



FACULTAD ESCUELA DE LA SALUD

Análisis de los Factores Influyentes en la Adherencia a la Rehabilitación Kinésica de Suelo Pélvico de Mujeres en Periodo Postparto

Estudiante: Sotto, Bianca

Legajo: 29625

Director/es: Toledo, Luciana Belén

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciatura en
Kinesiología y Fisiatría

2026

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4.0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [×]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: Cipolletti

Firma y aclaración del autor: Sotto. Bianca



1. Índice

2. Agradecimientos.....	5
3. Abreviaturas.....	7
4. Resumen.....	8
5. Introducción	10
5.1 Justificación	10
5.2 Objetivos	12
6. Estado del arte.....	12
7. Marco teórico	16
1. Suelo pélvico (SP).....	16
1. 1 Función del suelo pélvico	16
1.2 Anatomía de suelo pélvico.....	16
1.2.1 Pelvis ósea.....	17
1.2.2 Soporte muscular del suelo pélvico	19
1. 2.3 Sistema reproductor femenino	22
2. Modificaciones del suelo pélvico durante el embarazo y postparto	24
2.1 Embarazo	24
2.2 El parto y su clasificación	25
2.3 Postparto	26
2.4 Disfunciones del suelo pélvico en el postparto.....	28
Incontinencia urinaria (IU):	30
Prolapso de órganos pélvicos (POP).....	32
Diástasis abdominal (DRA):	34
Dispareunia:	35
3. Kinesiológica de suelo pélvico.....	36
3.1 Definición y su rol en obstetricia	36
3.2 Intervenciones kinésicas	37
3.3 Importancia de la rehabilitación kinésica en el periodo postparto.....	38
4. Adherencia terapéutica (ADH).....	40
4.1 Definición	40
4.2 Relevancia clínica	41
4.3 Factores influyentes	43
4.4 Modelos de adherencia	44
4.5 Medición	44
4.6 Herramientas para mejorar la adherencia	45
8. Método	46
9. Resultados.....	49
10. Discusión	56
11. Conclusiones	63
12. Limitaciones del estudio	64
13. Aportes y contribuciones.....	65

14. Líneas de investigación futuras	66
15. Referencias.....	67

2. Agradecimientos

Antes de comenzar con la lectura de este trabajo, quiero tomarme un momento para agradecer, a todos los que fueron parte de este proceso tan difícil y que lograron hacerlo tan hermoso y llevadero a la vez.

En primer lugar, quiero dedicarle el mayor de mis agradecimientos a mis papás, Ana y Tavo, ya que no solo fueron pilares fundamentales para mí en este proceso, sino que fueron los que me dieron el regalo más importante y enriquecedor de mi vida: el estudio. Sin ellos, sin su apoyo constante, sin su aliento, su motivación diaria nada hubiese sido igual. Gracias por esos cafecitos salvadores en la madrugada, por esas palmadas en la espalda cuando ya no aguantaba más, por esos abrazos eternos después de cada final, por su inmensa confianza, por que si, siempre confiaron más en mí que yo misma. Mami y papi, se los digo siempre pero también quiero dejarlo plasmado en uno de los trabajos más grandes de mi carrera, los amo con toda la fuerza de mi corazón y voy a estar siempre agradecida con ustedes por esto. Gracias, este logro se los dedico y también es para ustedes.

Agradecer también a mi hermana, mi otra mitad, por que siempre estuvo ahí, por las ricas comidas que me traía siempre que me veía estudiando, por esas veces que me retaba por quedarme dormida en la mesa estudiando. Gracias a ella hoy estoy acá.

A mi compañero de vida, a mi mejor amigo y a mi mayor motivación, Álvaro. Fue él quien me acompañó desde el día uno de este camino, quien me empujaba siempre a ir por más, quien me felicitaba y me daba mil regalos luego de cada parcial o final. El, que siempre me motivó a ser mejor, me motivó a no frustrarme, a no conformarme, a pelearla siempre. El, al que no le importaron la cantidad de meses que pasaban sin vernos por los estudios, que igual estuvo al pie del cañón siempre. Quien no se quejaba por sacrificar planes o eventos importantes, siempre supo que esto era más importante y me motivó a nunca abandonar. Mi

amor, gracias por tu apoyo y tu motivación constantes, fueron fundamentales para mi, gracias por secarme las lágrimas, por abrazarme, por acompañarme y nunca soltarme la mano, yo te dije que iba a valer la pena. Te amo inmensamente.

A mis facu amigos, a ellos que saben perfectamente todo lo que implica atravesar una carrera. Gracias por esas juntadas de estudio interminables, por las risas, los mates entre libros, los abrazos después de los finales fallidos, por las fantasías sobre que íbamos a hacer al recibirnos, por el empuje de siempre. Los amo, este camino fue mucho más fácil gracias a ustedes.

Gracias también a mi directora por todo el apoyo incondicional que me brindó en esta etapa. Gracias Lu por animarte a emprender este camino conmigo, por la calidez con la que lo hiciste, por tus críticas constructivas tan necesarias y por la ayuda constante. Que placer poder convertirme en tu colega.

Y finalmente quiero dedicar un agradecimiento muy especial a mi hijo perruno, Doky. Mi pilar, mi motorcito, mi amor más grande, mi compañero desde chiquita. Sé que tu cuerpito solo te permitió acompañarme el primer año de carrera, pero a pesar de no seguir físicamente siempre estuviste ahí para mí. Me diste el aliento que necesitaba para nunca rendirme, te quedabas toda la noche al lado mío mientras estudiaba, te ponías feliz siempre que me veías volver a casa. A mi amorcito mas grande que siempre le pedí todo mientras miraba al cielo, al que siempre me concedió todo. Donde sea que estés hoy hijo (y aunque sé que ya lo sabes), mamita lo logró. Gracias mi amor, sos mi estrella mas grande y como te prometí aquella vez, te voy a amar hasta el ultimo dia de mi vida.

3. Abreviaturas

SP: Suelo Pélvico

EMSP: Entrenamiento Muscular del Suelo Pélvico

RKSP: Rehabilitación Kinésica de Suelo Pélvico

DSP: Disfunciones de Suelo Pélvico

IU: Incontinencia Urinaria

POP: Prolapso de Órganos Pélvicos

DRA: Díástasis de Rectos Abdominales

IF: Incontinencia Fecal

PIA: Presión Intraabdominal

ADH: Adherencia

4. Resumen

El puerperio constituye una etapa clave para la recuperación física de la mujer luego del parto, ya que durante este periodo el organismo atraviesa un proceso de reorganización anatómica, funcional y hormonal orientado al restablecimiento de las condiciones previas al embarazo. En este contexto, la rehabilitación kinésica de suelo pélvico (RKSP) adquiere especial relevancia ya que se considera una intervención terapéutica de primera línea vinculada a la reeducación y fortalecimiento de la musculatura pélvica, cuyas funciones pueden verse alteradas luego del nacimiento constituyendo las disfunciones de suelo pélvico (DSP), las cuales pueden producir un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres a corto, mediano o largo plazo. Sin embargo, a pesar de la eficacia de la RKSP, la adherencia terapéutica (ADH) continúa siendo uno de los principales desafíos para alcanzar resultados clínicos favorables. Si bien la literatura disponible identifica algunas causas asociadas a este fenómeno, aún existe escasa evidencia que especifique por qué esta población en particular no inicia o no sostiene los programas kinésicos de rehabilitación durante el postparto. En base a este problema, el objetivo del siguiente trabajo fue explorar los factores (barreras y facilitadores) que influyen en la ADH a la RKSP en esta etapa. Se llevó a cabo un Scoping Review siguiendo los lineamientos PRISMA-ScR, con la finalidad de mapear la evidencia científica disponible sobre esta temática emergente dentro del campo de la kinesiólogía. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, Scielo, Cochrane Library y Redalyc, sin establecerse restricción temporal en el periodo de búsqueda con el fin de ampliar la identificación de artículos relevantes. En total se analizaron 111 artículos incluyendo finalmente 8 que cumplieron los criterios de elegibilidad establecidos. Los hallazgos evidenciaron que la ADH está determinada por múltiples factores interrelacionados, entre los que se destacan individuales, socioculturales, asistenciales y tecnológicos, los cuales influyen de distinto modo en la continuidad terapéutica si se

clasifican como barreras o como facilitadores. Se concluye que la ADH a la RKSP en el periodo postparto constituye un fenómeno multifactorial y dinámico, que trasciende la responsabilidad individual de las pacientes y que está determinada en gran medida, por factores de distinta índole. En consecuencia, resulta necesario desarrollar estrategias multidisciplinarias centradas en la educación temprana, la humanización de la atención y el diseño de intervenciones que se amolden al contexto de la paciente y que favorezcan la ADH, optimizando las conductas de autocuidado en el periodo postparto.

5. Introducción

5.1 Justificación

Durante el periodo postparto, muchas mujeres presentan disfunciones del suelo pélvico (DSP) tales como: incontinencia urinaria y fecal, prolapsos, diástasis abdominal, dolor o alteraciones sexuales. Estas condiciones derivan de los cambios anatómicos y funcionales que experimenta la musculatura pelvipereineal propios del embarazo, y especialmente del proceso de parto. Ante este escenario, la rehabilitación kinésica de suelo pélvico (RKSP) se posiciona como una intervención terapéutica esencial para favorecer la recuperación funcional y prevenir alteraciones en esta etapa.

Aunque la evidencia científica respalda la eficacia de la RKSP (Critchley, 2022) se observa un comportamiento actual donde una proporción significativa de mujeres retoman prematuramente a sus actividades laborales y deportivas, desestimando los tiempos biológicos del puerperio. La reincorporación precoz no solo favorece la aparición de DSP a corto o largo plazo, sino que también agrava la sintomatología preexistente en caso de presentarse. Sin embargo, esta falta de cuidado no debe interpretarse como una decisión aislada, sino como un fenómeno de naturaleza multidimensional.

Este inicio temprano suele afectar directamente en la adherencia terapéutica (ADH), la cual se entiende como el eje determinante del éxito o fracaso de la rehabilitación, y es comprendida como un proceso dinámico que abarca desde la asistencia a sesiones presenciales hasta el cumplimiento de pautas domiciliarias y de autocuidado. La ADH por ende, se posiciona como un requisito indispensable dentro de los programas terapéuticos para alcanzar los objetivos funcionales y preventivos. Sin embargo, a pesar de que se conocen cuales son las técnicas más efectivas para tratar las disfunciones pélvicas, aún existe un severo

vacío en el conocimiento respecto a cómo y porqué las puérperas logran -o no- sostener dichos tratamientos en el tiempo.

La literatura actual en el campo de la kinesiólogía de suelo pélvico (SP) muestra una gran dispersión con respecto al estudio de las variables personales, sociales y organizacionales que condicionan el compromiso de las pacientes. Si bien se reconocen de manera aislada ciertas barreras, no existe un mapa claro que ordene y conecte los factores que facilitan u obstaculizan la ADH en esta población.

Estudiar la constancia en el postparto se vuelve un gran desafío, ya que se considera una etapa de gran vulnerabilidad donde el cansancio, la falta de tiempo y las demandas constantes de cuidado al recién nacido transforman completamente las prioridades de la mujer. Es por esto que al haber tan pocos estudios que integren estas realidades con la terapia, se genera una brecha en el conocimiento que impide a los profesionales sanitarios diseñar estrategias de intervención que sean verdaderamente viables y realistas para el contexto de una madre.

Desde la disciplina kinésica, esta revisión adquiere valor estratégico al ofrecer una base teórica que permita repensar los modelos de intervención. La identificación de factores que influyen en la ADH no solo fortalece la práctica profesional, sino que contribuye al diseño de intervenciones rehabilitadoras más accesibles, humanizadas, contextualizadas y sostenibles en el tiempo. Dada la escasez de antecedentes sobre este fenómeno, el presente trabajo fue realizado bajo el diseño de Scoping Review o revisión de alcance. Esta metodología permitió mapear y sistematizar la evidencia científica disponible mediante el análisis de la bibliografía publicada en distintas bases de datos, a fin de ofrecer una comprensión integral del fenómeno y aportar fundamentos que orienten a la práctica profesional y a futuras investigaciones. Con este propósito, se planteó la siguiente

interrogante que guió la investigación teórica: ¿Qué factores influyen en la adherencia a los programas de rehabilitación kinésica de suelo pélvico en mujeres en período postparto, según la evidencia científica disponible?

5.2 Objetivos

- **General**

→ Analizar los factores que influyen en la adherencia a la rehabilitación kinésica del suelo pélvico en mujeres en período postparto

- **Específicos**

→ Caracterizar los factores reportados en la literatura relacionados con la adherencia a la rehabilitación kinésica de suelo pélvico en mujeres en periodo postparto

→ Describir las principales disfunciones del suelo pélvico reportadas en la literatura en mujeres en periodo postparto y su vínculo con la adherencia terapéutica.

→ Sintetizar las estrategias sugeridas por la literatura para orientar futuras intervenciones que promuevan la adherencia a la rehabilitación.

6. Estado del arte

En los últimos años, la investigación científica sobre el SP se consolidó como una parte fundamental de la salud femenina, gracias al rol que esta estructura cumple en funciones esenciales tales como la continencia urinaria y fecal, el soporte de órganos pélvicos y la función sexual (Vemulapalli et al., 2025; Farihan et al., 2022; Rendón-Galvez y Tamayo-Perdomo, 2022). A pesar de esto, varios investigadores comentan

que actualmente existe una prevalencia alarmante de DSP, siendo las más frecuentes la incontinencia urinaria y el prolapso, las cuales afectan significativamente la calidad de vida de la mujer, y que muchas veces van más allá de lo físico, impactando también en las esferas psicológica y social (Szatmári et al., 2023; Yeşilyurt et al., 2024; Rendón-Galvez y Tamayo-Perdomo, 2022). Cuando los síntomas se perciben como incontrolables, la vergüenza y el estigma asociados favorecen el silenciamiento y la normalización del problema (Vemulapalli et al., 2025; Farihan et al., 2022). En base a esto, se produce una contrapartida, ya que las DSP son tan frecuentes como invisibilizadas, y su carga se amplifica debido a barreras socioculturales. A pesar del alcance del problema, el conocimiento que tienen muchas mujeres sobre el SP y sus alteraciones es limitado, incluso en poblaciones jóvenes, estudiantes y usuarias del sistema de salud (Ferreira Fante et al., 2019; Baldini Prudencio et al., 2022; do Rêgo Pereira et al., 2022). Este vacío de conocimiento hace que muchas veces los síntomas no se reconozcan a tiempo, lo que retrasa la búsqueda de atención, acelerando la progresión y la severidad de las disfunciones (dos Reis Chagas Maduenho et al., 2022)

El postparto representa el punto crítico de esta problemática. Durante este periodo, se producen grandes cambios fisiológicos, mecánicos y hormonales que aumentan la vulnerabilidad del tejido perineal, favoreciendo el riesgo de desarrollar DSP (Critchley, 2022; Selman et al., 2022; Alemañ Ñiguez, 2025). La literatura reporta con frecuencia problemas como la incontinencia urinaria, la debilidad muscular, la diástasis abdominal y las disfunciones sexuales (Vesting et al., 2024; Beamish et al., 2024). Sin embargo, se ha evidenciado una brecha entre las necesidades reales de las pacientes y la práctica clínica. Esta distancia se manifiesta por una baja derivación a programas de rehabilitación por parte de profesionales de primera línea, y por una tendencia a considerar los síntomas como parte esperable del puerperio (Critchley, 2022). La situación se ve complejizada por la

reorganización vital que implica la llegada de un hijo, en la que se involucran factores emocionales, sociales y culturales que afectan la capacidad de las mujeres para mantener conductas de autocuidado o realizar cualquier intervención terapéutica (Bernier & Fenech, 2024).

En este contexto, la RKSP, especialmente a través del entrenamiento muscular de suelo pélvico (EMSP), se posiciona como una de las principales estrategias con mayor nivel de evidencia para prevenir y tratar las DSP (Woodley et al., 2020; Suárez Pedroza et al., 2018; Palacios López & Díaz Díaz., 2016; Alemañ Ñíguez, 2025). La evidencia constata que esta intervención contribuye a mejorar la fuerza muscular, a reducir síntomas y a favorecer la recuperación funcional en el postparto (Buil Mur et al., 2021; Bonete Wiese, 2021; Peláez Sánchez, 2021; Szumilewicz et al., 2020; Laso Álvarez., 2022). Además, cuando los programas son estructurados y sostenidos en el tiempo, los resultados es aún más evidentes y consistentes, lo que refuerza su valor clínico (Guzmán Gallegos et al., 2023; Schütze et al., 2022; Caisa Chalan & Cedeño Zamora, 2024).

