



FUNDACIÓN H. A.
BARCELÓ
FACULTAD DE MEDICINA



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN FINAL CARRERA: KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

DIRECTOR DE LA CARRERA: LIC. DIEGO CASTAGNARO

NOMBRE Y APELLIDO: VEGA FACUNDO EMMANUEL

TUTOR: LIC. CASTRO GURGONE NAHUEL

FECHA DE PRESENTACIÓN 12/12/2025

FECHA DE DEFENSA DE TRABAJO FINAL: 12/12/2025

TÍTULO DEL TRABAJO:
DISFUNCION ERECTIL EN EL HOMBRE DE GENERO MASCULINO

SEDE: LA RIOJA

Sede Buenos Aires
Av. Las Heras 1907
Tel./Fax: (011) 4800 0200
☎ (011) 1565193479

Sede La Rioja
Benjamin Matienzo 3177
Tel./Fax: (0380) 4422090 / 4438698
☎ (0380) 154811437

Sede Santo Tomé
Centeno 710
Tel./Fax: (03756) 421622
☎ (03756) 15401364



INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD FUNDACIÓN H. A. BARCELÓ
LICENCIATURA EN KINESIOLOGÍA Y FISIATRÍA

PAGINA DE APROBACION

EVALUACIÓN DEL TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

DEFENSA ORAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Calificación.....

TRIBUNAL EXAMINADOR

.....

.....

.....

AGRADECIMIENTO

A Dios y a mi Virgencita del Valle por la salud, la inteligencia y sabiduría para poder culminar esta etapa de mi vida

A mis padres Omar y Sonia, a mis Hermanos Nico, Giorgina y en especial mi hermana mayor Ginete que con tanto sacrificio fueron mi pilar para poder comenzar y culminar esta hermosa carrera. Su apoyo incondicional ha sido mi guía y mi inspiración. A través de mi enseñanza, he aprendido la importancia del esfuerzo y la dedicación en la búsqueda de los sueños.

A la familia de mi Novia que desde el día uno fui un hijo más en su casa y estuvieron siempre para darme una mano para lograr el objetivo.

Párrafo aparte merece mi novia Gala Flores quien fue la persona que siempre me apoyo, me vio caer muchas veces y siempre estuvo ahí para ayudarme a levantar, con sus ánimos acompañamiento, visitas y cebadas de mate, gran parte de este logro es gracias a vos.

A mis amigos que hice a lo largo de todos los años en la universidad, como mi grupo de truco y la banda de la fisioneta, pero de manera muy especial a mi amigo Rodri por su paciencia, ayuda, risas y mates de por medio, como así también a mi amiga Cande que siempre estuvo para darme una mano en todo momento en especial en este último tramo de la carrera, aconsejándome, corrigiendo detalles, paciencia y sobre todo en especial sus retadas.

Al acompañamiento en tiempos de pandemia a mi perrita “Negra” que estuvo a mi lado mientras en mi habitación estaba cursando virtual, en momentos de estudio y a cualquier hora siempre estaba ella.

A mis familiares que estuvieron a lo largo de esta carrera, aportando su granito de arena para que pueda lograr mi objetivo

A mi profesor de asesoramiento Pablo Vega que me apoyo, tuvo paciencia y con su sinceridad de siempre me hizo ser un mejor estudiante. A mi Tutor Nahuel Castro Gurgone quien me ayudo a elegir el tema de tesis y me ayudo y estuvo cuando lo necesite.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	5
ABSTRACT.....	5
INTRODUCCION	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
JUSTIFICACIÓN	7
MARCO TEORICO.....	8
HIPOTESIS.....	32
OBJETIVOS.....	32
METODOLOGIA.....	33
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSION.....	49
BIBLIOGRAFIA	49
ANEXO.....	51

RESUMEN

Introducción. La disfunción eréctil es una patología frecuente en la población masculina que afecta significativamente la calidad de vida. Si bien su abordaje tradicional se centra en el tratamiento farmacológico y quirúrgico, la rehabilitación kinésica del suelo pélvico emerge como una alternativa terapéutica eficaz, segura y complementaria. En este marco, el presente trabajo analiza el rol del kinesiólogo en el abordaje de la disfunción eréctil desde la rehabilitación del piso pélvico. **Hipótesis:** La debilidad de la musculatura del suelo pélvico constituye una de las principales causas de la disfunción eréctil en el hombre. **Objetivo:** Analizar la función de la electroestimulación y del abordaje kinésico en la rehabilitación del suelo pélvico en pacientes con disfunción eréctil, así como describir el rol del kinesiólogo en este tratamiento. **Metodología:** Se realizó un estudio retrospectivo con enfoque cualicuantitativo mediante una encuesta estructurada aplicada a 21 kinesiólogos. Se analizaron variables relacionadas con la formación profesional, nivel de conocimiento, frecuencia de atención, tipo de intervenciones utilizadas y resultados obtenidos en pacientes con disfunción eréctil. **Conclusión:** Los resultados evidencian una escasa formación específica y un bajo reconocimiento del rol kinésico en el tratamiento de la disfunción eréctil. Sin embargo, los tratamientos aplicados mostraron mejorías clínicas leves y moderadas en la mayoría de los casos. Se concluye que la kinesiólogía del suelo pélvico posee un importante potencial terapéutico, siendo fundamental fortalecer la capacitación profesional, promover el trabajo interdisciplinario y visibilizar el rol del kinesiólogo en la salud sexual masculina.

Palabras claves: Disfunción eréctil; Suelo pélvico; Kinesiólogía; Electroestimulación; Biofeedback; Rehabilitación

ABSTRACT

Introduction: Erectile dysfunction is a highly prevalent condition in the male population that significantly affects quality of life. Although its traditional treatment has been mainly based on pharmacological and surgical approaches, pelvic floor rehabilitation through physical therapy emerges as a safe and effective

complementary therapeutic alternative. This study analyzes the role of the physical therapist in the management of erectile dysfunction through male pelvic floor rehabilitation. **Hypothesis:** Pelvic floor muscle weakness is one of the main causes of erectile dysfunction in men. **Objective:** To analyze the role of electrostimulation and physical therapy interventions in the rehabilitation of the pelvic floor in patients with erectile dysfunction, as well as to describe the role of the physical therapist in this treatment. **Methodology:** A retrospective study with a qualitative-quantitative approach was carried out using a structured survey applied to 21 physical therapists. Variables related to professional training, level of knowledge, frequency of patient care, therapeutic interventions, and treatment outcomes in erectile dysfunction were analyzed. **Conclusion:** The results show a lack of specific training and low recognition of the physical therapist's role in the treatment of erectile dysfunction. However, most reported cases showed mild to moderate clinical improvement. It is concluded that pelvic floor physical therapy has significant therapeutic potential in erectile dysfunction, highlighting the need to strengthen professional training, promote interdisciplinary work, and increase the visibility of physical therapy in male sexual health. **Keywords:** Erectile dysfunction; Pelvic floor; Physical therapy; Electrostimulation; Biofeedback; Rehabilitation.

INTRODUCCION

Las disfunciones del suelo pélvico incluyen un grupo de alteraciones del funcionamiento de los grupos musculares que cierran el orificio inferior de la pelvis y pueden manifestarse clínicamente con incontinencia urinaria (IU), incontinencia fecal (IF), dolor pélvico crónico, prolapso de órganos pélvicos y disfunciones sexuales, entre otros. Estas entidades clínicas relacionadas entre sí pueden tener una etiología multifactorial, pero en todas podemos encontrar alguna alteración de normal funcionamiento de los órganos que forman el piso pélvico.

La erección es un fenómeno neurovascular sometido a control hormonal. Consiste en dilatación arterial, relajación del músculo liso trabecular y activación del mecanismo venooclusivo de

los cuerpos cavernosos. La disfunción eréctil (DE) se ha definido como la incapacidad persistente de conseguir y mantener una erección suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio. Aunque la DE es un trastorno benigno, afecta a la salud física y psicosocial y tiene una repercusión importante de la calidad de la vida (CdV) de quienes sufren, así como sus parejas y familias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las disfunciones del suelo pélvico en el hombre constituyen un desafío clínico relevante, ya que comprometen funciones esenciales como la incontinencia urinaria, la estabilidad pélvica y la respuesta sexual. Es una de las más frecuentes y con mayor impacto en la calidad de vida, afectando tanto la salud física, como emocional y social de quienes la padecen.

A pesar de los avances médicos en el diagnóstico y manejo farmacológico de las disfunciones eréctiles, la intervención desde la kinesiología, a través de programas de ejercicios específicos y técnicas de rehabilitación funcional, aun no recibe la atención suficiente en la práctica clínica.

Ante este panorama, surge la necesidad de analizar de que manera la debilidad muscular pélvica contribuye a la disfunción eréctil en el hombre, cual es el rol del kinesiólogo en el abordaje rehabilitador y evaluar la utilidad de Biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico con el fin de ampliar la comprensión del problema y favorecer estrategias terapéuticas más completas y efectivas

JUSTIFICACIÓN

La disfunción eréctil es una de las alteraciones más prevalentes en el hombre repercutiendo de manera significativa en la calidad de vida. Tradicionalmente, el abordaje de la disfunción eréctil se ha centrado en tratamiento farmacológico o quirúrgico, sin embargo, estos no siempre resultan eficaces ni abordan la raíz del problema. En este sentido, la rehabilitación del suelo pélvico mediante intervenciones

kinesiológicas, como los ejercicios específicos de fortalecimiento, la reeducación muscular y la utilización de Biofeedback surge como una alternativa terapéutica complementaria, segura y no invasiva.

La importancia de este trabajo radica en visibilizar el rol del kinesiólogo en la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico asociadas a la disfunción eréctil, contribuyendo al desarrollo de estrategia de intervención interdisciplinaria más completas (Biofeedback). Además, permite generar conciencia sobre la necesidad de evaluar integralmente al paciente, considerando tanto factores orgánicos como musculares y funcionales, lo que puede optimizar los resultados.

MARCO TEORICO

El suelo pélvico (piso pélvico) está compuesto principalmente por gruesos músculos esqueléticos en conjunto con ligamentos adyacentes y su fascia profunda. Es un diafragma muscular en forma de cuenco que ayuda a sostener los contenidos viscerales de la pelvis.

Estructura de la pelvis

La porción inferior de la pelvis esta sellada por un diafragma muscular (también conocido como diafragma pélvico) y una membrana perineal que se conocen como suelo pélvico. Existen dos (en hombres) o tres (en mujeres) abertura del suelo pélvico que permiten el paso de los componentes de salida de las vísceras pélvicas. Los músculos del suelo pélvico contribuyen al mantenimiento de la continencia y ayudan a prevenir la salida de los contenidos de la cavidad de la pelvis a través de su estrecho inferior.

Musculatura del suelo pélvico

A los músculos coccígeo y elevador del ano se los refiere colectivamente como músculos del suelo pélvico. Estas forman una capa grande de músculos esquelético que es más gruesa en algunas partes que en otras. Los músculos se insertan a lo largo de las paredes internas de la pelvis menor (pelvis verdadera) en un área condensada de la fascia obturatriz conocida como el arco tendinoso del musculo elevador del ano. Estos músculos pueden subdividirse como base en sus puntos de inserción, así como los

órganos pélvicos a los cuales están asociados. Es importante notar que el musculo elevador del ano está formado por los músculos puborrectal, pubococcigeo e iliococcigeo. El musculo coccígeo (también conocido como isquiococcigeo) no es parte del elevador del ano.

