presión intraabdominal.
- Aumento del metabolismo.
- Aumento de la vascularización a nivel de miembros inferiores y pelvis.

Las Técnicas Hipopresivas se basan en un trabajo POSTURAL y RESPIRATORIO. Su base es el trabajo corporal mediante una correcta postura y alineación.

Indicaciones:

- Incontinencia urinaria: esfuerzo, urgencia o mixta.
- Pacientes en postparto
- Menopausia con o sin prolapso de órganos pélvicos.
- Posquirúrgicos de suelo pélvico
- Deportistas con incontinencia urinaria de esfuerzo.
- Incontinencia fecal.
- Escoliosis idiopática: curvas torácicas únicamente.
- Fitness: fortalecimiento de musculatura abdominal y disminución de cintura abdominal.
- Pacientes multíparas.
- Enfermedades pulmonares crónicas como bronquitis crónica: con incontinencia urinaria de esfuerzo por tos.
- Obesidad con incontinencia urinaria o prolapso de órganos pélvicos.

Contraindicaciones:

Se aconseja que no lo realicen aquellas personas con: hipertensión arterial, cardiopatías y patologías respiratorias descompensadas.

Personas que padecen gonartrosis o coxartrosis. Cirugías como reemplazos de cadera y rodilla, y cirugías del pie.

Durante el embarazo. Tras el postparto inmediato (práctica después de las 6 semanas).

ANEXO 5
GRUPO DE PARTICIPANTES

Grupo del programa del entrenamiento muscular del suelo pélvico



Ejercicio en posición supina con flexión de rodillas



Ejercicio en la posición de Mahoma



Ejercicio con elevación de la pelvis



Ejercicio sedente sobre el balón terapéutico



Ejercicio en posición supina apoyando las piernas sobre el balón terapéutico

Grupo del programa de ejercicios hipopresivos



Ejercicio hipopresivo ortoestático 2



Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos



Ejercicio hipopresivo ortoestático 4



Ejercicio hipopresivo sentado sastre

Evaluaciones y docencias en la práctica profesional



Explicación del programa de intervención a realizar en Bishat Zona Fit



Banner explicativo sobre los ejercicios hipopresivos

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No.	Descripción	Página
Cuadro N° 1:	Análisis de fiabilidad del instrumento cuantitativo	55
Cuadro N° 2:	Rango de Edad por Sexo	61
Cuadro N° 3:	Promedio de edades de las participantes	62
Cuadro N° 4:	Tipo de parto de las participantes	63
Cuadro N° 5:	Tipo de paridad de las participantes	64
Cuadro N° 6:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención	65
Cuadro N° 7:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención	66
Cuadro N° 8:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención VS Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención	68
Cuadro N° 9:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según la edad de las participantes	69
Cuadro N° 10:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según el tipo de parto	70
Cuadro N° 11:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención según la paridad	71
Cuadro N° 12:	Frecuencia que pierde orina las participantes	72
Cuadro N° 13:	Cantidad de orina que pierden habitualmente las participantes	73
Cuadro N° 14:	Afectaciones de las participantes con los escapes de orina en su vida diaria	74

Cuadro N° 15:	Perdida de orina de las participantes	76
Cuadro N° 16:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1	77
Cuadro N° 17:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2	78
Cuadro N° 18:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3	79
Cuadro N° 19:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4	80
Cuadro N° 20:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo sentado Sastre	81
Cuadro N° 21:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo decúbito supino	82
Cuadro N° 22:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo de rodillas	83
Cuadro N° 23:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos	84
Cuadro N° 24:	Posición correcta de la autoenlogación	85
Cuadro N° 25:	Posición correcta del doble mentón	86
Cuadro N° 26:	Posición correcta de la decoaptación de la articulación glenohumeral	87
Cuadro N° 27:	Posición correcta del adelantamiento del eje de gravedad	88
Cuadro N° 28:	Posición correcta de la respiración costal	89
Cuadro N° 29:	Posición correcta de la apnea espiratoria	90
Cuadro N° 30:	Correcta identificación de los músculos del suelo pélvico	91
Cuadro N° 31:	Correctamente posición en decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta	92

Cuadro N° 32:	Correcta posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta	93
Cuadro N° 33:	Correcta posición en cuadrupedia enseñadas por el fisioterapeuta	94
Cuadro N° 34:	Correcta posición en decúbito supino con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta	95
Cuadro N° 35:	Correcta posición de Mahoma enseñadas por el fisioterapeuta	96
Cuadro N° 36:	Correcta posición de decúbito lateral con flexión de rodillas enseñadas por el fisioterapeuta	97
Cuadro N° 37:	Correcta posición en Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo enseñadas por el fisioterapeuta	98
Cuadro N° 38:	Correcta posición en sedente enseñadas por el fisioterapeuta	99
Cuadro N° 39:	Correcta posición en sedente con rodillas flexionadas enseñadas por el fisioterapeuta	100
Cuadro N° 40:	Correcta posición en bipedestación enseñadas por el fisioterapeuta	101
Cuadro N° 41:	Correcta posición en sedente en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	102
Cuadro N° 42:	Correcta posición en la flexión y extensión de rodillas en posición supina en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	103
Cuadro N° 43:	Correcta posición en decúbito supino con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	104