Sin embargo, a pesar de la eficacia demostrada de la RKSP, su efectividad en la práctica depende en gran medida de la ADH (Vernazza & Hargreaves, 2024). Se ha observado que los beneficios de estas intervenciones tienden a disminuir cuando no se mantiene una práctica regular, lo que posiciona a la ADH como un factor clave en los resultados obtenidos (Bonete Wiese, 2021; Buil Mur et al., 2021; Alemañ Ñíguez, 2025). En este sentido, el EMSP se considera una intervención compleja, ya que no se reduce al ejercicio en sí, sino que también está mediado por factores cognitivos y conductuales de las pacientes, tales como la motivación, la comprensión de la técnica y la capacidad de integrar la práctica en la rutina diaria (Frawley et al., 2017).

Al explorar los elementos que condicionan esta ADH durante el postparto, la literatura identifica variables críticas. Entre los más relevantes se destacan el nivel de conocimiento y las creencias sobre la importancia del tratamiento, la falta de tiempo y la dificultad para conciliar los ejercicios con las demandas de cuidado del recién nacido (Jaffar et al., 2022; Yakıt Yeşilyurt et al., 2024). A estos últimos también se le suman factores sociales y desigualdades en el acceso al ámbito sanitario (Willis-Gray et al., 2015). Si bien estos hallazgos constituyen el núcleo del presente trabajo, la literatura también reporta otros factores trascendentales que serán considerados en la sección de análisis de resultados.

Bajo este escenario, se han propuesto diversas estrategias para mejorar la ADH, entre las que destacan la educación del paciente, el fortalecimiento de la autoeficacia y el seguimiento profesional estructurado, entre otras. En esta línea, el auge de la tecnología digital –mediante aplicaciones móviles específicas– emerge como un recurso potencial para facilitar la práctica domiciliaria de ejercicios, proporcionar recordatorios y ofrecer retroalimentación continua. Estas tendencias actuales reflejan un gran avance en el campo de la kinesiología, ya que promueven intervenciones más duraderas y accesibles, y que mejoran la continuidad de los tratamientos (Harper et al., 2023; Vernazza & Hargreaves, 2024).

En cuanto a la procedencia de la evidencia, existe una predominancia de estudios provenientes de Europa, Norteamérica y algunos países de ingresos medios, lo que demuestra un creciente interés en el tema a nivel internacional, aunque también evidencia la necesidad de ampliar la investigación a contextos Latinoamericanos y a diversas poblaciones (Vemulapalli et al., 2025; Woodley et al., 2020; Szatmári et al., 2023).

-Palabras clave: suelo pélvico; postparto; puerperio; fisioterapia; incontinencia urinaria; entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico; disfunciones de suelo pélvico; salud de la mujer; adherencia al tratamiento; continuidad terapéutica.

7. Marco teórico

1. Suelo pélvico (SP)

1.1 Función del suelo pélvico

El SP se define como un complejo sistema músculo-ligamentoso que constituye el cierre inferior de la cavidad abdominal, cuya función principal es sostener y mantener en adecuada posición los órganos pélvicos, contrarrestando la acción de la gravedad. Este sistema está conformado por un conjunto de ocho músculos que se organizan alrededor de estructuras clave como el dorso del clítoris, la base de la vejiga urinaria, el orificio vaginal y el recto. La integridad anatómica del SP resulta fundamental para el correcto desempeño de su función de soporte y protección de los órganos pélvicos. Desde el punto de vista funcional, la base pélvica se asemeja más a una estructura en forma de hamaca que a un piso rígido, permitiendo una acción dinámica y adaptable. La musculatura del SP participa activamente en los mecanismos esfinterianos uretral y anal, interviene en el proceso de descenso fetal durante el parto, desempeña un rol relevante en la función sexual y constituye el hiato por donde transitan los segmentos terminales de los sistemas urogenital y digestivo (García Martín et al, 2005).

1.2 Anatomía de suelo pélvico

Además de comprender la anatomía, es imprescindible el conocimiento de la función del SP, para tener una percepción clara de cómo interactúa cada componente, ya que esta región funciona como una compleja red de estructuras interconectadas entre sí (Palma, 2010, P 26).

1.2.1 Pelvis ósea

Desde el punto de vista anatómico, la pelvis ósea está conformada por dos huesos ilíacos que se articulan posteriormente con el sacro en la línea media y anteriormente a nivel de la sínfisis púbica. Cada hueso ilíaco se compone de tres segmentos óseos —ilion, isquion y pubis— que se encuentran unidos por cartílago durante la infancia y adolescencia, y que se fusionan en la edad adulta. La unión de estos huesos delimita límites muy marcados, que conforman el periné, el cual se define como “región anatómica compuesta de partes blandas que cierran la cavidad pelviana, inferior al diafragma pélvico, localizada entre los muslos, la sínfisis del pubis y el cóccix. Contiene estructuras que soportan las vísceras urológicas, genitales y ano y posee forma romboidal” (Dominguez Franjo et al., 2018) (Fig 1). Los límites del periné son:

- Límite anterior: sínfisis púbica
- Límite posterior: hueso sacro y cóccix
- Límites laterales: ramas isquiopúbicas y ligamentos sacrotuberosos en ambos lados

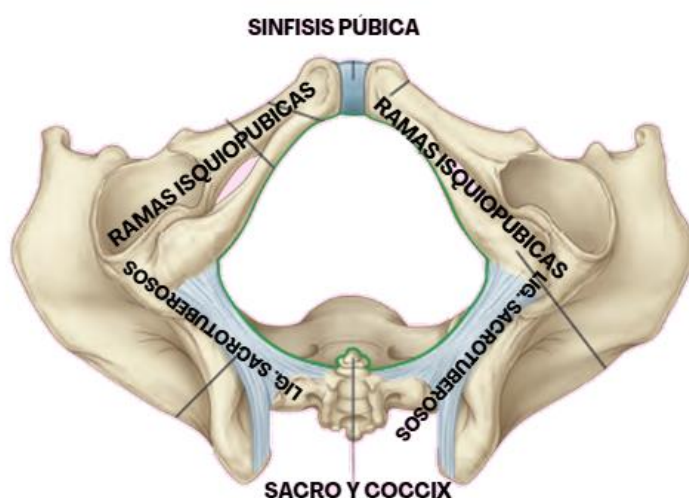


Figura 1. *Límites del periné.* Autoría docente de la Universidad de Flores - Cátedra de suelo pélvico 2025.

La pelvis se divide en una pelvis mayor y una pelvis menor; la primera aloja las vísceras abdominales, mientras que la pelvis menor constituye un compartimento más estrecho situado inferiormente. La abertura inferior de la pelvis menor se encuentra cerrada por el complejo musculofascial del suelo pélvico, estructura fundamental para el sostén de los órganos pélvicos y el control de la continencia (Palma, 2010)

Durante la pubertad, la pelvis experimenta modificaciones morfológicas asociadas al sexo biológico del individuo. En la mujer, el crecimiento pélvico se produce en una proporción mayor en relación con la talla corporal, lo que se acompaña de una basculación anterior de la pelvis. Este ajuste postural favorece el incremento de la lordosis lumbar y condiciona una orientación más horizontal del nervio pudendo. En comparación con la pelvis masculina, la pelvis femenina presenta un mayor ancho transversal y características estructurales específicas que permiten su adaptación a las exigencias biomecánicas del parto (Fig 2) (Saldarriaga Gil & Artuz, 2017). De este modo, comprender las diferencias de la pelvis entre ambos sexos permite identificar cómo la anatomía femenina se reorganiza estructuralmente desde la juventud para cumplir una función vital.

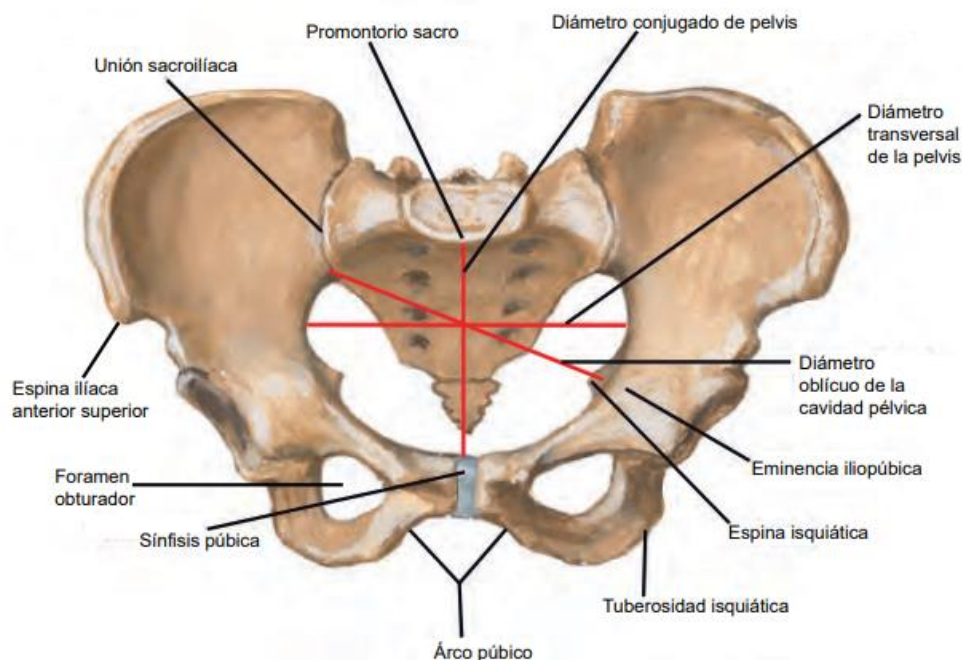


Figura 2. *Pelvis femenina.* Se observa el diámetro transversal, el diámetro oblicuo, el diámetro bi-isquiático. (Tomado de: Netter Frank, Machado C. Atlas of Human Anatomy 4th^o Edition. Saunders, W.B. 2006).

1.2.2 Soporte muscular del suelo pélvico

Los músculos del SP son los elementos activos de este complejo, corresponden a musculatura estriada y son dependientes del control voluntario. Estos músculos se dividen en 3 planos: plano profundo, plano medio y plano superficial

- **Plano profundo (ver figura 5):** está conformado principalmente por el músculo elevador del ano, en conjunto con el músculo coccígeo, los cuales forman el denominado diafragma pélvico, siendo el componente principal el cual se extiende hacia la zona inferior asemejando un embudo, lo que forma la mayor parte del suelo de la pelvis. Este músculo es el más extenso de la pelvis y está conformado por 3 fascículos los cuales se encuentran graficados a continuación (Carrillo G & Sanguinetti M, 2013). La función principal de este plano es el

sostén de las vísceras pélvicas y la capacidad de contrarrestar los aumentos de presión intraabdominal (PIA). Asimismo, participa en el mantenimiento de la continencia urinaria y fecal mediante el cierre de la uretra y el canal anal en estado de reposo, relajándose de forma voluntaria durante la micción y defecación. También cumple un papel importante durante el parto, al contribuir en la estabilidad del tronco (Gowda & Bordoni, 2022).

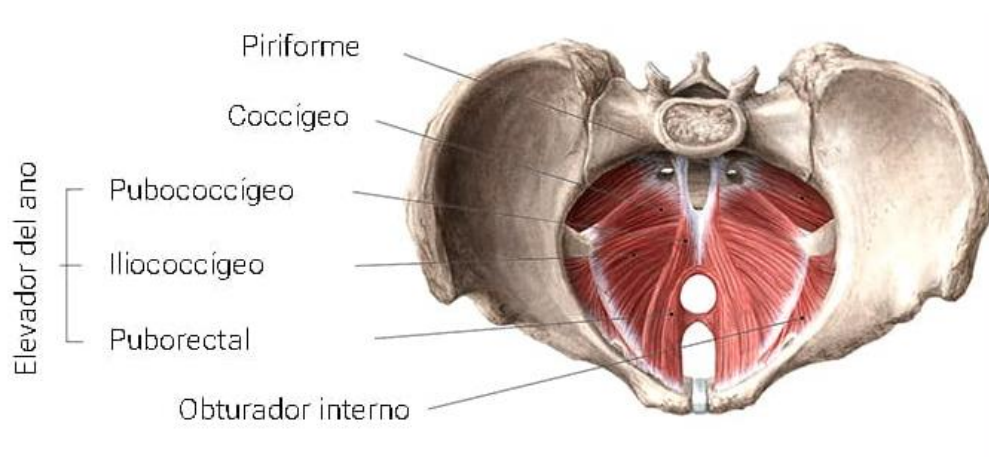


Figura 3. *Plano muscular profundo del suelo pélvico.* Obtenida de la web.

- **Plano medio (ver figura 4):** La membrana perineal es una densa fascia de forma triangular situada en el anillo himenal que sirve como lugar de sujeción de los genitales externos y la uretra. Se extiende de lado a lado entre una rama isquiopúbica y la contralateral, hacia el cuerpo central del periné y hasta la sínfisis púbica. Inmediatamente sobre ella se sitúan los músculos estriados del esfínter urogenital (esfínter externo de la uretra, compresor de la uretra y uretrovaginal), lo que se conoce como diafragma urogenital (Walker, 2013).



Figura 4. *Plano muscular medio del suelo pélvico.* Autoría docente de la Universidad de Flores - Cátedra de suelo pélvico 2025.

- **Plano superficial (ver figura 5):** En este último plano se localizan músculos bulbocavernoso, el isquiocavernoso, transverso superficial y esfínter anal externo, los cuales se encuentran en el triángulo anterior del periné, que se encuentra esquematizado a continuación. La función principal de este plano es contribuir al sostén de las vísceras pélvicas al estabilizar el centro tendinoso del periné, además de desempeñar un papel importante en la función sexual femenina, como en la erección y en la excitación (Lorén Martín, 2016).

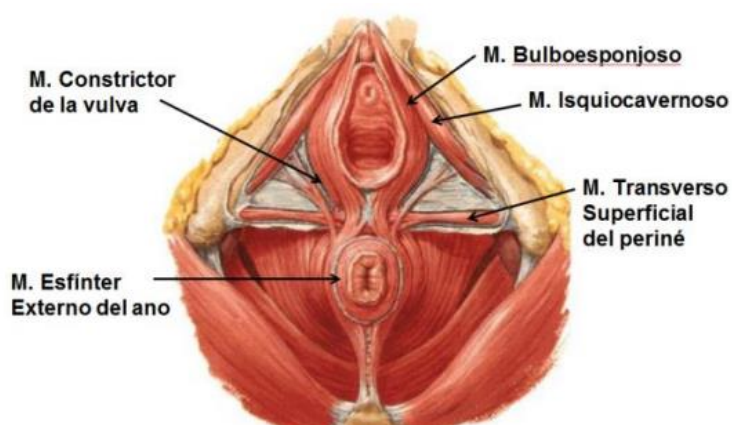


Figura 5. *Plano muscular superficial del suelo pélvico.* Obtenida de un trabajo final de grado del repositorio de la Universidad de Zaragoza, España (2016)

1. 2.3 Sistema reproductor femenino

Estructuralmente, este sistema se divide en componentes internos y externos, integrados en la cavidad pélvica y protegidos por el SP (Fig 6).

Órganos internos: Según Saldarriaga Gil & Artuz, 2017:

1. Ovarios: son órganos pares que se encuentran en la cavidad abdominal, en la región sublumbar. Están encargados de la gametogénesis (desarrollo de ovocitos) y de la secreción endocrina de hormonas sexuales femeninas, importantes para el mantenimiento de la gestación.
2. Trompas de falopio: son tubos músculo-elásticos, pares, que transportan el óvulo desde la superficie ovárica hasta el útero.
3. Útero: es un órgano muscular, impar y hueco, situado en el centro de la cavidad pélvica, encima de la vagina, entre el recto (por detrás) y la vejiga urinaria (por delante). Sus túnicas (endometrio, miometrio y perimetrio) albergan la implantación del blastocisto y el desarrollo fetal. Su cuello o cérvix se distiende significativamente durante el parto, variando su tamaño según la edad y paridad de la mujer.
4. Vagina: es una estructura musculomembranosa que conecta el útero con la vulva. Limita de forma anterior con la vejiga y la uretra, y de forma posterior con el recto. Cumple funciones excretoras, es el órgano principal de la cópula y constituye el canal de parto (Saldarriaga Gil & Artuz, 2017).

Órganos externos: conforman lo que se conoce como vulva

1. Monte de venus, labios mayores y menores: son estructuras cutáneas y adiposas que protegen estructuras internas, y se destacan por su gran contenido de

glándulas sudoríparas y sebáceas. Estas formaciones delimitan el surco interlabial conformado por los labios mayores y menores de la vulva, rodean el vestíbulo vaginal y el orificio uretral. Son zonas altamente innervadas y vascularizadas, y en la pubertad se rodean de vellos característicos.

