



Artículo (Monográfico)

Efectividad de los Tratamientos Psicológicos y Fisioterapéuticos Para el Trastorno de Dolor Genito-Pélvico/Penetración. Una Revisión Sistemática

M^a Pilar López Muñoz  y Carmen Santín Vilarino 

Universidad de Huelva, España

INFORMACIÓN

Recibido: Abril 2, 2024
Aceptado: Abril 24, 2024

Palabras clave:

Dolor Genito-Pélvico
Dyspareunia
Vaginismo
Suelo Pélvico
Efectividad de Tratamiento

RESUMEN

El trastorno de dolor genito-pélvico/penetración (GPPPD) ocupa la tercera causa de disfunciones sexuales femeninas, manifestándose tanto en etapas reproductivas como post-reproductivas. Posee una etiología multifactorial y, como tal, requiere un tratamiento multidisciplinario. Esta revisión sistemática tiene el objetivo de conocer la efectividad de los tratamientos psicológicos y fisioterapéuticos, o la combinación de ambos, que se han llevado a cabo en los últimos diez años en mujeres adultas con diagnóstico de GPPPD. 16 estudios indexados en las bases de datos PsycINFO, Scopus y Medline fueron seleccionados. Se encontraron evidencias de la efectividad de la terapia física, especialmente cuando la manipulación se centra en la musculatura del suelo pélvico. También, mostraron resultados significativos la exposición gradual a través de dilatadores, y otros componentes de la terapia cognitivo-conductual y terapia sexual. Estas técnicas no solo disminuyen el dolor genito-pélvico y capacitan a la mujer para la penetración, sino que mejoran la función sexual en general. La implicación de la pareja resultó favorable en el proceso. Asimismo, la terapia grupal y la modalidad de internet también merecen ser contempladas por su efectividad. Por el contrario, no se han encontrado evidencias de que la terapia EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) repercuta positivamente en la tasa de coito, aunque sí sobre otros aspectos relacionados con la experiencia del dolor.

Effectiveness of Psychological and Physiotherapeutic Treatment For Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. A Systematic Review

ABSTRACT

Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder (GPPPD) ranks as the third leading cause of female sexual dysfunctions, appearing in both reproductive and post-reproductive stages. It has a multifactorial etiology and because of this it is necessary a multidisciplinary treatment. This systematic review aims to explore the effectiveness of psychological and physiotherapeutic treatments, or a combination thereof carried out in the last ten years in adult women diagnosed with GPPPD. Sixteen studies indexed in the PsycINFO, Scopus, and Medline databases were selected. Evidence was found regarding the effectiveness of physical therapy, especially when the focus is on pelvic floor musculature. Gradual exposure through dilators, as well as components of cognitive-behavioral therapy and sexual therapy, also showed significant results. These not only decrease genito-pelvic pain and empower women for penetration but also improve overall sexual function. Partner collaboration proved beneficial in the process. Additionally, group therapy and internet-based modalities also deserve consideration due to their effectiveness. However, no evidence has been found that EMDR therapy positively impacts coital rates, although it does affect other aspects related to the experience of pain.

Keywords:

Genito-Pelvic Pain
Dyspareunia
Vaginismus
Pelvic Floor
Treatment Effectiveness

La prevalencia de la disfunción sexual en la mujer es variable, estimándose que alrededor de un 40% de la población mundial puede padecer una dificultad en este ámbito, presentando variaciones de acuerdo con la edad (McCool et al., 2016; Schwartzman et al., 2019). Los trastornos sexuales por dolor incluyen dispareunia y vaginismo. La clasificación actual del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed., American Psychiatric Association, 2013) reúne ambos términos bajo la categoría de trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Ambas entidades son de etiología multifactorial e influyen en la satisfacción sexual de las mujeres en etapas reproductivas y post-reproductivas y sus parejas, causando un impacto negativo en la salud sexual y la calidad de vida (Spengler et al., 2020).

Las disfunciones sexuales tienden a convertirse en problemas crónicos, siendo poco probable que se resuelvan sin un apoyo determinado (Pérez Nocetti, 2014) más aún cuando la complejidad de su etiología (problemas médicos, de pareja, consumo de sustancias, etc.) requiere de un enfoque multidisciplinario (Del Río et al., 2017; Vandyken y Hilton, 2017). Aunque la literatura científica señala como efectivos los distintos tratamientos diseñados para abordar el GPPPD, sobre todo cuando la paciente participa activamente de su recuperación, muchos de ellos no garantizan una resolución definitiva, respaldando la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario (Al-Abbadey et al., 2016; Weinberger et al., 2019).

La terapia sexual constituye el tratamiento que ha demostrado mayor eficacia a través de la desensibilización sistemática, alcanzando una tasa de éxito más alta cuando se aplica in vivo junto con reestructuración cognitiva para las creencias irracionales de la paciente, psicoeducación, entrenamiento en relajación y ejercicios de Kegel, y terapia de pareja (Cabello-Santamaría, 2010; Manzo y Yulis, 2004; Spengler et al., 2020).

Por su parte, las revisiones sistemáticas llevadas a cabo por Cabello-Santamaría et al. (2015) y Al-Abbadey et al. (2016) ponen de manifiesto la variabilidad en los factores que influyen en el desarrollo del dolor así y en ambos casos se concluye que las fisioterapias y las terapias psicológicas son tratamientos prometedores, sustentado un enfoque biopsicosocial de estos trastornos. Se aconseja así un tratamiento multidisciplinario desarrollado por diferentes profesionales que intervengan sobre aspectos físicos, emocionales y conductuales (Fernández-Pérez et al., 2023).

Entre estas disciplinas, la fisioterapia sexual ha demostrado ser eficaz para los casos de dolor sexual integrando diferentes técnicas como el fortalecimiento del músculo perineal con entrenamiento de biorretroalimentación, la aplicación de ENT (Electroestimulación Nerviosa Transcutánea), terapia manual de liberación de puntos gatillo y el masaje Thiele, una técnica de masaje para el tratamiento del elevador del ano y los músculos coccígeos (Fernández-Pérez et al., 2023). Combinar las técnicas anteriores con la terapia cognitivo-conductual, la educación sobre la biología del dolor, técnicas de reducción del estrés basadas en la atención plena, yoga y ejercicios basados en imágenes hace que la probabilidad de éxito del tratamiento aumente (Vandyken y Hilton, 2017).

Pese a la continua investigación y evaluación de diversas intervenciones, no hay una ampliamente aceptada para los casos de dolor sexual (Al-Abbadey et al., 2016), por lo que es esencial continuar la búsqueda de las mejores estrategias.

