RÍO NEGRO
UNIVERSIDAD NACIONAL

Lic. en Kinesiología y Fisiatría

Trabajo Final de Grado

“Eficacia de la fisioterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas generadas por dolor. Una revisión bibliográfica”.

Autor/a:
Rebeca Sabbatella

Director/a:
Lic. María Antonia Ventura

Viedma - Río Negro

2021

Agradecimientos

Doy gracias a mi familia, por el apoyo desde mis inicios en la universidad hasta en esta etapa final. Y una mención especial a mi madre, Marina, quién me apoyo siempre, desde lo económico hasta en lo emocional.
También agradezco a mis amigos, que siempre estuvieron presentes, ya sea con una palabra de aliento, un mate, una caminata o la simple compañía haciendo que este proceso resultase un poco más ameno.
A mi novio, Yago, agradezco su apoyo incondicional en estos últimos años.
Doy gracias a mis compañeros, aquellos con los que tuve el placer de compartir tanto horas de cursada como también otras experiencias, haciendo que estos años en la universidad sean realmente hermosos y los que me enseñaron que lo importante no es sólo aprender, sino también disfrutar del proceso .
Doy gracias a Antonia, mi directora del presente trabajo, quien me acompañó en esta etapa, brindándome su apoyo, tiempo y experiencia.
A todos los profesores que tuve durante los años de cursada, de cada uno aprendí algo distinto, desde su lado profesional hasta su lado más humano, haciendo esta experiencia doblemente enriquecedora.
A la Universidad Nacional de Rio Negro, por darme la oportunidad de formarme profesionalmente.

Índice general

Abreviaturas……...5

Resumen……..……...6

Introducción……..……7

Problema de investigación…….……...8

Planteamiento del problema…….……....9

Justificación…….……....9

Objetivos de la investigación…….……9

Objetivo general…….....…..…9

Objetivos específicos…….……..10

Marco teórico…….……..11

Definición y función del suelo pélvico…….……...11

Anatomía del suelo pélvico……...…….....11

La pelvis ósea……...……11

Articulaciones de la cintura pélvica……...…....11

Paredes del suelo de la pelvis……...……11

Soporte muscular del suelo pélvico…….....13

Diafragma pélvico…….....13

Contenido de la pelvis……..……...…14

Uréteres…….……....14

Vejiga urinaria…….……..……15

Uretra…….……15

Recto…….…….....15

Órganos genitales femeninos……...…15

Ovarios……...…...15

Trompas uterinas …….……....15

Útero……...…...15

Vagina…….……..……....15

Vulva o genitales externos femeninos……...……..….16

Sexualidad……...……....19

Respuesta sexual femenina……..……..….20

Cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual.....20

Disfunciones sexuales……..21

Clasificación de las disfunciones sexuales femeninas…....…….…..21

Trastornos de la contracción de los músculos del suelo pélvico……...….22

Trastornos del dolor sexual……...……..23

Dispareunia…….…….....24

Vaginismo…….……..24

Fisioterapia del suelo pélvico……...….…….25

Marco metodológico……..……...27

Análisis y presentación de los resultados……...……...30

Conclusión……..……46

Referencia bibliográfica……..……..50

Abreviaturas

DPP: disfunciones del piso pélvico.

DSF: disfunción sexual femenina.

DS: disfunción sexual.

ECA: ensayos controlados y aleatorizados.

EMG: electromiografía.

EMPP: entrenamiento muscular del piso pélvico.

EVA: escala analógica visual.

FDFI: índice de función sexual femenina.

HADS: escala hospitalaria de ansiedad y depresión.

MAP: musculatura del piso pélvico (siglas en portugués).

MPP: musculatura del piso pélvico.

TCPP: trastornos de la contracción del piso pélvico.

TDSNC: trastornos del deseo sexual no coital.

TDS: trastornos del dolor sexual.

Resumen

El objetivo del presente trabajo de investigación es demostrar la efectividad de la fisioterapia para tratar las disfunciones sexuales femeninas (DSF) generadas por dolor mediante el análisis de artículos científicos publicados en los últimos 11 años.

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica cualitativa de tipo descriptiva. Se realizó una búsqueda de artículos científicos durante los meses de junio y julio del año 2021 en las bases de datos Scielo, Pubmed y Google Académico publicados durante los años 2010 al 2021 y se tuvieron en cuenta en idioma español, inglés y portugués.

A partir de los hallazgos obtenidos, se pudo comprobar que la fisioterapia genera efectos positivos en las mujeres con disfunción sexual generadas por dolor, y la importancia de la figura del fisioterapeuta, junto al equipo multidisciplinario, para tratar dichas afecciones.

Gracias a la fisioterapia uroginecológica y sus diferentes herramientas existe una mejora y aumento de la calidad de vida de las mujeres.

Introducción

La disfunción sexual femenina (DSF) se define como un trastorno en el deseo, excitación, orgasmo y/o dolor durante la relación sexual, que genera estrés personal y tiene impacto en la calidad de vida y las relaciones interpersonales (Muñoz, 2016).

Dentro de las clasificaciones de disfunción sexual femenina podemos encontrar dificultad en el deseo sexual (deseo sexual hipoactivo y aversión sexual), dificultad de la excitación sexual, dificultad en el orgasmo y dolor sexual. En este último vamos a encontrar a la dispareunia, vaginismo y dolor sexual no coital (Rochera, 2011).

Las disfunciones sexuales son una problemática que afecta a una gran cantidad de mujeres. Sin ir más lejos, en América Latina, en un estudio multicéntrico, la prevalencia encontrada entre mujeres de mediana edad fue del 56,8%, y la prevalencia a nivel mundial en países desarrollados fue estimada en un 63,3% (Souza, 2020).

A pesar de ser una afectación que no origina perturbaciones vitales, la calidad de vida disminuye tanto o más que en otras afecciones que sí originan dichas perturbaciones vitales, como la hipertensión, la diabetes mellitus, la hipercolesterolemia, las cardiopatías, etc. (Vázquez, 2007).

Para estas afecciones, la fisioterapia está considerada como el tratamiento de primera elección, dado su carácter no invasivo y los resultados en términos de alivio de los síntomas, la posibilidad de combinarla con otros tratamientos, el bajo riesgo de efectos secundarios y un coste entre moderado y bajo (Pelier, 2020).

Problema de investigación

Planteamiento del problema

En Argentina existe la formación en Suelo Pélvico pero no existen estudios que se hayan realizado dentro del territorio argentino con pacientes femeninas que presentan disfunciones sexuales como vaginismo y dispareunia; por tal motivo el presente trabajo se concentrará en la búsqueda de evidencia sobre los beneficios de la fisioterapia en las pacientes con dichas disfunciones sexuales tanto en Argentina como en el resto de América Latina, así como también se mostrará la importancia de la intervención de los profesionales de la kinesiología en la rehabilitación de dichos pacientes y la composición e importancia del tratamiento en conjunto con un equipo multidisciplinario.

Justificación

A pesar de la alta prevalencia que tienen las disfunciones sexuales femeninas, es un tema poco tratado por varias razones. Entre ellas, porque no se considera a la sexualidad como una parte importante de nuestras vidas, porque sigue siendo un tema tabú y que da vergüenza e incomodidad hablarlo y porque al no generar perturbaciones vitales no sé le da la importancia necesaria.

Dentro de la relevancia académica, lo que pretende este trabajo es animar a los profesionales de la salud a indagar más sobre la sexualidad, ya que la misma tiene un gran impacto en la vida de las personas adultas sexualmente activas.

Su relevancia social también es importante, porque da a conocer que muchas mujeres padecen dichas disfunciones y que existe un tratamiento eficaz, lo cual podría generar un alivio en las personas que la padecen, calmar la ansiedad y animarse a buscar ayuda.

Objetivos de la investigación

Objetivo general

- Realizar una revisión bibliográfica de la literatura científica en idioma español, inglés y portugués publicada del año 2010 al 2021 sobre la efectividad de la fisioterapia para tratar las disfunciones sexuales femeninas generadas por dolor.

Objetivos específicos

- Determinar el rol de la kinesiología pélvica en el tratamiento de las disfunciones sexuales.
- Indagar en las herramientas fisioterapéuticas utilizadas para abordar dicha situación.
- Describir los efectos del tratamiento fisioterapéutico en las pacientes con disfunción sexual.
- Investigar la importancia del equipo multidisciplinario en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

Marco teórico

Definición y función del suelo pélvico

El suelo pélvico o periné es el conjunto de músculos y aponeurosis que cierran la parte inferior del abdomen, comportándose como una hamaca flexible de apoyo para la vejiga, el aparato genital interno (vagina y útero) y el recto (Galvez y Cid, 2000). Los músculos que lo componen son ocho; esfinter anal externo, elevador del ano, coccígeo, bulboespinoso, isquicavernoso, esfinter uretral, trasverso superficial y transverso profundo, y se disponen alrededor del dorsal del clítoris, la base de la vejiga urinaria, la apertura vaginal y el recto. De su correcta conservación anatómica depende el buen desarrollo de su función como sostén y arco protector de estas estructuras (García Martín, 2006).