2. Clítoris: es un órgano eréctil constituido por el glande, el cual se encuentra muy innervado por más de 10.000 terminales nerviosas, lo cual lo hace muy sensible. Posee dos cuerpos cavernosos con paredes que contienen fibras de músculo liso y dos raíces que se fijan a las ramas ascendentes del pubis.
3. Vestíbulo vaginal y glándulas de bartolino: el vestíbulo es la región lisa situada entre los labios menores; a sus lados se ubican las glándulas de Bartolino, las cuales reaccionan ante estímulos sexuales, liberando sus secreciones y permitiendo la lubricación de la vulva (Saldarriaga Gil & Artuz, 2017)

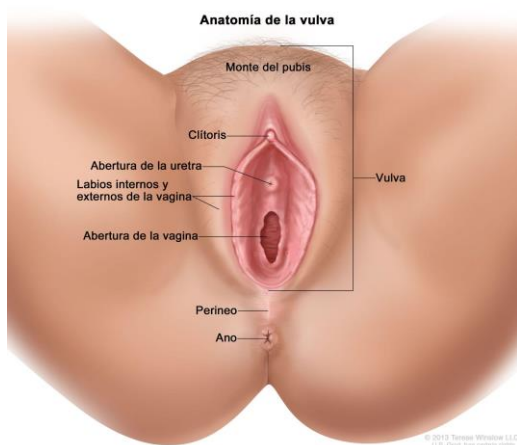


Figura 6. Órganos genitales femeninos externos. Obtenida de la web.

2. Modificaciones del suelo pélvico durante el embarazo y postparto

2.1 Embarazo

Durante esta etapa, la mujer embarazada atraviesa múltiples adaptaciones fisiológicas destinadas a permitir el desarrollo fetal y a satisfacer las mayores exigencias metabólicas propias de este período. Entre las modificaciones más relevantes se encuentran las producidas por los cambios a nivel endocrino y musculoesquelético, descritas a continuación.

Desde el punto de vista hormonal, el aumento de la progesterona reduce el tono de la musculatura lisa de la vejiga y la uretra, disminuyendo la presión de cierre uretral y la activación de la musculatura del SP. A su vez, el incremento de la relaxina favorece la laxitud del tejido conectivo, comprometiendo la tensión de las fascias y ligamentos que participan en el sostén de las vísceras pélvicas (Ferri Morales & Amostegui Azkúe, 2003).

Paralelamente, el crecimiento progresivo del útero durante la gestación provoca cambios anatómicos en el tracto urinario inferior, entre los que se incluyen la elongación de la uretra y el desplazamiento del cuello vesical respecto de su posición fisiológica, alteraciones que se asocian con una mayor prevalencia de patologías como la incontinencia urinaria (IU) durante el tercer trimestre (Ferri Morales & Amostegui Azkúe, 2003).

Por otro lado, el aumento del volumen uterino y de la PIA inducen adaptaciones musculoesqueléticas caracterizadas por una mayor anteversión pélvica (Fig 7), incremento de la lordosis lumbar y el debilitamiento progresivo de la pared abdominal, pudiendo favorecer la aparición de alteraciones como la diástasis abdominal, alterar el patrón de marcha e incrementar el riesgo de caídas. En conjunto, estas modificaciones aumentan la carga funcional sobre el SP y contribuyen al desarrollo de las DSP, (Bravo Shuira, 2024).



Figura 7. *Anteversión pélvica por el peso del útero.* Obtenida del libro “Fisioterapia en Obstetricia y Uroginecología” - Capítulo 7, (Walker 2013).

2.2 El parto y su clasificación

El parto es el proceso fisiológico normal mediante el cual el feto, la placenta y otros productos de la concepción son expulsados del útero a través de la vagina. Las contracciones uterinas regulares provocan una dilatación y borramiento progresivos del cuello uterino, lo que finalmente conduce a la expulsión del contenido. El trabajo de parto humano se divide en tres etapas: etapa de dilatación, etapa de expulsión y etapa de alumbramiento. La etapa de dilatación comprende el periodo necesario para alcanzar la dilatación completa del cuello uterino, mientras que la etapa de expulsión transcurre desde dicha dilatación hasta el nacimiento del bebé. Ambas etapas presentan una duración variable según las características obstétricas de la mujer (las madres primerizas o también llamadas nulíparas suelen tener un proceso de dilatación más tardado). Es por eso que cuando estos períodos se prolongan, incrementan el tiempo de exposición de las estructuras del SP a fuerzas mecánicas y compresivas, aumentando el riesgo de lesiones musculares, nerviosas y fasciales (Hutchison et al. 2025).

En cuanto a su clasificación, el parto puede ser vía vaginal o por cesárea. Esta última consiste en la extracción del feto y la placenta mediante una intervención quirúrgica a través de una incisión en el abdomen y en el útero, indicada cuando el parto vaginal representa un riesgo para la madre o el feto, o existen determinadas condiciones obstétricas. Desde la perspectiva del SP, ambas vías presentan implicancias diferentes, y la cesárea no elimina completamente el riesgo de padecer DSP, debido a que el embarazo en sí mismo ya produce modificaciones anatómicas y funcionales (Gómez Gil, 2025).

El parto vaginal constituye uno de los principales determinantes, probablemente asociado a lesiones en estructuras musculares y nerviosas implicadas en la función del SP.

2.3 Postparto

El periodo postparto, también conocido como puerperio, es el periodo comprendido desde el parto hasta aproximadamente 6-8 semanas después, en el que los cambios fisiológicos que han tenido lugar durante el embarazo revierten y el útero recupera su tamaño normal, es un periodo de involución de los tejidos. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), este periodo se divide en:

1. Puerperio inmediato: primeras 24 h posparto. Caracterizado por la hemostasia uterina (cese del sangrado uterino).
2. Puerperio precoz (o clínico): desde las 24h del parto hasta el 7º día postparto (contiene el alta hospitalaria de la mujer).
3. Puerperio tardío: desde el 7º día hasta la aparición de la primera menstruación a los 42 días (Marquez Díaz, 2024)

Este período constituye una etapa de transición caracterizada por múltiples modificaciones fisiológicas, funcionales y psicosociales que acompañan el retorno progresivo

del organismo al estado previo a la gestación. Durante este proceso, la mujer experimenta importantes cambios hormonales, musculoesqueléticos y emocionales que pueden influir tanto en su bienestar general como en la recuperación funcional del SP.

En relación al plano hormonal, tras la expulsión del feto y la placenta cesa la influencia endocrina de la unidad feto placentaria, produciéndose un reajuste hormonal asociado al inicio y mantenimiento de la lactancia materna. Paralelo a esto, se produce la involución uterina, donde el útero vuelve a su tamaño normal, acompañado de la disminución de los fenómenos compresivos que ejercía sobre las estructuras abdominales y pélvicas, asociados a su gran tamaño durante el embarazo. Asimismo, los tejidos perineales atraviesan un proceso de recuperación posterior a las grandes exigencias biomecánicas del parto, particularmente en presencia de episiotomías, desgarros o traumatismos obstétricos. Estas condiciones pueden generar dolor, debilidad muscular, fatiga y alteraciones funcionales que afectan la continencia urinaria, la función sexual y el desempeño de las actividades cotidianas (Walker, 2013; Wray et al., 2021). Sin embargo, las demandas durante este periodo muchas veces exceden las modificaciones físicas y abarcan también importantes procesos de adaptación emocional y social. En esta etapa, las mujeres deben afrontar cambios en la rutina, reorganización de roles familiares, demandas vinculadas al cuidado neonatal y modificaciones en la dinámica de pareja, todo esto en un contexto frecuentemente acompañado por cansancio físico y privación del sueño. Asimismo, factores como la ausencia de redes de apoyo, las dificultades socioeconómicas o las complicaciones obstétricas pueden incrementar el estrés, la vulnerabilidad emocional y los cambios psicológicos a los cuales se enfrentan (Ospina Romero et al., 2012; Wang et al., 2023).

Se ha descrito que un elevado porcentaje de mujeres experimenta fluctuaciones emocionales transitorias durante el puerperio, incluyendo labilidad afectiva, irritabilidad,

angustia y tristeza, particularmente durante los primeros días posteriores al nacimiento (González Uriarte, 2006). Aunque estas manifestaciones suelen ser autolimitadas, reflejan la complejidad biopsicosocial de esta etapa y la necesidad de un abordaje integral centrado no solo en la recuperación física, sino también en el acompañamiento emocional y educativo de las puérperas.

2.4 Disfunciones del suelo pélvico en el postparto

El término DSP engloba un espectro multicausal de sintomatologías y alteraciones estructurales originadas por la debilidad o el trauma de la musculatura perineal (Fig 8).



Figura 8. *Suelo pélvico debilitado.* Obtenido de Disfunciones del Suelo Pélvico (Revista para profesionales de la salud - NPUNTO, 2020)

Las DSP adquieren relevancia por su impacto en la calidad de vida de las mujeres. Se ha evidenciado que repercuten en esferas psicosociales, laborales, afectivas y sexuales, con efectos sobre el bienestar y el funcionamiento cotidiano. De forma concordante, se ha señalado que estos trastornos, aunque no suelen comprometer la supervivencia, afectan en gran medida la calidad de vida, especialmente cuando se relacionan con embarazo, parto y trauma obstétrico por sus potenciales secuelas a corto, mediano y largo plazo (Rodríguez Adams et al., 2009; (Jaramillo González, 2014).

Además, se ha demostrado una estrecha relación entre la presencia de DSP y los síntomas depresivos, debido a que suelen asociarse con sentimientos de vergüenza, disminución de la autoestima, afectación de la imagen corporal y limitaciones en la participación social, lo que da cuenta de la repercusión emocional y psicológica que generan (Vemulapalli et al., 2024).

En cuanto a los factores de riesgo, la evidencia identifica determinantes sociodemográficos, biológicos y principalmente obstétricos. Dentro de estos últimos se han descrito como los más relevantes el embarazo, el parto (principalmente vaginal, prolongado e instrumentado), la multiparidad y las intervenciones como episiotomías (García López, 2020; Jaramillo Gonzalez, 2014). La primiparidad también constituye un factor de riesgo relevante, debido que se vincula, en parte, con la mayor duración de las fases de dilatación y del período expulsivo, que generan un incremento del estrés mecánico sobre los sistemas de sostén y suspensión visceral (Ferri Morales & Amostegui Azkúe, 2003)

La ruptura de las estructuras músculo-aponeuróticas que se producen por el paso de la cabeza fetal a través del canal vaginal, aumentan la prevalencia de estas disfunciones en el puerperio. La magnitud de estas lesiones suele incrementarse en partos de fetos macrosómicos, partos instrumentados, así como en aquellos en los que se producen rotaciones o deflexiones de la cabeza fetal. Se estima que más del 80 % de las mujeres presentan algún grado de lesión perineal tras el parto. Como consecuencia, puede verse comprometida la función de sostén del SP, favoreciendo la aparición de estas lesiones.

Entre las principales DSP reportadas en mujeres en el periodo postparto se encuentran:

Incontinencia urinaria (IU):

Según la International Continence Society (ICS), la IU se conceptualiza de forma integral como un síntoma, un signo y una condición clínica definible como la pérdida involuntaria de orina (Fig 9). Esta afección, además de ser demostrable objetivamente, trasciende lo físico para convertirse en un problema de índole higiénica y social. Su repercusión en la calidad de vida es profunda, condicionando la autonomía de la paciente y obligándola a implementar mecanismos de adaptación —como el uso de absorbentes o la restricción de la vida social— que, eventualmente, la impulsan a solicitar intervención profesional. La IU suele ser normalizada socialmente como una consecuencia esperable del parto y la menopausia. Su prevalencia es mayor en mujeres primíparas, triplicando a la de nulíparas de la misma edad. Durante el embarazo y el puerperio es frecuente, con prevalencias que oscilan entre el 18% y el 75% en la gestación y entre el 6% y el 31% en el puerperio (García López, 2020). Su aparición se asocia a múltiples factores, como cambios hormonales, modificaciones en la anatomía uretral, lesiones derivadas del parto y alteraciones en la interacción entre músculos y tejidos conectivos. Asimismo, la frecuencia de la incontinencia aumenta a medida que avanza la gestación y, aunque disminuye en el puerperio, continúa siendo más elevada que antes del embarazo (García López, 2020).

Como señalan Huang y Chang, 2021 (citado en Laso Álvarez, 2022), la IU constituye una de las condiciones de salud con mayor prevalencia a nivel global en el postparto, contabilizando 423 millones de casos diagnosticados en el año 2018, lo que denota su naturaleza silenciosa pero con un gran impacto físico y psicosocial.

Según su etiología, la IU se categoriza principalmente en tres tipos:

- De esfuerzo (IUE): la IUE supone la pérdida involuntaria de orina a través de la uretra durante un esfuerzo o ejercicio, como la tos o el estornudo. Debido a su

alta prevalencia, es una de las disfunciones más estudiada, atribuyéndose su origen principalmente al déficit de soporte anatómico de la uretra y la unión uretrovesical. Además, se ha observado que aproximadamente el 50% de las pacientes con hipermovilidad del cuello vesical continúan presentando IUE hasta al menos 3 meses después del parto.

- De urgencia (IUU): la IUU se define como la pérdida involuntaria de orina acompañada o inmediatamente precedida por urgencia, la cual se entiende como un fuerte y repentino deseo de orinar. Este síntoma suele presentarse junto a un aumento de la frecuencia miccional, tanto diurna como nocturna. Actualmente, la ICS engloba estos síntomas bajo el término Síndrome de Vejiga Hiperactiva, el cual se caracteriza por la urgencia miccional, con o sin presencia de escapes.
- Mixta (IUM): definida por la ICS como pérdida involuntaria de orina, está asociada con la urgencia miccional y con el esfuerzo. Los pacientes presentan en mayor o menor grado, ambos trastornos (IUE e IUU) (García López, 2020).

Otros tipos de IU menos frecuentes son la de rebosamiento o la continua.

Fisiopatología de la IU

La continencia urinaria depende de un equilibrio dinámico de presiones, donde la presión de cierre uretral debe ser superior a la presión intravesical, tanto en reposo como ante esfuerzos físicos. La rotura de este equilibrio fisiológico es lo que desencadena la IUE, mediada por tres mecanismos fundamentales.

1. El Mecanismo de Sellado Uretral (Factor Intrínseco)

Se relaciona con la capacidad intrínseca de la uretra para mantener un cierre adecuado y evitar la pérdida de orina.

2. El Sistema de Soporte

Es responsable de estabilizar la uretra y la vejiga durante los aumentos de la PIA, cuya alteración favorece la hipermovilidad uretral.

3. Sinergia y Estabilización Lumbopélvica (factor funcional):

Relaciona la acción coordinada del SP, el diafragma, la musculatura abdominal y los estabilizadores lumbares, indispensable para mantener la continencia durante las actividades funcionales.

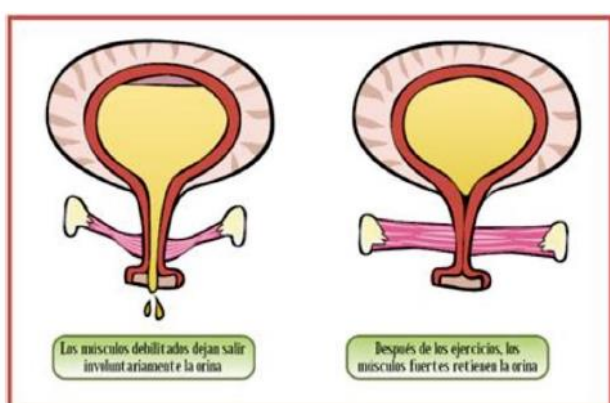


Figura 9. *Mecanismo de la incontinencia urinaria.* Obtenido de Disfunciones del Suelo Pélvico (Revista para profesionales de la salud - NPUNTO, 2020)

Prolapso de órganos pélvicos (POP)

Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el POP se define de forma específica:

El prolapso de los órganos pélvicos se define como el descenso de uno o más órganos, entre los que se incluyen el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide o el intestino delgado, desde su posición anatómica habitual (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2020, p.1)

Esta disfunción puede considerarse una hernia visceral que ocurre a través del hiato urogenital debido al fallo de las estructuras de soporte, condición que representa una manifestación central de las DSP y requiere un abordaje multidisciplinar debido a su naturaleza multisistémica. Aunque su origen suele ser congénito o traumático en casos excepcionales, su aparición está estrechamente vinculada al embarazo y el parto, así como a los cambios fisiológicos propios del climaterio y el envejecimiento.

Clínicamente, el POP puede presentarse en diversos grados y combinaciones (Fig 10): prolapso del compartimento anterior (úterocele - cistocele), prolapso del compartimento posterior (rectocele) y prolapso del compartimento medio (histerocele - enterocele).