El objetivo de esta revisión sistemática es conocer la efectividad de los tratamientos psicológicos y fisioterapéuticos, o la combinación de ambos, que se han llevado a cabo en los últimos diez años en la población femenina. Para ello, se establecen los siguientes objetivos específicos: 1. analizar los componentes del tratamiento de las intervenciones para el GPPPD y 2. considerar los resultados de la efectividad de las intervenciones.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión sistemática de artículos publicados en revistas científicas relacionados con la efectividad del tratamiento para el GPPPD. El método empleado pretende dar cumplimiento a las recomendaciones de la declaración PRISMA (Moher et al., 2009; Page et al., 2021) para el desarrollo de revisiones sistemáticas.

Estrategia de Búsqueda

Se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática de artículos publicados en revistas científicas indexadas en PsycINFO, Scopus y Medline. De esta forma, se complementa una base de datos específica del ámbito de la Psicología (PsycINFO), con una generalista (Scopus) y otra de ámbito médico (Medline). El protocolo de búsqueda siguió las recomendaciones recogidas en Perestelo-Pérez (2013). Los comandos de búsqueda avanzada, limitados a los campos título, resumen y palabras clave, fueron: (genito-pelvic pain OR dyspareunia OR vaginismus) AND (psychological treatment)/ (therapy)/ (physiotherapy treatment) / (physical therapy).

Criterios de Inclusión

Los artículos seleccionados superaron los siguientes criterios de inclusión: 1) artículos científicos revisados por pares; 2) escritos en inglés; 3) publicados en los últimos 10 años (desde el 1 de enero de 2014 al 31 de diciembre de 2023); 4) que correspondan a intervenciones o tratamientos dirigidos al dolor genitopélvico y 5) que evalúen los efectos de las intervenciones.

Criterios de Exclusión

Los criterios de exclusión que se aplicaron a los artículos revisados fueron los siguientes: 1) que no se centraran en el tratamiento psicológico y/o fisioterapéutico del dolor genitopélvico y 2) que se centraran en patologías médicas específicas y diferentes a esta.

Procedimiento

La revisión se llevó a cabo en enero de 2024. Para la selección de los artículos que han formado parte de la revisión sistemática

se siguió la propuesta de la Declaración PRISMA (Moher et al., 2009), que Ferreira-González et al. (2011) resumen en las siguientes fases: 1) identificación (búsqueda inicial y eliminación de duplicados); 2) cribado (a través de la revisión del título y resumen); y 3) elegibilidad (revisión del texto completo y selección de artículos que finalmente formarán parte de la revisión sistemática).

Codificación de los Resultados

De las fuentes consultadas se obtuvo la siguiente información: nombre de los autores, año de publicación, lugar, población, objetivos, componentes del tratamiento, y resultados y conclusiones más destacados de las intervenciones.

Resultados

En la búsqueda inicial se identifican un total de 536 artículos (271 en PsycINFO, 95 en Scopus y 170 en Medline). Tras la eliminación de duplicados, se seleccionaron 332. Aplicando los criterios de exclusión, se descartaron aquellos que no se centraran en el tratamiento psicológico o fisioterapéutico del dolor asociado a la penetración (otras patologías asociadas al dolor, relación con otras variables psicológicas, propuestas de intervención que no median efectividad, o tratamiento farmacológico y/o médico). Este cribado dio lugar a la exclusión de 290 artículos. Se disponía, por tanto, de un total de 42 artículos para la revisión del texto completo de los cuales, tras la lectura definitiva y atendiendo al criterio 3 (elegibilidad), se excluyeron un total de 26, incluyéndose finalmente 16 artículos en el proceso de revisión sistemática. Cabe destacar que dentro de este trabajo también se han incluido cuatro revisiones sistemáticas, dos de ellas revisiones junto con metaanálisis. La [Figura 1](#) resume el proceso completo de selección de artículos:

Datos Extraídos de los Artículos

Los datos extraídos de los artículos en base a la aplicación del protocolo de revisión sistemática quedan reflejados en la [Tabla 1](#) que se muestra a continuación.

Características Generales de los Estudios

En relación con la población objeto de estudio, cabe destacar que la muestra son mujeres con diagnóstico de vaginismo, dispareunia o dolor genito-pélvico entre los 15 y los 60 años.

Los objetivos expuestos en los diferentes trabajos se centraban en investigar el efecto de un tipo de terapia para el GPPPD o comparar diferentes intervenciones. Los componentes incluidos forman parte de algún tipo de tratamiento psicológico o físico. En relación con el primero, además de la terapia individual, se presentan intervenciones grupales y en pareja basados en un enfoque cognitivo-conductual. Algunos de estos artículos evalúan la efectividad del abordaje del dolor utilizando únicamente la exposición gradual, ya sea con dilatadores o con los dedos (Aslan

et al., 2020; Miles y Miles, 2021; Ter Kuile et al., 2015). El resto de los artículos incorporan como parte del tratamiento otros como psicoeducación sobre el trastorno, anatomía y fisiología de los genitales, reestructuración cognitiva (corrección de mitos y pensamientos catastróficos), técnicas de respiración y relajación, entrenamiento en ejercicios de Kegel, autoexploración genital y focalización sensorial. La comunicación en pareja también es otro aspecto tratado en diferentes intervenciones. Por otro lado, también merecen ser destacados los estudios en los que el enfoque del tratamiento para el GPPPD se sustenta bajo la terapia de desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), y la neurociencia del trauma, el mindfulness y “somatic embodiment” (Jebelli et al., 2018 y Darnell, 2021, respectivamente). Atendiendo a la terapia física o manual, el abordaje del vaginismo o la dispareunia incluyen la manipulación pélvica a través de masaje para liberación de puntos gatillo y liberación miofascial del diafragma abdominal, músculo piriforme e ilipsoas, ejercicios de contracción y relajación, termoterapia infrarroja, y biorretroalimentación electromiográfica (EMG) o biofeedback, además de la terapia de dilatación gradual. Merece ser señalada la intervención multimodal de Topdagi et al. (2020), que combina la dilatación junto con el bloqueo del plano erector espinal. Los trabajos de Zarski et al. (2017, 2021) son destacables por implementar los tratamientos a través de internet.

En relación con la pregunta de investigación y objetivo principal de este trabajo, se destacan a continuación los principales resultados sobre la efectividad del tratamiento propuesto por los diferentes artículos revisados. Es preciso señalar que dichos estudios la evalúan de diferentes formas. Así, por ejemplo, se tiene en cuenta el aumento en la frecuencia de relaciones coitales y que estas estén libres de dolor, la evolución de las participantes en el uso de dilatadores, la disminución en los comportamientos de evitación, la frecuencia e intensidad del dolor y las creencias catastróficas relacionadas con este. Además, en la mayoría de los artículos se hace uso del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI; Rosen et al., 2000) como complemento de lo anterior y, en algún caso, se emplea la Escala Visual Análoga (EVA; Huskisson, 1982, cit. en Langley y Sheppard, 1985) para medir el dolor.