Anatomía del suelo pélvico

La pelvis ósea

Consta de dos grandes huesos denominados ilíacos que se unen al sacro posteriormente, en la línea media y, anteriormente, en el ámbito de la sínfisis púbica. Cada hueso ilíaco está compuesto de unidades óseas menores denominadas ílio, isquion, y pubis que están conectadas por cartílagos en los jóvenes y fundidos en los adultos. La pelvis tiene dos partes: la pelvis mayor y la pelvis menor. Las vísceras abdominales ocupan la pelvis mayor; la pelvis menor está a continuación y es más estrecha que la pelvis mayor, inferiormente. La abertura pélvica será cerrada por el suelo pélvico (Parma 2010).

Articulaciones de la cintura pélvica

Las articulaciones de la cintura pélvica son: la articulación sacroilíaca, la sínfisis del pubis y la membrana obturatriz (Pró, 2011).

Paredes y suelo de la pelvis

Las paredes de la pelvis están formadas por la unión de varios huesos (los dos coxales lateralmente, el sacro y el cóccix en dirección posterior, y el pubis en dirección anterior), juntos a sus ligamentos asociados, los músculos piriformes y obturador interno que se insertan en la cara interna o pelviana de estos huevos y sus fascias correspondientes. El piso de la pelvis está formado por la fascia pelviana y el diafragma pélvico (Pró, 2011).

Soporte muscular del suelo pélvico

La musculatura del piso pélvico corresponde a un grupo de músculos estriados dependientes del control voluntario, que forman una estructura de soporte similar a una “hamaca” para los órganos de la pelvis (Carrillo, 2013).

Diafragma pélvico

El suelo pélvico está compuesto por un conjunto de músculos y fascias que trabajan juntos para proveer soporte a las vísceras pélvicas (Parma, 2010).

El diafragma pélvico forma parte del piso de la cavidad pelviana. Está formado por la fascia superior del diafragma pélvico, los músculos elevador del ano y coccígeo en el medio y la fascia inferior del diafragma pélvico (Pro, 2011).

El **músculo elevador del ano** es una masa muscular plana cuyas fibras están orientadas en dirección oblicua. Se extiende desde la pared anterolateral de la pelvis (pubis, arco tendinoso del elevador del ano, espina ciática) hasta la región del ano. Está formado por tres porciones: el músculo pubococcígeo, el músculo puborrectal y el músculo iliococcígeo. El **músculo pubococcígeo** se inserta en el pubis y se dirige hasta el cuerpo perineal, el esfínter externo del ano y el ligamento anococcígeo. Está formado por los siguientes fascículos: **músculo puboperineal**, **puboprostático** (en el hombre) y **pubovaginal** (en la mujer) y **anopubal**. El músculo puborrectal se inserta en el pubis y se extiende hasta la porción posterior de la curvatura perineal del recto a la que rodea. El músculo iliococcígeo se inserta en el arco tendinoso del músculo elevador del ano y se extiende hasta el cóccix y el ligamento anococcígeo (Pró, 2011).

Los músculos **elevadores del ano**, a partir de dos lados, forman un eficiente anillo muscular que sustenta y mantiene vísceras pélvicas en posición normal. Ofrecen resistencia al aumento de presión intraabdominal durante los esfuerzos de tensión y expulsión de los músculos abdominales. Tienen, también, una acción esfinteriana importante sobre la unión ano rectal, sobre la uretra en condiciones de esfuerzo y mantiene el tono de la vagina (Parma, 2010).

El músculo elevador del ano está inervado por ramos del plexo sacro (S3 y S4) y ramos del nervio pudendo.

El músculo coccígeo está ubicado por detrás y sobre el músculo elevador del ano. El músculo es de forma triangular y aplanado. Se inserta en la espina ciática, en la cara profunda del ligamento sacroespinoso, en la porción posterior de la fascia pélvica parietal y en la fascia obturatriz. De allí se extiende en forma de abanico hasta la cara anterior del cóccix y sacro. Está inervado por un ramo del 4º nervio sacro.

Periné femenino anterior y diafragma urogenital

El periné anterior femenino está constituido por estratos desde la superficie hasta la profundidad: piel, tejido subcutáneo, espacio perineal superficial y su contenido, diafragma urogenital y espacio profundo del periné. En el espacio perineal superficial se encuentra, bilateralmente, el bulbo del vestíbulo, la rama del clítoris, la glándula vestibular mayor y el músculo bulboesponjoso, isquiocavernoso y

transverso superficial del periné, además de tejido conjuntivo laxo con vasos y nervios. En la posición más profunda, el espacio entre las ramas inferiores del pubis y las ramas del isquion, se localiza el diafragma urogenital que está formado por los músculos transversos profundos del perineo, que son envueltos por un conjunto de fibras superior e inferior del tejido fascial.

El cuerpo perineal es una estructura fibromuscular medial compuesta por el bulbocavernoso, transverso perineal y el esfínter externo del ano. Excepto los músculos transversos, el cuerpo perineal es la única estructura pélvica superficial que no se posiciona en el eje sagital u oblicuo, el cuerpo perineal forma una especie de viga estructural posicionada en la parte medial del periné y capaz de soportar sobre sí estructuras posicionadas sagitalmente. Como resultado, éste puede ser considerado como “El centro de gravedad” del periné (Parma, 2010).

Contenido de la pelvis

Uréteres

El uréter es un conducto par, retroperitoneal, que une la pelvis renal con la vejiga urinaria.

El uréter está formado por tres túnicas: mucosa, muscular y adventicia. La túnica mucosa corresponde a la capa muscular más interna y está formada por el epitelio transicional. La túnica muscular, más externa, está formada por fibras circulares, longitudinales externas e internas. La túnica adventicia, que es la capa más externa, está formada por fibras colágenas.

El uréter es una estructura tubular muscular que en el adulto presenta una longitud de 25-30 cm y alrededor de 3-8 mm de ancho.

Vejiga urinaria

La vejiga urinaria es un reservorio muscular que aloja la orina que llega por los uréteres desde los riñones y que se elimina por la uretra hacia el exterior. Está ubicada en la porción anterior de la pelvis menor, por debajo del peritoneo, por detrás de la sínfisis del pubis, por encima de la próstata en el hombre, por delante y encima del útero en la mujer.

La vejiga urinaria vacía tiene una forma pirámide que presenta un vértice, una base o fondo, una cara anteroinferior, una cara posterosuperior y dos caras laterales.

La vejiga urinaria llena adquiere una forma redondeada por abombamiento de las caras laterales y poterosuperior. El vértice y el cuerpo vesical ascienden y el cuello y el fondo permanecen fijos.

Uretra

Uretra femenina

La uretra femenina tiene entre 2,5-4 cm de longitud y se extiende desde el orificio interno de la uretra a nivel del cuello de la vejiga urinaria. Tiene un trayecto pelviano, y luego atraviesa el suelo del periné para terminar en el orificio externo de la uretra en la vulva.

Recto

El recto es la porción del intestino grueso ubicada entre el colon sigmoide y canal anal, dentro de la pelvis menor. Mide aproximadamente 15 cm de longitud y no posee tenias. Se extiende desde la región rectosigmoidea, por delante de la 3º vértebra sacra, hasta la flexura perineal, por delante del cóccix.

Órganos genitales femeninos

El aparato genital de la mujer está compuesto por: dos glándulas, los **ovarios**, que producen los ovocitos, las **trompas uterinas**, que conducen los ovocitos hasta el útero, el **útero**, en el cual se desarrolla el óvulo fecundado y la **vagina** y la **vulva**, que son los órganos de la copulación (Rouvière, 2005).

Ovarios

Los ovarios son los órganos productores de los ovocitos. Contienen, también, los elementos de secreción de una glándula de secreción interna.

Son dos, uno derecho y otro izquierdo. Están situados en la cavidad pélvica, posteriores a los ligamentos anchos del útero, y aplicados en la pared lateral de la cavidad pélvica.

Su forma es la de un ovoide ligeramente aplanado de cara lateral a medial. El aspecto del ovario cambia en el curso de la evolución del individuo.

Los ovarios miden aproximadamente 3,5 cm de altura, 2 cm de ancho y 1 cm de espesor.

La consistencia de un ovario es firme. Su color es blanco rosado en el sujeto vivo (Rouvière, 2005).

Trompas uterinas

Las trompas uterinas (de Falopio) son dos conductos que se extienden a lo largo del borde superior de los ligamentos anchos del útero, desde los cuernos del útero hasta la superficie del ovario (Rouvière, 2005).

Su longitud es de 10 a 14 cm.

Útero

El útero es el órgano destinado a contener el óvulo fecundado durante su evolución y a expulsarlo cuando alcanza su desarrollo completo.

El útero está situado en la cavidad pélvica, en la línea media, entre la vejiga urinaria y el recto, superior a la vagina e inferior a las asas intestinales y al colon sigmoideo.

Su forma es la de un cono truncado aplanado de anterior a posterior, cuyo vértice se orienta inferiormente. Presenta, un poco más inferior a su parte media, un estrangulamiento denominado istmo del útero, que divide este órgano en dos partes: una superior, denominada cuerpo del útero, y otra inferior que constituye el cuerpo del útero.

En la nulípara, el útero mide por término medio 7,5 cm de longitud. En las multíparas, la longitud del útero varía entre 7 y 8 cm.

Vagina

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva.

Está situada en la cavidad pélvica, anterior al recto, posterior a la vejiga urinaria e inferior al útero. Su dirección es oblicua de inferior a anterior, y forma con la horizontal un ángulo de aproximadamente 70º, abierto posteriormente.