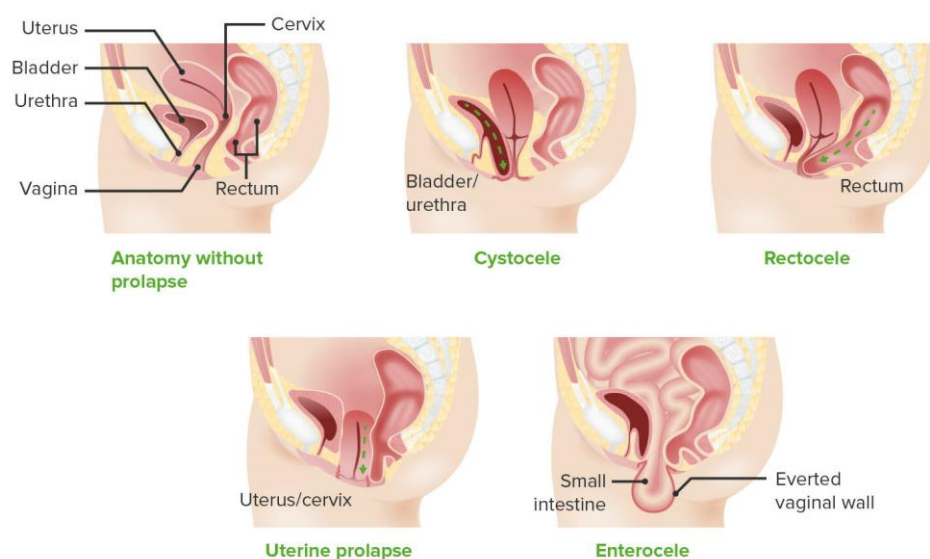


Figura 10. Clasificación de los prolapsos. Obtenida de la web.

Fisiopatología del POP:

La musculatura del SP se enfoca en contrarrestar los vectores de fuerza descendentes de la PIA, trabajando en sinergia con la pared abdominal para desviar estas cargas lejos del hiato genital. El daño de estos músculos en el parto puede comprometer esta estabilidad, facilitando la progresión del POP al permitir que las presiones abdominales actúen

directamente sobre el canal vaginal (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2015). Por otro lado, durante el embarazo, el peso que ejerce el útero grávido (por la gestación del bebé) y el tiempo que transcurre hasta el nacimiento, también debilitan el complejo fibromuscular del SP, generando el POP. Esto explica por qué las mujeres que atraviesan una cesárea también pueden experimentar esta disfunción, aunque con menores riesgos según diversos autores (Walker, 2013).

Diástasis abdominal (DRA):

La DRA consiste en la separación de los músculos rectos del abdomen debido al ensanchamiento de la línea alba, sin que exista un defecto de la fascia abdominal. Se produce principalmente como consecuencia del aumento sostenido de la PIA, por ejemplo durante el embarazo o por cambios en el tejido conectivo asociados a este período (De las Heras Madariaga, 2019).

Esta alteración compromete la integridad mecánica del tronco y la estabilidad lumbopélvica, lo que repercute en la funcionalidad de la pared abdominal, pudiendo alterar la competencia del SP favoreciendo a la aparición de DSP. En cuanto a su epidemiología, se estima que afecta a una elevada proporción de gestantes (entre el 30% y el 100%), persistiendo como una secuela funcional en el 35% a 60% de casos durante el postparto (De las Heras Madariaga, 2019).

Entre las principales repercusiones físicas que produce esta disfunción se describen síntomas urinarios, en especial IU y manifestaciones digestivas y coloproctológicas como estreñimiento, hinchazón, sensación de pesadez y gases (Vicente-Campos et al., 2023).



Figura 11. 1)- *Músculos rectos del abdomen normales en una etapa no gestacional* - 2)- *Diástasis abdominal en la etapa gestacional*. Obtenida de la web.

Dispareunia:

La dispareunia se define como la presencia de dolor persistente o recurrente durante las relaciones sexuales, y constituye una de las disfunciones mas frecuentes en el puerperio. No obstante, no es la única alteración habitual en esta etapa, ya que también pueden presentarse disminución del deseo sexual, dificultades orgásmicas y vaginismo. Durante el periodo postparto, su incidencia es elevada; diversos estudios señalan que entre el 41% y el 67% de las mujeres la presentan en los primeros dos o tres meses tras el parto (Núñez Remiseiro et al., 2020).

La dispareunia postparto se asocia con diversos factores de riesgo. Entre los principales se destacan el tipo de parto (particularmente la cesárea y el parto instrumental) y la episiotomía. Asimismo, otras agresiones en la zona perineal tales como el uso de suturas o los desgarros que comprometen el esfínter anal, actúan como factores determinantes en la aparición del dolor coital postparto

3. Kinesiología de suelo pélvico

3.1 Definición y su rol en obstetricia

La kinesiología pélvica aborda de manera integral la prevención y rehabilitación de las disfunciones abdominales, pélvicas y lumbares en todas las etapas del ciclo vital. El kinesiólogo especializado se enfoca en el abordaje conservador —evitando métodos quirúrgicos o farmacológicos— para tratar afecciones de la vejiga y del SP. Dada su naturaleza no invasiva, esta profesión suele ser el primer contacto en la evaluación de pacientes con fallos funcionales pélvicos. La eficacia de la kinesiología pélvica alcanza niveles de satisfacción notables en la mayoría de los casos y está respaldada por diversas directrices clínicas internacionales al regularse formalmente en Latinoamérica la especialidad “Fisioterapia en la Salud de la Mujer”. Se considera el tratamiento de elección inicial debido a su perfil de seguridad, la ausencia de efectos secundarios, su costo-efectividad y la facilidad de integrarse con otras terapias (Berghmans, 2006).

En el plano obstétrico, esta especialidad trabaja en el proceso del embarazo, el parto y el posparto. Su objetivo es ayudar a la mujer durante toda la etapa de embarazo y favorecer la preparación del SP para el parto, reduciendo el riesgo de daño perineal y la necesidad de una episiotomía, también facilita la recuperación postparto y reduce el dolor muscular y óseo (Benlloch 2023, citado de Córdova Biler, 2025).

Es una rama fundamental la cual desempeña un rol integral en la recuperación femenina, abarcando desde la reeducación respiratoria y abdominal hasta el restablecimiento de las funciones gastrointestinales y circulatorias.

3.2 Intervenciones kinésicas

Walker 2013 señala que:

La efectividad de la kinesiología obstétrica depende, en gran medida, de la creación de un entorno de confianza y una comunicación fluida que respete la singularidad de cada paciente, alejándose de protocolos estandarizados. Es imperativo que la mujer comprenda los objetivos de su derivación y del tratamiento; esta claridad diagnóstica actúa como un motor de motivación y compromiso inicial.

Debido a que la intervención puede involucrar zonas íntimas (vagina y ano), el proceso debe estar respaldado por una resolución exhaustiva de dudas y la firma del consentimiento informado, enfatizando siempre el carácter seguro y conservador de la terapia. No obstante, el factor determinante para evitar el fracaso terapéutico es la participación activa de la paciente, ella debe internalizar que los resultados dependen de su esfuerzo personal y de la práctica constante de lo aprendido fuera de la consulta (Walker, 2013).

El primer paso para una rehabilitación efectiva es la toma de conciencia del SP y de la capacidad de contracción del mismo (actividad que para muchas mujeres no es fácil). Varias investigaciones han reflejado el elevado número de mujeres que no son capaces de contraer su SP con una simple orden, lo que puede ser motivo de desmotivación. Esto nos deja ver la importancia de la orden verbal para facilitar la contracción y favorecer el entendimiento de las pacientes, lo que refleja la necesidad de aplicar directrices simples pero a la vez creativas que permitan percibir esta acción con mayor facilidad. No obstante, existen muchas técnicas que favorecen la percepción de contracción del SP, como accesorios con mecanismo visual, espejos o técnicas aplicadas por el propio kinesiólogo (Walker, 2013).

Dentro de estos abordajes, el EMSP constituye la estrategia terapéutica central y la más ampliamente respaldada por la evidencia científica. Los ejercicios de contracción

voluntaria del SP conocidos como ejercicios de Kegel, se basan en la activación consciente de la musculatura perineal con el objetivo de mejorar la fuerza, resistencia y coordinación. Su implementación requiere un proceso progresivo de aprendizaje motor (Walker, 2013).

Asimismo, diversos autores como Palma (2010), destacan el efecto no sólo terapéutico sino también preventivo del EMSP en distintas etapas del ciclo gravídico puerperal, además de ser la intervención de primera línea para el abordaje de las DSP (Hidalgo Lacalle et al., 2017).

3.3 Importancia de la rehabilitación kinésica en el periodo postparto

El abordaje kinésico directo de la musculatura del SP se orienta principalmente a aumentar la fuerza, mejorar la resistencia y reentrenar la coordinación muscular.

En base a esto, Palma (2010) menciona:

En el periodo postparto, la intervención kinésica temprana puede incluir ejercicios de activación suave de la musculatura del SP y estrategias de gestión de esfuerzos orientadas a favorecer la recuperación funcional. En mujeres con episiotomías o traumatismos perineales estas intervenciones son indispensables.

Posteriormente, durante el puerperio tardío, la rehabilitación se orienta a la recuperación de la funcionalidad perineal y abdominal, así como a la optimización de la dinámica lumbo-pélvica. En este contexto, la adecuada integración del sistema abdomino-pélvico adquiere especial relevancia, debido a la estrecha relación funcional existente entre la cavidad abdominal y el SP. La debilidad o falta de activación de la musculatura abdominal luego del parto puede alterar la gestión de la PIA incrementando la carga sobre el SP y dificultando la recuperación de sus funciones de sostén y continencia. Por este motivo, la valoración y el entrenamiento coordinado de la musculatura abdominal y pelviperineal constituyen elementos fundamentales dentro de la rehabilitación kinésica postparto.

Resulta importante también, destacar que la literatura afirma que un correcto entrenamiento de los músculos del SP supervisado e intensivo demuestra una recuperación de las disfunciones en un 60-70% de los casos (Hidalgo Lacalle et al., 2017), destacando la importancia y necesidad de aplicar estas técnicas en el postparto.

Se ha demostrado que la aplicación sistemática de estas estrategias no solo incrementa la competencia muscular, sino que reduce significativamente las DSP, logrando una mejora sustancial en la calidad de vida y la funcionalidad global de la mujer, tanto en el periodo gestacional como puerperal (Menezes Souza & Pirilo Nicida, 2020).

Hay-Smith y colaboradores realizaron una revisión sistemática que incluyó 15 estudios y un total de 6.181 mujeres, con el objetivo de analizar la eficacia del EMSP durante el embarazo y su impacto en el período postparto. Los resultados mostraron que el EMSP guiado por profesionales redujo de manera significativa la aparición de IU, tanto al final de la gestación como en el postparto. Específicamente, se observó una disminución del 56% al final del embarazo, del 50% en el postparto tardío y del 30% hasta seis meses después del parto. Asimismo, las mujeres que continuaron el entrenamiento en el período postparto presentaron un menor riesgo de desarrollar IU y fecal al año de seguimiento (Palma, 2010).

Sin embargo, a pesar de lo expuesto, sostener las conductas terapéuticas durante esta etapa puede resultar especialmente complejo. El dolor, la frustración frente a la percepción de escasa mejoría y las dificultades para integrar los ejercicios dentro de la nueva rutina y rol maternal, pueden transformarse en barreras relevantes para la continuidad terapéutica, interfiriendo en la mejoría de las disfunciones (Ospina Romero et al., 2012).

En consonancia con lo anterior y como ya se ha mencionado, diversos autores destacan que la efectividad de los tratamientos kinésicos no depende exclusivamente del tipo de ejercicio, sino de la ADH, la cual se vincula a la motivación individual, a los factores

vinculados con el acompañamiento profesional, la comprensión del tratamiento y la percepción de autoeficacia de las pacientes (Navarro Brazález, 2016) Desde esta perspectiva, la educación terapéutica se convierte en una pieza indispensable dentro del abordaje integral, debido a que favorece el aumento de la conciencia corporal al aumentar el conocimiento, y contribuye a integrar las conductas de rehabilitación en las rutinas cotidianas. Además, se ha demostrado que los programas de EMSP supervisados por kinesiólogos presentan mejores resultados en variables como IU, fuerza muscular, resistencia y calidad de vida (Diz-Teixeira et al., 2023).

En síntesis, la evidencia demuestra que la rehabilitación kinésica, sobre todo a través del EMSP es el tratamiento conservador de primera línea para la prevención y rehabilitación de las DSP, caracterizándose también como eficaz, accesible y de bajo costo. Su implementación durante el primer año postparto no solo mejora la calidad de vida y la salud mental de las mujeres, sino que también reduce costos, disminuye la necesidad de intervenciones quirúrgicas futuras y representa una oportunidad clave para la educación en salud del SP (Beamish et al., 2024).

4. Adherencia terapéutica (ADH)

4.1 Definición

La ADH ha sido definida de diversas maneras, siendo una de las más aceptadas la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones consensuadas con un profesional de la salud, incluyendo la toma de

medicación, el seguimiento de pautas dietéticas y la adopción de cambios en el estilo de vida. (Pagés-Puigdemont & Valverde-Merino, 2018, p.252).

El interés en el estudio de la ADH terapéutica se fundamenta, en primer lugar, en que gran parte de las indicaciones no pueden ser supervisadas de manera continua por parte de los kinesiólogos, quedando su cumplimiento bajo la responsabilidad de la paciente. En este sentido, esta variable no constituye un acto puntual, sino un proceso dinámico que implica iniciar, sostener e integrar conductas terapéuticas en la vida cotidiana.

4.2 Relevancia clínica

El estudio de la ADH resulta fundamental debido a su impacto directo en la eficacia de las intervenciones. Su ausencia limita la evaluación real de los tratamientos, lo que puede conducir a la prolongación innecesaria de las terapias, la persistencia de los problemas de salud y el aumento de los costos sanitarios (Navarro Brázalez, 2016). Asimismo, esta problemática adquiere especial relevancia durante el puerperio, ya que puede interferir con la capacidad para priorizar conductas de autocuidado y sostener tratamientos de rehabilitación de manera continua. El dolor, la fatiga, las demandas asociadas al cuidado del recién nacido y las dificultades para reorganizar las rutinas cotidianas pueden constituir barreras significativas para la ADH terapéutica, especialmente en intervenciones que requieren participación activa y sostenida como ocurre con el EMSP.

A pesar de que se conocen los beneficios que el EMSP le otorga a la salud del SP, los niveles de conocimiento y el compromiso con la salud aún son deficientes en esta población. Encuestas recientes evidencian que solo el 22% de las mujeres realizan de forma regular los ejercicios de SP (Vernazza & Hargreaves, 2024), y que muchas veces por los bajos niveles de ADH a estos, los efectos beneficiosos de la rehabilitación no perduran en el tiempo,

disminuyendo su efectividad a largo plazo (Bonete Wiese, 2021), y favoreciendo la cronicidad de las DSP, lo que genera un impacto negativo en la salud.

Por otro lado, se ha demostrado que la continuidad terapéutica también disminuye cuando transcurre un largo periodo sin sesiones de ejercicios supervisadas, lo que compromete la alineación con el entrenamiento domiciliario y favorece la aparición de síntomas o el fracaso terapéutico (Sacomori et al., 2015; Navarro Brazález, 2016). Sin embargo, las dificultades para mantener la rehabilitación pueden presentarse incluso antes de iniciar el tratamiento. Se destaca que el estigma, el desconocimiento, las barreras socioculturales y la baja percepción de gravedad favorecen la normalización de las DSP y retrasan la búsqueda de atención (Vemulapalli et al., 2024; Farihan et al., 2022). En consecuencia, muchas mujeres priorizan las demandas del bebé y postergan sus necesidades de salud, especialmente durante las primeras etapas del postparto. En este contexto, la experiencia subjetiva adquiere un papel central y las pacientes que reconocen sus síntomas como un problema de salud tratable presentan una mayor predisposición a iniciar programas de rehabilitación (Yeşilyurt et al., 2024).

En este contexto, resulta fundamental la intervención temprana del kinesiólogo mediante estrategias de educación, acompañamiento y detección precoz de alteraciones, con el propósito de favorecer conductas de autocuidado en una etapa especialmente sensible (Ospina Romero et al., 2012). Además, diversos autores también destacan que una mayor persistencia con el EMSP se asocia a grandes incrementos en la fuerza muscular estimados en un 70% a 90%, lo cual refleja la importancia de fortalecer esta variable en los procesos terapéuticos (Corona-González et al., 2023).

4.3 Factores influyentes

La literatura actual relacionada con la salud pelviperineal refleja que la ADH terapéutica se encuentra condicionada por múltiples factores interrelacionados. A partir de esto, puede observarse que en la rehabilitación del SP ha sido estudiada desde múltiples perspectivas y mediante diferentes enfoques conceptuales. En consecuencia, la identificación y caracterización de los factores (tanto barreras como facilitadores) que se asocian a este fenómeno e influyen en él, constituye un área de interés dentro de la rehabilitación kinesica.