Los datos de efectividad del tratamiento, tanto psicológico como físico, en general, muestran resultados positivos, de modo que evidencian la conducta de penetración con éxito de las participantes, aumenta la frecuencia de coito, disminuye el dolor genital y aumentan las puntuaciones en FSFI después de la intervención (orgasmo y satisfacción sexual). No obstante, es necesario señalar que la terapia de EMDR (Jebelli et al., 2018) no mostró resultados significativos en cuanto a la tasa de éxito de coito, aunque sí un aumento en las puntuaciones del FSFI y disminución de la ansiedad asociada a las relaciones sexuales. En cuanto a la dilatación gradual, el uso de dilatadores posee más éxito en la continuidad del tratamiento y mejora en la función sexual que el uso de los dedos. Finalmente, en todas aquellas intervenciones donde se compara el grupo de tratamiento con grupo control es el primero el que se beneficia de resultados más relevantes (Aslan et al., 2020).

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática

Autor/es (año) País	Población objeto de estudio	Objetivo del estudio / intervención	Componentes del tratamiento	Resultados y conclusiones más destacables
Topdagi, Oral, Ahiskalioglu, Tulgar, Aydin y Kumtepe, (2020) Turquía	Mujeres entre 23 y 30 años con imposibilidad para la penetración debido al dolor y cuyos tratamientos anteriores fallaron ($N = 15$).	Demostrar la eficacia del tratamiento combinado de bloqueo del plano erector espinal y la utilización de dilatadores.	Combinación de bloqueo del plano erector espinal (ESP) de la columna sacra (20 ml de 0.250% bupivacaina + 8 mg de dexametasona) y dilatación progresiva con dilatadores.	<ul style="list-style-type: none"> • 73% de las mujeres tuvieron penetración con éxito tras el primer bloqueo. • El embarazo ocurrió en 8 de las pacientes después del primer mes de seguimiento. <ul style="list-style-type: none"> • 4 mujeres necesitaron una segunda sesión. • El bloqueo del sacro ESP añadido al protocolo de tratamiento multimodal mejora significativamente la calidad del tratamiento.
Bokaie y Bostani, (2019) Irán	6 parejas casadas heterosexuales ($N = 12$). Edad media hombres $M = 32$. Edad media mujeres $M = 29,5$.	Investigar el efecto de la terapia de pareja en el tratamiento del vaginismo.	Pautas para exploración genital frente al espejo, prohibición del coito, psicoeducación sobre anatomía femenina y masculina, corrección de mitos, entrenamiento en ejercicios de Kegel, entrenamiento previo al tratamiento sin penetración del pene, focalización sensorial, fomento de la comunicación verbal y no verbal, pautas para utilizar un dilatador, penetración digital, técnicas de relajación e información sobre posiciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> • La puntuación del cuestionario Índice de la Función Sexual Femenina (FSFI) de las participantes mejoró desde el inicio (A) después de la intervención (B). • 5 de las 6 de parejas participantes experimentaron encuentros coitales, manteniendo relaciones sexuales de 3 a 7 veces por semana.
Damagum y Garko, (2023) Nigeria	Mujer de 28 años con imposibilidad para la penetración tras su matrimonio y sin intentos de coito previo a este por razones religiosas.	Describir el tratamiento exitoso de una mujer con vaginismo.	Educación sexual, psicoterapia, dilatación gradual con dilatadores de plástico, focalización sensorial (focos 1 a 5) y medicación para la ansiedad (fluoxetina).	<ul style="list-style-type: none"> • En la sexta y última visita, la paciente estaba utilizando el último dilatador (2,5 cm de diámetro) y se encontraba en la fase 5 de la focalización sensorial (penetración). • La combinación de la dilatación con la terapia en esta pareja produjo resultados más rápidos y eficaces que solamente la dilatación en la práctica ginecológica. • Este caso demuestra un enfoque holístico para tratar el GPPPD en un entorno clínico ambulatorio
Jebelli, Maaroufi, Maracar y Molaeinezhad, (2018) Irán	Mujeres de entre 15 y 49 años diagnosticadas de vaginismo de por vida ($N = 15$; $M = 24,8$; $DT = 3,16$).	Investigar la efectividad de la terapia EMDR en el vaginismo de por vida.	10 sesiones de terapia EMDR y una sesión de seguimiento dos meses después.	<ul style="list-style-type: none"> • Las puntuaciones totales de la función sexual, orgasmo, satisfacción sexual y calidad de vida mental aumentaron, y las puntuaciones de ansiedad disminuyeron significativamente en comparación con el pretratamiento ($p < 0,05$). <ul style="list-style-type: none"> • La tasa de éxito de coito no mejoró significativamente. • El comportamiento de miedo/evitación en las mujeres no se solucionó a través del EMDR. <ul style="list-style-type: none"> • Las diferencias entre el postratamiento y la sesión de seguimiento no fueron significativas.
Zarski, Berking y Ebert, (2021) Alemania	Mujeres diagnosticadas de trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración ($M = 28,75$; $DT = 8,89$). -Grupo intervención (IG): $N = 100$. -Grupo control lista de espera (WCG): $N = 100$.	Evaluar la eficacia de un tratamiento basado en internet para el trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración.	Psicoeducación, comunicación diádica con la pareja, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración y relajación de la musculatura, relajación de suelo pélvico, autoexploración, exposición gradual al coito (primero con los dedos y después con el uso de dilatadores), ejercicios de coito y fomento del deseo y excitación en pareja, focalización sensorial (focos I y II), y prevención de recaídas.	<ul style="list-style-type: none"> • El 31% de las participantes en el IG señaló haber tenido relaciones con penetración durante el tratamiento en comparación con el 13% del WCG. • Después del tratamiento, las mujeres del IG tuvieron más relaciones sexuales que los del grupo control en lista de espera, pero las diferencias no fueron significativas entre los grupos. <ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia y la intensidad del dolor genital se vieron aliviados de manera significativa a las 8-12 semanas y 6 meses tras el tratamiento en el IG. • Las mujeres en el IG informaron de un menor dolor genital durante las relaciones sexuales en comparación con el WCG. <ul style="list-style-type: none"> • El miedo al coito, las cogniciones negativas asociadas a la penetración, la actividad sexual no coital y la ansiedad de rasgo se vieron reducidas en el grupo de intervención. • Otras dimensiones del funcionamiento sexual, como la lubricación, la satisfacción sexual y el funcionamiento sexual general mejoraron significativamente durante el tratamiento y tras este a favor del IG. <ul style="list-style-type: none"> • De media, las participantes completaron un 79% de la intervención.