Si está vacía, la vagina es aplanada de anterior a posterior.

La longitud de la vagina es por término medio de 8 cm. La pared anterior, de 7 cm de longitud es ligeramente más corta que la pared posterior, que alcanza los 9 cm de longitud.

Vulva o genitales externos femeninos

Se designa con el nombre de vulva al conjunto de órganos genitales externos de la mujer.

La vulva está ocupada en su parte central por una depresión media en cuyo fondo se abren la uretra y la vagina. Esta depresión es el vestíbulo de la vagina; está limitada a cada lado por dos anchos repliegues cutáneos yuxtapuestos: el *labio mayor de la vulva* lateralmente y el *labio menor de la vulva* medialmente.

Los labios mayores de la vulva se pierden anteriormente en una eminencia media denominada *monte del pubis*.

Los labios menores de la vulva se unen en su extremo anterior a un órgano eréctil medio, denominado *clítoris*.

El clítoris está formado por la unión de dos cuerpos eréctiles conocidos como cuerpos cavernosos del clítoris. Otros dos órganos eréctiles, los bulbos del vestíbulo, se sitúan en el fondo del vestíbulo de la vagina, a ambos lados del orificio vaginal.

Por último, existen dos glándulas anexas a la vulva, que reciben el nombre de *glándulas vestibulares mayores* (de Bartolino).

a. Labios mayores de la vulva

Los labios mayores de la vulva son dos grandes repliegues cutáneos, alargados de anterior a posterior y aplanados de lateral a medial, que miden aproximadamente 8 cm de longitud y 1,5 cm de altura. Su espesor es mayor superior que inferiormente, es decir, en el borde adherente más que en el borde libre, de tal modo que su corte transversal es triangular.

b. Monte del pubis

El monte del pubis es una eminencia media y ancha, situada anterior a la vulva. Esta eminencia tiene continuidad posterior e inferiormente con los labios mayores de la vulva, mientras que superiormente se pierde en la parte inferior de la pared abdominal. Está bordeada a cada lado por el pliegue de la ingle.

La eminencia del monte del pubis se debe a que la piel está revestida por una capa gruesa de tejido adiposo que se halla atravesada por fascículos procedentes del ligamento suspensorio del clítoris, de la membrana fibroelástica de los labios mayores de la vulva y del ligamento redondo del útero.

c. Labios menores de la vulva

Los labios menores de la vulva (ninfa) son dos pliegues cutáneos de apariencia mucosa situados medialmente a los labios mayores de la vulva. Miden por término medio 3 cm de longitud y 1 o 1,5 cm de altura.

Están constituidos por un repliegue que contiene en su espesor tejido conjuntivo y elástico. Son ricos en glándulas sebáceas.

d. Clítoris

El clítoris es un órgano eréctil formado por los cuerpos cavernosos del clítoris y sus envolturas.

Cuerpos cavernosos del clítoris. Son análogos a los del pene y, al igual que estos, se insertan en el borde inferior de las ramas isquiopubianas. Están recubiertos medialmente por los músculos isquiocavernosos.

Desde su origen, los cuerpos cavernosos del clítoris se extienden anterior, superior y medialmente hasta llegar a la parte anterior del extremo inferior de la sínfisis del pubis, donde se unen en la línea media para formar el *cuerpo del clítoris*.

El cuerpo del clítoris disminuye de volumen a medida que se separa de su origen y termina por medio de un extremo cónico de vértice redondeado, denominado *glande del clítoris*.

Los cuerpos cavernosos y glande del clítoris presentan una estructura idéntica a los cuerpos cavernosos y glande del pene.

e. Bulbos del vestíbulo

Se denominan bulbos del vestíbulo dos órganos eréctiles anexos a la vulva situados a ambos lados de los orificios vaginal y externo de la uretra. En la mujer el bulbo del vestíbulo está dividido en dos partes, separadas una de otras en la línea media por los orificios externos de la uretra y vaginal, así como por el vestíbulo de la vagina.

Su longitud cuando están ingurgitados de sangre, es por término medio 3,5 cm, su altura 1,5 cm y su anchura 1 cm.

f. Glándulas vestibulares mayores

Las glándulas vestibulares mayores (de Bartolino) están situadas lateralmente a la mitad posterior del orificio vaginal.

Son alargadas de anterior a posterior y aplanadas transversalmente.

Su volumen es muy variable. Las glándulas vestibulares mayores son pequeñas en la pubertad; a partir de entonces aumentan rápidamente de volumen, para disminuir después en la menopausia.

Durante el período de actividad sexual, las glándulas vestibulares mayores miden por término medio de 10 a 15 mm de longitud, 8 mm de altura y 5 mm de espesor.

G. Vestíbulos de la vagina

El vestíbulo de la vagina es la depresión vulvar limitada: lateralmente por la cara medial de los labios menores de la vulva, anteriormente por el clítoris y posteriormente por el frenillo de los labios de la vulva.

El fondo del vestíbulo o techo del vestíbulo está separado de los labios menores de la vulva por el surco vestibular (Jayle), que se denomina surco ninfohimeneal

a lo largo de los bordes laterales del himen. En este último surco se abren los conductos excretores de las glándulas vestibulares mayores.

El techo del vestíbulo está ocupado en gran parte por los orificios externos de la uretra y vagina.

Posterior al orificio vaginal, entre este y la comisura posterior de los labios, se encuentra una depresión denominada fosa del vestíbulo de la vagina (Rouvière, 2005).

Sexualidad

La salud sexual, según la OMS (1974): “la salud sexual es la integración de los aspectos afectivos, somáticos e intelectuales del ser sexuado de modo tal que de ella derive el enriquecimiento y desarrollo de la persona humana, la comunicación y el amor”. La sexualidad humana va más allá de los límites de la anatomía y la fisiología, y el desempeño sexual depende de la integración de los factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos, legales y religiosos (Revista diagnóstico & tratamiento, 2017).

El concepto de sexualidad incluye:

- La aptitud de disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, y según una ética personal y social.
- La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que perturban las relaciones sexuales.
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades o deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Respuesta sexual femenina

Basson Et al. (2005) definieron el modelo cíclico biopsicosocial de la respuesta sexual femenina en el que hay un feedback entre aspectos físicos, emocionales y cognitivos. Según este modelo, en las mujeres puede existir un deseo que provoque la búsqueda de una actividad sexual (deseo espontáneo) o, más frecuentemente, puede darse una postura sexual neutra, una predisposición a realizar una actividad sexual que, si los estímulos son suficientes y adecuados, produce el paso de la neutralidad a la excitación y el deseo (deseo reactivo). Si el resultado es positivo, emocional y físicamente, se incrementa la motivación sexual. La gratificación se consigue por la satisfacción y el placer, y con otros aspectos subjetivos que no son estrictamente sexuales y que pueden tener mucha importancia como la comunicación con la pareja, la intimidad emocional, la expresión de afecto, el compartir placer físico, complacer al compañero, la autoestima, el relax o el bienestar. Todos estos elementos configuran la predisposición de las mujeres a tener posteriores encuentros o actividades sexuales, es decir, son estímulos para

pasar de una postura sexual neutra a la excitación y el deseo (Gutiérrez Teira, 2010).

Si el resultado es negativo, como en los casos de dispareunia, la disfunción sexual de la pareja, por efecto de medicamentos, etc., se rompe el ciclo y la motivación sexual con la pareja no se incrementa.

Algunas mujeres tienen deseo espontáneamente. El espectro es muy amplio entre ellas y se puede relacionar con el ciclo menstrual, con el pico que hay a mitad del ciclo testosterona y androstendiona. En general, disminuye con la edad y en cualquier edad aumenta con cada nueva relación.

El hecho de que el desarrollo del acto sexual en las mujeres no siga un modelo lineal que comienza con el deseo sexual es importante a la hora de hablar de la disfunción sexual femenina.

La correlación en los hombres entre la excitación subjetiva y la congestión genital no se ve en las mujeres. La excitación sexual femenina está modulada por pensamientos y emociones desencadenadas por el estado de excitación sexual.

Cambios fisiológicos asociados a la respuesta sexual

Se distinguen tres fases principales:

Fase de la excitación: es similar en los dos sexos y está caracterizada por fenómenos de vasodilatación con aumento del aporte de sangre a los órganos sexuales. Durante esta fase, se produce la lubricación vaginal por ultrafiltración a través del epitelio vaginal de plasma sanguíneo del plexo subepitelial intensamente dilatado. Su utilidad es facilitar la penetración y los movimientos del pene y neutralizar el pH vaginal (normalmente ácido) para permitir la supervivencia de los espermatozoides.

Fase del orgasmo: hay diferencias intersexuales en lo que a frecuencia se refiere. Casi todos los hombres alcanzan el orgasmo, pero en un elevado porcentaje de mujeres sanas la respuesta orgásmica es menos frecuente durante el coito. Una vez que se produce, no hay grandes diferencias. Durante el orgasmo, se producen contracciones intermitentes de la musculatura lisa genital y musculatura esquelética.