Entre las principales barreras se describen principalmente factores individuales y contextuales. La cronicidad de la enfermedad y su tratamiento, y la complejidad de las conductas terapéuticas requeridas (ya que se observan menores niveles de cumplimiento cuando los tratamientos demandan cambios complejos y sostenidos en diferentes ámbitos de la vida). La capacidad de priorizar el tratamiento y las conductas de autocuidado dentro de la rutina y rol maternal, debido a las demandas inherentes del periodo postparto, también desempeñan un rol determinante (Navarro Brázalez, 2016). Por otro lado, la falta de educación, la normalización de las disfunciones y el escepticismo en cuanto a los ejercicios se posicionan como obstaculizadores relevantes.

Las habilidades físicas de la usuaria para ejecutar correctamente los ejercicios, así como los procesos cognitivos vinculados a la planificación, la atención y la toma de decisiones también se posicionan como grandes moduladores.

En relación a los facilitadores, se describen a nivel individual variables como la motivación, un adecuado nivel de conocimiento sobre la patología y las opciones de intervención, la autoeficacia percibida y los hábitos previos de actividad física. Por otro lado, en el plano psicosocial se reconocen el apoyo social (principalmente vinculado a las tareas y cuidados del recién nacido), y las condiciones del entorno cotidiano. En relación con el

sistema de salud, la facilidad de acceso, la calidad de la relación profesional-paciente, la satisfacción con la atención recibida y la comunicación efectiva con el equipo sanitario se asocian positivamente con mayores niveles de ADH (Navarro Brazález, 2016).

4.4 Modelos de adherencia

Diversos modelos provenientes de la psicología de la salud permiten comprender esta variable como un comportamiento complejo y dinámico. La teoría social cognitiva destaca el rol de la autoeficacia percibida, entendida como la creencia en la propia capacidad para ejecutar una conducta, la cual puede fortalecerse mediante el feedback y el acompañamiento con el especialista. Por su parte, el modelo de creencias de la salud plantea que la ADH depende de la percepción de vulnerabilidad, la valoración de la gravedad del problema, la motivación e información y la confianza en la eficacia del tratamiento. Asimismo, la teoría del proceso de normalización propone que se debe implementar y normalizar un nuevo comportamiento saludable (como lo es la realización del EMSP) en la rutina de las mujeres, para mantener mejoras y prevenir recaídas.

En conjunto, estos modelos nos dejan ver que la ADH no es un rasgo personal de las pacientes ni un acto único de “cumplir”, si no que es un comportamiento de salud dinámico que se inicia, se sostiene y se integra (o se abandona) según determinantes modificables y particulares de la etapa postparto (Navarro Brázalez, 2016)

4.5 Medición

En el ámbito de la kinesiología, su medición varía de acuerdo al entorno de las intervenciones y las herramientas metodológicas empleadas. Algunos autores (Navarro-Brazález., 2016; Sacomori et al., 2015) la miden con el concepto de “cumplimiento” a corto o largo plazo, utilizando diarios de entrenamiento semanal autocompletados por las pacientes y

registros personales de ejercicios realizados en el domicilio, donde se anotan la frecuencia y la duración de las rutinas. Otros, la definen a través de la asistencia presencial a sesiones programadas, registrándose mediante entrevistas estructuradas o cédulas de entrevistas (Mamani Cruz & Medina García, 2016). Por otro lado, también se utilizan escalas estandarizadas de autoreporte para medir cambios de conducta y cuestionarios específicos descriptivos, donde se verifica si las pacientes buscaban o mantenían un tratamiento estructurado frente a las disfunciones (Reyes-Flores et al., 2016; Da Silva & Baena de Moraes Lopes, 2009).

4.6 Herramientas para mejorar la adherencia

Diversas estrategias han sido implementadas con el objetivo de favorecer la ADH terapéutica, entre las que se incluyen el uso de materiales educativos como folletos o grabaciones de audio, sistemas de recordatorio y el establecimiento de objetivos por sesión, ya sea definidos por el propio usuario o guiados por el kinesiólogo. No obstante, la efectividad de estas herramientas resulta variable, dado que la continuidad terapéutica está influida por la interacción de múltiples factores, lo que dificulta la identificación de un enfoque único capaz de garantizar su cumplimiento (Navarro Brázalez, 2016)

El empoderamiento de las pacientes, el acceso a las sesiones y las estrategias informativas y conductuales que preponderan la educación, información y motivación, son estrategias de gran valor en la optimización de la continuidad del tratamiento (Navarro Brazález, 2016).

A pesar de que estas son algunas de las herramientas identificadas, preponderan muchas más, las cuales se ampliarán y abordarán en profundidad en la sección de resultados.

8. Método

- Enfoque metodológico:

El presente estudio se desarrolló mediante una revisión de alcance (Scoping Review), con el propósito de identificar y mapear los factores que influyen en la adherencia a la rehabilitación kinésica de suelo pélvico en mujeres en periodo postparto. Este enfoque resulta pertinente cuando la evidencia es incipiente, heterogénea o fragmentada, y cuando el objetivo es describir la extensión, características y vacíos del conocimiento más que estimar un efecto único con métodos explícitos y estudios numerosos, como suele suceder en las revisiones sistemáticas (Munn et al., 2018). Asimismo, las Scoping Review permiten recopilar y organizar evidencia reciente y diversa, y reconocer lagunas, oportunidades de investigación e implicaciones para la práctica (Lopez-Cortes et al., 2022).

- Estrategia de búsqueda:

La búsqueda bibliográfica se realizó en fuentes relevantes en ciencias de la salud y rehabilitación, así como en repositorios y plataformas de literatura científica: PubMed, ScienceDirect, Scielo, Cochrane Library y Redalyc. Estas fuentes se seleccionaron por la gran cobertura de literatura biomédica y fisioterapéutica. Los registros recuperados incluyeron fuentes de información primarias, secundarias y terciarias, incluyendo literatura gris (tesis y trabajos finales de grado) cuando cumplían con los criterios de inclusión, con la finalidad de ampliar el repertorio literario.

Para una búsqueda estratégica y específica se incluyeron los siguientes términos MeSH y palabras claves libres combinadas con operadores booleanos (AND, OR, NOT):
 (“Postpartum Period” [Mesh] OR “Puerperium” [Mesh]) AND (“Pelvic Floor Disorders” [Mesh] OR “Pelvic Floor Rehabilitation”) AND (“Physiotherapy”) AND (“Adherence to

treatment” [Mesh] OR “Healthcare Seeking” [Mesh]). Las palabras se adaptaron dependiendo la base de datos consultada para maximizar la sensibilidad de búsqueda y se elaboraron en inglés, español y portugués, considerando que estos idiomas concentran la mayor producción científica sobre el tema. Además, se utilizó deliberadamente el término “fisioterapia” y sus equivalentes en los distintos idiomas, en lugar de usar únicamente la palabra “kinesiología”, con el fin de ampliar el alcance geográfico y conceptual de la búsqueda, ya que la mayoría de los países emplean el término fisioterapia para referirse a la disciplina.

La búsqueda abarcó estudios publicados en los últimos 10 años, con el fin de obtener la mayor evidencia disponible y clínicamente pertinente, debido a los escasos antecedentes actuales respecto del tema de investigación.

- **Criterios de inclusión**

- Estudios que incluyan mujeres en periodo postparto (0 a 12 meses) sin restricción del tipo de paridad.
- Se incorporaron también estudios realizados en mujeres adultas con disfunciones del suelo pélvico cuyos resultados analizaran barreras, facilitadores, creencias o conocimientos relacionados con la adherencia a la rehabilitación kinésica de suelo pélvico, siempre que dichos hallazgos fueran extrapolables a la población postparto
- Estudios centrados en programas kinésicos/fisioterapéuticos de suelo pélvico
- Estudios que evalúen inicio, adherencia, participación o asistencia a programas de rehabilitación kinésica/fisioterapéutica de suelo pélvico y tengan en cuenta factores influyentes
- Publicaciones de los últimos 10 años
- Estudios en idioma español, inglés y portugués

- **Criterios de exclusión:**

- Estudios realizados en poblaciones no pertinentes (hombres o pediátricos)
 - Programas de ejercicio general que no se enfoquen en suelo pélvico ni se relacionen con la kinesiología
 - Publicaciones anteriores al tiempo establecido
 - Artículos sin acceso al texto completo
-
- **Extracción y análisis de datos:** la selección de estudios se llevó a cabo bajo las directrices metodológicas de la declaración PRISMA-ScR, cuyo proceso atraviesa etapas como la identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los registros, mediante un diagrama de flujo. Una vez finalizadas las etapas de revisión y selección, se realizó la extracción de datos de los artículos incluidos en la revisión. Este proceso se llevó a cabo mediante la herramienta Microsoft Excel, la cual permitió extraer los datos hacia una planilla. La información recolectada de cada artículo incluyó de manera estructurada: autor, título del artículo, año de publicación, fuente, características metodológicas como diseño y población, y hallazgos clave específicos sobre los factores influyentes en la ADH a la rehabilitación postparto (barreras y facilitadores).

9. Resultados

Identificación de estudios

La estrategia de búsqueda utilizada se llevó a cabo bajo las directrices metodológicas de la declaración PRISMA-ScR, cuyo proceso atraviesa etapas como la identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los registros, mediante un diagrama de flujo (Figura 12). Principalmente se encontraron 111 artículos, de los cuales se eliminaron 11 duplicados y se analizaron 100 artículos por título y resumen. Luego, se excluyeron 78 por no cumplir los criterios de inclusión establecidos, quedando un total de 22 artículos para analizar por texto completo. Finalmente, se excluyeron 14 artículos por no evaluar de forma específica la adherencia a la rehabilitación de suelo pélvico, quedando un total de 8 registros incluidos para la revisión.

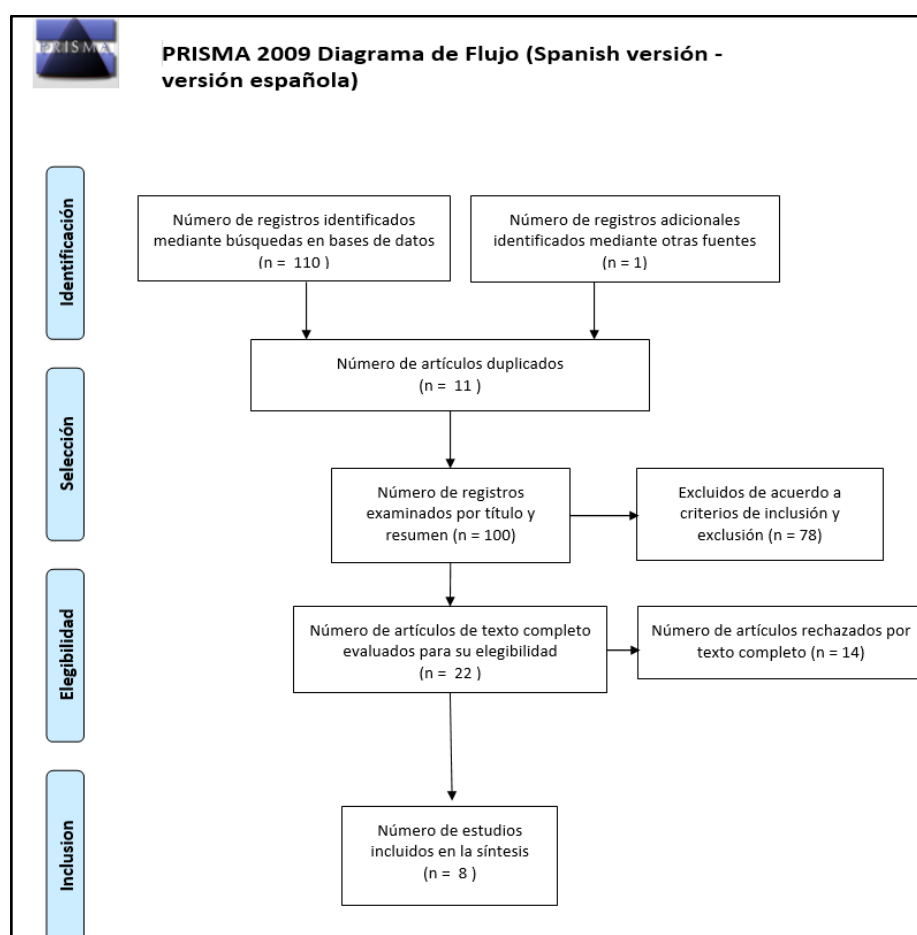


Figura 12. Diagrama de flujo PRISMA para la sistematización de los artículos - Elaboración propia

Los estudios analizados se detallan en la tabla 1, que representa la sistematización cualitativa de las investigaciones incluidas.

Tabla 1. Síntesis cualitativa de los estudios incluidos

Autor/año	País	Diseño	Población	Factores de adh identificados	Categoría temática	Hallazgos principales
Gilliard et al. (2010)	Reino Unido	Transversal retrospectivo	10 mujeres postparto con parto vaginal y desgarro perineal	Falta de conocimiento y autoeficacia, y miedo a la persistencia de síntomas	Factores individuales	La experiencia previa de síntomas y la percepción de riesgo a futuro aumentan la motivación para realizar los ejercicios, mientras que la falta de conocimiento, la confianza y la carga por el rol maternal, actúan como barreras.
				Demandas propias del postparto (fatiga y sueño), olvidos por falta de recordatorios.	Factores contextuales	
Kinouchi et al. (2018)	Japón	Casos y controles	261 mujeres postparto que posean teléfonos inteligentes	Altos costes, incapacidad de acceso y tiempo limitado por el cuidado del recién nacido	Factores contextuales	La incapacidad de acceso al sistema sanitario por el factor económico y las exigencias de cuidado en el postparto actuaron como barreras, mientras que el uso de recordatorios mediante teléfonos inteligentes incrementó significativamente la adherencia al EMSP domiciliario y redujo la prevalencia de IU postparto
				Recordatorios digitales y seguimiento continuo	Factores tecnológicos	
Grant et al. (2020)	Escocia	Cualitativo exploratorio	Mujeres primíparas postparto que hayan dado a luz en los últimos 5 años	Flexibilidad del programa, apoyo y validación profesional	Factores contextuales	La adh mejora cuando las intervenciones se adaptan a la realidad del postparto, reconociendo los desafíos de la maternidad, además de ofrecer un enfoque empático alejándose de directrices rígidas. El apoyo profesional y las herramientas digitales se consideran complementos indispensables.
				Uso de recordatorios mediante APPS móviles	Factores tecnológicos	
Goodridge et al. (2021)	EEUU	Estudio transversal	Más de 3700 mujeres que completaron encuestas	Conocimiento sobre las DSP, alfabetización en salud, olvido y	Factores individuales	La educación sanitaria que proporcione un mayor nivel de conocimiento sobre las DSP y promueva las conductas de

			acerca de la salud de la vejiga y el conocimiento sobre POP e IU	mayor presencia de síntomas		autocuidado, se asocia significativamente con una mayor participación en los programas de rehabilitación
Navarro - Brazález et al. (2021)	España	Estudio descriptivo cualitativo	Mujeres que completaron un tratamiento previo de fisioterapia y se encontraban en el periodo de seguimiento	Percepción de autocontrol sobre la propia salud, autoeficacia, capacidad de integrar los ejercicios a la rutina diaria y ausencia de síntomas	Factores individuales	La adh sostenida depende de la autogestión, la confianza adquirida durante el tratamiento, el acompañamiento profesional individualizado y la educación conductual orientada a cambios de comportamiento, que permitan convertir a los ejercicios en parte de la rutina cotidiana
				Falta de tiempo por exigencias familiares y el apoyo terapéutico con respecto a los cambios conductuales	Factores sanitarios	
Sawettikamporn et al. (2022)	Tailandia	Estudio cualitativo descriptivo	7 mujeres con IU de esfuerzo	Autodisciplina, ausencia de conocimientos claros, confianza en la ejecución de los ejercicios, escepticismo sobre la eficacia, percepción de mejoría, mayor gravedad de síntomas y miedo a requerir cirugía	Factores individuales	La percepción de mejoría de los síntomas, las expectativas de beneficio, el miedo a atravesar una cirugía y la realización de los ejercicios de forma grupal, así como el apoyo mutuo y la conexión con otras mujeres actúan como facilitadores para la adh, mientras que la falta de confianza y el escepticismo constituyen barreras relevantes
				Enfoques grupales de ejercicio para disminuir el aburrimiento y mejorar la motivación	Factores contextuales	
Chen et al. (2023)	China	Ensayo controlado aleatorizado pragmático	Mujeres embarazadas con seguimiento hasta las 6 semanas postparto	Autoeficacia y conocimientos sobre SP	Factores individuales	Las herramientas digitales estructuradas favorecen la adh al educar continuamente, realizar un feedback continuo y reforzar cambios conductuales, lo que facilita el compromiso terapéutico en la transición embarazo-postparto. En contraste, el propio postparto y la falta de acceso al sistema sanitario constituyen grandes barreras.
				Las exigencias propias del embarazo y postparto, recursos terapéuticos limitados	Factores contextuales	
				Monitoreo digital	Factores tecnológicos	

Li et al. (2025)	China	Estudio descriptivo cualitativo	Mujeres con IU postparto de 6 meses	Deseo de recuperación y preparación física, necesidad de reducir el impacto de los síntomas en la calidad de vida y alfabetización en salud.	Factores individuales	La sobrecarga asociada al cuidado del recién nacido, la falta de apoyo social y las limitaciones económicas, así como la falta de conocimiento, dificultan la continuidad en la rehabilitación. El deseo de recuperación física para futuros embarazos y la disminución del impacto negativo de los síntomas, actúan como facilitadores.
				Apoyo social, disponibilidad de recursos y exigencias maternas	Factores contextuales	

Nota. Elaboración propia

- Gillard & Shamley (2010), llevaron a cabo un estudio cualitativo que exploró las experiencias de 10 mujeres en el Reino Unido que sufrieron desgarros perineales (de segundo a cuarto grado) durante el parto, utilizando el Modelo de Creencias en Salud (Health Belief Model - HBM) para identificar qué influye en su decisión de realizar EMSP. La investigación identificó siete temas centrales que determinan la motivación y la adherencia. Los autores destacan que la experiencia previa de síntomas como IU o IF y el temor a su persistencia actuaban como importantes motivadores para iniciar o mantener los ejercicios. Asimismo, la falta de conocimiento sobre las consecuencias del desgarro, la escasa confianza en la ejecución de los ejercicios y las dificultades para recordar la rutina constituían barreras para la adherencia terapéutica. Entre los factores facilitadores también se destacaron la utilización de recordatorios móviles asociados a actividades cotidianas, relacionadas con los cuidados del recién nacido, lo cual lograba que las madres pudieran integrar los ejercicios a sus rutinas diarias con mayor facilidad.