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Zarski, Berking, Fackiner, Rosenau y Ebert, (2017) Alemania	Mujeres con vaginismo -Grupo intervención (IG): N = 40. -Grupo control lista de espera (WCG): N = 37.	Evaluar la aceptabilidad y eficacia de una intervención de autoayuda guiada por internet para el vaginismo en comparación con un grupo control de lista de espera en un ensayo controlado aleatorio.	Psicoeducación, ejercicios de relajación, reestructuración cognitiva, autoexploración genital frente al espejo, focalización sensorial, exposición gradual al coito con dedos y dilatadores, ejercicios preparativos para el coito con la pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • En el IG más participantes tuvieron relaciones coitales en comparación con el WCG, aunque sin diferencias significativas. <ul style="list-style-type: none"> • Desde el inicio hasta los 6 meses, el IG aumentó la tasa de relaciones con penetración, cambio que no se observó en el grupo control. • El miedo al coito y el afrontamiento diádico disminuyeron en el IG. • No hubo diferencias significativas en el FSFI en ambos grupos, a excepción de la satisfacción en WCG durante el tratamiento. • Solo el 32.5% de las participantes completó el tratamiento.
Aslan, Yavuzkir y Baykara, (2020) Turquía	Mujeres casadas de entre 18 y 43 años que acudieron o fueron derivadas con vaginismo al ambulatorio de ginecología. -Grupo entrenamiento con dedos: N = 30. -Grupo entrenamiento con dilatadores: N = 32.	Comparar las tasas de éxito de la terapia para el vaginismo usando los dedos (DTG) o dilatador (FTG).	DTG: dilatación progresiva con los propios dedos de la paciente empezando por el meñique, continuando por el índice y finalizando con índice y corazón de manera conjunta. Después, entrenamiento con los dedos de la pareja hasta completar el coito. FTG: entrenamiento con dilatadores graduados en forma de tubos de vidrio de 2, 4, 5 y 6 cm de diámetro y 3, 5, 7 y 10 cm de longitud, respectivamente. Después, indicación de coito con pareja.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos grupos mostraron diferencias positivas y estadísticamente significativas en las puntuaciones del FSFI tras el tratamiento ($p < 0,001$). • 27 pacientes del DTG y 17 del FTG lograron mantener relaciones sexuales sin dolor. • La exposición consiguió reducir el miedo y las creencias negativas después del tratamiento y durante los tres meses de seguimiento. • Esta investigación evidenció que el DTG tiene más éxito en la continuidad del tratamiento y muestra más mejoría de las funciones sexuales.
Miles y Miles, (2021) USA	Mujeres de entre 21 y 47 años ($M = 34$) con dispareunia que acuden a la consulta ambulatoria de fisioterapia del suelo pélvico ($N = 26$).	Determinar la utilidad del uso de la terapia de dilatadores a intervalos cortos y alta frecuencia de movimiento para la dispareunia en pacientes femeninas premenopáusicas.	Sesiones de fisioterapia de suelo pélvico y programa domiciliario de ejercicios autodirigidos mediante terapia con dilatadores a intervalos cortos y alta frecuencia de movimiento (durante unos minutos todos o casi todos los días de la semana). El diámetro osciló entre los 13 y 35 mm, con una media de 21.5 mm.	<ul style="list-style-type: none"> • La puntuación media del dolor disminuyó de 8,3 ($DT = 2.2$) antes del tratamiento a 1,3 ($DT = 2.0$) después del tratamiento y fue estadísticamente significativa ($p < 0,001$). • La dispareunia se resolvió por completo en el 58% de las pacientes. • Las pacientes completaron entre 2 y 6 visitas totales de fisioterapia del suelo pélvico durante 0-44 semanas.
Zulfikaroglu, (2021) Turquía	472 mujeres de entre 20 y 46 a las que se diagnosticó con vaginismo tras la investigación clínica ($M = 28.2$; $DT = 5.2$). -Vaginismo 1er grado: N = 150. -Vaginismo 2º grado: N = 174. -Vaginismo 3er grado: N = 120. -Vaginismo 4º grado: N = 28.	Evaluar la eficacia de la terapia cognitivo-conductual e hipnoterapia del vaginismo.	Terapia cognitivo-conductual para pacientes con vaginismo de primer, segundo y tercer grado de gravedad: psicoeducación acerca del vaginismo (causas, dinámica, mecanismos...), corrección de mitos sexuales, fomento de la autoestima, información sobre anatomía y fisiología genital, técnicas respiración y relajación, ejercicios del espejo, masaje genital externo, entrenamiento en ejercicios de Kegel, palpación del interior de la vagina con el dedo, ejercicios de dilatación progresiva (a solas y con la pareja), focalización sensorial y ejercicios de conexión sexual, información sobre el coito, reproducción y autoconcepción mediante maquetas y DVD (a solas y en pareja). Asesoramiento posterior al tratamiento. Para pacientes con vaginismo de cuarto grado, se utilizó lo anterior después de la hipnoterapia médica.	<ul style="list-style-type: none"> • Después del tratamiento y a los tres meses de seguimiento, las 472 (100%) mujeres informaron haber tenido coito satisfactorio (241 mujeres indicaron no solo tener relaciones regulares, sino orgasmos también). • Existe una correlación significativa entre la gravedad del vaginismo y el número de sesiones de tratamiento.

Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Schvartzman, Schvartzman, Ferreira, Vettorazzi, Bertottoa y Wender, (2019) Brasil	Mujeres climatéricas de entre 40 y 60 años sexualmente activas con dispareunia de al menos 6 meses de evolución. -Grupo entrenamiento musculatura de suelo pélvico (PMFT): $N = 2$. -Grupo zona lumbar (LB): $N = 21$.	Evaluar el efecto de la terapia física sobre el dolor, la función sexual, la calidad de vida y la función de la musculatura del suelo pélvico en mujeres climatéricas con dispareunia.	PFMT: evaluación de la función de los músculos de suelo pélvico, termoterapia infrarroja, liberación miofascial de los puntos gatillo, ejercicios de contracción y relación y liberación miofascial del diafragma abdominal, músculos piriforme e iliopsoas, y ejercicios de contracción/relajación con biorretroalimentación electromiográfica (EMG) o biofeedback. LB: calor en la zona lumbar con liberación miofascial de los músculos del diafragma abdominal, piriforme e iliopsoas, sin afectación de la musculatura del suelo pélvico.	<ul style="list-style-type: none"> • La puntuación media global del dolor tras la intervención en la escala visual análoga del dolor (EVA) disminuyó en ambos grupos, aunque con una diferencia mayor para el grupo PFMT. • Las puntuaciones del FSFI fueron superiores en los dominios del deseo, satisfacción y dolor, así como en la puntuación global, con diferencias significativas entre las evaluaciones inicial y final en el grupo PFMT. • La puntuación global en la función del suelo pélvico aumentó en el grupo PFMT. • El entrenamiento de la musculatura del suelo pélvico ha demostrado mejorar el dolor, la calidad de vida y la función sexual en el tratamiento de la dispareunia.
Darnell, (2021) USA (Nueva York)	Mujeres con dolor en la penetración ($N = 2$).	Exponer un modelo de tratamiento del trastorno de dolor genito-pélvico/ penetración a través de la aplicación de la neurociencia del trauma y la ansiedad, utilizando mindfulness y "somatic embodiment" (exploración de las sensaciones corporales).	<p>Fase 1: psicoeducación sobre la anatomía y fisiología genital, exploración del placer sexual, invitación a sostener una réplica de vulva de terciopelo con fines educativos y compartir sensaciones.</p> <p>Fase 2: práctica de la interocepción corporal, localizando la ansiedad en el cuerpo (atención plena al cuerpo entero más allá de los genitales), exploración del trauma, entrenamiento en ejercicios de Kegel, técnicas de respiración y ejercicios guiados combinando respiración y kegels.</p> <p>Fase 3: invitación a autoexploración genital en casa (examinar la vulva, explorar sensación de los dedos sin llegar a la penetración), practicar conciencia plena de sentimientos y emociones que emergen de esta práctica, masajes externos de vulva, exploración del interior vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses de las sesiones, la paciente 1 informó de haber mantenido numerosas relaciones coitales sin dolor y de un embarazo deseado. • La paciente 2 también informó de mantener relaciones con su marido libres de dolor.
Ter Kuile, Melles, Tuijnman-Raasveld, de Groot y Van Lankveld, (2015) Países Bajos	70 mujeres con vaginismo de por vida. -Grupo tratamiento: $N = 35$. -Grupo lista de espera: $N = 35$.	Investigar si el resultado de un tratamiento de exposición asistido por un terapeuta estaba mediado por cambios en las creencias positivas y negativas sobre la penetración o en los sentimientos de asco sexual.	Exposición asistida por terapeuta a objetos de penetración temidos (dilatadores, dedos y tampones), ejercicios de penetración vaginal controlados en el hospital y en casa. La pareja acompañó al participante durante toda la sesión de tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia coital aumentó significativamente ($d = 1.36$) y los síntomas de vaginismo ($d = 1.95$) y dolor coital ($d = 1.74$) disminuyeron significativamente en el grupo de tratamiento en comparación con el de lista de espera a las 12 semanas. • Las creencias catastróficas sobre el dolor y la incompatibilidad genital se redujeron significativamente y la percepción de control durante la penetración vaginal aumentó de manera significativa en el grupo de tratamiento en comparación con el de lista de espera a las 6 semanas. • Los cambios anteriores se relacionaron positiva y significativamente con los cambios en la frecuencia de coito y síntomas de vaginismo y dolor coital a las 12 semanas.
Trahan, Leger, Allen, Koebele, Yoffe, Simon, Alappattu y Figuers, (2019) USA (Florida)	Revisión sistemática y metaanálisis. 43 estudios observacionales ($N = 1.660$) y 3 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ($N = 264$).	Examinar la eficacia de la terapia manual en la reducción del dolor pélvico en mujeres con dispareunia	Masaje, terapia de puntos gatillo, liberación miofascial, manipulación pélvica y exposición gradual.	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia física manual redujo potencialmente el dolor pélvico asociado a las relaciones coitales y produjo un aumento en la función sexual en general. • Todos los estudios de estudios mostraron mejoras significativas en el ámbito del dolor del FSFI ($p < 0,5$). • La terapia manual es un tratamiento viable para aliviar el dolor asociado al coito.

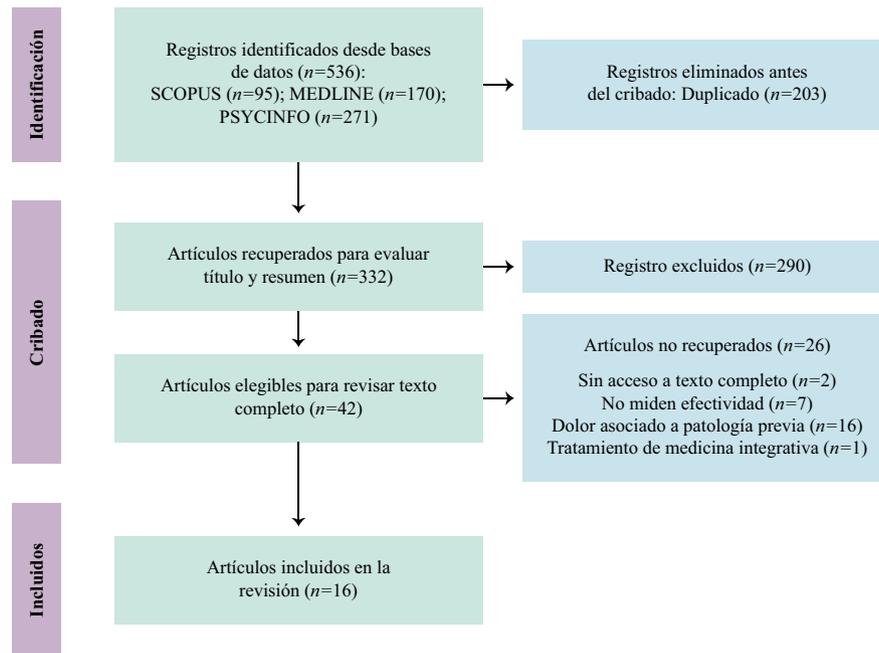
Tabla 1

Datos Extraídos de los Artículos Incluidos en esta Revisión Sistemática (Continuación)