Cuadro N° 44:	Correcta posición sedente con flexión de tronco con ayuda del terapéutico enseñada por el fisioterapeuta	105
Cuadro N° 45:	Correcta posición en las Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta	106
Cuadro N° 46:	Realización correcta en las respiraciones en cada repetición	107
Cuadro N° 47:	Realización correcta en las contracciones lentas del suelo pélvico	108
Cuadro N° 48:	Realización correcta en las contracciones rápidas del suelo pélvico	109
Cuadro N° 49:	Realización correcta en las contracciones alternadas del suelo pélvico	110
Cuadro N° 50:	Realización de los ejercicios en casa	111
Cuadro N° 51:	Comprobación de hipótesis (Aplicación del entrenamiento muscular del suelo pélvico)	112
Cuadro N° 52:	Comprobación de hipótesis (Aplicación de ejercicios hipopresivos)	114

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica No.	Descripción	Página
Gráfica N° 2:	Rango de edad de las participantes	61
Gráfica N° 4:	Tipo de parto de las participantes	63
Gráfica N° 5:	Tipo de paridad de las participantes	64
Gráfica N° 6:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria antes de la intervención	65
Gráfica N° 7:	Nivel de severidad de la incontinencia urinaria al final de la intervención	67
Gráfica N° 12:	Frecuencia que pierde orina las participantes	72
Gráfica N° 13:	Cantidad de orina que pierden habitualmente las participantes	73
Gráfica N° 14:	Afectaciones de las participantes con los escapes de orina en su vida diaria	75
Gráfica N° 15:	Perdida de orina de las participantes	76
Gráfica N° 16:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 1	77
Gráfica N° 17:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 2	78
Gráfica N° 18:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 3	79
Gráfica N° 19:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo Ortoestático 4	80
Gráfica N° 20:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo sentado Sastre	81
Gráfica N° 21:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo decúbiteo supino	82
Gráfica N° 22:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo de rodillas	83

Gráfica N° 23:	Correcta posición del Ejercicio hipopresivo en cuatro puntos	84
Gráfica N° 24:	Posición correcta de la autoenlogación	85
Gráfica N° 25:	Posición correcta del doble mentón	86
Gráfica N° 26:	Posición correcta de la decoaptación de la articulación glenohumeral	87
Gráfica N° 27:	Posición correcta del adelantamiento del eje de gravedad	88
Gráfica N° 28:	Posición correcta de la respiración costal	89
Gráfica N° 29:	Posición correcta de la apnea espiratoria	90
Gráfica N° 30:	Correcta identificación de los músculos del suelo pélvico	91
Gráfica N° 31:	Correcta posición en decúbito Supino con flexión de miembros inferiores enseñadas por el fisioterapeuta	92
Gráfica N° 32:	Correcta posición en prono enseñadas por el fisioterapeuta	93
Gráfica N° 33:	Correcta posición en cuadrupedia enseñadas por el fisioterapeuta	94
Gráfica N° 34:	Correcta posición en decúbito supino con elevación de la pelvis enseñada por el fisioterapeuta	95
Gráfica N° 35:	Correcta posición de Mahoma enseñadas por el fisioterapeuta	96
Gráfica N° 36:	Correcta posición de decúbito lateral con flexión de rodillas enseñadas por el fisioterapeuta	97
Gráfica N° 37:	Correcta posición en Decúbito lateral con pierna cruzada apoyada en el suelo enseñadas por el fisioterapeuta	98

Gráfica N° 38: Correcta posición en sedente enseñadas por el fisioterapeuta	99
Gráfica N° 39: Correcta posición en sedente con rodillas flexionadas enseñadas por el fisioterapeuta	100
Gráfica N° 40: Correcta posición en bipedestación enseñadas por el fisioterapeuta	101
Gráfica N° 41: Correcta posición sedente en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	102
Gráfica N° 42: Correcta posición en la flexión y extensión de rodillas en posición supina en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	103
Gráfica N° 43: Correcta posición en decúbito supino con piernas apoyadas en el balón terapéutico enseñadas por el fisioterapeuta	104
Gráfica N° 44: Correcta posición sedente con flexión de tronco con ayuda del terapéutico enseñada por el fisioterapeuta	105
Gráfica N° 45: Correcta posición en las Sentadillas con el balón terapéutico enseñada por el fisioterapeuta	106
Gráfica N° 46: Realización correcta en las respiraciones en cada repetición	107
Gráfica N° 47: Realización correcta en las contracciones lentas del suelo pélvico	108
Gráfica N° 48: Realización correcta en las contracciones rápidas del suelo pélvico	109
Gráfica N° 49: Realización correcta en las contracciones alternadas del suelo pélvico	110
Gráfica N° 50: Realización de los ejercicios en casa	111