-Kinouchi & Ohashi (2018) a través de un estudio de control histórico con análisis de emparejamiento por puntuación de propensión, compararon a un grupo de intervención (49 mujeres que dieron a luz en 2014) con un grupo de control histórico (212 mujeres que dieron

a luz entre 2011 y 2012). Ambos grupos recibieron el cuidado estándar: instrucción verbal y un folleto educativo sobre el EMSP, además el grupo de intervención también incorporó un sistema de recordatorios diarios mediante teléfonos inteligentes. Este último mostró un incremento drástico de la ADH al EMSP autónomo en el hogar, a diferencia del grupo control (69% frente a un 31%), logrando una mayor frecuencia semanal y constancia en las rutinas. Los autores señalaron que el seguimiento digital y los mecanismos de autorregistro favorecieron la ADH al tratamiento domiciliario.

- Grant & Currie (2020) a través de un estudio cualitativo, exploró la aceptabilidad de una intervención de EMSP en mujeres primíparas durante el período postparto temprano. Las participantes describieron que el “shock” del postparto caracterizado por el agotamiento físico, la falta de sueño y la priorización de las necesidades del bebé constituían las principales barreras para la realización de los ejercicios. No obstante, se indicó que la ADH mejoraba cuando las intervenciones eran flexibles, podían integrarse a las rutinas y contaban con apoyo profesional, lo cual se alejaba de las típicas directrices rígidas y estrictas. Asimismo, destacaron el potencial de las aplicaciones móviles y los sistemas de recordatorio para potenciar la continuidad terapéutica.

- Goodridge et al. (2021) realizó un estudio transversal donde se analizó la relación entre el nivel de conocimiento sobre las DSP y la frecuencia de participación en el EMSP en una muestra de más de 3700 mujeres. Los hallazgos principales demostraron que si bien la mayoría de las mujeres estaban familiarizadas con los ejercicios (92,5%), solo una pequeña proporción de ellas los realizaba (42,6%), principalmente las que presentaban POP sintomático. Las participantes con mayor nivel de conocimiento (evaluado mediante el cuestionario PIK-Q), tenían mayor probabilidad de realizar EMSP de manera regular. Por

ende, este estudio subraya que una de las principales barreras para la adherencia a la rehabilitación de SP fue la falta de información y el desconocimiento.

- Navarro-Brazález et al. (2021) desarrollaron un estudio cualitativo en el que analizaron las experiencias de mujeres que anteriormente habían completado un tratamiento de fisioterapia, para comprender los factores que facilitan o dificultan la adherencia a largo plazo en el hogar. Los resultados revelaron que el 71,9% de las participantes que realizó EMSP + educación continuaron realizando los ejercicios semanalmente en casa. Esto deja ver que la percepción de autocontrol, la confianza técnica adquirida durante las sesiones previas y la integración de los ejercicios en las actividades cotidianas favorecían la continuidad del tratamiento. Por el contrario, la falta de tiempo, el olvido y la desaparición de los síntomas (al dejar de percibir las disfunciones como una necesidad inmediata) fueron identificados como factores que contribuyeron al abandono de la práctica.

- Sawettikamporn et al. (2022) llevaron a cabo un estudio cualitativo mediante entrevistas estructuradas, cuyo objetivo fue explorar las actitudes y barreras relacionadas con el EMSP en mujeres con IUE, para comprender por qué disminuía la adherencia a esta intervención. Los autores concluyeron que la percepción de mejoría clínica, las expectativas positivas respecto al tratamiento, la gravedad de los síntomas y el miedo a necesitar cirugía actuaron como factores facilitadores, así como también los enfoques grupales y la ejecución de los ejercicios con otras mujeres como alternativa al tratamiento individual, lo cual disminuye el olvido y mejora la autodeterminación. En contraste, la falta de autodisciplina, el desconocimiento sobre la correcta ejecución de los ejercicios y el escepticismo respecto a su efectividad actuaron como barreras para la continuidad de la rehabilitación.

- Chen et al. (2023) a través de un ensayo clínico aleatorizado pragmático evaluaron una intervención de autogestión para el tratamiento de la IU basada en una aplicación móvil.

Esta última estaba destinada a mujeres embarazadas con seguimiento durante el periodo postparto, cuya finalidad era evaluar las variables conductuales vinculadas al EMSP. Los resultados plantean que la educación continua, los recordatorios automatizados, el monitoreo digital y la retroalimentación permanente favorecieron la participación sostenida en la rehabilitación. Asimismo, el uso de esta aplicación contribuyó al fortalecimiento de la autoeficacia y de las conductas de autocuidado, mejorando la ADH. En contraste, la esfera sociodemográfica actúa como una barrera para la ADH, al no contar con un correcto seguimiento profesional debido a la escasez de recursos terapéuticos, por un contexto de dificultad económica.

- Li et al. (2025) llevaron a cabo un estudio descriptivo cualitativo en el que analizaron las motivaciones y los desafíos asociados a la rehabilitación del suelo pélvico en mujeres con IU durante el periodo postparto. Los hallazgos indicaron que el deseo de recuperación física, la planificación de futuros embarazos y la necesidad de reducir el impacto de los síntomas en la vida cotidiana constituyen importantes motivadores para iniciar los tratamientos. Sin embargo, las responsabilidades vinculadas al cuidado del recién nacido, la falta de apoyo social, las limitaciones económicas y las dificultades para autogestionar los ejercicios se identificaron como obstáculos relevantes para la adherencia.

10. Discusión

El análisis de los estudios permitió identificar que la ADH a la rehabilitación de SP en el periodo postparto es predominantemente baja. Este fenómeno está condicionado por una interacción dinámica entre barreras y facilitadores, los cuales se clasifican en cuatro dimensiones críticas: factores individuales, contextuales, del sistema de salud y tecnológicos (Tabla 2). El impacto de estos determinantes se agudiza de manera notable durante el puerperio, ya que es una etapa de mayor vulnerabilidad biológica y psicosocial para la mujer.

Tabla 2. Síntesis de los factores influyentes categorizados

Categoría de Factor	Barreras identificadas	Facilitadores Clínicos - Estrategias
Individuales	•Desaparición de síntomas (abandono) •Brecha entre conocimiento y práctica real •Escepticismo ante la efectividad de los tratamientos	•Autoeficacia percibida y autocontrol •Destreza técnica de los ejercicios •Educación profiláctica prenatal
Contextuales	• Agotamiento físico y falta de sueño. • Sobrecarga por cuidado del bebé. • Limitaciones socioeconómicas.	•Teoría del proceso de normalización (asociar EMSP a lactancia/arrullo). •Grupo de apoyo entre pares
Sanitarios	• Falta de derivación oportuna • Desestimación del síntoma por profesionales. • Ausencia de sesiones supervisadas.	• Programas guiados por kinesiólogos. • Comunicación efectiva y validación clínica. • Acompañamiento continuo.

Tecnológicos	• Métodos tradicionales rígidos (folletos) • Olvido involuntario de las pautas escritas.	• Aplicaciones con retroalimentación profesional. • Recordatorios diarios inteligentes. • Monitoreo digital personalizado.
--------------	---	--

Nota. Elaboración propia

El cruce de información entre los artículos permitió caracterizar de manera rigurosa estos factores, que actúan como condicionantes de la ADH. En consonancia con lo descrito por Navarro Brazález et al. (2016), la ADH no es un rasgo estático o propio de las pacientes, sino que se entiende como un comportamiento de salud dinámico y multifactorial que depende de la interacción entre características personales, condiciones del entorno y aspectos vinculados al tratamiento y a los servicios de salud.

En relación a los factores individuales, la ADH se encuentra sujeta al nivel del conocimiento, la motivación y la autoeficacia percibida de la paciente. Sin embargo, al contrastar esto con los resultados empíricos se evidencia una brecha entre el conocimiento conceptual y las conductas reales. Goodridge et al. (2021) en su estudio, expone este quiebre de forma clara: un mayor porcentaje de mujeres conoce el entrenamiento muscular del suelo pélvico (EMSP), pero solo una minoría los realiza de forma regular. Esta contradicción puede explicarse al entrelazarla con el *Modelo de Creencias en Salud* descrito por Navarro Brazález et al. (2016), el cual menciona que las mujeres inician y mantienen los ejercicios principalmente cuando experimentan síntomas clínicos evidentes, o por el miedo explícito a la persistencia o empeoramiento, lo que refleja que depender exclusivamente del síntoma como motor conductual ante la falta de educación profiláctica representa un grave peligro clínico, idea que se respalda con los hallazgos de Gilliard et al. (2010) y Sawettikamporn et al. (2022).

Sin embargo, los resultados cualitativos de Navarro Brazález et al. (2016) encienden una alarma, ya que explica que cuando desaparecen los síntomas (y se dejan de percibir como

una necesidad inmediata de resolver) se produce una de las principales causas de abandono y fracaso terapéutico. Por ende, y en consonancia con la *Teoría Social Cognitiva* también planteada por la autora anterior, el verdadero facilitador conductual no es el síntoma en sí, sino el desarrollo de la autoeficacia percibida y el autocontrol. Cuando la mujer adquiere confianza técnica y destreza en la ejecución de los ejercicios, es capaz de sostener la rehabilitación de manera preventiva, superando la barrera del escepticismo respecto a la efectividad de los ejercicios, descrita por Sawettikamporn et al. (2022).

Respecto a los factores sociales y contextuales, sostener conductas de rehabilitación prolongadas en el puerperio es sumamente complejo debido a que las demandas del recién nacido y los cambios emocionales interfieren con la capacidad de priorizar el autocuidado (Ospina Romero et al., 2012). Al contrastar esto con los resultados, se comprueba que el “shock del postparto” constituye la barrera psicosocial y contextual más limitante para las puérperas.

Los hallazgos de Grant et al. (2020) y Li et al. (2025) describen de forma explícita que el agotamiento físico, la falta de sueño, la escasez de apoyo social y la priorización absoluta de las necesidades del bebé desplazan por completo el tiempo dedicado a la rehabilitación. Esta realidad empírica se complementa con lo descrito por Navarro Brazález (2016) quien explica que cuando las conductas terapéuticas demandan cambios estrictos o rígidos en un entorno ya saturado, la ADH disminuye drásticamente. Frente a esta barrera surge un facilitador conductual clave extraído del cruce de información: la integración contextual sustentada bajo la *Teoría del Proceso de Normalización* (Navarro Brazález, 2016). Los resultados coinciden en señalar que la ADH mejora sustancialmente cuando se abandona la rigidez clínica y se enseña a las madres a asociar de forma refleja los ejercicios con las actividades cotidianas inevitables del cuidado del recién nacido (como la lactancia o el arrullo). Las barreras de “falta de tiempo” y “olvido” se neutralizan al normalizar el EMSP dentro de la nueva rutina y

rol maternal (Gillard & Shamley, 2010; Grant & Currie, 2020; Navarro Brazález et al, 2021). Las limitaciones socioeconómicas también actúan como una gran barrera macro estructural. Da Silva & Baena de Moraes Lopes (2009) señalan teóricamente que muchas mujeres no buscan ayuda por barreras geográficas, lo que se convalida empíricamente con lo mencionado por Chen et al. (2023) y Li et al. (2025) quienes identificaron que los factores sociodemográficos desfavorables y la escasez de recursos económicos truncan el seguimiento profesional continuo.

En relación a los factores vinculados al sistema sanitario (Hidalgo Lacalle et al., 2017) subraya de manera categórica que los programas de EMSP supervisados e intensivos guiados por kinesiólogos demuestran una efectividad de recuperación del 60-70% y superan ampliamente a los programas sin seguimiento (Diz-Teixeira et al., 2023). Asimismo, se establece de forma teórica que la ADH cae notablemente cuando transcurren largos periodos sin sesiones supervisadas (Sacomori et al., 2015). También se señala que muchas mujeres no buscan ayuda por desestimación profesional, lo que destaca la importancia del acompañamiento, la comunicación efectiva y la educación, así como la validación profesional de las dificultades que enfrentan las pacientes en el periodo postparto, con la finalidad de reforzar la ADH terapéutica (Da Silva & Baena de Moraes Lopes, 2009).

Finalmente, los factores tecnológicos adquirieron una importancia significativa en varios de los estudios incluidos. Las aplicaciones móviles, los sistemas de recordatorio, el monitoreo digital y las herramientas de seguimiento favorecieron la realización regular de los ejercicios y contribuyeron al fortalecimiento de la autoeficacia y de la autogestión del tratamiento, posicionándose como importantes factores facilitadores.

Respondiendo al objetivo específico número 2, el análisis de la literatura permitió describir las principales DSP en el postparto y descifrar su vínculo directo con la ADH

terapéutica. Como establece Walker (2013), el paso de la cabeza fetal por el canal vaginal genera distensión y posibles rupturas músculo-aponeuróticas que lesionan el SP en más del 80% de los partos. Sin embargo, la forma en que estas lesiones se manifiestan clínicamente determina la respuesta conductual de la mujer ante el EMSP. Al contrastar las características fisiopatológicas de cada disfunción con los hallazgos de los artículos, se evidencia que la naturaleza, la visibilidad y el impacto de los síntomas actúan como poderosos moduladores (barreras o facilitadores) para la ADH.

La IU se posiciona como la DSP más frecuente y prevalente del periodo postparto, afectando entre el 6% al 31% de las puérperas, según lo descrito por García López (2020). Esta patología trasciende el plano físico para convertirse en un problema higiénico y social que deteriora profundamente la calidad de vida y genera sentimientos de vergüenza o ansiedad. Esta idea se complementa con lo descrito por Huang y Chang, 2021 (citado en Laso Álvarez, 2022), quienes afirman que según datos estadísticos del año 2018 se contabilizaron 423 millones de mujeres diagnosticadas con esta afección, lo que denota su naturaleza silenciosa pero con un gran impacto físico y psicosocial.

Al contrastar esto con los resultados, se evidencia un doble vínculo con la ADH. Por un lado, la naturaleza vergonzante de las pérdidas de orina provoca el silenciamiento del problema; muchas mujeres normalizan los escapes como una consecuencia “esperable” del parto, lo que retrasa la búsqueda inicial de ayuda profesional y explica las altas tasas de subreporte mencionadas en la literatura. Sin embargo, cuando la disfunción se hace presente y altera significativamente la cotidianidad, se convierte en el principal facilitador para la ADH.

Los hallazgos de Gillard et al. (2010), Sawettikamporn et al. (2022) y Li et al. (2025), confirman empíricamente que la experiencia previa de síntomas de IU, IF o POP, combinada con el miedo a su persistencia o a la necesidad de una cirugía futura, actúa como un facilitador muy potente para iniciar y mantener el EMSP. Estos resultados son consistentes

nuevamente con el *Modelo de Creencias de Salud*, ya que la pérdida involuntaria de orina eleva bruscamente la “percepción de gravedad y vulnerabilidad” de la paciente, impulsando a cumplir el tratamiento para recuperar su autonomía. Yeşilyurt et al. (2024) apoya esta idea al destacar que quienes reconocen sus síntomas como un problema de salud tratable presentan mayor predisposición a iniciar programas de rehabilitación.