La cara pélvica del musculo elevador del ano está separada de los órganos viscerales por medio de la fascia asociada. La cara perineal funciona como paredes medial y superior de la fosa isquioanal y su receso anterior asociado, respectivamente. Hay tejido conectivo laxo presente entre el borde posterior de los músculos y el cóccix finalmente, los puntos de salida de los órganos viscerales separan el borde medial de los músculos.

Musculo coccígeo(isquiococcigeo)

El musculo coccígeo (isquiococcigeo) en ocasiones se considera como parte del complejo que forma al elevador del ano y no como un musculo separado. Sin embargo, este musculo en realidad es una estructura separada que se localiza en la porción más posterosuperior de este complejo muscular.

Se trata de una capa de músculos con forma triangular cuyo vértice se inserta en la punta y cara pélvica de la espina ciática, mientras que su base se inserta 5° porción sacra y los bordes laterales del cóccix. Las fibras restantes del musculo convergen en la línea media. Este musculo está relacionado anteriormente con la cara pélvica del ligamento sacroespinoso

Musculo elevador del ano

El elevador del ano es un musculo complejo que consiste en tres porciones individuales: los músculos iliococcigeo, pubococcigeo y puborectal.

Musculo iliococcigeo

La porción iliococcigeo del musculo elevador del ano se encuentra anteroinferior al musculo coccígeo y posterosuperior al pubococcigeo. El musculo se extiende lateralmente hasta el arco tendinoso del musculo elevador del ano. Sus fibras posterolaterales tienen inserción en la espina ciática (justo de forma inferior y anterior de la inserción del musculo coccígeo), mientras que sus fibras anterolaterales se

insertan en el canal obturador. Las fibras de la línea media posterior se insertan en la porción inferior del sacro y el cóccix.

La mayoría de las fibras del iliococcigeo se juntan las fibras de la mitad contralaterales del musculo para formar un rafe de la línea media. El rafe (un surco en donde se unen las dos mitades del musculo) es continuo con el ligamento anococcigeo y brinda una fuerte inserción posterior para el suelo pélvico.

Musculo pobococcigeo

- El pubococcigeo es la porción intermedia del musculo elevador del ano. Sus fibras anteriores surgen de la cara posterior del arco del pubis y recorren posteriormente en el plano horizontal. Las fibras luego se decusa para unirse con las fibras del lado contralateral para formar un “cabestrillo” alrededor de las pociones distales de los órganos pélvicos. El pubococcigeo puede dividirse con base de las estructuras con las cuales sus fibras se encuentran inmediatamente asociadas: Puboperineal- fibras mas internas que viajan adyacentes a la uretra y su esfínter asociado conforme sale el suelo pélvico. En algunas instancias, el musculo se conoce como pubouretral debido a que se asocia a la mitad proximal de la uretra y forma parte del complejo de su esfínter.
- Puboprostatico (hombres) y pubovaginal (mujeres) – otro grupo de fibras musculares que pasa alrededor de la porción inferior de la próstata (hombres) o de la pared posterior de la vagina (mujeres)
- Puboanal – algunas pocas fibras que cruzan hacia el lado contra lateral y se mezclan con las fibras de los músculos rectales longitudinales y su fascia para formar la capa longitudinal conjunta del conducto anal.

Musculo puborrectal

El puborrectal pasa por detrás del recto a lo largo del rafe del musculo elevador del ano como un “cabestrillo muscular” que se curva alrededor de la unión anorrectal. Colectivamente, las divisiones de los músculos pubococcigeo puborrectal se conocen como músculos pubovisceral.

Vascularización e inervación

La división anterior de la arteria iliaca interna es la responsable de irrigar al grupo de músculos del elevador del ano con sangre oxigenada y rica en nutrientes. Sus tres ramas terminales (pudenda, glútea inferior y vesical inferior) ingresan perforan estos músculos irrigarlos. El drenaje venoso esta dado por las venas con los mismos nombres.

Las ramas de los plexos sacros contribuyen a la inervación de los músculos del elevador del ano. El nervio pudendo, que se origina de la segunda a cuarta porción sacra de la medula espinal (S2-S4), inerva directamente al musculo pubococcigeo. Los ramos surgen directamente de la cuarta porción sacra forman nervio del musculo elevador del ano (S4). Los músculos coccígeos e iliococcigeo están inervados por ramas que se originan directamente de las porciones cuarta y quinta del plexo sacro (S4-S5).

Función

Los músculos del suelo pélvico son principalmente estructuras de soporte. Ayudan a mantener las vísceras pélvicas en su lugar y va a prevenir que estas salgan de la pelvis ante la presencia de tensión. Esta función se logra mediante una contracción inconsciente durante el reposo y puede haber contracción consciente en momentos de aumento de presión intraabdominal (vomitar, estornudar, toser, levantar objetos pesados, espiración forzada).

Las contracciones de los músculos del elevador del ano también brindan una conclusión adicional para los segmentos de salida de las vísceras pélvicas. En otras palabras, los músculos ayudan al mantenimiento de la continencia tanto urinaria como fecal hasta que llegue el momento oportuno para evacuar. El musculo puborrectal es el que mejor demuestra esta función. Hay que recordar que este

musculo forma un cabestrillo muscular con forma de U que se curva alrededor de la unión anorrectal. Cuando esta parte del musculo se contrae, tira de la unión anorrectal anteriormente y forma un ángulo de 90 grados entre el recto y el ano. Por lo tanto, la materia fecal no puede fluir libremente desde el recto. Para que puedan ocurrir la micción (orinar) y la defecación, los músculos que forman el elevador del ano deben estar relajados.

Los músculos del suelo o piso pélvico también ofrecen soporte adicional durante el parto para la parte fetal presente, la parte más cercana a la salida uterina. Mantiene al feto en su lugar mientras que el cuello del uterino se dilata y contrae. También ayuda a mantener al feto en el plano anteroposterior de la salida de la pelvis para brindar aún más soportes durante el proceso del parto

Histológicamente, la mayoría de los músculos del suelo pélvico se componen de fibras musculares de contracción lenta tipo 1. La prevalencia de fibras tipo 1 es importante debido a la función de los músculos del suelo pélvico mencionada anteriormente. Se debe recordar que las fibras tipo 1 son ideales para periodos largos de contracción, mientras que las fibras tipo 2 son necesarias para la respuesta rápida ante cambios fisiológicos.

Resumen de la anatomía funcional de los órganos (1–3)

Órgano	Características
Pene	Compuesto de tres cámaras, dos cuerpos cavernosos (cuerpos eréctiles) que forman las raíces del pene (crura) proximalmente y un cuerpo esponjoso que alberga la uretra y forma el glande distalmente. Vascularización: Arteria pudenda interna. Sensación somática: nervio pudendo (S2-S4). Inervación autonómica: nervios cavernosos (plexo pélvico) que contiene fibras del s. simpático (plexo hipogástrico superior T10-L3) y fibras del parasimpático (S2-S4).
Uretra	Rodeada de fibras de músculo liso. 3 segmentos principales: uretra prostática, uretra membranosa (que pasa por el diafragma urogenital) y uretra anterior. Glándulas de Cowper: se localizan a ambos lados de la uretra membranosa y bulbar. Colículo seminal (verumontanum): pequeña elevación de la pared posterior de la uretra membranosa y relacionada con los conductos eyaculatorios y prostáticos.
Testículos	Está dividido entre el septo fibroso y los lóbulos que contienen los túbulos seminíferos. Células de Leydig: producen testosterona. Túbulos seminíferos: contiene células germinales y células de Sertoli. Que forman la red testicular de donde salen los conductos eferentes.

Imagen 1: Resumen de la anatomía funcional de los órganos

Epidídimo	Superior y posterior al testículo, compuesto por cabeza, cuerpo y cola. Los conductos eferentes se unen para formar una formación cónica que se convertirá en el conducto deferente en la cola.
Conductos deferentes	Tubo musculado: De 2.5-5 mm de diámetro, es la continuación del epidídimo. Se junta con el conducto de la vesícula seminal para formar el conducto eyaculatorio, el cual drena al colículo seminal. Reciben sangre de la arteria basal, una rama de la arteria vesical inferior.
Próstata	Rodea a la uretra prostática, tiene un 70% de componente glandular y un 30% componente fibromuscular. Irrigado por la arteria vesical inferior y la arteria rectal.
Vesículas seminales	2-4 cm de largo y 1-2 de ancho, se unen al conducto eyaculatorio. Irrigado por la arteria inferior vesical y arterias medias rectales.

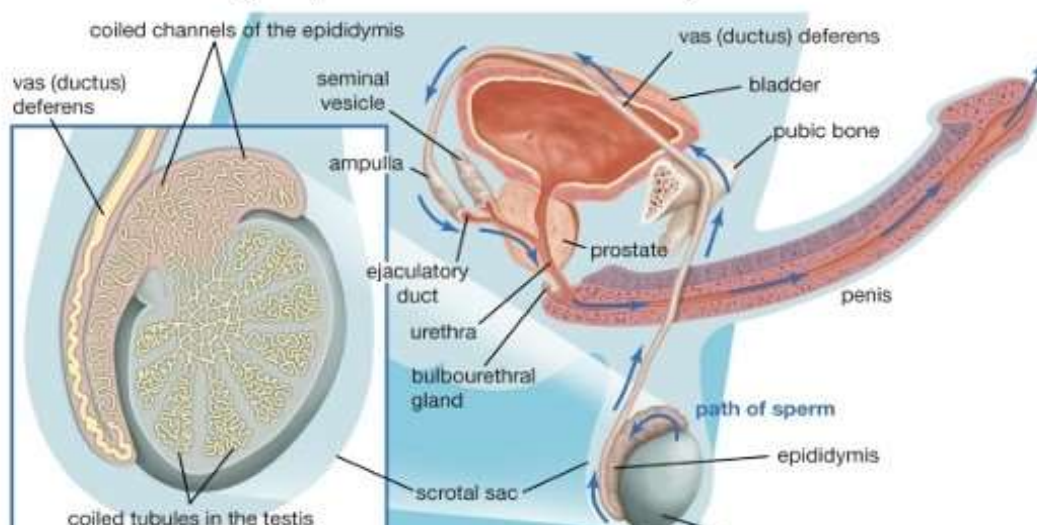


Figura 2: Órganos del aparato reproductor masculino y recorrido de los gametos en la eyaculación

Sistema arterial

Generalmente la vascularización proviene de la arteria pudenda interna, rama de la iliaca interna (aunque a veces puede provenir de las arterias obturatriz o isquiática) y en ocasiones puede observarse una arteria pudenda accesorios. La arteria pudenda atraviesa agujero sacrociático menor hacia el canal pudendo y pasa a dividirse en sus ramas terminales:

- Bulbouretral: se orina hacia el musculo bulboesponjoso y de ramas de los cuerpos cavernosos y el bulbo.

- Dorsal del pene: irriga el glande, la corona y el prepucio
- Cavernosa o media del pene: que da lugar a las arterias helicinas que irrigan los cuerpos cavernosos y la arteria larga que alcanza el cuerpo esponjoso

Drenaje venoso

Se divide en un sistema superficial, intermedio y profundo.