Fase de resolución: consiste en el retorno a los niveles funcionales iniciales con reducción de la congestión pélvica y relajación muscular. Se acompaña de un periodo refractario, de varios minutos de duración, en el que es difícil tener un nuevo orgasmo. Esto es habitual en el hombre; en las mujeres puede haber un nivel elevado de excitación sobre el que se pueden superponer orgasmos adicionales si persiste la estimulación. Además de los cambios en los órganos genitales, se producen cambios en otros aparatos:

- Aumento de la frecuencia cardiaca (100-130 lpm).
- Aumento de la presión arterial (150-180 mmHg de presión sistólica).
- Aumento de la vasopresina, durante la excitación, la oxitocina, durante el orgasmo, y la prolactina tras éste.

Disfunciones sexuales

La **disfunción sexual** se puede definir como: “El persistente deterioro de las respuestas normales de interés sexual de una pareja”. La DSF es progresiva y se relaciona con la edad y la condición hormonal (Lopez-Olmo, 2008).

Las disfunciones sexuales son alteraciones de alguna o algunas de las fases de la respuesta sexual y las situaciones en las que aparece dolor en la relación sexual, pero, además para que se produzca una disfunción sexual tiene que haber malestar en la persona o crear problemas en la relación interpersonal. (Rochera, 2011).

A nivel mundial afecta del 20 al 50% de las mujeres. La prevalencia de trastornos sexuales mantiene una relación proporcional con la edad, encontrase que para las mujeres entre 18 y 44 años durante el 2008 en Estados Unidos, se reportó un 10,8% y entre los 45 a 64 años un 14,8% de prevalencia de algún trastorno sexual (Becerra Alfonso, 2015).

La disfunción sexual femenina (DSF) es un problema multifactorial, con una prevalencia variable en las diferentes poblaciones, y puede afectar del 30 al 49% de las mujeres, con variaciones según la edad (Schvartzman, 2019).

Clasificación de la disfunción sexual femenina

Dificultad en el deseo sexual

- Deseo sexual hipoactivo: deficiencia o ausencia, persistencia o recurrencia de fantasías sexuales y/o deseo y/o receptividad de actividad sexual que causa angustia o distres personal.
- Aversión sexual: aversión fóbica, persistente o recurrente, para evitar el contacto sexual con una pareja que causa angustia o distres personal.

Dificultad en la excitación sexual

- La incapacidad persistente o recurrente para lograr o mantener suficiente excitación sexual causando angustia o distres personal. Puede manifestarse como una pérdida subjetiva de la excitación o la pérdida de lubricación, congestión genital u otra respuesta somática.

Dificultad en el orgasmo

- El retraso, ausencia o dificultad, persistente o recurrente de alcanzar el orgasmo luego de una fase de excitación adecuada, que causa angustia o distres personal.

Dolor sexual

- Dispareunia: dolor genital asociado con la penetración, persistente o recurrente que causa angustia o distres personal.
- Vaginismo: espasmo involuntario persistente o recurrente, que causa angustia o distres personal.
- Dolor sexual no coital: dolor genital, persistente o recurrente, inducido por una estimulación sexual no coital que causa angustia o distres personal.

Trastornos de la contracción de los músculos del suelo pélvico

Los trastornos de la contracción del piso pélvico (TCPP) se pueden clasificar, en función del mecanismo de daño subyacente, en 2 grandes grupos. **Los trastornos por la relajación y disminución del tono en reposo de los músculos del piso pélvico** (conocidos también trastornos pasivos)**,** que incluyen el prolapso de los órganos pélvicos, la incontinencia urinaria y la incontinencia fecal; estos son fácilmente identificados en la clínica, por lo que el diagnóstico y tratamiento serán oportunos en la mayoría de los casos. Por el contrario, los **trastornos de la contracción explicados por la falta de relajación y un aumento del tono basal de los músculos del piso pélvico** (conocidos también como trastornos activos) son menos conocidos y se caracterizan por dolor pélvico y perineal crónico que con frecuencia es atribuido a disfunciones del área propia del conocimiento de cada especialista (ginecología, uroginecología, urología, gastroenterología, coloproctología). Estos últimos constituyen una causa frecuente y poco conocida de dolor pélvico crónico, con un importante impacto en la calidad de vida de las pacientes afectadas, quienes a menudo presentan síntomas heterogéneos que comprometen el tracto genitourinario, el tracto gastrointestinal y **función sexual** (Gómez Lodoño Et al. 2015).

Pensando entonces en unificar términos y dada la dificultad para caracterizar el músculo o grupo muscular responsables de la disfunción, se refiere el término “trastornos de la contracción o falta de relajación del piso pélvico”, con el que se evita atribuir el desorden a veces erróneamente a un músculo específico y permite hacer referencia al grupo heterogéneo de síntomas que se pueden presentar en el contexto de estas entidades.

A pesar de que el término hace referencia al componente musculoesquelético, los TCPP son de origen multifactorial, con una compleja interacción entre causas

orgánicas, neurológicas, musculoesqueléticas, endocrinas, psicológicas y de comportamiento.

Definición y epidemiología

Los trastornos de la contracción de los músculos del piso pélvico están definidos por la contractura o hiperactividad muscular en reposo con aumento significativo del tono, secundaria a una disfunción en la relajación de los mismos, que genera como resultado, dolor pélvico y perineal crónico, acompañado o no de alteración en la función defecatoria, miccional y/o sexual. Se destaca una mayor prevalencia de estos trastornos en la mujer, explicada por su biometría ósea, con pelvis más profundas y diámetros más amplios que las masculinas, lo que exige una mayor fuerza tensil y una adecuada mecánica de contracción y relajación de los músculos y fascias, para permitir no solo el sostén de los órganos pélvicos, sino también un adecuado vaciamiento vesical y rectal, y el parto.

Trastornos del dolor sexual

Los TDS o **desórdenes de dolor genito-pélvico**, son definidos como la presencia de dolor persistente o recurrente durante las actividades sexuales, ya sean las involucradas durante la penetración vaginal o simplemente las relacionadas con estimulación táctil de la vulva y el vestíbulo. Las mujeres con TDS experimentan dolor localizado o en el área genital antes, durante o después de las relaciones sexuales: esta condición logra repercutir en su salud mental y física, modificando las relaciones interpersonales, el desempeño laboral, etc.

Los TDS pueden clasificarse según antecedente de aparición, en primarios si se manifiestan con la primera relación sexual, o secundarios si la sintomatología se experimenta por primera vez luego de previas relaciones sexuales sin dolor. Una clasificación adicional involucra la frecuencia de aparición del trastorno en completos, si se presentan con cada encuentro sexual o situaciones, si solo ocurren en algunas ocasiones o con algunas parejas, pero no en todas las oportunidades. Debe evaluarse su cuadro clínico dentro de las siguientes categorías:

Categoría A: de por vida o adquirido.

Categoría B: generalizados o situacionales.

Categoría C: orgánicos, psicógenos, mixtos o de etiología desconocida.

Los TDS se reconocen como una forma heterogénea de dolor crónico y dentro de las causas orgánicas relacionadas están incluidas la dispareunia superficial y profunda, el vaginismo, la vulvodinia, la vestibulutis y el TDSNC.

Los TDS incluyen un espectro etiológico desde el ámbito anatómico hasta modificaciones fisiológicas, psicológicas y psicosociales. Dentro de las principales

causas orgánicas que se han encontrado relacionadas con los TDS se describen las infecciones vaginales recurrentes, uso de anticonceptivos orales, endometriosis, deficiencias estrógenicas, prolapso de los órganos pélvicos y malformaciones anatómicas, entre otros (González Et. al., 2020).

Dispareunia

La dispareunia es el dolor genital, persistente o recurrente, asociado a la actividad sexual. Puede aparecer a cualquier edad, justo antes, durante o después del coito. La frecuencia de dispareunia depende del grupo poblacional y de diversos factores socioculturales; sin embargo, se acepta que entre 9.3 a 15% de mujeres en edad fértil y hasta 45.3% en mujeres posmenopáusicas, incluso hasta en 55% de estas puede identificarse en antecedente de dispareunia (Cortés y Perez, 2010).

Se manifiesta con variados grados de intensidad y localización, afecta el placer sexual hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual (González, 2020).

Según momento de aparición:

- Primaria: cuando surge desde la primera relación sexual y persiste durante toda la vida.
- Secundaria: comienza a sentir dolor durante la actividad, sexual luego de años de relaciones sexuales satisfactorias.

En relación al contexto en que aparece el dolor:

- Generalizado: si los síntomas ocurren con todas las parejas y en cualquier circunstancia.
- Situacional: si los síntomas ocurren en ciertas posiciones, tipo de estímulo o compañero específico. Ejemplo, el dolor está presente con la penetración del pene, pero no cuando se le examina con el espéculo o se inserta un tampón.

De acuerdo a lugar de presentación del dolor:

- Superficial: a la entrada del introito vaginal o durante la penetración.
- Profundo: a la penetración profunda y durante los movimientos coitales.

Vaginismo

El vaginismo es el espasmo involuntario y recurrente de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito y genera tensión o dificultad en las relaciones interpersonales.

Se ha visto que el dolor es debido a una gran variedad de posibles causas educativas, psicológicas y emocionales. El vaginismo puede considerarse por algunos autores como un mecanismo de defensa fóbico, en la mayoría de las veces

secundario a experiencias psicosexuales negativas (Becerra Alfonso, 2015). Se reconoce un aumento del tono del piso pélvico como posible componente del dolor que involucra al vaginismo.