Flanagan, Herron, O'Driscoll y Williams, (2015) Londres	Revisión sistemática y metaanálisis. 11 ensayos aleatorios controlados. 660 mujeres con dolor en la penetración de origen diverso ($M = 30$).	Examinar la eficacia combinada y relativa de los tratamientos psicológicos para las afecciones de dolor vaginal.	Terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, hipnoterapia, farmacoterapia y cirugía.	<ul style="list-style-type: none"> • Se encontraron efectos parecidos en los tratamientos psicológicos y médicos. • La etiología del dolor no es útil para seleccionar el tratamiento.
Maseroli, Scavello, Rastrelli, Limoncin, Cipriani, Corona, Fambrini, Magini, Jannini, Maggi y Vignozzi, (2018) Italia	Revisión sistemática y metaanálisis. 43 estudios observacionales ($N = 1.660$) y 3 ensayos clínicos aleatorizados (ECA) ($N = 264$).	Revisar toda la información sobre el tratamiento del vaginismo, incluidos los datos de ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales.	Terapia de exposición gradual asistida por terapeuta, psicoeducación, y reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> • Los estudios observacionales mostraron que la resolución del vaginismo estaba asociado a la consecución de la penetración en el 79% de los casos, independientemente de la terapia utilizada. • El metaanálisis de los ECA evidenció una tendencia hacia una mayor eficacia del tratamiento del grupo de intervención frente a los controles. • El metaanálisis de los estudios observacionales indicó que las mujeres con vaginismo se benefician de una gama de tratamientos en casi el 80% de los casos. • Ningún enfoque es superior a los demás para capacitar a las mujeres con vaginismo a mantener relaciones con penetración.
Bergeron, Merwin, Dubé y Rosen, (2018) Canadá	Revisión sistemática. Mujeres con dolor genito-pélvico que reciben terapia cognitivo-conductual (TCC) en modalidad grupal frente a la modalidad de terapia de pareja.	Comparar la terapia cognitivo-conductual (TCC) en grupo y la terapia de pareja, y formular recomendaciones sobre cuándo elegir un enfoque u otro.	<p>TCC grupal: psicoeducación sobre una visión multidimensional del dolor y su impacto negativo en la sexualidad, así como sobre el papel de los factores psicológicos y relacionales en el mantenimiento de las dificultades sexuales, entrenamiento en autoexploración genital y localización del dolor, uso regular de diario del dolor, estrategias de afrontamiento para abordaje de pensamientos catastróficos, hipervigilancia, evitación y ansiedad excesiva (respiración y relajación, identificación de pensamientos y emociones angustiantes, aprendizaje de los motivadores sexuales y pautas para comunicar preferencias y necesidades sexuales, y reestructuración cognitiva), ejercicios de Kegel y dilatación vaginal.</p> <p>TCC en pareja: psicoeducación sobre visión multidimensional del dolor, exploración de los genitales de la mujer por parte de la pareja para localizar el dolor y diario de dolor e interacciones sexuales, reducción de estrategias de afrontamiento menos adaptativas del dolor en pareja, fomento de las estrategias adaptativas (conductas de aproximación, asertividad y favorecimiento de la autoeficacia ante el dolor), entrenamiento en respiración y relajación (por ejemplo, respiración tántrica), y entrenamiento en habilidades sociales para la comunicación en pareja (empatía, aceptación y validación), fomento de la intimidad física y emocional (focalización sensorial) y repertorio de actividades más allá del coito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos enfoques son útiles para reducir el dolor de las mujeres y mejorar su función/satisfacción sexual. • Las ventajas de la TCC grupal incluyen la rentabilidad y el apoyo social. • Las ventajas de la TCC en pareja incluyen la incorporación de la pareja y el enfoque en las relaciones de pareja. • La TCC puede tener un impacto positivo en más dimensiones de dolor genito-pélvico que un tratamiento tópico. • Atendiendo a la relación coste-beneficio, la TCC grupal debería constituir un tratamiento de primera línea. Se debe recomendar la TCC en pareja cuando ambas partes estén motivadas para mejorar su sexualidad y relación.

Figura 1

Diagrama de Flujo del Proceso de Selección de Artículos para la Revisión Sistemática



Discusión

El objetivo de este trabajo fue evaluar la efectividad de las intervenciones físicas y psicológicas que se han llevado a cabo en los últimos diez años para el GPPPD a través de una revisión sistemática de la literatura. La variedad de autores y países de origen pone de manifiesto que es un tema de interés internacional.

Con respecto a los resultados encontrados, puede concluirse que las técnicas aplicadas en el tratamiento del GPPPD son efectivas. En general, todo tratamiento tiene repercusiones positivas en la reducción del dolor, la capacidad de mantener relaciones coitales y otros aspectos como la ansiedad o las conductas de evitación.

En cuanto a la terapia física, los componentes incluidos en las intervenciones, a través de un programa diario de ejercicios en casa, en sesiones clínicas o combinando ambas modalidades (Miles y Miles, 2021; Schwartzman et al., 2019; Trahan et al., 2019) mostraron ser efectivos mejorando el dolor coital. El bloqueo del ESP en las sesiones de dilatación gradual demostró ser igualmente efectivo (Topdagi et al., 2020).

Schwartzman et al. (2019) concluyen que la intervención fisioterapéutica directa sobre el suelo pélvico ofrece mejores resultados, poniendo de manifiesto que la dispareunia puede ser consecuencia de la presencia de puntos gatillo miofasciales que se sitúan en la región anterior del suelo pélvico, provocando dolor genital (Pérez Díaz, 2021). Estos hallazgos concuerdan con la revisión de Trahan et al. (2019), quienes afirman que la terapia manual es un tratamiento viable para aliviar el dolor asociado al coito.

El uso de dilatadores ha demostrado ser un componente fundamental en el tratamiento del GPPPD, y está incluido en la mayoría las intervenciones (ya sean psicológicas o

fisioterapéuticas) mostrando mejores resultados que los dedos en la reducción del dolor y las dimensiones de orgasmo y deseo del FSFI (Aslan et al., 2020).

Sin embargo, la fisioterapia de suelo pélvico y/o la dilatación vaginal no siempre resultan tan exitosas cuando se aplican de manera aislada. Los resultados muestran que la supervisión profesional de los entrenamientos y su acompañamiento motivacional mejoran los resultados (Vandyken y Hilton 2017; Miles y Miles, 2021).

En relación con el tratamiento psicológico, todas las técnicas incluidas en los trabajos revisados fueron efectivas (basadas en los principios de la TCC y la terapia sexual), no solo respecto al dolor coital, sino también para la mejora de la función sexual femenina en general. Esto último tiene gran importancia tomando en cuenta que es frecuente que el diagnóstico de GPPPD presente comorbilidad con otras disfunciones sexuales (Vandyken y Hilton, 2017). El enfoque basado en la neurociencia del trauma y el mindfulness (Darnell, 2021) también resultó novedoso e igualmente efectivo.

Sin embargo, la terapia de EMDR no obtuvo buenos resultados para capacitar a las mujeres a mantener relaciones con penetración, aunque sí mejoró la función sexual y disminuyó la ansiedad de las participantes (Jebelli et al., 2018).

Respecto a la influencia de la participación de la pareja en la efectividad de la intervención, los resultados coinciden en señalar que la mejoría es más rápida y positiva siempre que ambos miembros estén implicados en la terapia (Bergeron et al., 2018; Bokaie y Khalesi, 2019; Damagum y Garko, 2023).