- Sistema superficial: drena la sangre de las envolturas del pene y glande. Da lugar a la safena interna
- Sistema intermedio: recoge sangre del glande, cuerpo esponjoso y 2/3 distales del cuerpo cavernoso.
- Sistema profundo: venas de los pilares y cuerpos cavernosos, drenan el cuerpo esponjoso y drenan y drenan la vena dorsal profunda del pene hacia la vena pudenda interna y plexo de Santorini.

Síntomas de un Suelo pélvico

Los síntomas habituales suelen ser:

- Secuelas por prostatectomía.
- Incontinencia urinaria, pérdida de orina.
- Incontinencia de gases, pérdida involuntaria de gases.
- Incontinencia fecal, pérdida involuntaria de heces.
- DPC: Dolor Pélvico Crónico por prostatitis crónica.
- Disfunciones sexuales
- Disfunción eréctil

- Eyaculación precoz
- Dolor durante o post relaciones sexuales

Diagnostico

Para el diagnóstico de la D.E se requiere el historial clínico y sexual completo; un examen físico general, incluido la evaluación psicosocial, y estudios complementarios. Se pueden considerar otras pruebas específicas de acuerdo a la necesidad del especialista 40, 41. En la actualidad la D.E sigue teniendo una matriz peyorativa, por lo que, es habitual que el paciente le cueste dialogar sobre el tema, y muchas veces consulte por otros problemas y que al final conlleve a consultar sobre su desempeño sexual. La explicación por parte del profesional desde un enfoque biopsicosocial y un abordaje interdisciplinario facilitara el proceso de la evaluación.

Anamnesis: Se lleva a cabo en un ambiente apropiado que permite mantener la integridad del paciente y obtener datos relevantes sobre el motivo de consulta. En algunos casos, si es necesario, se debe integrar el proceso de evaluación la pareja afectiva del paciente. Dentro de la anamnesis se debe identificar los siguientes datos.

La edad del paciente.

Antecedentes de enfermedades preexistentes

Antecedentes de traumatismos.

Procesos oncológicos.

Tratamientos previos.

Consumo de fármacos y hábitos tóxicos.

Experiencia negativa.

Factores de riesgos y comorbilidad: Dentro del proceso de evaluación es fundamental considerar los factores de riesgo de la D.E que puede provocar lentecimiento o dificulten la recuperación y/o rehabilitación del paciente

La evaluación del historial sexual: se encuentra condicionada por los aspectos personales, interpersonales, creencias sobre problemática, factores personales como la motivación y consecuencias para los aspectos de la vida cotidiana como el trabajo, la participación deportiva, limpieza, sexualidad, familiar 24,40. De este modo, se debe indagar con suma delicadeza sobre la función eréctil y sus aspectos vinculados al desempeño sexual:

- Hábitos sexuales.
- Relaciones sexuales afectivas anteriores y actuales.
- Condición actual del desempeño sexual.
- Aparición del problema.
- Duración del problema eréctil
- Tratamientos previos

La evaluación clínica se trata de indagar sobre los síntomas de la D.E

- Rapidez de la aparición
- La presencia o ausencia de erección matutina
- Eventual o en todas o algunas ocasiones
- Valorar la rigidez peneana
- Duración de las erecciones matutinas, nocturnas y espontaneas

- Erecciones inducidas por estímulos táctiles, visuales o deseos.
- Presencia de la motivación sexual.

Disfunción eréctil

Cuando hablamos de disfunción eréctil nos referimos a la incapacidad persistente para conseguir y mantener una erección suficiente para llevar a cabo una relación sexual satisfactoria. No es un simplemente un hecho puntual, sino que se repite consistentemente, durante un periodo de tiempo (suele ser mínimo de 3 meses). Es importante diferenciar de otros problemas sexuales, como la falta de deseo, las alteraciones de la eyaculación (eyaculación prematura retrasada y/o ausencia de la misma).

Cuando no se nota la persistencia del problema, es importante acudir al médico. La disfunción eréctil no solo es un problema de salud sexual, en algunos casos puede ser síntoma de otras enfermedades que aún no le hayan diagnosticado, como enfermedades cardiovasculares y/o metabólicos. Por ello, la importancia de acudir a su médico; conversar con el del problema, sus síntomas, incluso si le avergüenza. A veces, el tratamiento de una enfermedad no diagnosticada es suficiente para revertir la disfunción eréctil. En otros casos podría necesitar un tratamiento directo.

Tipos de disfunción eréctil

La disfunción eréctil puede ser de diferentes tipos, según las causas que la originan.

- Orgánica vascular

Es el tipo de importancia más habitual, se produce cuando el pene no puede acumular sangre necesaria para que se dé una erección. La impotencia orgánica afecta a las arterias y/o venas del pene (arterioesclerosis o endurecimiento de las arterias). Suele ser más frecuente sobre todo en los hombres de edad avanzada. Los factores de riesgo de la arterioesclerosis suelen ser: colesterol alto, presión sanguínea alta, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, exceso de peso, falta de ejercicio y fumar cigarrillo. Estos factores pueden provocar trastornos vasculares que dificulten la erección.

- Hormonal

Es aquella causada básicamente por déficit de testosterona. También puede ser causa otras anomalías hormonales, así como el abuso de esteroides por los fisicoculturistas, alteraciones de la hormona tiroidea, y las hormonas administradas para tratar el cáncer de próstata puede causar impotencia

- Por medicamentos

Es aquella causada por ciertos medicamentos para tratar enfermedades, entre ellos medicamentos para la hipertensión, antidepresivos y ansiolíticos, los agentes quimioterapéuticos contra el cáncer, entre otros.

- Neurológicas

En este caso la disfunción eréctil o impotencia se produce por una interrupción en la transferencia de mensajes del cerebro al pene, porque existe una lesión en los nervios implicados. Eso sucede con las lesiones de la medula espinal, la esclerosis múltiple y en algunos casos ocurre tras intervenciones quirúrgicas en la pelvis.

- Psicológicas

En estos casos no hay ningún factor orgánico, ni físico, que sea causante de la disfunción eréctil; sin embargo puede intervenir factores psicológicos que impiden que el hombre puede tener una erección normal y efectiva, provocando un funcionamiento anormal del pene. Enfermedades como la depresión, ansiedad, inclusive altos niveles de estrés pueden estar siendo los causantes. Las preocupaciones extremas, la fatiga, la inapetencia y el insomnio también pueden desequilibrar los reflejos sexuales.

Factores de riesgo

Existen varios factores de riesgo que pueden contribuir a la importancia o disfunción eréctil, entre ellas podemos mencionar:

- La edad: a medida que se envejece, es posible tener problemas de erección, tardar más tiempo en conseguirla y/o mantenerla. Incluso, que esta no sea tan firme

- Enfermedades: especialmente las enfermedades cardíacas y la diabetes •

La obesidad y/o el sobre peso.

Lesiones: que se presentan en los nervios o las arterias que controlan las erecciones

- Ciertos tratamientos médicos: como la cirugía de próstata o la radioterapia contra el cáncer.

- Ciertos medicamentos: que producen entre sus efectos secundarios la disfunción eréctil, como los medicamentos para la presión arterial alta, el dolor o las enfermedades de la próstata, así mismo como los antidepresivos, ansiolíticos y antihistamínicos.

- Consumo de alcohol y droga

- Consumo de tabaco: el consumo a lo largo del tiempo, limita el flujo de sangre a las venas y arterias; incluso puede provocar enfermedades crónicas que generan disfunción eréctil.

- Trastornos psicológicos: como la depresión, la ansiedad y/o el estrés.

¿Por qué se produce la disfunción eréctil?

- Existencia de contracturas en los músculos del pene.
- Estrés o ansiedad.
- Miedo a un rechazo por parte de la pareja sexual.
- Debilidad muscular.
- Alteraciones vasculares.

- Falta de estímulo sexual adecuado.
- Problemas o discusiones de pareja.

Entre las pruebas que se realizan para confirmar el diagnóstico encontramos:

- Estudios vasculares.
- Estudios endocrinológicos.
- Estudio de la tumescencia y rigidez peneana nocturna
- Estudio neurológico
- Estudio de los niveles de testosterona
- Otros

ELECTROESTIMULACION

Tecnología utilizada ampliamente para el fortalecimiento de fibras musculares, en el tratamiento de fisioterapia se obtienen notables efectos en la recuperación de lesiones y en el aumento de fuerza muscular, el mismo es realizado con un dispositivo que genera impulsos eléctricos que inducen contracciones musculares similares a las que se obtienen con el ejercicio, esta corriente se transmite a través de electrodos dispuestos sobre la piel y es aplicado por profesionales de la salud.

¿Qué es la electroestimulación para el suelo pélvico en hombre?

La electroestimulación es la aplicación de energía en forma de corriente eléctrica indolora sobre la musculatura perineal, con el fin de conseguir en los tejidos, las respuestas deseadas para una correcta función de esta parte del cuerpo.

Cuando el suelo pélvico masculino funciona adecuadamente, es capaz de llevar a cabo:

- La continencia de esfínteres: asegurar la continencia urinaria y anal (gases, heces) cuando no hay un baño cerca y permitir el correcto vaciado de la vejiga y el recto cuando es el momento de evacuar.
- El sostén de órganos pélvicos (vejiga, próstata, recto): los músculos y tejidos perineales y forman una especie de cama elástica sobre la que se mantiene en su correcta posición los órganos pélvicos. El exceso de tensión o la falta de esta, pueden asociarse a síntomas de mal funcionamiento de estos órganos (alteraciones en la micción o la defecación, alteraciones sexuales- excitación, orgasmo, eyaculación -, presencia de dolor pélvico, etc).
- La gestión de la presión intraabdominal: el suelo pélvico funciona en equipo con la musculatura abdominal, lumbar y el diafragma durante los aumentos de presión que se producen en el día a día al toser, reír, cargar peso, hacer ejercicio defecar, etc.
- La función postural: el suelo pélvico participa en el mantenimiento de la postura corporal.
- La función sexual: el suelo pélvico contribuye a la erección.

Cuando alguna de estas funciones no es realizada correctamente pueden aparecer síntomas como la incontinencia urinaria, de gases o heces, la dificultad para orinar, la disfunción eréctil o el dolor pélvico persistente.

Beneficios de la electroestimulación de suelo pélvico en hombres

Cuando necesitamos mejorar la capacidad de sentir (propiocepción) esta zona corporal. El paciente no sabe como contraer voluntariamente esta parte del cuerpo y gracias a la electroestimulación logra sentir e integrar en su esquema corporal los músculos encargados de hacerlo.

Cuando necesitamos ganar fuerza en los músculos del suelo pélvico. El paciente no consigue contraer su musculatura o no lo suficientemente fuerte como para realizar las funciones pertinentes (continencia, gestión de la presión, función sexual, etc.).

Cuando necesitamos mejorar la resistencia muscular

Cuando necesitamos mejorar la circulación o se necesita conseguir un efecto de relajación

En caso de urgencias y/o aumento de la frecuencia miccional (vejiga hiperactiva), en los que queremos inhibir las contracciones del detrusor (musculo de la vejiga) que provocan sensaciones de urgencia y, en ocasiones, perdida de orina.

Ondas de choque para tratar la disfunción eréctil

¿Cómo funcionan las ondas de choque para tratar la disfunción eréctil?