Finalmente, respondiendo al objetivo número 3, se sintetizan las estrategias orientadas a mejorar la ADH. La urgencia de diseñar estrategias efectivas se vuelve evidente al observar una brecha estadística que refleja que solo un alarmante 22% de las mujeres postparto realiza los ejercicios de forma regular en este periodo (Vernazza & Hargreaves, 2024), mientras que según Corona-González et al. (2023), un apego óptimo al tratamiento se asocia con grandes incrementos en la fuerza muscular que van del 70% al 90%.

A la luz de los resultados obtenidos, la primera gran estrategia gira en torno a la innovación y el seguimiento digital como respuesta a las fallas del cuidado tradicional (folletos e instrucciones verbales). Al contrastar esto con los hallazgos de Kinouchi et al. (2018), se demuestra empíricamente que incorporar recordatorios diarios en teléfonos inteligentes genera un incremento drástico en la ADH al EMSP en el hogar (69% frente a 31% en el grupo control). Del mismo modo, Chen et al. (2023) también respalda esta idea al comprobar que las aplicaciones móviles basadas en autogestión, monitoreo digital y retroalimentación por parte de los profesionales, actúan de manera directa sobre los procesos cognitivos vinculados a la planificación y atención descritos por Navarro Brazález et al. (2016). Estas tecnologías actúan mitigando barreras universales como el olvido y la falta de tiempo, factores identificados en los estudios cualitativos de Navarro Brazález et al. (2021) y Gillard et al. (2010), ya que al automatizar alertas y facilitar diarios de entrenamiento digitales (mecanismos de medición validados por Sacomori et al., 2015), las intervenciones futuras adquieren el potencial de

reestructurar los “disparadores conductuales” de las puérperas, insertando las rutinas terapéuticas en sus dispositivos de uso diario.

Otro de los hallazgos más consistentes identificados fue la influencia del nivel de educación e información. Como se mencionó anteriormente, los estudios coinciden en señalar que el desconocimiento sobre las DSP, sus posibles consecuencias y los beneficios de la rehabilitación constituyen una de las principales barreras para la participación sostenida en los programas terapéuticos

Es por esto, que para derribar esta barrera la literatura propone de forma unánime que el empoderamiento de las pacientes y la educación continua son las herramientas indispensables para optimizar la ADH (Navarro Brazález, 2016). Este enfoque se contrasta positivamente por Chen et al. (2023) y Li et al. (2025) quienes demuestran que la provisión de educación continua mediante plataformas de autogestión y aplicaciones móviles fortalece las conductas de autocuidado y la autoeficacia. Al dotar a la mujer de un rol activo y de conocimientos sobre su propia salud pélvica, se neutraliza el “silenciamiento” y la normalización de las DSP señaladas por Da Silva & Baena de Moraes Lopes (2009).

Finalmente, la tercera estrategia radica en la adaptación al contexto sociocultural. La literatura propone alejar las intervenciones de las directrices rígidas actualmente conocidas y preponderar los programas que se vinculen directamente a las actividades cotidianas e inevitables del cuidado del recién nacido (Gillard & Shamley, 2010; Grant & Currie, 2020). Además, la innovación utilizando enfoques grupales o entre pares aumentan la autodeterminación y disminuyen los olvidos (Sawettikamporn et al., 2022). Es por esto que el soporte flexible (digital o grupal) adaptado al complejo entorno socio-personal del puerperio se convierte en una de las herramientas con mayor relevancia para el aumento de la ADH en esta etapa.

11. Conclusiones

El presente scoping review aporta evidencia de que la ADH al EMSP en mujeres en periodo postparto es baja, y que la misma está influenciada por múltiples factores interrelacionados de distinta índole (individuales, contextuales, asociados al sistema de salud y tecnológicos), los cuales pueden actuar como barreras o facilitadores. En base al análisis de la literatura, las principales barreras identificadas relacionadas a los factores individuales son la falta de conocimiento a causa de la poca educación que se les brinda a estas pacientes por parte de los sanitarios de primera línea con respecto al SP, sus disfunciones y las consecuencias que estas acarrearán, lo que propicia las bajas tasas de ADH. Asimismo, la desconfianza sobre la correcta ejecución de los ejercicios, la falta de autoeficacia y el escepticismo sobre la efectividad de la RKSP también actúan como potentes obstaculizadores. En base a los factores contextuales, las demandas propias del puerperio que incluyen el cansancio extremo, la falta de tiempo y la priorización absoluta del recién nacido constituyen las barreras más críticas, así como la dificultad de integrar los ejercicios en la rutina diaria, la vergüenza y el estigma. Del mismo modo, aspectos relacionados con el acceso a los servicios de salud, el seguimiento profesional y la relación kinesiólogo-paciente también demostraron ejercer una influencia relevante.

En relación al plano de las estrategias propuestas por la literatura para promover la ADH, se destacan las intervenciones educativas para dotar a las pacientes de herramientas que propicien el conocimiento de su propio cuerpo y aumenten la búsqueda de atención clínica (profiláctica). Otras estrategias fundamentales son el acompañamiento profesional y el feedback continuo, con el fin de supervisar los ejercicios y principalmente de poder reemplazar al cuidado estándar tradicional, el cual tiene una efectividad limitada a largo plazo. Es por esto que priorizar las herramientas de salud digital que posean sistemas de recordatorios automatizados para mitigar el olvido y realicen una retroalimentación permanente con las parturientas se convierte en el principal factor facilitador, ya que estas

tecnologías complementan las técnicas y la supervisión del kinesiólogo, y se adaptan al contexto actual de la mayoría de las pacientes; la digitalización. Por ende, apoyarse de estas nuevas estrategias tecnológicas para potenciar los abordajes clínicos y optimizar las herramientas de rehabilitación (en este caso, el EMSP postparto) ayudan a fortalecer la autoeficacia percibida y los procesos cognitivos-conductuales de las pacientes, lo cual lo convierte en un factor indispensable que facilita y maximiza la continuidad terapéutica.

12. Limitaciones del estudio

Esta revisión de alcance presenta ciertas limitaciones importantes de reconocer. En primer lugar se debe destacar una limitación inherente al tipo de diseño elegido que es la falta de evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos, así como el riesgo de sesgos, por lo que no es posible determinar la calidad de la evidencia que respalda las conclusiones del presente trabajo. Es por esto que se recomienda que futuras investigaciones propicien la calidad metodológica mediante estudios primarios de mayor rigor científico para evaluar con mayor precisión la temática planteada.

Por otro lado, debido a la limitada disponibilidad de investigaciones específicas sobre mujeres en periodo postparto, fue necesario incorporar estudios realizados en mujeres con disfunciones del suelo pélvico cuyos hallazgos resultaban extrapolables a esta población. Si bien esta decisión permitió ampliar la evidencia disponible, puede introducir diferencias relacionadas con las características clínicas de las pacientes.

Finalmente, resulta importante destacar la diferencia entre los estudios. La heterogeneidad de los diseños metodológicos, las poblaciones estudiadas y las formas de evaluar la adherencia dificultó la comparación directa entre los artículos incluidos y la integración uniforme de los resultados.

13. Aportes y contribuciones

La presente investigación realiza un aporte indispensable al campo de la kinesiología pelviperineal y obstétrica al profundizar en una variable escasamente estudiada en mujeres durante el periodo postparto: la adherencia a la rehabilitación kinésica del suelo pélvico. En este sentido, los hallazgos obtenidos permiten ampliar el conocimiento disponible acerca de cuáles son los factores que condicionan la continuidad terapéutica, proporcionando evidencia útil para el desarrollo de abordajes terapéuticos más eficaces, centrados en las necesidades y características de esta población.

Asimismo, se pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las intervenciones educativas dirigidas tanto a mujeres como a los profesionales sanitarios. Incrementar el conocimiento sobre las principales disfunciones pélvicas, sus factores de riesgo y los beneficios que aporta la rehabilitación kinésica puede favorecer una mayor autopercepción de la salud pelviperineal, aumentar la percepción de vulnerabilidad frente a estas disfunciones y promover una búsqueda más oportuna de atención especializada.

Por otra parte, se vuelve importante destacar el rol efectivo de las herramientas digitales, los sistemas de seguimiento y recordatorio, los abordajes grupales, la flexibilización de las intervenciones y la incorporación de programas educativos desde etapas tempranas del embarazo y puerperio, como herramientas indispensables para promover la ADH.

Tener en consideración los factores influyentes y poder integrarlos con las estrategias facilitadoras dentro de la práctica kinésica, permitiría desarrollar modelos de atención más accesibles, humanizados y acordes con las demandas propias del periodo postparto.

14. Líneas de investigación futuras

A partir de las limitaciones identificadas, se considera necesario que futuras investigaciones se centren específicamente en estudiar el periodo postparto en lugar de solo limitarse a poblaciones generales con DSP. Considerando que el puerperio constituye una etapa caracterizada por importantes cambios, resulta de interés determinar en qué medida estas particularidades influyen sobre la ADH a los programas de rehabilitación kinésica y si modifican los factores que la condicionan respecto de otras poblaciones femeninas.

Por otro lado, se evidencia la necesidad de desarrollar e implementar protocolos educativos dirigidos a mujeres embarazadas y puérperas, que puedan ser aplicados de manera uniforme por los distintos profesionales sanitarios de mayor contacto con esta población, como ginecólogos, obstetras o kinesiólogos especializados en SP. La incorporación de estrategias de educación desde etapas tempranas del embarazo permitiría incrementar el conocimiento sobre la anatomía y función del SP, favorecer una mayor percepción de riesgo asociado a las DSP y promover conductas de autocuidado orientadas a la prevención, lo que disminuiría la normalización de las disfunciones potenciando la búsqueda de atención sanitaria, respetando los tiempos de curación propios del puerperio y aumentando las tasas ADH a la rehabilitación.

15. Referencias

- Alemañ Ñíguez, M. (2025). *Efectos de la fisioterapia de suelo pélvico en mujeres embarazadas y su implantación en centros hospitalarios. Revisión bibliográfica*. [Trabajo Final de Grado - Universidad Miguel Hernández de Elche.].
<https://dspace.umh.es/bitstream/11000/37432/1/TFG%20ALEMA%C3%91%20%C3%91%C3%8DGUEZ%2C%20MAR%C3%8DA.pdf>
- Baldini Prudencio, C., De Aquino Nava, G. T., De Souza, B. R., Meldonago Carr, A., Escandiusi Avramidis, R., & Pascón Barbosa, Á. M. (2022, Septiembre 16). Knowledge of pelvic floor disorders in young women: a cross-sectional study. *Fisioterapia em Movimento*, 35, 6. <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/28877/25655>
- Beamish, N. F., Devenport, M. H., Usman Ali, M., Gervais, M. J., Sjwed, T. N., Bains, G., Sivak, A., Deering, R. E., & Ruchart, S. M. (2024, Diciembre 18). Impact of postpartum exercise on pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 59, 14.
<https://bjsm.bmj.com/content/bjsports/59/8/562.full.pdf>
- Berghmans, B. (2006, Febrero). El papel del fisioterapeuta pélvico. *Actas Urológicas Españolas*, 30. <https://scielo.isciii.es/pdf/aue/v30n2/v30n2a02.pdf>
- Bernier, A., & Fenech, E. (2024). *Relación entre el ejercicio terapéutico y la fisioterapia del suelo pélvico con la depresión en el periodo posparto*. [Trabajo de fin de grado - Universidad Europea de Valencia]. Repositorio Institucional.
https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9363/TFG_Elisa%20Fenech_Aurore%20Bernier.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bonete Wiese, C. (2021). *EFFECTIVIDAD DEL ENTRENAMIENTO MUSCULAR DEL SUELO PÉLVICO DURANTE EL POSTPARTO PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA* [Trabajo de fin de grado -

Universidad de Salamanca].

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/147061/TFG_BoneteWieseC_EntrenamientoMuscular.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bravo Shuira, J. A. (2024, 5 9). *PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LA GESTACIÓN* [Trabajo de Fin de Grado - Clases de Residentes UGC - Ginecología y Obstetricia].

Buil Mur, M. I., Cuarteto Usan, M. P., Ferrando, A. C., Nager Obón, V., Lacuey Barrachina, E., & Blasco Pérez, N. (2021, Agosto 21). Efectividad del entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico en mujeres con incontinencia urinaria postparto: revisión sistemática. *Revista Sanitaria de Investigación*.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/efectividad-del-entrenamiento-de-la-musculatura-del-suelo-pelvico-en-mujeres-con-incontinencia-urinaria-postparto-revision-sistemica/>

Caisa Chalan, K. M., & Cedeño Zamora, M. N. (2024, Noviembre 27). Eficacia de los ejercicios de Kegel en el fortalecimiento del suelo pélvico en mujeres post parto. *Revista científica*, 7, 27. <https://sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/396/808>

Carrillo G, K., & Sanguineti M, A. (2013, 2 25). Anatomía del piso pélvico. *Revista Médica Las Condes*, 24, 5. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864013701482>

Chen, L., Zhang, D., Li, T., Liu, S., Hua, J., & Cai, W. (2023, Junio 27). Effect of a Mobile App–Based Urinary Incontinence Self-Management Intervention Among Pregnant Women in China: Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Journal Of Medical Internet Research*, 25, 14

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10337423/pdf/jmir_v25i1e43528.pdf

Córdova Biler, S. N. (2025). *Fisioterapia obstétrica en pacientes preparto* [Trabajo de Fin de Grado - Universidad Laica ULEAM].

<https://repositorio.uleam.edu.ec/bitstream/123456789/8890/1/ULEAM-FST-0103.pdf>

Corona-González, J. G., De Jesus Valderrama-Santillán, J., Sosa-Bustamante, G. P., Luna-Anguiano, J. L. F., Paque-Bautista, C., & González, A. P. (2023). Home therapeutic adherence of pelvic floor muscle exercises in urinary incontinence. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61, 7.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10766441/pdf/04435117-61-Suppl2-S148.pdf>

Critchley, C. J. (2022, Febrero 25). Physical Therapy Is an Important Component of Postpartum Care in the Fourth Trimester. *Physical Therapy*, 102, 8.

<https://doi.org/10.1093/ptj/pzac021>

Da Silva, L., & Baena de Moraes Lopes, M. H. (2009, Octubre 8). Urinary incontinence in women: reasons for not seeking treatment. *Revista Escolar Enfermería USP*, 43, 7.

<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5TLV8JFxxvqWvDGLN96vQ3Wn/?format=pdf&lang=en>

De las Heras Madariaga, I. (2019, Abril 12). *Diástasis de los Músculos Rectos del Abdomen - Repercusiones Clínicas* [Trabajo de Fin de Grado - Facultad de Medicina y Enfermería].

https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/43692/TFG_de_las_Heras_Idoia%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Diz-Teixeira, P., Alonso-Calvete, A., Justo-Cousiño, L. A., González González, Y., & Da Cuña-Carrera, I. (2023, Febrero 28). Actualización sobre la fisioterapia en la

incontinencia urinaria postparto. Una revisión sistemática. *Archivos Españoles de*

Urología, 76, <https://www.aeurologia.com/EN/10.56434/j.arch.esp.urol.20237601.2>

Domínguez Franjo, E., García Del Salto, L., Martínez Losa, M., García Morena, A. M.,

Cubillo de Olazadal, L., & Galvan Florez, R. (2018, 11 22). Periné femenino: revisión de

la anatomía y patología. *SERAM - Sociedad Española de Radiología Médica*, 22.

<https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2331/1152>

do Rêgo Pereira, L. C., Pereira Da Silva, J., Oliveira de Paiva Lima, C. R., & Wanderley

Souto Ferreira, C. (2022, Junio 30). Prevalence, knowledge, and factors associated with urinary incontinence in female students of a physical therapy undergraduate course.

Fisioterapia e Pesquisa, 29, 9.

<https://www.scielo.br/j/fp/a/YMNbHZX4jnTzYzTQbX8mpRF/?format=pdf&lang=en>

dos Reis Chagas Maduenho, T., Driusso, P., Sartorato Beleza, A. C., & Manzan Reis, B.

(2022, Julio 26). Women 's knowledge about the physical therapist's performance in women's health. *Fisioterapia e Pesquisa*, 29, 6.

<https://www.scielo.br/j/fp/a/NqyXz33ts8DD9CDH9RGGsvj/?format=pdf&lang=en>

Farihan, M. N., Ng, B. K., Phon, S. E., Nor Azlin, M. I., Nur Azurah, A. G., & Shan Lim, P.