La terapia grupal también ha demostrado ser efectiva en la reducción del dolor y mejora de la función sexual, aunque siempre en la línea de los resultados obtenidos a través de las técnicas utilizadas en dicha terapia (Bergeron et al., 2018; Brotto et al., 2015; Darnell, 2021).

Los trabajos de Zarski (2017, 2021), concluyen que el tratamiento aplicado a través de internet es efectivo en tanto que las participantes logran aumentar el número de relaciones sexuales con penetración, disminuyendo la frecuencia e intensidad del dolor, el miedo al coito, las cogniciones negativas y la ansiedad.

Por último, los resultados muestran que la terapia médica y la psicológica son igualmente efectivas y concluyen que la etiología del dolor no es útil para seleccionar el tratamiento poniendo de manifiesto que si ambas funcionan es porque habrá ciertos factores terapéuticos comunes que estén promoviendo el cambio (Flanagan et al., 2015).

A partir de todo lo expuesto hasta ahora, se evidencia que tanto los tratamientos psicológicos como los fisioterapéuticos son intervenciones válidas para abordar el dolor sexual (Al-Abbadey et al., 2016) y que ambos enfoques poseen elementos superpuestos, tales como la psicoeducación, la exposición gradual o el entrenamiento en ejercicios de Kegel. El objetivo debe ser asegurar que, sea cual sea la vía de acceso por la que la mujer busque ayuda profesional (atención primaria, ginecología, fisioterapia de suelo pélvico, sexología, etc.), el especialista esté debidamente capacitado y posea los conocimientos necesarios para guiar a la paciente en la derivación oportuna.

Ante lo expuesto, no obstante, es necesario mencionar algunas limitaciones de este trabajo. En primer lugar, la heterogeneidad de la muestra y el tamaño de las mismas ya que, en general, son pequeñas e incluyen mujeres cuyo origen del dolor es bastante diverso, lo que es conveniente tenerlo presente a la hora de generalizar los resultados. Por otro lado, no todos los artículos ofrecen información concreta sobre las características de la intervención en relación con las técnicas, duración, frecuencia, etc., ni todos cuentan con un grupo control lo que dificulta la comprensión de si los resultados son debidos exclusivamente a la aplicación de la técnica.

Conflicto de Intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Referencias

Nota 1: Con asterisco marcados los trabajos incluidos en la revisión

Nota 2: La lista de comprobación PRISMA se encuentra a disposición de los/as revisores

- Al-Abbadey, M., Liossi, C., Curran, N., Schoth, D. E. y Graham, C. A. (2016). Treatment of female sexual pain disorders: a systematic review [Tratamiento de los trastornos de dolor sexual femenino: una revisión sistemática]. *Journal of sex and marital therapy*, 42(2), 99-142. <https://doi.org/10.1080/092623X.2015.1053023>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales]* (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- *Aslan, M., Yavuzkır, Ş. y Baykara, S. (2020). Is “Dilator Use” more effective than “Finger Use” in exposure therapy in vaginismus treatment? [¿Es el “uso del dilatador” más efectivo que el “uso del dedo” en la terapia de exposición en el tratamiento del vaginismo?]. *Journal of sex and marital therapy*, 46(4), 354-360. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1716907>
- *Bergeron, S., Merwin, K. E., Dubé, J. P. y Rosen, N. O. (2018). Couple sex therapy versus group therapy for women with genito-pelvic pain [Terapia sexual de pareja versus terapia de grupo para mujeres con dolor genitopélvico]. *Current Sexual Health Reports*, 10, 79-87. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0154-5>
- *Bokaie, M. y Bostani Khalesi, Z. (2019). Couple therapy and vaginismus: A single case approach [Terapia de pareja y vaginismo: un enfoque de caso único]. *Journal of sex and marital therapy*, 45(8), 667-672. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1610126>
- Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K. B., Driscoll, M. y Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based group therapy for women with provoked vestibulodynia [Terapia grupal basada en mindfulness para mujeres con vestibulodinia provocada]. *Mindfulness*, 6, 417-432. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0273-z>
- Cabello-Santamaría, F. (2010). Manual de sexología y terapia sexual. Síntesis.
- Cabello-Santamaría, F., del Río-Olvera, F. J. y Cabello-García, M. A. (2015). Sexual pain disorders [Trastornos del dolor sexual]. *Current Opinion in Psychiatry*, 28, 412-417. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000200>
- *Damagum, F. M., y Garko, A. A. (2023). Successful management of penetration disorder: A holistic approach to an age-old problem [Gestión exitosa del trastorno de penetración: un enfoque holístico a un problema antiguo]. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 26(1), 125-127. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_249_22
- *Darnell, C. (2021). Tending to painful sex: applying the neuroscience of trauma and anxiety using mindfulness and somatic embodiment in working with genito-pelvic pain and penetration disorders [Atendiendo a las relaciones sexuales dolorosas: aplicación de la neurociencia del trauma y la ansiedad utilizando la atención plena y la encarnación somática para trabajar con el dolor genitopélvico y los trastornos de la penetración]. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(3), 398-410. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1881771>
- Del Río, F. J., Cabello-Santamaría, F. y Cabello-García, M. A. (2017). Sexual pain disorders in Spanish women drug users [Trastornos de dolor sexual en mujeres españolas consumidoras de drogas.]. *Substance Use & Misuse*, 52(2), 145-151. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1222625>
- Fernández-Pérez, P., Leirós-Rodríguez, R., Marqués-Sánchez, M. P., Martínez-Fernández, M. C., de Carvalho, F. O. y Maciel, L. Y. (2023). Effectiveness of physical therapy interventions in women with dyspareunia: a systematic review and meta-analysis [Efectividad de las intervenciones de fisioterapia en mujeres con dispareunia: una revisión sistemática y un metanálisis]. *BMC Women's Health*, 23(1), 387. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02532-8>
- Ferreira-González, I., Urrútia, G. y Alonso-Coello, P. (2011). Systematic reviews and meta-analysis: Scientific rationale and interpretation [Revisión sistemática y metanálisis: justificación científica e interpretación]. *Revista Española de Cardiología*, 64(8), 688-696. <https://doi.org/10.1016/j.recresp.2011.03.029>
- *Flanagan, E., Herron, K. A., O'Driscoll, C. y Williams, A. C. D. C. (2015). Psychological treatment for vaginal pain: does etiology matter? A systematic review and meta-analysis [Tratamiento psicológico del dolor vaginal: ¿importa la etiología? Una revisión sistemática y un metanálisis]. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 3-16. <https://doi.org/10.1111/jsm.12717>
- *Jebelli, F., Maaroufi, M., Maracy, M. R. y Molaeinezhad, M. (2018). Effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on the sexual function of Iranian women with lifelong vaginismus [Efectividad de la desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares (EMDR) sobre la función sexual de mujeres iraníes con vaginismo de por vida]. *Sexual and Relationship Therapy*, 33(3), 325-338. <https://doi.org/10.1080/14681994.2017.1323075>
- Langley, G. B. y Sheppard, H. (1985). The visual analogue scale: its use in pain measurement [La escala visual analógica: su uso en la medición del