La terapia de ondas de choque de baja intensidad utiliza pulsos de energía acústica para estimular la regeneración de los tejidos. Aplicadas en las áreas del pene responsables de la erección, las ondas de choque promueven la formación de nuevos vasos sanguíneos y mejoran el flujo sanguíneo. Este proceso se denomina “neovascularización” y es clave para mejorar la capacidad del pene de lograr y mantener la erección. A diferencia de otros tratamientos que solo abordan los síntomas, las ondas de choque buscan mejorar la función eréctil desde la raíz, reparando los vasos sanguíneos dañados y aumentando el riego sanguíneo de manera natural.

¿Qué son las ondas de choque?

Las ondas de choque con fines terapéuticos son unas ondas de presión que se generan de forma rápida con una fase de presión positiva seguido de una fase de presión negativa con suficiente fuerza tensil para provocar cavitación en un fluido.

Las ondas de choque representan un cambio de presión abrupto que viajan a una velocidad superior al sonido. Específicamente, mediante un proceso denominado mecanostruccion, estas ondas acústicas generan una respuesta biológica en el tejido tratado.

En primer lugar, el núcleo de las células se activa e inicia la producción de proteínas responsables de los procesos de regeneración tisular. Por consiguiente, se desencadena una serie de efectos biológicos fundamentales:

- Estimulación de angiogenesis con formación de nuevos vasos sanguíneos.
- Aumento en la producción de colágeno mediante factores de crecimiento TGF- β 1 e IGF-I
- Liberación de óxido nítrico y factor VEGF para regeneración tisular
- Diferenciación y migración de células madres

¿Cómo se aplica las ondas de choque?

El tratamiento con ondas de choque se fracciona en varias sesiones. Existen distintos regímenes con pequeñas variaciones según el equipo, pero por regla general de ondas de choque se aplican en sesiones de 15-20 minutos, una vez por semana durante 4 semanas. Al cabo de un mes se realiza una sesión mas de recuerdo. En cada sesión se aplican las ondas primero en la parte superior del pene y después por debajo del escroto donde la raíz de los cuerpos cavernosos. De esta manera las ondas de choque cubren con totalidad de la longitud del tejido eréctil. El tratamiento es breve, indoloro y no requiere ningún tipo de analgesia, sedación o anestesia. Tampoco se necesita el ingreso ni periodo de observación tras cada sesión. El paciente llega a la hora de la cita, se aplica las ondas, y se va a su casa.

¿Quiénes pueden someterse al tratamiento y quien no puede?

El tratamiento con ondas de choque es beneficioso en la disfunción eréctil de origen vascular, es decir, cuando están dañadas las arterias del pene debido a factores de riesgo vascular (tabaco, hipertensión, colesterol, diabetes, obesidad, sedentarismo y estrés). Todos estos factores producen arterioesclerosis y estrechamiento de las arterias del cuerpo, incluidas las del pene. El tratamiento no es efectivo y portanto, no se recomienda, en los casos de disfunción eréctil de origen neurológico (lesión

medular por ejemplo), hormonal (por déficit de testosterona), por fuga venosa, o en los casos de origen psicológico (varones jóvenes con mucho componente de ansiedad de rendimiento sexual). Tampoco cabe esperar mejoría si se trata de un caso muy severo sin nada de respuestas a fármacos orales. Estas respuestas, aunque sea pequeña, es un buen indicador de que existe tejido eréctil viable y potencialmente mejorable. Tu medico decidirá si eres un buen candidato al tratamiento.

BIOFEEDBACK

El termino de Biofeedback significa “bioretroalimentacion”, deriva de la palabra griega bio, (vida), y de la palabra inglesa “feedback” que puede traducirse como “retroalimentación” o “retroinformación”; y hace referencia a una herramienta terapéutica que deriva de la teoría psicológica del aprendizaje, la cual es la base en la premisa: “Aprendiendo a través del reforzamiento”, y cuyo principio es la adquisición de nuevas conductas a través del proceso de ensayo y error.

El Biofeedback consiste en una técnica de evaluación o tratamiento en rehabilitación, donde al utilizar estimulación visual, auditiva o ambas, se le enseña al paciente a controlar una función corporal deteriorada, perdida o ausente. El Biofeedback en el piso pélvico se comporta con una técnica, en la cual la información de un proceso fisiológico, como lo es la contracción y la relajación muscular, se convierte en una señal auditiva o visual que permite aprender a controlar la función alterada; y a través de un registro manométrico o electromiografico se genera una demostración visual o auditiva del esfuerzo de contracción o relajación de los músculos perineales. El paciente compara sus resultados con el patrón de un sujeto normal y practica hasta que reproduce dicho patrón.

El Biofeedback es una herramienta terapéutica empleada en fisioterapia que permite al paciente recibir información en tiempo real sobre sus funciones fisiológicas, con el fin de adquirir control voluntario sobre ellas. Mediante el uso de sensores electromiograficos (EMG), térmicos o de presión, esta técnica traduce la actividad biológica en señales visuales o auditivas que facilitan la autorregulación y el aprendizaje motor (Basmajian & De Luca, 1985).

En el ámbito de la rehabilitación muscular, el Biofeedback es ampliamente utilizado para mejorar la activación y coordinación de grupos musculares debilitados tras lesiones, cirugías o inmovilizaciones prolongadas. Al proporcionar retroalimentación inmediata, el paciente puede corregir patrones motores ineficientes y optimizar el reclutamiento muscular, favoreciendo una recuperación más precisa y funcional (Ranganathan et al., 2020).

Dentro de la rehabilitación del suelo pélvico, esta técnica ha demostrado gran eficacia en el tratamiento de disfunciones como la incontinencia urinaria, el prolapso o la debilidad muscular postparto. El Biofeedback electromiográfico permite al paciente visualizar la contracción del músculo elevador del ano y ajustar su intensidad, ritmo y duración. De esta manera, se mejora el control voluntario y la fuerza del suelo pélvico.

Su aplicación en la rehabilitación muscular del suelo pélvico promueve la conciencia corporal, la optimización del control motor y una recuperación funcional más efectiva, reforzando la autonomía y participación activa del paciente en su proceso terapéutico.

¿Cuáles son los objetivos generales del tratamiento de Biofeedback?

- Tomar conciencia de la zona a trabajar
- Captar la actividad, registrarla y evaluarla
- Adaptar el tratamiento adecuándonos a la situación del paciente.

¿Qué ventajas tiene el uso de esta técnica?

- Evaluación objetiva de la evaluación durante el tratamiento. La persona que os este acompañando en este camino, puede llevar un control preciso y asegurarse de que el tratamiento que se sigue es el correcto en vuestra situación.

- Facilita el aprendizaje, ayuda a ubicar las zona que hay que trabajar y reconocer cuáles son sus músculos perineales, asilar de la contracción del suelo pélvico sin necesidad de activar otros grupos musculares (abdominales,glúteos,aductores..).
- Es un buen refuerzo positivo y motiva a las/los pacientes a superar sus objetivos que se van marcando cada semana ya que pueden ir comprobando los resultados.

Beneficios del Biofeedback para suelo pélvico

El uso del Biofeedback en la kinesiología para la rehabilitación del suelo pélvico ha demostrado múltiples beneficios tanto en la práctica clínica. Esta herramienta ofrece aproximación objetiva, visual y medible de función muscular, lo que mejora notablemente el proceso de reducción perineal.

Uno de los principales beneficios es la toma de consciencia muscular. El Biofeedback actúa como un refuerzo sensorial que le permite comprender cuando están contrayendo (o relajado) los músculos de forma adecuada, promoviendo un mayor control voluntario.

Además, permite a los profesionales monitorizar el progreso de forma cuantificable. A través del registro de actividad electromiografica o de presión, es posible establecer una línea base y observar los avances en fuerza, resistencia y coordinación muscular a lo largo del tratamiento.

Otro aspecto destacable es el aumento de la motivación y adherencia el tratamiento. La retroalimentación inmediata fomenta la participación activa del paciente y refuerza positivamente los logros, lo que se traduce en un mayor compromiso con los ejercicios pautados, tanto en consulta como en casa.

Indicaciones del Biofeedback para suelo pélvico.

Incontinencia urinaria de esfuerzo, urgencia o mixta: el Biofeedback ayuda a mejorar el control muscular y reforzar la respuesta refleja del suelo pélvico durante las actividades que aumentan la presión intraabdominal.

Incontinencia fecal o urgencia anorrectal: permite entrenar la musculatura del esfínter del anal y mejorar la percepción sensorial rectal, lo que contribuye al manejo de la continencia.

Hipotonía del suelo pélvico: en casos de debilidad muscular, el Biofeedback sirve para potenciar la fuerza y resistencia mediante ejercicios dirigidos con retroalimentación visual o auditiva.

Hipertonía y dolor pélvico crónico: también es útil para favorecer la relajación muscular consciente, reducir el tono basal excesivo y tratar condiciones como el síndrome de dolor miofascial o la disfunción del musculo elevador del ano.

Contraindicaciones del Biofeedback para suelo pélvico.

Aunque el Biofeedback para suelo pélvico es una técnica segura y bien tolerada, existen ciertas contraindicaciones y precauciones que deben considerarse ante de su aplicación, especialmente cuando se utilizan dispositivos intracavitarios.

Está contraindicado en casos de infecciones activa en la región pélvica (como vaginitis, prostatitis o infecciones urinarias), herida abierta o úlceras en la mucosa, ya que el uso de electrodos o sondas podría agravar el proceso inflamatorio o comprometer la integridad de los tejidos. Del mismo modo, debe evitarse en pacientes con hipersensibilidad o alergias a los materiales del dispositivo, y en mujeres durante el primer trimestre del embarazo, salvo indicaciones expresa del profesional médico.

También se recomienda precaución en personas con dispositivos electrónicos implantables, como marcapaso, debido a la posibilidad de interferencias electromagnéticas, y en pacientes con alteraciones cognitivas graves, donde la capacidad de comprender y seguir instrucciones puede ser limitada.

En estos casos, es fundamental realizar una valoración individualizada y considerar métodos alternativos de tratamientos hasta que se resuelven las condiciones que contraindican el uso de Biofeedback.

ROL DEL KINESIOLOGO EN LA REHABILITACION DEL SUELO PELVICO

La kinesiología es una terapia que ayuda a mejorar la salud y bienestar de una persona. Se enfoca en la rehabilitación de lesiones, enfermedades o enfermedades crónicas. La fisioterapia también puede ayudar a prevenir lesiones y enfermedades, mejorando la calidad de vida de las personas. Algunas técnicas incluyen:

- Ejercicio de movilización y estiramiento.
- Masaje terapéutico.
- Terapia laser.
- Terapia acuática.
- Ultrasonido
- Electroestimulación.

La kinesiología también puede ayudar a mejorar la flexibilidad, reducir el dolor, aumentar la fuerza y mejorar la función general. Esto puede ayudar a las personas a recuperarse de lesiones, lesiones crónicas y enfermedades. También puede ayudar a las personas a mejorar su condición física y prevenir lesiones.

La kinesiología de piso pélvico es un tratamiento especializado que se enfoca en fortalecer y rehabilitar los músculos de la zona pélvica, mejorando tanto la salud funcional como estética. La rehabilitación del suelo pélvico es un campo especializado dentro de la fisioterapia, que combina distintas técnicas y métodos para restaurar la función y la salud de esta área crucial.