Se reconoce un aumento del tono del piso pélvico como posible componente del dolor que involucra al vaginismo; sin embargo, algunos autores dudan de la existencia en todos los casos de este espasmo (Negrín Pérez, 2015).

Clasificación de los tipos de vaginismo según la clasificación de Lamont (Cortés y Perez, 2010):

Grado I: espasmo del elevador del ano que desaparece al conversar y tranquilizar al paciente.

Grado II: espasmo del elevador del ano que persiste durante el examen ginecológico, urológico o proctológico.

Grado III: espasmo del elevador del ano o cualquier tensión de glúteos, a cualquier tentativa de exploración ginecológica.

Grado IV: moderada excitación, espasmo del elevador del ano, arqueamiento del dorsal, abducción del muslo, defensa y retracción.

Grado V: extrema defensa de excitación neurovegetativa con negativa a la explicación ginecológica.

Fisioterapia del piso pélvico

La fisioterapia pélvica se centra en la prevención y el tratamiento de todos los tipos de trastornos funcionales de la región abdominal, pélvica y lumbar en mujeres, varones, niños y ancianos (Berghmans, 2006). Trata las limitaciones y discapacidades físicas, restaura la función, la movilidad y promueve el alivio del dolor. En los trastornos pélvicos, actúa en la prevención y el tratamiento de disfunciones de los distintos sistemas, urológico, fecal, ginecológico y sexual (Revista diagnóstico & tratamiento, 2017).

Los programas de reentrenamiento de los músculos del suelo pélvico han de cubrir dos aspectos:

- Permitir que las estructuras de la pelvis se mantengan en su posición adecuada.
- Que sean capaces de responder de forma inmediata a los incrementos bruscos de presión abdominal.

En el manejo kinésico de la DPP y ,para facilitar la comprensión, podemos distinguir tres etapas básicas. La primera etapa incluye el diagnóstico kinésico, la información

y educación del paciente; la segunda, que constituye el tratamiento propiamente tal; y la tercera etapa de mantención (Galvez y Cid, 2000).

Etapa I evaluación

Esta etapa es fundamental, ya que además del objetivo principal, que es evaluar clínicamente al paciente.

En la primera visita, el kinesiólogo especialista en piso pelviano hace una detallada historia clínica, educa al paciente respeto a su patología y el rol que cumple la musculatura del pelviano en la recuperación.

Etapa II tratamiento

En esta etapa está focalizada en el entrenamiento muscular del piso pélvico (EMPP) y la reeducación funcional. Se distingue a su vez ciertos pasos fundamentales, como es inicialmente el trabajo de localización y disociación del piso pelviano.

El segundo paso en esta etapa es desarrollar cualidades musculares como es la coordinación, fuerza, resistencia y velocidad, sin olvidar la normalización del tono basal.

El entrenamiento funcional se centra por una parte en la reeducación de los órganos involucrados en el cuadro clínico a tratar y por otra parte en el rol activo de la MPP en esta función.

Etapa III mantención y seguimiento

Esta etapa es muy importante para mantener los resultados a largo plazo. Si bien el tratante educa y enfatiza la necesidad de mantener su rutina de ejercicios en el tiempo, dependerá casi en su totalidad de la adherencia del paciente. Es por eso que se sugiere seguimiento y control, en especial en aquellas pacientes con mayor riesgo o personalidad poco metódica. (Fuentes y Venegas, 2013).

Se necesitan 10-15 sesiones en promedio para alcanzar los objetivos preestablecidos y obtener una mejoría de los síntomas. Las sesiones pueden espaciarse en el tiempo cuando se alcanzan los objetivos, para que el autoentrenamiento en el domicilio se vuelva predominante y se pueda prolongar en tratamiento en el tiempo. (Billecocq, 2020)

Marco metodológico

Estrategia de búsqueda de la investigación

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica para sintetizar los resultados de varias investigaciones sobre el siguiente tema “Eficacia de la fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas generadas por dolor”.

Se realizó una búsqueda de artículos durante los meses de junio y julio del año 2021 en las bases de datos Scielo, Google Académico y Pubmed publicados entre el año 2010 al 2021.

Se consideraron estas bases de datos ya que las mismas ofrecen investigaciones nacionales e internacionales con información actualizada.

Los descriptores que se utilizaron para la búsqueda fueron: disfunción sexual femenina, dispareunia, vaginismo, hipertonía del suelo pélvico, fisioterapia y rehabilitación (en el idioma español) y dyspareunia, vaginismus, pelvic floor hypertonia, physiotherapy and rehabilitation (en el idioma inglés) y lo mismo con su variante en portugués.

Criterios de inclusión

- Artículos publicados en los años 2010-2021.
- Artículos con textos en idioma español, inglés y portugués.
- Investigaciones primarias y revisiones.
- Mujeres no menopáusicas.
- Investigaciones realizadas en pacientes mujeres con disfunción sexual, dispareunia y vaginismo.
- Investigaciones que traten exclusivamente vaginismo y/o dispareunia o que las incluyan.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron aquellas investigaciones que no estén comprendidas entre los años 2010 y 2021.
- Investigaciones pilotos, estudios de caso.
- Mujeres menopáusicas, con cáncer, histerectomías, endometriosis.
- Artículos en los cuales se utilicen fármacos como parte del tratamiento.
- Se excluyeron aquellos artículos en donde abordaran exclusivamente la anorgasmia, trastorno del deseo sexual y excitación, vulvodinia, incontinencia urinaria o fecal, prolapso o cualquier alteración que provoque disfunción sexual que no sea por dolor.

Hipótesis de la investigación

La fisioterapia es eficaz para el abordaje de las disfunciones sexuales femeninas generadas por dolor.

Análisis y presentación de los resultados

En el siguiente cuadro se da a conocer una síntesis de los criterios de inclusión y exclusión que se tuvieron en cuenta a la hora del análisis y la selección de los artículos y poder, finalmente, incluir aquellos que dieron respuesta a los objetivos planteados.

1º fase	Se realizó una búsqueda de artículos en las ya mencionadas bases de datos y se encontraron un total de 293 artículos en Google Académico, 69 en Pubmed y 260 en Scielo. Se descartaron aquellos en los cuales no se podía acceder al material completo.
2º fase	Se procedió a realizar una lectura del título y resumen de cada artículo. Se descartaron aquellos que no estaban relacionados con el tema a investigar o que en sus investigaciones hayan estado incluidas mujeres en período de menopausia, con cáncer, histerectomías o endometriosis, quedando un total de 23 artículos en Google Académico, 6 en Pubmed y 17 en Scielo.
3º fase	Se excluyeron aquellos estudios en donde hayan sido pilotos, descripción de un caso clínico y se incluyeron revisiones sistematizadas, revisiones bibliográficas, ensayos clínicos controlados y aleatorizados, quedando un total de 3 artículos en Pubmed, 8 artículos en Google Académico y 1 en Scielo.

En el siguiente diagrama de flujo se muestra un resúmen de la cantidad de artículos encontrados con su correspondiente base de datos y los números finales una vez pasado por el proceso de análisis teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Los artículos fueron agrupados según el tema de estudio que investigaron: a continuación, se realizó un cuadro con las descripciones generales de cada artículo seleccionado:

Artículos que incluyeron al vaginismo y/o dispareunia en su investigación.	*Artículos que hayan investigado exclusivamente la fisioterapia en el vaginismo.*	*Artículos que hayan investigado exclusivamente la fisioterapia en la dispareunia.*
(2010) Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas.	(2015) A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo.	(2015) Efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea en el piso pélvico evaluada mediante trazo electromiografía en mujeres con dispareunia superficial antes y después del tratamiento.
(2015) Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas.	(2021) Intervencoes fisioterapéuticas no tratamento do vaginismo.	(2016) Perineal Massage Improves the Dyspareunia Caused by Tenderness of the Pelvic Floor Muscles.

(2017) Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas.		(2019) Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial.
(2017) Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas.		(2020) Efeito da Fisioterapia Pélvica nas Disfunções Sexuais da Mulher: Revisão Integrativa da Literatura.
(2020) Fisioterapia na disfunção sexual da mulher: revisão sistemática.		
(2018) Physioterapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource.		

Título: **Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial.**

Autor/es, país, año: Ghaderi, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Asghari Jafarabadi, M. y Berghmas, B. Irán, 2019.	**Objetivos**: El objetivo de este estudio clínico controlado aleatorizado fue evaluar los efectos de las técnicas de rehabilitación del suelo pélvico sobre la dispareunia.	**Materiales y métodos**: De 84 mujeres, evaluadas para determinar su elegibilidad, 64 mujeres con dispareunia fueron aleatorizadas en dos grupos: el experimental grupo (n = 32) recibió electroterapia, terapia manual y ejercicios de PFM y el grupo de control (n = 32) no recibió tratamiento mientras en la lista de espera. Las evaluaciones de la fuerza y la resistencia de la PFM, la función sexual y el dolor se realizaron directamente antes y después 3 meses de tratamiento y a los 3 meses de seguimiento.
Conclusiones: Según los resultados, la rehabilitación del suelo pélvico es una parte importante del tratamiento multidisciplinario para la dispareunia.		