(2022, Julio 7). Prevalence, Knowledge and Awareness of Pelvic Floor Disorder among Pregnant Women in a Tertiary Centre, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148314>

Ferreira Fante, J., Silva, T. D., Lemes Mateus-Vasconcelos2, E. C., Jorge Ferreira, C. H., &

Oliveira Brito, L. G. (2019, Junio 13). Do Women have Adequate Knowledge about Pelvic Floor Dysfunctions? A Systematic Review. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41, 12. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10316817/pdf/10-1055-s-0039-1695002.pdf>

Ferri Morales, A., & Amostegui Azkúe, J.M. (2003, 12 16). Prevención de la disfunción del

suelo pélvico de origen obstétrico. 17. <https://hhouse.cl/portal/wp-content/uploads/2016/12/Prevencion-de-la-disfuncion-de-suelo-pelvico-de-origen-obstetrico.pdf>

- Frawley, H. C., Dean, S. G., Slade, S. C., & C Hay-Smith, E. J. (2017, Febrero 4). Is Pelvic-Floor Muscle Training a Physical Therapy or a Behavioral Therapy? A Call to Name and Report the Physical, Cognitive, and Behavioral Elements. *Physical Therapy*, 4, 13.
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzx006>
- García López, A. (2020). Disfunciones del suelo pélvico. *Revista Para Profesionales de la Salud - NPUNTO*, 21. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/5e79d8e348ce2NPvolumen24-23-43.pdf>
- García Martín, A.I., Del Olmo Cañas, P., Carballo Moreno, N., Medina Varela, M., Gonzalez Lluva, C., & Morales de Los Ríos Luna, P. (2005, Junio). Reeducción del suelo pélvico. *ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA EN UROLOGÍA - ENFURO*, 94, 4.
<https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=3099456>
- Gillard, S., & Shamley, D. (2010, Septiembre). Factors motivating women to commence and adhere to pelvic floor muscle exercises following a perineal tear at delivery: the influence of experience. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*, 106, 14.
https://thepogp.co.uk/userfiles/pages/files/gillardshamley_hr.pdf
- Gómez Gil, F. (2025, March 10). ¿Qué es mejor, parto natural o cesárea? SaludOnNet. Retrieved July 3, 2026, from <https://www.saludonnet.com/blog/que-es-mejor-parto-natural-o-cesarea/>
- González Uriarte, A. (2006). Estados emocionales en el postparto. *Medicina Naturista*, 10, 5.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1985554>
- Goodridge, S. D., Chisholm, L. P., Heft, J., Hartigan, S., Kaufman, M., Dmochowski, R. R., Stewart, T., & Stuart Reynolds, W. (2021, Mayo 1). Association of Knowledge and Presence of Pelvic Floor Disorders and Participation in Pelvic Floor Exercises: A Cross-

sectional Study. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 27, 13.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7381369/pdf/nihms-1597731.pdf>

Gowda, S. N., & Bordoni, B. (2022, Octubre 26). Anatomía, abdomen y pelvis: músculo elevador del ano. *National Center for Biotechnology Information*, 5.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556078/>

Grant, A., & Currie, S. (2020). Qualitative exploration of the acceptability of a postnatal pelvic floor muscle training intervention to prevent urinary incontinence. *BMC Women's Health*, 20,

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6967084/pdf/12905_2019_Article_878.pdf

Guzmán Gallegos, A. S., Hernández Díaz, M., Orduña Centeno, E., Solís Sánchez, D. N., Pedroza Vargas, M. E., Xequé Morales, Á. S., & Morales Hernández, A. G. (2023, Septiembre 25). Fuerza del suelo pélvico postparto tras un programa de rehabilitación. *Brazilian Journal of Development*, 9, 8.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/63448/45652>

Harper, R. C., Sheppard, S., Dip Phys, G., Stewart, C., Clark, C. J., & Prof Dr. (2023, Noviembre 30). Exploring Adherence to Pelvic Floor Muscle Training in Women Using Mobile Apps: Scoping Review. *JMIR MHEALTH AND UHEALTH*, 11, 13.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10722367/pdf/mhealth_v11i1e45947.pdf

Hidalgo Lacalle, M., López León, M. D. C., Román Almendros, M. D. R., & García Campaña, A. (2017, Mayo 7). Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico? *Nure Investigación*, 22.

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1145>

- Hutchison, J., Mahdy, H., Jenkins, S. M., & Hutchison, J. (2025, Febrero 7). Parto normal: fisiología, evaluación y manejo. *National Center for Biotechnology Information*, 7.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544290/>
- Jaffar, A., Sidik, S. M., Nien Foo, C., Azimah, M. N., Abdul Manaf, R., & Suhaili, N. (2022, Febrero 18). Preliminary Effectiveness of mHealth App-Based Pelvic Floor Muscle Training among Pregnant Women to Improve Their Exercise Adherence: A Pilot Randomised Control Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 14. 2332. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042332>
- Jaramillo González, D. C. (2014, Diciembre). Embarazo, trauma obstétrico y sus efectos sobre el piso pélvico. Revisión de la literatura. *Medicina U.P.B*, 33, 10.
<https://www.redalyc.org/pdf/1590/159044235006.pdf>
- Kinouchi, K., & Ohashi, K. (2018, Febrero 9). Smartphone-based reminder system to promote pelvic floor muscle training for the management of postnatal urinary incontinence: historical control study with propensity score-matched analysis. *PeerJ*, 6, 13.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5808312/pdf/peerj-06-4372.pdf>
- Laso Álvarez, P. (2022). *EMBARAZO Y DISFUNCIÓN DEL SUELO PÉLVICO: PREVENCIÓN Y READAPTACIÓN TRAS EL PARTO* [Trabajo de Fin de Grado - FACULTAD CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE]. Europa.
<https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/1370/PatriciaLasoAlvarez-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Li, S., Xu, J., Zhong, Z., Li, J., Tang, W., & Cai, W. (2025, Septiembre 12). Motivations, challenges, and practices of pelvic floor rehabilitation in postpartum women with urinary incontinence under China's proactive health framework: a qualitative research. *Midwifery*, 9. [10.1016/j.midw.2025.104605](https://doi.org/10.1016/j.midw.2025.104605)

- Lopez-Cortes, O. D., Betancourt-Núñez, A., Bernal Orozco, M. F., & Vizmanos, B. (2022, Diciembre). Scoping reviews: una nueva forma de síntesis de la evidencia. *Investigación en Educación Médica*, 11, 5.
<https://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/961/1356>
- Lorén Martín, J. P. (2016). *Bases anatómicas del periné femenino en el prolapso de vagina y útero*. [Trabajo Final de Grado - Universidad de Zaragoza].
<https://zaguan.unizar.es/record/57676/files/TAZ-TFG-2016-819.pdf>
- Mamani Cruz, M. Y., & Medina García, G. B. (2016, Junio). *FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA* [Trabajo de Fin de Grado - Universidad Católica de Santa María]. Arequipa, Perú.
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/41044b9e-46be-478d-8165-6c3bb61d2c7c/content>
- Menezes Souza, S., & Pirilo Nicida, D. (2020, Marzo 2). A atuação da fisioterapia obstétrica: revisão de literatura. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, 13, 12.
<https://www.revistasuninter.com/revistasauade/index.php/saudeDesenvolvimento/article/view/911>
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018, Noviembre 19). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 19, 25.
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6245623/pdf/12874_2018_Article_611.pdf
- Navarro Brazález, B. (2016). *EFICACIA DE LA FISIOTERAPIA EN MUJERES CON DISFUNCIONES DEL SUELO PÉLVICO* [Tesis doctoral - Universidad de Alcalá]. Alcalá de Henares, Madrid, España.

<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/38145/Tesis%20Beatriz%20Navarro%20Braz%20a1lez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Navarro-Brazález, B., Vergara-Pérez, F., Prieto-Gómez, V., Sánchez-Sánchez, B., Yuste-Sánchez, M. J., & Torres-Lacomba, M. (2021, Diciembre 14). What Influences Women to Adhere to Pelvic Floor Exercises after Physiotherapy Treatment? A Qualitative Study for Individualized Pelvic Health Care. *Personalized Medicine*, 11, 12.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8706048/pdf/jpm-11-01368.pdf>

Núñez Remiseiro, L., Da Cuña Carrera, I., & González González, Y. (2020, Mayo 31).

Factores que influyen en la dispareunia postparto: una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 47, 6. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-pdf-S0210573X20300356>

Ospina Romero, A. M., Muñoz de Rodriguez, L., & Ruiz de Cárdenas, C. H. (2012, Junio 30).

Coping and adaptation process during puerperium. *Colombia Médica*, 43, 25.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4001938/pdf/1657-9534-cm-43-02-00167.pdf>

OpenAI. (2026). ChatGPT [Modelo de Lenguaje Grande]. <https://chatgpt.com/> Pagés-

Puigdemont, N., & Valverde-Merino, M. I. (2018, Diciembre). Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 59, 9.

<https://scielo.isciii.es/pdf/ars/v59n4/2340-9894-ars-59-04-251.pdf>

Palacios López, A., & Díaz Díaz, B. (2016, Junio 25). Fisioterapia en incontinencia urinaria

de embarazo y posparto: una revisión sistemática. *Clínica e Investigación en*

Ginecología y Obstetricia, 43, 9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2015.05.005>

Palma, P. (2010). LIBRO UROFISIOTERAPIA - Aplicaciones Clínicas de Técnicas

Fisioterapéuticas en Disfunciones Miccionales y de Piso Pélvico.

Peláez Sánchez, A. B. (2021). *TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE LA*

INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES POSTPARTO: REVISIÓN

BIBLIOGRÁFICA [Trabajo de fin de grado - Universidad de Almería].

<https://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/13291/PELAEZ%20SANCHEZ%2c%20ANA%20BELEN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Rendón-Galvez, N., & Tamayo-Perdomo, G. (2022, 1 1). Rol del fisioterapeuta y la importancia de la educación sexual integral en la mujer. *Revista de Investigación e Innovación en ciencias de la salud RIICS*, 4, 12. <https://doi.org/10.46634/rics.82>
- Reyes-Flores, E., Trejo-Álvarez, R., Arguijo-Abrego, S., Jimenez-Gómez, A., Castillo-Castro, A., Hernández-Silva, A., & Mazzoni-Chavez, L. (2016). ADHERENCIA TERAPÉUTICA: CONCEPTOS, DETERMINANTES Y NUEVAS ESTRATEGIAS. *Revista Médica de Honduras*, 84, 8. <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12384/14326>
- Rodriguez Adams, E. M., Martinez Torres, J. C., Díaz Acosta, D., Ros Montenegro, A., & Abreu Pérez, Y. (2009, Septiembre). IMPACTO DE LA FISIOTERAPIA PARA LA REEDUCACIÓN DEL SUELO PÉLVICO EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8, 18. <https://www.redalyc.org/pdf/1804/180414043013.pdf>
- Sacomori, C., Berghmans, B., Mesters, I., De Bie, R., & Luiz Cardoso, F. (2015, Octubre). Strategies to enhance self-efficacy and adherence to home-based pelvic floor muscle exercises did not improve adherence in women with urinary incontinence: a randomised trial. *Journal Of Physiotherapy*, 61, 9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jphys.2015.08.005>
- Saldarriaga Gil, W., & Artuz, M. A. (2017). *FUNDAMENTOS DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA* (Universidad del Valle ed.). <https://libros.univalle.edu.co/index.php/programaeditorial/catalog/view/56/7/238>
- Sawettikamporn, W., Sarit-apirak, S., & Manonai, J. (2022). Attitudes and barriers to pelvic floor muscle exercises of women with stress urinary incontinence. *BMC Women's*

Health, 22, 8.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9701389/pdf/12905_2022_Article_2067.pdf

Schütze, S., Heinloth, M., Uhde, M., Schütze, J., Hüner, B., Janni, W., & Deniz, M. (2022, Abril 4). The effect of pelvic floor muscle training on pelvic floor function and sexuality postpartum. A randomized study including 300 primiparous. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 306, 9.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8977567/pdf/404_2022_Article_6542.pdf

Selman, R., Early, K., Battles, B., Seidenburg, M., Wendel, E., & Westerland, S. (2022). Maximizing Recovery in the Postpartum Period: A Timeline for Rehabilitation from Pregnancy through Return to Sport. *International Journal of Sports Physical Therapy*, 17, 14.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9528725/pdf/ijsp 2022 17 6 37863.pdf>

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2015, Junio). Prolapso genital (actualizado junio 2013). *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 58, 205-208.

<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S030450131400274X>

Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. (2020). Prolapso de los órganos pélvicos. *Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 63, 6.

https://sego.es/documentos/progresos/v63-2020/n1/11_Prolapso_de_los_organos_pelvicos_2019.pdf

Suárez Pedroza, X. C., Cañizares Márquez, S. A., & Martínez Gómez, M. (2018).

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO DE PISO PÉLVICO PARA LA INCONTINENCIA URINARIA EN MUJERES GESTANTES Y POST-PARTO, REVISIÓN SISTEMÁTICA [Trabajo Final de Grado - Fundacion Universitaria Maria Cano].

https://repositorio.fumc.edu.co/bitstream/handle/fumc/250/SuarezXimena_Ca%C3%B1aresStephany_MartinezManuela_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Szatmári, É., Makai, A., Prémusz, V., József Balla, B., Ambrus, E., Boros-Balint, J., Ács, P., & Hock, M. (2023, Mayo 17). Hungarian Women's Health Care Seeking Behavior and Knowledge of Urinary Incontinence and Pelvic Organ Prolapse: A Cross-Sectional Study. *Urogynecology Phila*, 7.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10637302/pdf/urogyn-29-907.pdf>

Szumilewicz, A., Kuchta, A., Kranich, M., Dornowski, M., & Jastrzębski, Z. (2020, Diciembre 21). Prenatal high-low impact exercise program supported by pelvic floor muscle education and training decreases the life impact of postnatal urinary incontinence. 7, 10. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7015656/pdf/medi-99-e18874.pdf>

Vemulapalli, R., Ngobi, M. D., Kiweewa, F. M., Jensen, J. E., Fleecs, J. D., Steffen, H. A., Wendt, L. H., Jackson, J. B., & Kenne, K. A. (2024, Agosto 15). Pelvic floor disorder prevalence and risk factors in a cohort of parous Ugandan women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 7.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11649885/pdf/IJGO-168-362.pdf>

Vernazza, S., & Hargreaves, E. (2024). CAN A NOVEL PELVIC FLOOR CHALLENGE IMPROVE EXERCISE ADHERENCE AND CONFIDENCE? – A PILOT STUDY. *Continence*, 12S, 2. <https://doi.org/10.1016/j.cont.2024.101415>

Vesting, S., Gutke, A., Fagevik Olsén, M., Rembeck, G., & E H Larsson, M. (2024, Diciembre 18). The Impact of Exercising on Pelvic Symptom Severity, Pelvic Floor Muscle Strength, and Diastasis Recti Abdominis After Pregnancy: A Longitudinal Prospective Cohort Study. *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, 104, 11.

<https://doi.org/10.1093/ptj/pzad171>

- Vicente-Campos, V., Fuentes-Aparicio, L., & Rejano-Campo, M. (2023, Junio). Evaluación de las consecuencias físicas y psicosociales de la diástasis de rectos abdominales y su interferencia en la salud: un estudio mixto. *Rehabilitación*, 57, 9.
<https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-evaluacion-consecuencias-fisicas-psicosociales-diastasis-S0048712022000342?newsletter=true>
- Walker, C. (2013). *Fisioterapia en OBSTETRICIA y UROGINECOLOGÍA* (2nd ed.).
- Wang, Y., Gu, J., Gao, Y., Lu, Y., Zhang, F., & Xu, X. (2023, Octubre 20). Postpartum stress in the first 6 months after delivery: a longitudinal study in Nantong, China. *BMJ Open*, 13, 30. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10603468/pdf/bmjopen-2023-073796.pdf>
- Willis-Gray, M. G., Sandoval, J. S., Maynor RN, J., Bosworth, H. B., & Siddiqui, N. Y. (2016, Mayo 31). Barriers to Urinary Incontinence Care Seeking in White, Black, and Latina Women. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 21, 11.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4886712/pdf/nihms785436.pdf>
- Woodley, S. J., Lawrenson, P., Boyle, R., Cody, J. D., Mørkved, S., Kernohan, A., & C Hay-Smith, E. J. (2020, Mayo 7). Pelvic floor muscle training for preventing and treating urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 55. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007471.pub4>
- Wray, S., Prendergast, C., & Wallace, H. (2021, Febrero). Physiology of the Puerperium and Lactation. *Women's Medicine Series*, 15, 13.
<https://www.glowm.com/article/heading/vol-15--the-puerperium--physiology-of-the-puerperium-and-lactation/id/415293>
- Yeşilyurt, Y., Yildiz, E. D., Inal, B., Taş, S. A., Çankaya, H., Başol Göksülük6, M., & Özengin, N. (2024, 4 30). Investigation of pelvic floor knowledge, awareness and

healthcare seeking in women with urinary incontinence: A cross-sectional study.

Northwestern Medical Journal, 11. <https://nwmedj.org/article/view/109/88>

Se declara que en el presente trabajo se utilizó ChatGPT (OpenAI, 2026) como apoyo para la revisión de la redacción.