El objetivo de la kinesiología del suelo pélvico es prevenir y tratar patologías referentes a la base de la pelvis, los músculos de esta estructura protegen y dan soporte a los órganos pélvicos, viéndose

afectadas tanto las funciones urinarias, las defecatorias y también las sexuales en la vida de las personas.

¿Cómo funciona y cuáles son los efectos de la Fisioterapia del Suelo pélvico?

Hay que tener en cuenta que el suelo pélvico es una base muscular que cierra el tronco hacia abajo. Esta base muscular consta de músculos entrecruzados que se originan en la pelvis y se estiran entre el hueso púbico y el coxis y las dos tuberosidades isquiáticas.

El equilibrio y las condiciones óptimas de tensión entre los músculos que componen el suelo pélvico y los glúteos, el abdomen, además de los de la espalda y la cadera garantizan el funcionamiento eficaz del suelo pélvico. A través de la fisioterapia del suelo pélvico se logra:

Aumento del tono de la musculatura del suelo pélvico.

Control de los movimientos urinarios y de excrementos mediante la contracción o relajación de los músculos del esfínter.

Previene la debilidad de la vejiga y el prolapso uterino

Permite una función sexual óptima a través de la contracción y la relajación

Aumenta la estabilidad de las articulaciones de la cadera, el suelo pélvico y la espalda baja.

Importancia de la Fisioterapia para el suelo pélvico.

La fisioterapia dirigida al suelo pélvico se centra en evaluar y tratar disfunciones a través de técnicas manuales, ejercicios específicos y dispositivos terapéuticos. Entre los objetivos principales destacan:

- Fortalecer la musculatura del suelo pélvico: mejorar el tono muscular para garantizar el soporte adecuado de los órganos.

- Reeducar la función muscular: enseñar a los pacientes a identificar y activar correctamente los músculos pélvicos.
- Reducir el dolor: mediante terapias manuales y técnicas de relajación, se busca aliviar el dolor pélvico.
- Prevenir complicaciones: la intervención temprana puede evitar el empeoramiento de síntomas y las apariciones de prolapsos.
- Mejorar la calidad de vida: una musculatura fuerte y bien coordinada contribuye a la estabilidad postural y al bienestar sexual.

Beneficios de la fisioterapia suelo pélvico en hombres

La terapia suelo pélvico hombres favorece una serie de beneficios que pueden mejorar la calidad de vida de quienes practican.

Estos incluyen:

1. Mejora del control urinario: la fisioterapia puede reducir la incontinencia y otros problemas relacionados con la micción.
2. Mejora la función sexual: un suelo pélvico más fuerte y saludable puede mejorar la función eréctil y el rendimiento sexual.
3. Alivio al dolor pélvico: los tratamientos pueden ayudar a reducir la tensión y el dolor en los músculos y ligamentos del suelo pélvico.
4. Prevención de problemas futuros: mantener un suelo pélvico saludable puede prevenir la aparición de problemas a medida que envejecemos

HIPOTESIS

La debilidad muscular pélvica es una de las principales causas de disfunción eréctil del hombre de género masculino.

OBJETIVOS

General: analizar la función de la electroestimulación en los tratamientos de rehabilitación del suelo pélvico (disfunción eréctil).

Específicos:

- Identificar de las principales causas de disfunciones del suelo pélvico del hombre
- Describir cuales son los principales factores que afectan la función del suelo pélvico
- Describir el rol y abordaje del kinesiólogo en la rehabilitación de la función del suelo pélvico (disfunción eréctil)

Criterio de inclusión:

- Artículos sobre rehabilitación pélvica masculina
- Kinesiólogos en la rehabilitación del suelo pélvico
- Artículos que abarquen la utilización de Biofeedback

Criterios de exclusión

- Artículos que no abordan la rehabilitación del suelo pélvico masculino
- Profesionales que no se dediquen al área de rehabilitación pélvica masculina -
- Artículos que no abordan la utilización del Biofeedback

METEDOLOGIA

Tipo de diseño

Para la realización del trabajo se va a utilizar un diseño de investigación retrospectivo con un enfoque cualicuantitativo. Se eligió este tipo de diseño debido a que la información analizada corresponde a experiencias ya vividas por el tratamiento de la disfunción eréctil, sin que exista intervención directa del investigador en el desarrollo de las sesiones.

El enfoque cuantitativo se utilizó para analizar los datos obtenidos mediante una encuesta estructurada, los cuales fueron organizados en frecuencias y porcentajes para permitir su interpretación. A su vez el componente cualitativo se refleja en el análisis de las percepciones expresadas por los participantes respecto a su experiencia dentro del tratamiento kinésico con pacientes con disfunción eréctil.

Tabla 1: *Categorización de las variables.*

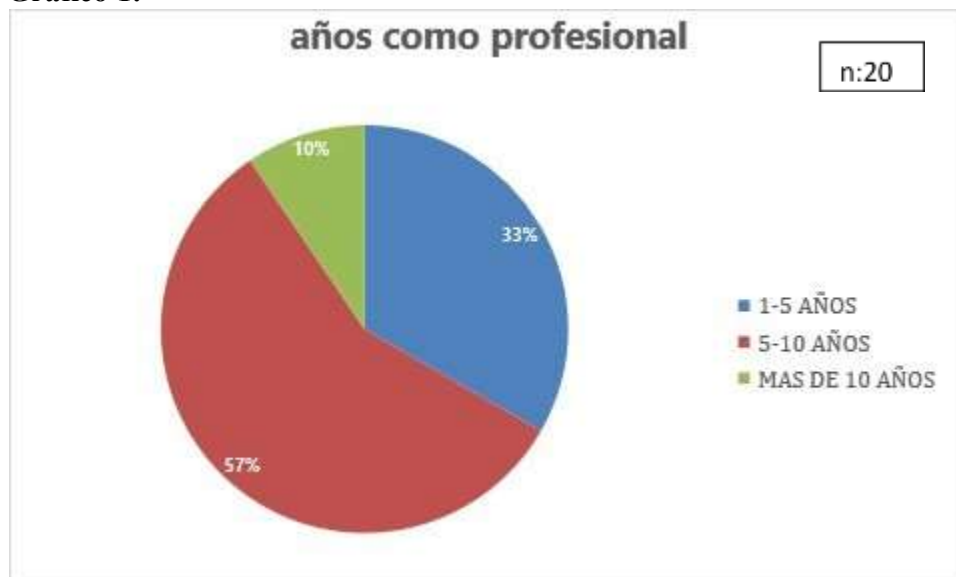
VARIABLE CONCEPTUAL	VARIABLE OPCIONAL	INDICADOR	INSTRUMENTO
Años como profesional	Cualitativa Ordinal	• 1-5 años • 5-10 años • Más de 10 años	Encuesta
Abordaje kinésico Consideración del abordaje kinésico en disfunción eréctil	Cualitativa Ordinal	• Si • No • No sabe/no contesta	Encuesta
Información recibida en la carrera Formación específica sobre tratamientos de disfunción eréctil.	cualitativa nominal dicotómica	☐ SI ☐ NO	Encuesta
Nivel de conocimiento sobre el tratamiento de DE	cualitativa ordinal	• Ninguno • Básico • Intermedio • Avanzado	Encuesta
Frecuencia que atiende a pacientes con DE	cualitativa ordinal	• Nunca • Ocasionalmente • Frecuentemente	Encuesta
Intervenciones que realiza	cualitativa ordinal	• Ejercicio del piso pélvico ☐ Electroterapia (ondas de choque o biofeedback) • Educación postural • Consejería o derivación interdisciplinaria • Otro	Encuesta
Herramientas de electroestimulación	cualitativa ordinal	• Ondas de choque • Biofeedback • Ninguna de las anteriores	Encuesta
Evaluación muscular del piso pélvico Tono y fuerza	cualitativa ordinal	• Si • No • Depende el caso	Encuesta
Utilización de la electroestimulación	cualitativa ordinal	• Si • No • En algunos casos	Encuesta
Trabajo interdisciplinario	cualitativa ordinal	• Si • No • Ocasionalmente	Encuesta
Reconocimiento en el ámbito de la salud	cualitativa ordinal	• SI • NO • Parcialmente	Encuesta

Tipos de barreras	cualitativa ordinal	• Falta de formación • Tabúes o prejuicios • Escases evidencia científica • Falta de derivación medica	Encuesta
Resultados del tratamiento	Cualitativa ordinal	☐ Empeoramiento ☐ Sin mejoría ☐ Mejoría leve ☐ Mejoría moderada	Encuesta

RESULTADOS

A continuación, se expone el análisis de los resultados del proceso de investigación realizado mediante encuestas.

Grafico 1.

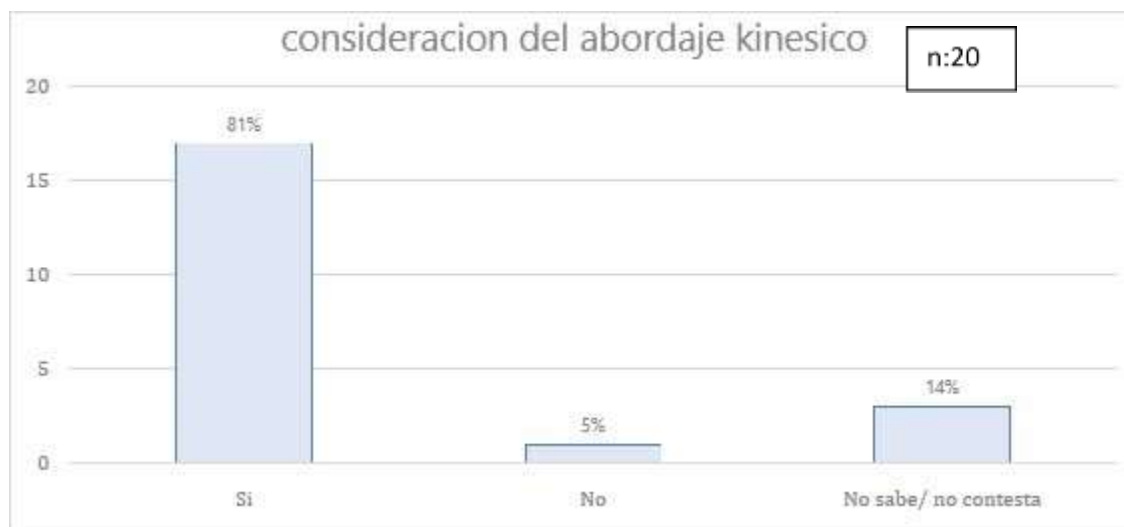


En este primer gráfico se representa la distribución de la variable "años de ejercicio profesional", dividida en tres rangos temporales, con el objetivo de analizar el nivel de experiencia de los encuestados en relación con la disfunción eréctil.

Se observa que el rango predominante corresponde a quienes ejercen desde hace 5 a 10 años, representando el 55% de los encuestados (n = 12). Le sigue el grupo con 1 a 5 años de ejercicio, que

constituye el 40% ($n = 7$). Finalmente, el 5% restante ($n = 2$) corresponde a profesionales con más de 10 años de experiencia.

Grafico 2.