Título: **Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles.**		
Autor/es, país, año: Moreira da Silva, A., Montenegro, M., Ferreira Gurian, M., Moreira de Souza Mitidieri, A., Alves da Silva Lara, L. y Poli-Neto, O. Brasil, 2016.	**Objetivos**: Evaluar la eficacia a largo plazo del masaje de Thiele perineal en el tratamiento de mujeres con dispareunia causada por dolor a la palpación de los músculos del suelo pélvico.	**Materiales y métodos**: Un total de 18 mujeres con diagnóstico de dispareunia causada por dolor a la palpación de los músculos del suelo pélvico se incluyeron en el estudio. Las mujeres se dividieron en dos grupos: el grupo de dispareunia (D) - 8 mujeres con dispareunia causada por dolor a la palpación de los músculos del suelo pélvico; y el grupo de dolor pélvico crónico (CPP): 10 mujeres con dispareunia causada por dolor a la palpación de los músculos del suelo pélvico asociado con CPP. Cada paciente llenó la Escala Visual Analógica (EVA), el Índice de Dolor de McGill, el Índice de función sexual femenina (FSFI) y escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). Después de una evaluación, las mujeres se sometieron a un masaje transvaginal utilizando la Técnica de Thiele durante un período de 5 minutos, una vez a la semana durante 4 semanas
Conclusiones: El masaje de Thiele es eficaz en el tratamiento de la dispareunia causada por sensibilidad de los músculos del suelo pélvico con un alivio del dolor a largo plazo.		

<table>
<tr><td colspan="3">Título: Efeito da Fisioterapia Pélvica nas Disfunções Sexuais da Mulher: Revisão Integrativa da Literatura.</td></tr>
<tr><td>Autor/es, país, año: Lucía da Luz, E. y Barbosa Rzniski, T.

Brasil, 2020.</td><td>Objetivos: El objetivo de esta investigación es realizar una revisión integradora con el fin de identificar los efectos de la fisioterapia pélvica en las disfunciones sexuales de la mujer.</td><td>Materiales y métodos: Se trata de un estudio de revisión integradora de la literatura, con búsqueda bibliográfica de artículos científicos publicado en las bases de datos SciELO, LILACS, Science Direct y PubMed, con los descriptores fisioterapia, disfunción sexual y salud de la mujer combinados entre sí en inglés y portugués. La búsqueda se realizó entre enero y junio de 2020 y no se utilizó como criterio de selección el año de publicación.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Conclusiones: Con base en esta revisión, se puede concluir que las conductas fisioterapéuticas en las disfunciones sexuales de las mujeres se presentan satisfactoriamente, con una mejora significativa en hasta diez visitas. Las técnicas cubiertas incluyen entrenamiento de los músculos del piso pélvico,electroterapia y procedimientos manuales. Aún así, se necesita más investigación en el área, con el objetivo de mejorar la disfunción sexual en mujeres y, en consecuencia, su calidad de vida.</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="3">Título: Physiotherapy for pelvic pain and female sexual dysfunction: an untapped resource.</td></tr>
<tr><td>Autor/es, país, año: Berghmans, B.

Países Bajos, 2018.</td><td>Objetivo:</td><td>Materiales y métodos: Se realizaron búsquedas manuales y asistidas por computadora y una evaluación de la calidad metodológica para los metanálisis revisiones sistemáticas y ensayos controlados aleatorios (ECA) publicados entre 1990 y 2017 que investigan la clasificación, evaluación y tratamiento (fisioterapéutico) del dolor pélvico y / o MS femenina.Opiniones de expertos fueron buscadas a través de entrevistas.</td></tr>
<tr><td colspan="3">Conclusiones: Debido a su enfoque holístico, la fisioterapia puede contribuir significativamente a la evaluación multidisciplinaria y tratamiento de CPP y MS femenina.</td></tr>
</table>

Título: **A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo**.		
Autor/es, país, año: Tomen, A., Fracaro, G., Carneiro Nunes, E. y Latorre, G. Brasil, 2015.	**Objetivos**: El objetivo fue investigar la importancia de la fisioterapia pélvica y los recursos utilizados en el tratamiento de mujeres con vaginismo.	**Materiales y métodos**: Se realizó una revisión bibliográfica, teniendo como base de datos Lilacs, PubMed y SciELO e incluyendo tesis, documentos legales y libros sobre el tema, entre 2001 y 2014.
Conclusiones: Se concluyó que la fisioterapia pélvica tiene un efecto significativo en la calidad de vida y satisfacción sexual de las mujeres con este trastorno sexual.		

Título: Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas.		
Autor/es, país, año: Trindade, S. y Luzes, R. Brasil, 2017.	**Objetivos**: El objetivo de este trabajo es mostrar la importancia de la fisioterapia ginecológica y el desempeño del fisioterapeuta en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.	**Materiales y métodos**: Se realizó una búsqueda en las bases de datos Scielo, Google Académico, Biblioteca Virtual en Salud y un libro “Fisioterapia aplicada a la obstetricia”. El periodo de investigación bibliográfica fue de agosto de 2016 a abril de 2017. Los artículos que utilizaron kinesioterapia, biofeedback, electroestimulación y terapia manual, utilizando estas técnicas asociadas o no para el tratamiento de la dispareunia, el vaginismo, la anorgasmia y el trastorno del deseo y la excitación.

Conclusiones: La fisioterapia tiene varios recursos para el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas, como la cinesiterapia, electroterapia, terapia manual y una combinación de estas técnicas. No fueron observadas contraindicaciones de las técnicas utilizadas para el tratamiento.

Título: Fisioterapia na disfunção sexual da mulher: revisão sistemática.		
Autor/es, país, año: Souza, L., Alves Pereira, E., Silva Vasconcelos, E. y Paixao Pereira, W. Brasil, 2020.	**Objetivos**: El objetivo de este estudio fue discutir el papel de los fisioterapeutas en el tratamiento de la disfunción sexual femenina.	**Materiales y métodos**: Esta es una revisión sistemática en las bases de datos PEDro y Pubmed. La encuesta se realizó del 15 de junio de 2019 al 15 de octubre de 2019. Se incluyeron artículos en inglés con los descriptores fisioterapia, disfunción sexual Femenina, mujeres y tratamiento de fisioterapia, con delimitación de enero de 2014 a octubre de 2019. Para la base PEDro solo se consideran los artículos con calificaciones superiores a siete que se clasifican como estudios de alta calidad. Todos los artículos seleccionados fueron sometidos a una evaluación de calidad mediante el método JADAD.
Conclusiones: Los artículos confirmaron que la fisioterapia tiene un papel relevante en el tratamiento de disfunciones sexuales, aunque esta actuación aún es escasa. El estudio demostró que la fisioterapia juega papel importante en el tratamiento de la disfunción sexual de mujeres destacando las técnicas de masaje, kinesioterapia (ejercicio de Kegel), terapia manual y el uso de conos		

vaginales y electroestimulación teniendo efectos positivos sobre el orgasmo en la mejora de la dispareunia, satisfacción sexual y libido.

Título: **Intervencoes fisioterapéuticas no tratamento do vaginismo.**		
Autor/es: Lima, A., Araujo, I., Brito, I., Dantas, L. y Galindo Santana, A. Brasil, 2021.	**Objetivos**: El principal objetivo de este estudio es demostrar los tratamientos de fisioterapia realizados en mujeres con vaginismo.	**Materiales y métodos**: La metodología aplicada será una revisión de la literatura sobre intervenciones fisioterapéuticas en el tratamiento del vaginismo, en bases de datos disponibles en Internet (Pubmed y Scielo), en publicaciones periódicas, en canales de congresos científicos y trabajos de conclusión de cursos. Los datos recopilados se describen y presentan en forma discursiva, comparando los diversos resultados de los tratamientos realizados, de las investigaciones publicadas, con el fin de demostrar que la fisioterapia puede ayudar en el tratamiento del vaginismo.
Conclusiones: Se concluye que, a la vista de los argumentos presentados, la sexualidad sigue siendo un tema tabú. Las causas psicológicas son las principales causas del vaginismo y su tratamiento requiere un equipo multidisciplinario compuesto por fisioterapeutas, psicólogos y ginecólogos. La fisioterapia, como ya se ha comentado, tiene un papel importante en la parte física. La psicología, por su parte, actuará en el análisis de la historia de vida del paciente con el fin de comprender cómo surgieron esos síntomas, imponiendo un módulo psicoeducativo sobre la sexualidad, enseñándole al paciente una nueva forma de ver el sexo y para ella misma.		

Título: **Atuação da fisioterapia nas disfunções sexuais.**		
Autor/es, país, año: Sartori, D., Oliverira, C., Tanaka, E. y Ferreira, L. Brasil, 2018.	**Objetivos**: El objetivo de esta revisión fue identificar las principales disfunciones sexuales y verificar la intervención de la fisioterapia en ellos a través de una revisión de la literatura.	**Materiales y métodos**: Esta es una revisión de la literatura y dicha investigación se realizó en las bases de datos electrónicas Scielo y Pubmed. Se incluyeron diferentes revisiones para presentar y discutir el tema. Como criterio de inclusión se tuvieron en cuenta aquellas revisiones de la literatura de libre acceso, publicaciones en revistas nacionales e internacionales, y el material en el idioma portugués, inglés y español. La recolección de datos se llevó a cabo de marzo a julio de 2016.
Conclusiones: Existen diferentes terapias descritas en la literatura, incluyendo kinesioterapia, electroestimulación, gimnasia hipopresiva, biofeedback, conos vaginales y terapia manual. La falta de estandarización de los tratamientos de las disfunciones sexuales femeninas hace que sea difícil completar la mejor terapia. Sin embargo, todos los estudios mostraron mejoras de los síntomas asociados con disfunciones sexuales, demostrando los beneficios de la fisioterapia. Todavía así, se necesitan más ensayos controlados.		