- dolor]. *Rheumatology international*, 5(4), 145-148. <https://doi.org/10.1007/BF00541514>
- Manzo, C. y Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22(2), 193-203. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78522211>
- *Maseroli, E., Scavello, I., Rastrelli, G., Limoncin, E., Cipriani, S., Corona, G. y Vignozzi, L. (2018). Outcome of medical and psychosexual interventions for vaginismus: a systematic review and meta-analysis [Resultado de las intervenciones médicas y psicosexuales para el vaginismo: una revisión sistemática y un metanálisis]. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(12), 1752-1764. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.10.003>
- McCool, M. E., Zuelke, A., Theurich, M. A., Knuettel, H., Ricci, C. y Apfelbacher, C. (2016). Prevalence of female sexual dysfunction among premenopausal women: a systematic review and meta-analysis of observational studies [Prevalencia de disfunción sexual femenina entre mujeres premenopáusicas: una revisión sistemática y metanálisis de estudios observacionales]. *Sexual Medicine Reviews*, 4(3), 197-212. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.03.002>
- *Miles, K. y Miles, S. (2021). Low dose, high frequency movement based dilator therapy for dyspareunia: retrospective analysis of 26 cases [Terapia dilatadora basada en movimientos de alta frecuencia y dosis bajas para la dispareunia: análisis retrospectivo de 26 casos]. *Sexual Medicine*, 9(3), 100344-100344. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100344>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Reporting items for systematic reviews and meta-analyses [Elementos de informes para revisiones sistemáticas y metanálisis]. *Annals of Internal Medicine*, 151(4), 264-269. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-151-4-200908180-00135>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews [La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para informar revisiones sistemáticas]. *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in psychology and health [Estándares sobre cómo desarrollar e informar revisiones sistemáticas en psicología y salud]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Pérez Díaz, M. (2021). *Abordaje fisioterápico de la dispareunia profunda en mujeres con endometriosis: Revisión bibliográfica y propuesta de intervención* [Trabajo Fin de Grado, Universidad de Navarra]. Repositorio de la Universidad Pública de Navarra. <https://hdl.handle.net/2454/41233>
- Pérez Nocetti, G. (2014). Abordaje integral del dolor coital tratamiento en un caso de dispareunia. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 3(2), 22-28. <https://doi.org/10.22235/ech.v3i2.565>
- Rosen, C., Brown, J., Heiman, S., Leiblum, C., Meston, R., Shabsigh, D., Ferguson, R., y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function [El Índice de Función Sexual Femenina (FSFI): un instrumento de autoinforme multidimensional para la evaluación de la función sexual femenina]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- *Schvartzman, R., Schvartzman, L., Ferreira, C. F., Vettorazzi, J., Bertotto, A. y Wender, M. C. O. (2019). Physical therapy intervention for women with dyspareunia: a randomized clinical trial [Intervención de fisioterapia para mujeres con dispareunia: un ensayo clínico aleatorizado]. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 45(5), 378-394. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2018.1549631>
- Spengler, L. M., de Dios, E., Roque, L. y Maurisset, D. (2020). Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3), e0200450. <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/450/489>
- *Ter Kuile, M. M., Melles, R. J., Tuijnman-Raasveld, C. C., de Groot, H. E. y Van Lankveld, J. J. (2015). Therapist-aided exposure for women with lifelong vaginismus: mediators of treatment outcome: a randomized waiting list control trial [Exposición asistida por un terapeuta para mujeres con vaginismo de por vida: mediadores del resultado del tratamiento: un ensayo aleatorio de control en lista de espera]. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(8), 1807-1819. <https://doi.org/10.1111/jsm.12935>
- *Topdagi, E. P., Oral, E., Ahiskalioglu, A., Tulgar, S., Aydin, M. E. y Kumtepe, Y. (2020). A novel multimodal treatment method and pilot feasibility study for vaginismus: initial experience with the combination of sacral erector spinae plane block and progressive dilatation [Un nuevo método de tratamiento multimodal y estudio piloto de viabilidad para el vaginismo: experiencia inicial con la combinación de bloqueo del plano del erector de la columna sacro y dilatación progresiva]. *Cureus*, 12(10). <https://doi.org/10.7759/cureus.10846>
- *Trahan, J., Leger, E., Allen, M., Koebele, R., Yoffe, M. B., Simon, C., Alappattu, M. y Figuers, C. (2019). The efficacy of manual therapy for treatment of dyspareunia in females: a systematic review [La eficacia de la terapia manual para el tratamiento de la dispareunia en mujeres: una revisión sistemática]. *Journal of Women's Health Physical Therapy*, 43(1), 28-35. <https://doi.org/10.1097/jwh.0000000000000117>
- *Vandyken, C. y Hilton, S. (2017). Physical therapy in the treatment of central pain mechanisms for female sexual pain [Fisioterapia en el tratamiento de los mecanismos centrales del dolor sexual femenino]. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 20-30. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.06.004>
- Weinberger, J. M., Houman, J., Caron, A. T. y Anger, J. (2019). Female sexual dysfunction: a systematic review of outcomes across various treatment modalities [Disfunción sexual femenina: una revisión sistemática de los resultados en diversas modalidades de tratamiento]. *Sexual Medicine Reviews*, 7(2), 223-250. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.004>
- *Zarski, A. C., Berking, M., Fackiner, C., Rosenau, C. y Ebert, D. D. (2017). Internet-based guided self-help for vaginal penetration difficulties: results of a randomized controlled pilot trial [Autoayuda guiada basada en Internet para las dificultades de penetración vaginal: resultados de un ensayo piloto controlado aleatorio]. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(2), 238-254. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.12.232>
- *Zarski, A. C., Berking, M. y Ebert, D. D. (2021). Efficacy of internet-based treatment for genito-pelvic pain/penetration disorder: Results of a randomized controlled trial [Eficacia del tratamiento basado en Internet para el dolor genitopélvico/trastorno de penetración: resultados de un ensayo controlado aleatorio]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(11), 909-924. <https://doi.org/10.1037/ccp0000665>
- *Zulfikaroglu, E. (2021). Patient's characteristics and outcome of therapy in vaginismus: a single-center report of nine-year experience [Características de la paciente y resultado del tratamiento del vaginismo: informe de un solo centro de experiencia de nueve años]. *Sexual and Relationship Therapy*, 38(1), 24-36. <https://doi.org/10.1080/14681994.2020.1722991>