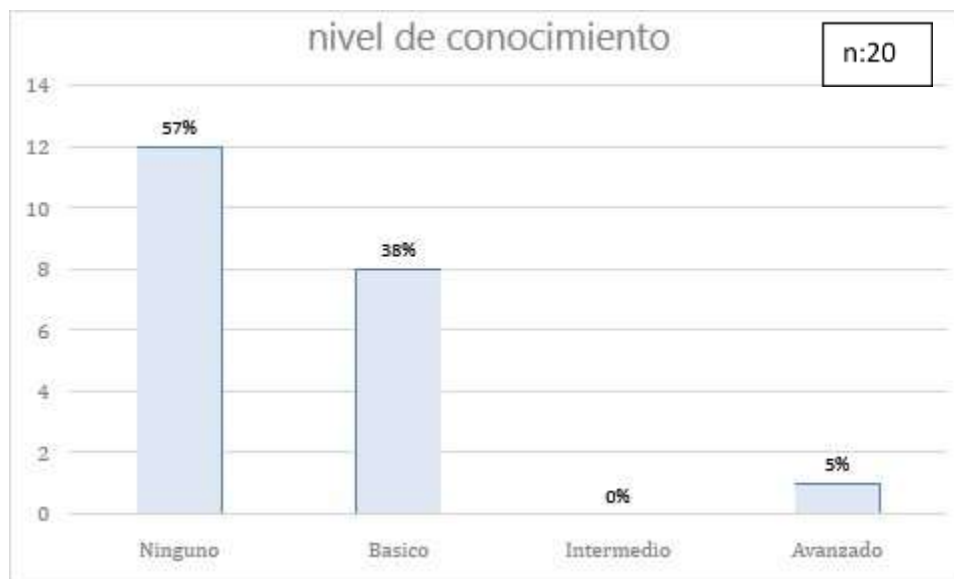
En este gráfico se observa que la mayoría de los encuestados (81%, $n = 17$) sí consideran al abordaje kinésico como una opción válida para tratar la disfunción eréctil. En segundo lugar, el 14% ($n = 3$) manifestó no saber que este tipo de disfunción podía abordarse desde la kinesiología. Finalmente, el 5% restante ($n = 1$) indicó que no considera a la kinesiología como una estrategia terapéutica para este tipo de problemática.

Grafico 3.

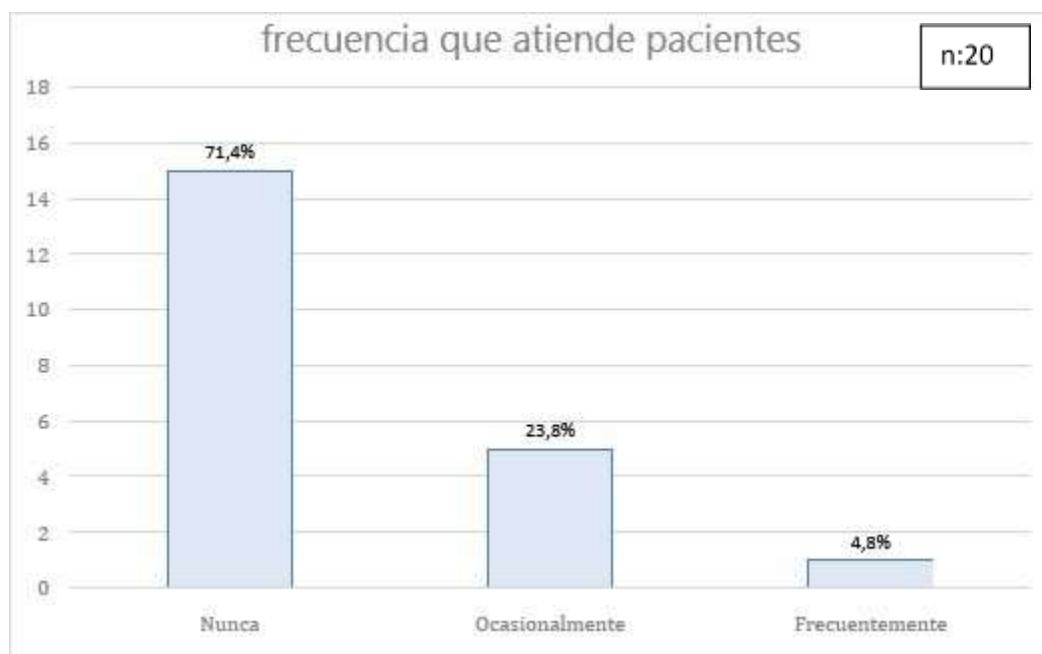


El gráfico 3 representa el nivel de información que recibieron los encuestados respecto al abordaje de la disfunción eréctil. La gran mayoría (90.5%, $n = 19$) indicó que no recibió información específica sobre esta temática, mientras que solo el 9.5% ($n = 2$) reportó haber recibido información específica relacionada con el tratamiento desde la kinesiología.

Gráfico 4



Este gráfico refleja el nivel de conocimiento que poseen los encuestados respecto al tratamiento de la disfunción eréctil. Se observa que más de la mitad de los participantes (57%, $n = 12$) no cuenta con un conocimiento suficiente para abordar esta problemática. En segundo lugar, el 38% ($n = 8$) posee un conocimiento básico, lo que sugiere una familiaridad inicial con el tema, pero sin profundidad clínica. Finalmente, solo el 5% ($n = 1$) reporta tener un conocimiento avanzado sobre el tratamiento de esta disfunción.

Grafico 5

Este gráfico muestra la frecuencia con la que los encuestados atienden pacientes que presentan disfunción eréctil. Se observa que la mayoría (71.4%, $n = 14$) nunca ha atendido casos de esta índole, lo que podría reflejar una falta de derivación, desconocimiento del abordaje kinésico o escasa visibilización de esta problemática en la práctica clínica.

Por otro lado, el 23.8% ($n = 5$) indicó que atiende ocasionalmente a pacientes con esta condición, lo que sugiere una presencia intermitente del tema en su ejercicio profesional. Finalmente, solo el 4.8% ($n = 1$) reportó atender frecuentemente este tipo de casos, lo que evidencia una baja integración del abordaje kinésico en el tratamiento de la disfunción eréctil.

Grafico 6.

Este gráfico presenta las distintas estrategias terapéuticas que los encuestados reportaron aplicar en el abordaje de la disfunción eréctil. Dado que se trató de una pregunta de respuesta múltiple, los porcentajes se calculan sobre el total de encuestados ($n = 21$), permitiendo identificar qué herramientas son más utilizadas en la práctica clínica.

La intervención más mencionada fue la consejería o derivación interdisciplinaria (48%, $n = 10$), lo que sugiere que muchos profesionales optan por orientar al paciente hacia otros especialistas o brindar acompañamiento desde una perspectiva comunicacional, ética y educativa. Esta tendencia puede estar relacionada con la falta de formación específica y la baja frecuencia de atención directa a pacientes con esta disfunción, como se evidenció en gráficos anteriores.

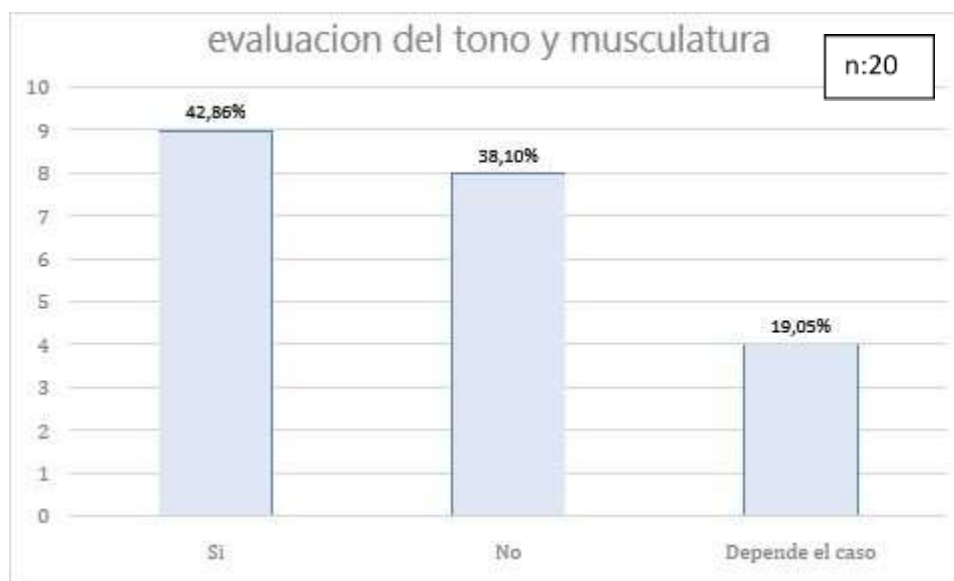
Le sigue el ejercicio del piso pélvico (29%, $n = 6$), una técnica activa que busca fortalecer la musculatura implicada en la función eréctil y que cuenta con respaldo en la literatura científica. La electroterapia, incluyendo ondas de choque y biofeedback, fue mencionada por el 19% ($n = 4$), lo que indica una implementación moderada de tecnologías complementarias.

La educación postural aparece con una baja frecuencia (5%, $n = 1$), lo que podría reflejar una

subutilización de esta herramienta en el contexto de la disfunción eréctil, a pesar de su potencial para mejorar la conciencia corporal y la funcionalidad del suelo pélvico. Finalmente, un 19% ($n = 4$) indicó realizar otro tipo de intervenciones, posiblemente vinculadas a técnicas de relajación, educación sexual, abordajes psicosomáticos o estrategias adaptadas al contexto clínico individual.

Estos datos permiten concluir que, si bien existen intervenciones activas disponibles, el abordaje más frecuente sigue siendo la derivación o consejería, lo que refuerza la necesidad de ampliar las competencias clínicas de los kinesiólogos en salud sexual masculina. La baja implementación de herramientas específicas podría estar vinculada a barreras previamente identificadas, como la falta de formación, los prejuicios socioculturales y la escasa derivación médica.

Gráfico 7

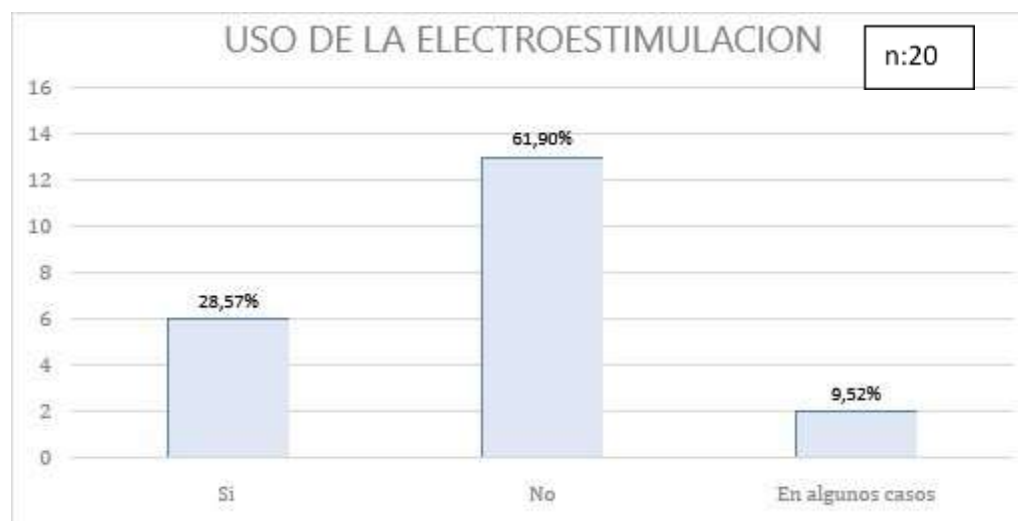


Este gráfico muestra las respuestas de los encuestados respecto a si evalúan el tono muscular y la musculatura en el abordaje de la disfunción eréctil. El 42.86% ($n = 9$) indicó que sí realiza este tipo de evaluación como parte de su práctica clínica. En cambio, el 38.10% ($n = 8$) respondió que no lo hace, lo que podría reflejar desconocimiento sobre su relevancia o limitaciones en la formación profesional.