Título: **Fisioterapia no tratamento das disfunções sexuais femininas.**		
Autor/es, país, año: Camara, L., Filoni, E. y Faní Fitz, F. Brasil, 2015.	**Objetivos**: Demostrar la importancia y la eficacia del tratamiento de fisioterapia en disfunciones sexuales femeninas a través de una revisión de la literatura.	**Materiales y métodos**: Esta es una revisión de la literatura de las publicaciones entre enero de 1952 y julio de 2013. Se utilizaron las bases de datos Medline, Pubmed, Pedro, Scielo y Lilacs. Fueron incluidos estudios en el Idiomas portugués e inglés, aleatorizados y controlados, y también ensayos clínicos que evaluaron el papel de la fisioterapia en el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. No se incluyeron artículos de revisión narrativa, editoriales y estudios de casos.
Conclusiones: Se concluye que la fisioterapia, con sus diversos recursos, está indicada para el tratamiento de disfunciones sexuales femeninas. No se observaron contraindicaciones, pero existe la necesidad de más ensayos controlados aleatorios con un tamaño de muestra mayor.		

Título: Efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea en el piso pélvico evaluada mediante trazo electromiográfico en mujeres con dispareunia superficial antes y después del tratamiento.		
Autor/es, país, año: Sánchez, S. y Miranda, E. México, 2015.	**Objetivos**: Nos planteamos la posibilidad de que exista una diferencia en el trazado electromiográfico en aquellas mujeres con diagnóstico de dispareunia superficial antes y después de un programa de tratamiento con rehabilitación de piso pélvico con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea intravaginal.	**Materiales y métodos**: Ensayo clínico intragrupos. Mujeres con dispareunia superficial recibieron rehabilitación de piso pélvico con estimulación nerviosa eléctrica transcutánea. Se evaluó el trazado electromiográfico antes y después del tratamiento.
Conclusiones: La estimulación nerviosa eléctrica transcutánea es una técnica de rehabilitación eficaz para el tratamiento de la dispareunia.		

Título: **Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfunções sexuais femininas.**

Autor/es, país, año: Piassarolli, V., Hardy, E., Andrade, N., Ferreira, N. y Osis, M. Brasil, 2010.	**Objetivos**: Evaluar el efecto del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico (PTMI) sobre las disfunciones sexuales mujer.	**Materiales y métodos**: Para este ensayo clínico con un enfoque de antes y después, incluidas 26 mujeres que tenían un diagnóstico de disfunción sexual (trastorno del deseo sexual, excitación orgásmica y / o dispareunia). Los participantes fueron validados antes, al final del tratamiento (después de cinco sesiones) y en el último año de tratamiento (después de dos sesiones), por palpación vaginal bidigital (evaluación de la fuerza de dos músculos pélvicos-MAP), electromiografía (EMG) intravaginal (captura de amplitudes de contracción de PFM) e índice de función sexual femenina (FSFI), cuestionario de respaldo de la función sexual. Dado que las mujeres se someten al TMAP en diferentes posiciones, durante diez sesiones (una o dos veces por semana). Para el análisis estadístico, utilice frecuencias absolutas y relativas para las características clínicas y fuerza de MAP, prueba de Friedman. Se utilizó para comparar dos

		puntuaciones en dos dominios de la FSFI y valores EMG, t de Student para la asociación entre estos valores y características de las mujeres y Wilcoxon para modificación porcentual de la EMG. La prueba de Mann-Whitney permitió comparar estos valores con las características clínicas. Para correlacionar los valores EMG con la puntuación total media, se utilizó la prueba de correlación de Spearman adoptado nivel de significancia de $p < 0.05$.
Conclusiones: TMAP resultó en una mejora de la fuerza muscular y amplitudes de contracción por EMG, con función sexual mejorada, lo que indica que este enfoque terapéutico se puede utilizar con éxito en el tratamiento de disfunciones sexuales femeninas.		

Conclusión

Luego de hacer una lectura analítica de cada uno de los artículos, puedo afirmar que la fisioterapia es eficaz para tratar las disfunciones sexuales femeninas generadas por dolor.

Como se ha mencionado a lo largo de este trabajo de revisión, las disfunciones sexuales femeninas tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres y, tras un análisis de los resultados, se pudo demostrar que la intervención de la fisioterapia ha contribuido significativamente a la mejora de la función sexual y calidad de vida de las mujeres.

Dentro de los artículos seleccionados, y respondiendo al objetivo general, se incluyeron ensayos clínicos que demuestran la efectividad que tiene el tratamiento fisioterapéutico para tratar los problemas de disfunción sexual generados por dolor, particularmente de la dispareunia. Dentro de estos artículos mencionados tenemos a Ghaden Et al. (2019) en un ensayo clínico controlado y aleatorizado desarrollaron los efectos de las técnicas de rehabilitación del suelo pélvico en la dispareunia. Un total de 64 mujeres con dispareunia fueron divididas aleatoriamente en dos grupos, uno experimental y otro control. El grupo experimental recibió electroterapia, terapia manual y terapia de fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y el grupo control no recibió ningún tratamiento. Los resultados mostraron una mejoría significativa del grupo experimental en comparación al grupo control. También tenemos un estudio realizado por Solano Sánchez Et al. (2015), a través de un ensayo clínico intragrupos, 16 mujeres con dispareunia superficial recibieron rehabilitación del suelo pélvico con estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS). En los resultados que se presentan, la diferencia de medias de los uVolts obtenidos durante la contracción máxima en reposo es estadísticamente significativa y son muy evidentes los cambios obtenidos posteriores a la rehabilitación del piso pélvico con la aplicación intravaginal de estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, concluyendo que es segura y efectiva.

En un ensayo clínico abierto, paralelo y no aleatorizado, Moreira da Silva Et al. (2016) demostraron que el masaje de Thiele es un método eficaz a largo plazo para el tratamiento de la dispareunia causada por dolor a la palpación de los músculos del suelo pélvico. Es una técnica sencilla, fácil de aprender y se puede aplicar sin riesgo alguno.

En relación a lo planteado en unos de los objetivos específicos “determinar el rol de la kinesiología pélvica en el tratamiento de las disfunciones sexuales” Trindade Et al. (2017) mencionan el trabajo de la fisioterapia en las disfunciones sexuales de la mujer, el cual consiste en el fortalecimiento de la musculatura del suelo pélvico, la mejora de la conciencia corporal durante la contracción de los músculos del suelo pélvico, estimulando su fortalecimiento y relajación, promoviendo una mejora de la actividad sexual, disminuyendo cualquier dolor para una vida sexual más placentera.

Sartori et al. (2018) también hace mención del desempeño de la fisioterapia en las disfunciones sexuales, la cual tiene como objetivo mejorar la flexibilidad de los músculos del piso pélvico que conducen al alivio del dolor pélvico y/o abdominal.

En lo que respecta a las técnicas utilizadas y su beneficio terapéutico, existen varias técnicas para tratar dichos trastornos. Entre ellas, y mencionadas en en la mayoría de los artículos incluidos, encontramos la terapia manual, la electroestimulación, el biofeedback, la kinesioterapia y el uso de conos vaginales. Cada una de estas técnicas aportan algún tipo de estimulación, sensación, siendo de gran beneficio para el abordaje de dichos trastornos. Apoyándonos en los artículos investigados, Tomen Et al. (2015), en una revisión bibliográfica, plantea el abordaje fisioterapéutico para tratar el vaginismo. Dicho abordaje tiene en cuenta las técnicas de kinesioterapia, siendo una técnica útil para mejorar la percepción, la conciencia corporal y la vascularización en la zona pélvica, la electroestimulación, que es el empleo de corrientes eléctricas que fortalecen y reeducan los músculos, disminuyen el edema, alivian el dolor, el biofeedback que es una forma de concientizar sobre nuestro propio cuerpo en general y el suelo pélvico en particular a través de estímulos táctiles, visuales, auditivos y eléctricos, la terapia manual que está constituida por un conjunto de métodos con intención terapéutica o preventiva donde se aplican maniobras de forma táctil o manual sobre el tejido muscular, óseo, conjuntivo o nervioso y los dilatadores vaginales son una técnica de dilatación gradual con dilatadores de silicona u otro material que colocan en el canal vaginal proporcionando una mejor abertura vaginal y ayudando con la ansiedad a la penetración. Los dilatadores proporcionan un fortalecimiento de la musculatura del piso pélvico, disminuyendo la sensibilidad a la penetración, beneficia la percepción de la MPP, permitiendo el control de la relajación.

Todos los artículos incluidos coinciden en la participación de la fisioterapia para tratar los problemas de disfunción sexual. No solo es importante la mirada de la fisioterapia, sino la participación de un equipo multidisciplinario que aporten diferentes herramientas para tratar dicho problema. Camara Et al. (2015), a través de una revisión de la literatura, menciona a la terapia cognitiva conductual como parte del tratamiento para tratar el vaginismo, ya que permite identificar los problemas que pueden llegar a causar disfunciones sexuales ayudando a calmar la ansiedad. El tratamiento psicológico y la fisioterapia pueden contribuir para obtener mejores resultados en el tratamiento de las disfunciones sexuales.