Por otro lado, el 19.05% ($n = 4$) señaló que depende del caso, lo que sugiere una aplicación

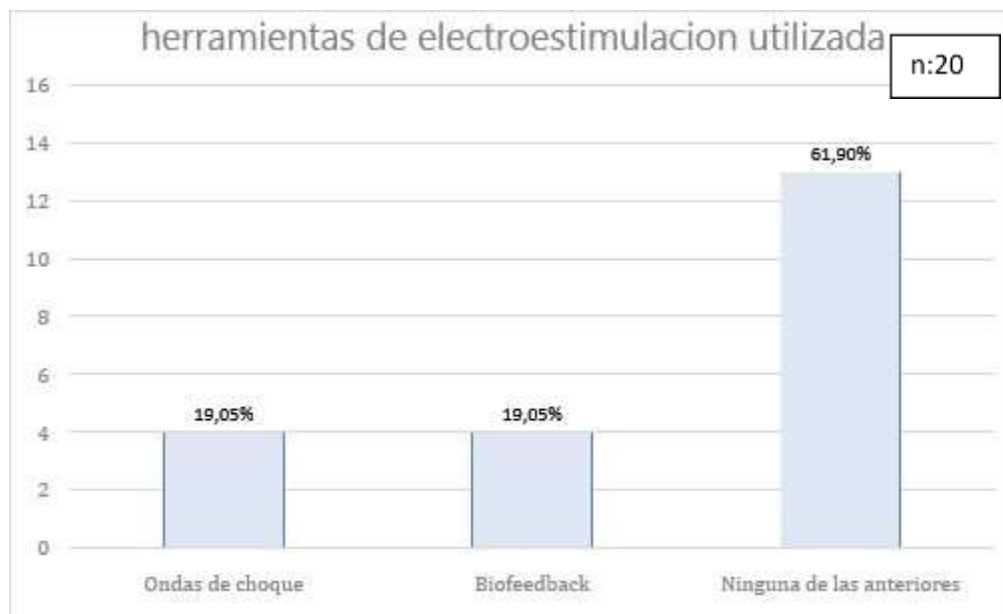
selectiva según el contexto clínico o las características del paciente.

Grafico 8



Este gráfico muestra la frecuencia con la que los encuestados utilizan la electroestimulación como parte del abordaje terapéutico de la disfunción eréctil. La mayoría (61.90%, $n = 13$) indicó que no utiliza esta herramienta en su práctica clínica, lo que podría reflejar desconocimiento, falta de formación específica o escasa disponibilidad de recursos.

Por otro lado, el 28.57% ($n = 6$) respondió que sí la utiliza, lo que evidencia una integración parcial de esta técnica en el tratamiento. Finalmente, el 9.52% ($n = 2$) señaló que la emplea solo en algunos casos, dependiendo del contexto clínico o de las características individuales del paciente.

Grafico 9

Este gráfico revela qué herramientas de electroestimulación emplean los encuestados en su práctica clínica para abordar la disfunción eréctil. La mayoría (61.90%, $n = 13$) indicó que no utiliza ninguna de las herramientas mencionadas, lo que podría reflejar una falta de formación específica, desconocimiento de su aplicación terapéutica o limitaciones en el acceso a tecnología adecuada.

Por otro lado, un 19.05% ($n = 4$) reportó utilizar ondas de choque, una técnica que ha ganado interés en los últimos años por su potencial regenerativo en tejidos eréctiles. Otro 19.05% ($n = 4$) mencionó el uso de biofeedback, una herramienta útil para mejorar el control neuromuscular del suelo pélvico, especialmente en casos de disfunción eréctil con componente funcional.

Estos datos sugieren una baja implementación de tecnologías complementarias en el abordaje kinésico de la disfunción eréctil, lo que podría estar vinculado a la escasa formación específica registrada en gráficos anteriores y a la limitada frecuencia de atención de estos casos.

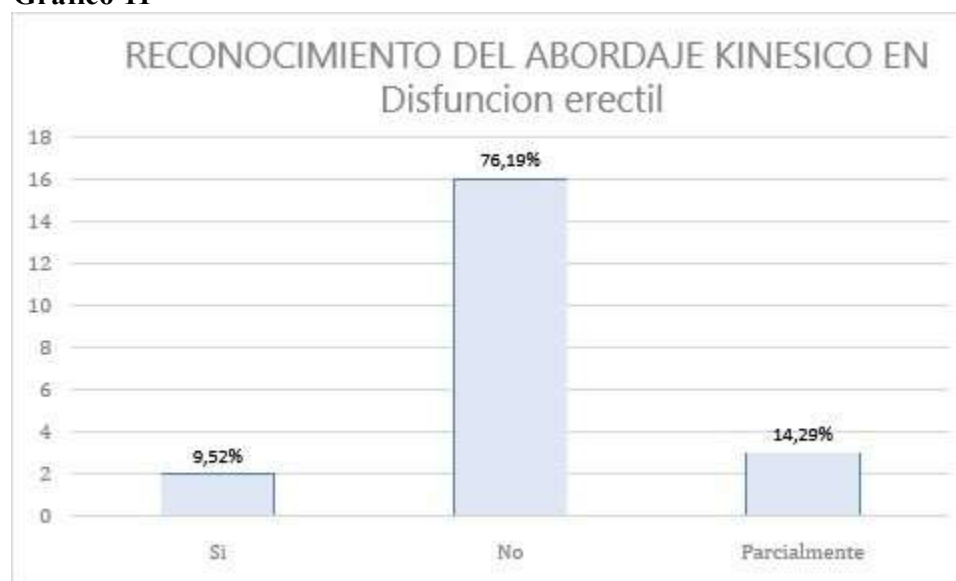
Grafico10

Este gráfico muestra la frecuencia con la que los encuestados participan en equipos interdisciplinarios al abordar casos de disfunción eréctil. La mayoría (52.38%, $n = 11$) indicó que no forma parte de un equipo interdisciplinario, lo que podría evidenciar una fragmentación en el abordaje clínico o una falta de articulación entre disciplinas como urología, psicología y kinesiología.

Por otro lado, el 28.57% ($n = 6$) respondió que sí trabaja en conjunto con otros profesionales, lo que representa una práctica más integrada y potencialmente más efectiva. Finalmente, el 19.05% ($n = 4$) señaló que solo en algunos casos se da esta colaboración, lo que sugiere que la interdisciplinariedad aún no está sistematizada en el tratamiento de esta disfunción.

Este dato es relevante, ya que la disfunción eréctil suele tener componentes físicos, emocionales y sociales que requieren un enfoque biopsicosocial. La baja participación en equipos interdisciplinarios podría limitar la eficacia del tratamiento y la calidad del acompañamiento terapéutico.

Grafico 11

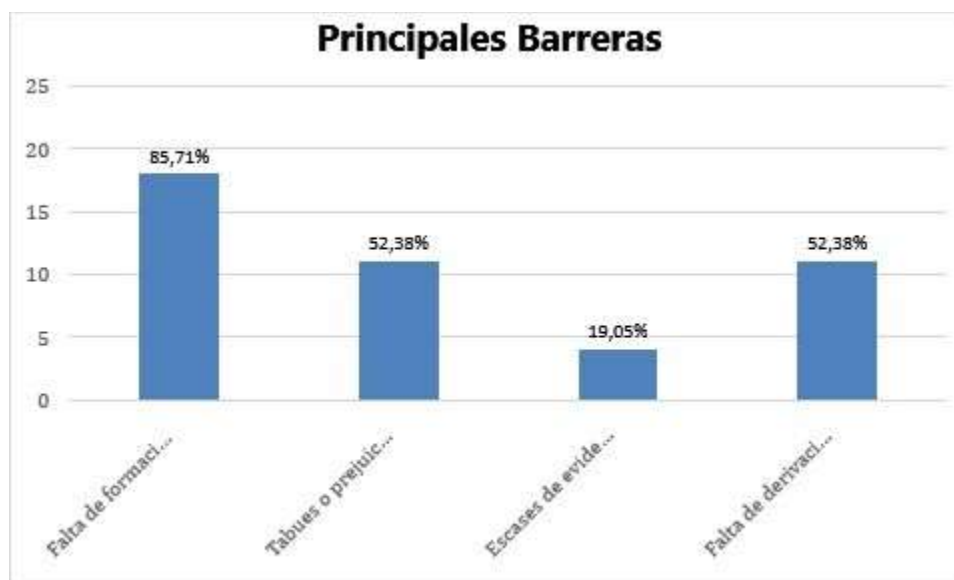


Este gráfico evidencia el nivel de reconocimiento que tienen los encuestados sobre el abordaje kinésico en el tratamiento de la disfunción eréctil. La mayoría (76.19%, $n = 16$) respondió que no reconoce esta intervención como parte del tratamiento, lo que sugiere una importante brecha en la formación profesional y en la visibilización del rol del kinesiólogo en el área de salud sexual masculina.

Por otro lado, un 14.29% ($n = 3$) indicó que reconoce parcialmente el abordaje kinésico, lo que podría reflejar una comprensión limitada o fragmentada de su aplicación clínica. Finalmente, solo el 9.52% ($n = 2$) manifestó que sí reconoce el abordaje kinésico como parte del tratamiento, lo que representa una minoría dentro del grupo encuestado.

Este resultado refuerza la necesidad de fortalecer la formación específica, promover la interdisciplinariedad y generar espacios de divulgación científica que posicionen a la kinesiología como una disciplina clave en el tratamiento integral de la disfunción eréctil.

Grafico 12

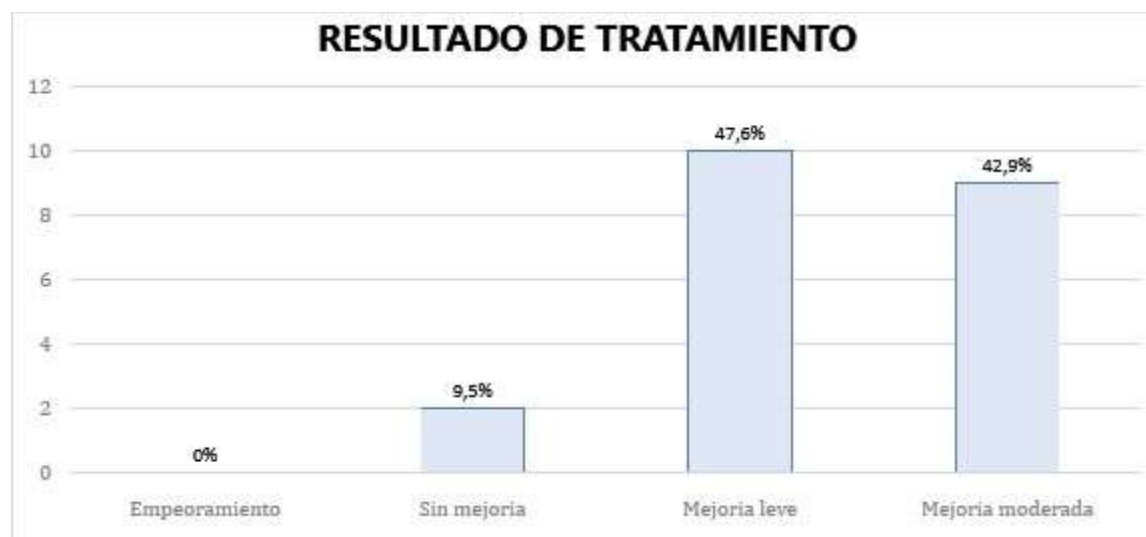


El gráfico representa las principales barreras percibidas por los encuestados para que los kinesiólogos aborden la disfunción eréctil. Dado que se trató de una pregunta de respuesta múltiple, los participantes pudieron seleccionar más de una opción.

La barrera más mencionada fue la falta de formación específica (85.7%, $n = 18$), seguida por los tabúes o prejuicios y la falta de derivación médica, ambas con 52.4% ($n = 11$). Por último, la escasez de evidencia científica fue señalada por el 19% de los encuestados ($n = 4$).

Estos resultados evidencian la necesidad de fortalecer la formación profesional, promover la visibilización del rol kinésico en salud sexual masculina y mejorar la articulación interdisciplinaria para garantizar una atención integral.

Grafico 13



Este gráfico presenta la percepción de los encuestados sobre los resultados obtenidos tras aplicar tratamientos para la disfunción eréctil. Se observa que el 47.6% (n = 10) reportó una mejoría leve, mientras que el 42.9% (n = 9) indicó haber experimentado una mejoría moderada, lo que sugiere que la mayoría de los tratamientos aplicados generaron algún grado de beneficio clínico.

En contraste, el 9.5% (n = 2) señaló no haber observado mejoría, y ningún encuestado reportó empeoramiento como resultado del tratamiento. Este dato es relevante, ya que refuerza la seguridad del abordaje terapéutico y su potencial eficacia, incluso cuando no se logra una recuperación completa.

La predominancia de respuestas positivas sugiere que, a pesar de las limitaciones en formación específica y reconocimiento del abordaje kinésico (como se evidenció en gráficos anteriores), los tratamientos aplicados tienden a generar mejoras funcionales, lo que podría estar vinculado a intervenciones sobre el suelo pélvico, técnicas de relajación, educación terapéutica o electroestimulación en casos seleccionados.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos permiten identificar una serie de tensiones entre el reconocimiento teórico del abordaje kinésico en la disfunción eréctil y su aplicación práctica. Si bien el 81% de los encuestados considera que la kinesiología puede intervenir en esta problemática, el 76.19% no reconoce formalmente este abordaje como parte del tratamiento, lo que revela una disociación entre la percepción general y el conocimiento clínico específico.

Esta contradicción se refuerza con los datos sobre formación: el 90.5% no ha recibido información específica sobre el tema, y el 57% declara no tener conocimientos suficientes para abordarlo. La falta de formación aparece como la barrera más mencionada (85.7%), seguida por los tabúes/prejuicios y la escasa derivación médica (ambas con 52.4%). Estos factores no solo limitan la práctica clínica, sino que también perpetúan la invisibilización del rol del kinesiólogo en salud sexual masculina.

La baja frecuencia de atención directa (71.4% nunca ha atendido casos de disfunción eréctil) y la limitada implementación de herramientas específicas como la electroestimulación (61.9% no la utiliza) o el biofeedback (solo 19.05%) refuerzan esta tendencia. Incluso en aspectos básicos como la evaluación del tono muscular, solo el 42.86% la realiza sistemáticamente, lo que sugiere una falta de protocolos clínicos estandarizados.

En cuanto a las intervenciones, la más frecuente fue la consejería o derivación interdisciplinaria (48%), lo que indica que muchos kinesiólogos optan por acompañar desde lo comunicacional o ético, pero no desde lo técnico. El ejercicio del piso pélvico (29%) y la electroterapia (19%) aparecen como estrategias activas, aunque con baja implementación. Esto podría estar vinculado a la escasa formación, pero también a la falta de evidencia clínica accesible y validada.

A pesar de estas limitaciones, los resultados terapéuticos reportados son alentadores: el 47.6% observó mejoría leve y el 42.9% mejoría moderada, sin casos de empeoramiento. Esto sugiere que, cuando se aplica un abordaje kinésico, incluso limitado, puede generar beneficios funcionales. La

efectividad percibida refuerza la necesidad de ampliar el acceso a formación específica, protocolos clínicos y articulación interdisciplinaria.

CONCLUSION

Los datos analizados evidencian una clara oportunidad de mejora en la integración del abordaje kinésico en el tratamiento de la disfunción eréctil. Si bien existe una disposición positiva por parte de los profesionales, esta se ve obstaculizada por barreras formativas, culturales e institucionales que limitan su aplicación efectiva.

La falta de formación específica, el desconocimiento clínico, los prejuicios socioculturales y la escasa derivación médica configuran un escenario donde el kinesiólogo queda relegado, a pesar de contar con herramientas terapéuticas validadas. La baja frecuencia de atención y la limitada implementación de técnicas activas refuerzan esta exclusión.

Sin embargo, los resultados positivos reportados en los tratamientos aplicados demuestran que el abordaje kinésico tiene potencial clínico real. Por ello, se vuelve urgente promover instancias de capacitación, generar evidencia científica accesible, y fortalecer el trabajo interdisciplinario para posicionar a la kinesiología como una disciplina clave en el abordaje integral de la salud sexual masculina.

BIBLIOGRAFIA

Espitia De La Hoz, F. J., de Andrade Marques, A., & Orozco Gallego, H. (2015). Utilidad del Biofeedback perineal en las disfunciones del piso pélvico. Investigaciones Andina, 17(31), 1301-1312.
https://www.researchgate.net/publication/384170925_Utilidad_del_Biofeedback_Perineal_en_las_disfunciones_del_piso_pelvico

Fisioterapia suelo pélvico en hombres: Todo lo que necesitas saber. (s.f.). eFISIO.

<https://www.efisio.es/fisioterapia-suelo-pelvico-en-hombres-todo-lo-que-necesitas-saber/> eFISIO

Fisioterapia Madrid Qué es la fisioterapia del suelo pélvico: para qué sirve y cómo funciona.

(s.f.). Fisioterapia-Online. <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-la-fisioterapia-del-suelo-pelvico-para-que-sirve-y-como-funciona>

Fisioterapia para el suelo pélvico: fortalecimiento y bienestar. (s.f.). SaludOnNet.

<https://www.saludonnet.com/blog/fisioterapia-para-el-suelo-pelvico-fortalecimiento-y-bienestar/>

Kinesiología de piso pélvico. (s.f.). GineIntegra. <https://gineintegra.com/kinesiologia-de-piso-pelvico/>

Kinesiología de suelo pélvico. (s.f.). Centro Argentino de Urología.

<https://centroargentinodeurologia.com/patologias/kinesiologia-de-suelo-pelvico/>

Definición de fisioterapia según la OMS: Qué es, significado y concepto. (s.f.).

ConceptoyDefinición. <https://conceptoydefinicion.com/definicion-de-fisioterapia-segun-la-oms-que-es-significado-y-concepto/>

Qué es la electroestimulación: para qué sirve y cómo funciona. (s.f.). Fisioterapia-Online.

<https://www.fisioterapia-online.com/articulos/que-es-la-electroestimulacion-para-que-sirve-y-como-funciona>

Por qué los expertos eligen ondas de choque para fisioterapia del suelo pélvico. (s.f.).

Ishtar. <https://ishtar.es/por-que-los-expertos-eligen-ondas-de-choque-para-fisioterapia-del-suelopelvico/>

Qué son las ondas de choque. (s.f.).

OndasChoque.net.<https://www.ondaschoque.net/queson>

Ondas de choque para la disfunción eréctil: procedimiento, efectividad y seguridad. (s.f.).

MásQueMédicos. <https://blog.masquemedicos.com/ondas-de-choque-para-la-disfuncion-erectilprocedimiento-efectividad-y-seguridad/>

(Artículo de revista desde SciELO — URL original) (s.f.). Nombre del artículo si aparece, SciELO.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012481462015000201301

ANEXO

Disfunción eréctil en el hombre de género masculino

Estimadas/os Licenciadas/os

La presente encuesta tiene como finalidad recoger información de los Kinesiólogos, de como tratan o trataría este tipo de disfunción. La encuesta es totalmente anónima por ello ruego que puedan responder con total sinceridad y seriedad. Agradezco tu gran apoyo y generosidad por contestar las preguntas de la encuesta.

1. ¿Hace cuántos años que ejerce como kinesiólogo/a?

- Entre 1 a 5 años
- Entre 5 a 10 años
- Mas de 10 años

2. ¿considera que la disfunción eréctil puede abordarse desde la kinesiólogía?

- SI

- NO
3. ¿Ha recibido formación específica sobre el manejo kinésico en la disfunción erétil durante su carrera o en cursos de postgrado?
- SI
 - NO
4. ¿Qué nivel de conocimiento considera tener sobre los tratamientos kinésicos para la disfuncion erctil?
- Ninguno
 - Basico
 - Intermedio
 - Avanzado
5. ¿Con que frecuencia atiende a pacientes con disfunción erétil?
- Nunca
 - Ocasionalmente
 - Frecuentemente
6. ¿Qué tipo de intervención realizo con estos pacientes?. Puede marcar mas de una respuesta
- Ejercicios de piso pelvico
 - Electroestimulacion (ondas de choque o Biofeedback)
 - Educacion Postural
 - Consejeria o derivación interdisciplinaria
 - Otro

7. Si su respuesta anterior fue positiva ¿ Cual de estas herramientas de electroestimulación utiliza?
- Onda de choque
 - Biofeedback
 - Ninguna de las anteriores
8. ¿Evalua el tono de fuerza de la musculatura del piso pelvico en hombres con disfunción eréctil?
- SI
 - NO
 - Depende del caso
9. ¿Utiliza electroestimulación en el tratamiento de las disfunción eréctil?
- SI
 - NO
 - En algunos casos
10. ¿trabaja en conjunto con urólogos, psicólogos o sexólogos en el tratamiento de pacientes con disfunción eréctil?
- SI
 - NO
 - Ocasionalmente
11. ¿Cree que el abordaje kinésico de la disfunción eréctil esta suficientemente reconocido dentro del ámbito sanitario?
- SI

- NO
- Parcialmente

12. ¿Cuál considera que son las principales barreras para que los kinesiólogos traten la disfunción eréctil?

- Falta de formación
- Tabues o prejuicios
- Escasa evidencia científica
- Falta de derivaciones medicas

13. ¿Qué resultados ha observado en pacientes tratados por disfunción eréctil mediante tratamiento kinésico o rehabilitación de suelo pelvico?

- Empeoramiento
- Sin mejoría
- Leve mejoría
- Mejoria moderada