Alves Lima Et al. (2021) concluye en su revisión sistemática que las causas psicológicas son las principales para ocasionar vaginismo y su tratamiento requiere de un equipo multidisciplinario que incluya el área de ginecología, fisioterapia y psicología.

Muchos de los artículos de revisión mencionados coinciden que faltan más ensayos clínicos controlados y aleatorizados que comparen la eficacia de las técnicas para que se pueda desarrollar una práctica clínica basada en la evidencia y protocolos

para determinar sus efectos a largo plazo en el plan de tratamiento de mujeres con disfunción sexual generada por dolor.

Otras de las observaciones que se presentaron en la mayoría de los artículos incluidos es que la fisioterapia no solo mejora la calidad de vida de las mujeres, sino que no presentan contraindicaciones o algún riesgo que atente contra la salud, siempre y cuando se realicen con profesionales capacitados y con la dosificación terapéutica correspondiente para cada caso en particular.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, una de las debilidades de este trabajo es que lo conforman pocos ensayos clínicos controlados y aleatorizados. Además de la falta de ECCA, la muestra de los artículos incluidos es relativamente pequeña, considerando la mayor población la participación de 64 mujeres en uno de los estudios. Otra de las debilidades es la falta de datos en Argentina sobre la prevalencia de las distintas disfunciones sexuales femeninas, por lo que abro la posibilidad de una investigación respecto a eso.

Bibliografía

Alcantería Montero, A. & Sánchez Carnerero, C.I. (2015). *Disfunción sexual femenina: opciones de tratamiento farmacológico*. Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).

Amaral, P. & Santos, M.D. (2017). *Intervenção da fisioterapia uroginecológica no tratamento coadjuvante do vaginismo*. Visão Universitária.

Becerra Alfonso, YA. (2015). *Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia.* Med. UIS. 2015;28(3):267-72.

Bechara, A., Casabé, A. & Bertolino, V. (2002). *Disfunción sexual femenina*. Rev. Arg. de Urol. Vol 67.

Berghmans, B. (2006). *El papel del fisioterapeuta pélvico*. Actas. Urol. Esp.

Billecocq, S., Cornillet-Bernard, M., Vallancogne, G. & Deffieux. 2020. *Rehabilitación pelviperineal*. EMC- Tratado de Medicina.

Camara, L.L., Filoni, E. & Fitz, F. (2015). *Fisioterapia no tratamento das disfuncoes sexuais femininas*. Fisioterapia Brasil.

Carboni, C., Schvartzman, R. y da Rosa, P. (2013). *La importancia del fisioterapeuta pélvico en las disfunciones sexuales femeninas*. Revista Cubana de Urología.

Carrillo, K & Sanguinetti, A. (2013). *Anatomía del suelo pélvico*. Rev. Med. Clin. Condes.

Chen, C., Lin, Y., Chiu, L., Chu, Y., Ruan, F., Liu, W. y Wang, P. (2013). *Female Sexual Dysfunction: Definition, classification and debates*. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology. Elsevier.

Fuentes, B. & Venegas, M. (2013). *Rol del kinesiólogo en una unidad de piso pelviano.* Rev. Med. Clin. Condes. 2013;24(2)305-312.

Gadheri, F., Bastani, P., Hajebrahimi, S., Jafarabadi, M., Berghmans, B. (2019). *Pelvic floor rehabilitation in the treatment of women with dyspareunia: a randomized controlled clinical trial. International* Urogynecology Journal.

Gálvez, G. & Cid, R. (2000). *Unidad de suelo pélvico*. Clínicas Urológicas de la Complutense.

García Martín, A.I., Del Olmo Cañas, P., Carballo Moreno, N., Medina Varela, M., González Lluva, C. & Morales de los Ríos Luna, P. (2006). *Reeducación del suelo pélvico*. Asociación Española de Enfermería en Urología.

Garrido, R. H. 2012. *Dolor pélvico crónico desde la perspectiva del dolor*. Rev. Med. Clin. Condes.

Gómez Lodoño, M., Castaño Botero, J.C. & Saldarriaga Hernández, E.C. (2015). *Trastornos de la contracción de los músculos del piso pélvico femenino*. Sociedad Colombiana de Urología (SCU). Publicado por Elsevier España.

Gonzalez, M., Dios Blanco, E., Ortega, L., & Maurisset Moraguez. (2020). *Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor*. Revista Cubana de Medicina Militar.

Gutiérrez Teira, B. (2010). *La respuesta sexual humana*. 2010;6(10):543-546.

Itza, F., Zarza, D., Serra, L., Gómez-Sancha, F., Salinas, J. & Allona-Almagro. (2009). *Síndrome de dolor miofascial del suelo pélvico: una patología urológica muy frecuente.* Actas Urol Esp. 2010;34(4):318-326.

Kingsberg, S. & Terri Woodard, M.D. (2015). *Disfunción sexual femenina.* Obstet Gynecol 2015;125;477-86.

Lazcano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutierrez-Castrellón, P., Angeles-Lleneres, A., Hernández-Garduño, A. & Viramontes, J.L. (2004). *Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones y regulación*. Salud Pública de México.

Lima, A., Araújo, I., Lima de Brito, I., Silva Dantas, L. & Santana. A.F. (2021). *Intervencoes fisioterapéuticas no tratamento do vaginismo*. Ciéncias Biológicas de Saúde Unit.

Lucia da Luz, E. & Rzniski, T. (2020). *Efeito da fisioterapia pélvica nas disfuncoes sexuais da mulher: Revisao Integrativa da Literatura*. Rev Bras Terap e Saúde. 2020;11(2):13-17.

Martínez Perea, R., Martínez Torres, J., Rodríguez Adams, E., García Delgado, J.A., Díaz Acosta, D. & Abreu Pérez, Y. (2021). *Fisioterapia en el dolor pélvico crónico*. Invest Medicoquir 2012(enero-junio);4(1):20-30.

Moreira da Silva, A.P., Montenegro, M.L., Ferreira Gurian, M.B., Mitidieni, A., Alves da Silva Lara, L. & Poli-Neto, O.B. (2016). *Perineal massage improves the dyspareunia caused by tenderness of the pelvic floor muscles*. Rev.Bras.Ginecol.Obstret.

Muñoz, A. y Camacho, P. (2016). *Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.

Negrín Pérez, MC. (2010). *Disfunciones sexuales femenninas: trastornos dolorosos sexuales*. Ginecol. Obstet. Mex. 2010;78(7): S527-S548.

Negrín Pérez, MC. (2015). *Trastornos dolorosos sexuales. Guía de práctica clínica*. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia.

Parma, P. (2010). *Aplicaciones clínicas de técnicas fisioterapéuticas en disfunciones miccionales y de piso pélvico*. Confederación Americana de Urología.

Pelier, B. & García, J.M. (2020). *Rehabilitación física del suelo pélvico: ejercicios de Kegel y gimnasia abdominal hipopresiva*. Invest. Medicoquir.

Pena Outetriño, J.M., Pérez, A.J., Villodres, A., Mármol Navarro, S. & Lozano Blasco, J.M. (2007). *Tratamiento de la disfunción del suelo pélvico*. Actas Urológicas Españolas. 2007;31(7):719-731.

Pérez, M. (2010). *Disfunciones sexuales femeninas: trastornos dolorosos sexuales*. Ginecol. Obstret. Mex. 2010;78(7): S527-S548.

Piassarolli, V., Hardy, E., Andrade, N., Ferreira, N. & Osis, M.J. (2010). *Treinamento dos músculos do assoalho pélvico nas disfuncoes sexuais femininas*.

Pró, E. (2012). Anatomía clínica, 1º edición en formato digital. Buenos Aires: Médica Panamericana.

Rochera, M. (2010). *Fisioterapia en las Disfunciones Sexuales Femeninas.* Editorial Club Universitario.

Sánchez, S.R. & Miranda, E.P. (2015). *Efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutanea en el piso pélvico evaluada mediante trazo electromiografico en mujeres con dispareunia superficial antes y después del tratamiento*. An.Med (Mex) 2015;60(2):104-109.

Santiago, S. (2020). *Disfunción sexual femenina por deterioro de la musculatura del suelo pélvico tras el proceso de embarazo y parto. Programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico*. NPunto.

Sartori, D., Oliveira, C., Tanaka, E.Z. & Ferreira, L. (2018). *Atuacao da fisioterapia nas disfuncoes sexuais*. 2018;46(1):32-37.

Schvartzman, R., Schvartzman, L., Ferreira, C.F., Vettorazzi, J., Bertoto, A. & Wender, M. C. (2019). *Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial*. Journal of Sex & Marital Therapy.

Souza, L., Pereira, E., Silva Vasconcelos, E. y Pereira, W. (2020). *Physiotherapy in women 's sexual dysfunction: systematic review*. Rev.Cien. Saúde.

Tomen, A., Fracaro, G., Nunes, E.F. & Latorre, G.F. (2015). *A fisioterapia pélvica no tratamento de mulheres portadoras de vaginismo*. Rev.Cienc.Campinas. 24(3):121-130.

Trindade, S. & Luzes, R. (2017). *Atuação do fisioterapeuta nas disfunções sexuais femininas*. Revista discente da UNIABEU.