

EL SUELO PÉLVICO DESDE UN ABORDAJE INTEGRAL PARA LA SALUD SEXUAL



Narváez V. Edgar M.D..
Psiquiatra, M. PINE, Sexología Clínica*

Resumen

Se presenta un análisis comparativo de la técnica de Mula Bandha en el contexto del Yoga frente a los ejercicios de Kegel como parte de las prácticas convencionales para el abordaje del piso pélvico y la salud sexual integral. La relación entre los trastornos del piso pélvico y las disfunciones sexuales destaca la necesidad de un enfoque amplio en la atención médica. En la práctica del Yoga, Mula Bandha se integra en un sistema de técnicas que abarcan la respiración, meditación, posturas físicas y fortalecimiento del suelo pélvico. La evidencia creciente respalda los efectos neuropsicológicos y hormonales del Yoga. Se sugiere que Mula Bandha, junto con las técnicas del Yoga, podría superar las expectativas terapéuticas convencionales, emergiendo como una opción integral para mejorar la salud sexual, aunque se reconoce la necesidad de más evidencia experimental.

Palabra clave: Piso pélvico, Mula Bandha, Kegel, salud sexual, integral

Abstract

A comparative analysis is presented on the Mula Bandha technique within the context of Yoga, juxtaposed with Kegel exercises as part of conventional practices addressing pelvic floor and overall sexual health. The correlation between pelvic floor disorders and sexual dysfunctions emphasizes the need for a comprehensive approach in medical care. In Yoga practice, Mula Bandha is integrated into a system of techniques encompassing breathing, meditation, physical postures, and pelvic floor strengthening. Mounting evidence supports the

* Narváez V. Edgar M.D., Psiquiatra, M. PINE, Sexología Clínica, Profesor de Yoga y Artes marciales. Sexología Clínica, Asociación Neuropsiquiátrica Argentina (ANA), Buenos Aires, Argentina. Akarma Salud. Disciplinas en Movimiento. C.A.B.A., Buenos Aires, Argentina. salud.akarma.com.ar / akarma.com.ar. salud@akarma.com.ar

neuropsychological and hormonal effects of Yoga. It is suggested that Mula Bandha, coupled with Yoga techniques, may surpass conventional therapeutic expectations, emerging as a holistic option for enhancing sexual health, albeit acknowledging the requisite for further experimental evidence.

Key words: Pelvic floor, Mula Bandha, Kegel, sexual health, integral

Contenido

- El suelo pélvico desde un abordaje integral para la salud sexual
- Introducción
- Marco teórico
- Importancia del suelo pélvico en la salud sexual
- Anatomía y fisiología del suelo pélvico
- Piso pélvico en salud sexual
- Intervenciones terapéuticas para el abordaje del piso pélvico
- Ejercicios de Kegel
- “Mula Bandha” como parte de la práctica del yoga y su potencial terapéutico
- Comparación entre los ejercicios de Kegel y Mula Bandha en Yoga
- Enfoque integral en salud sexual
- Conclusiones
- Bibliografía

Introducción

La salud sexual es un componente fundamental del bienestar humano, que puede afectar de forma directa la salud física y psicológica individual, y las relaciones de pareja. Varias condiciones de salud sexual se pueden ver afectadas, de forma positiva, por un adecuado control funcional y el fortalecimiento del suelo pélvico, un conjunto de músculos y tejidos que desempeñan un papel crucial en diversas funciones fisiológicas, incluyendo la función sexual, el control de la vejiga y la adecuada salud de los órganos pélvicos.

En la década de 1940, el Dr. Arnold Kegel, ginecólogo estadounidense, desarrolló ejercicios para fortalecer el suelo pélvico a manera de tratamiento de diversas afecciones, especialmente la incontinencia urinaria, problema común en mujeres después del parto. Con el tiempo se reconocieron sus beneficios tanto para mujeres como para hombres. Los ejercicios de Kegel han sido ampliamente adoptados en el campo de la ginecología, urología y salud sexual. Estos ejercicios continúan siendo relevantes y efectivos en la actualidad, y su popularidad ha crecido a medida que se reconoce su utilidad en una amplia gama de condiciones de salud sexual y urológica.

Sin embargo, la salud sexual no es solamente un aspecto fisiológico; sino que es un campo más amplio y multidimensional que abarca aspectos físicos, emocionales, vinculares y psicológicos. En este contexto, se vuelve esencial considerar enfoques más integrales que no solo fortalezcan los músculos del suelo pélvico, sino que también aborden otros aspectos que influyen en la experiencia sexual subjetiva, personal y en pareja. Es aquí donde el Yoga entra en juego como disciplina que va más allá del simple ejercicio físico.

El Yoga es un sistema filosófico y espiritual que tiene una amplia historia de prácticas físicas y mentales destinadas a mejorar la salud, el bienestar y el autoconocimiento. Si bien este sistema se ha popularizado por sus beneficios en términos de fortalecimiento, flexibilidad y equilibrio físico, también ofrecen un enfoque sutil sobre la subjetividad, la autoconciencia corporal, exploración de las sensaciones y emociones, y desarrollo de la flexibilidad mental para ser creativos en la vida y las relaciones, lo cual puede aplicarse en la salud sexual personal y de pareja.

La intención de este análisis es comparar los ejercicios de Kegel, técnica terapéutica ampliamente reconocida para el fortalecimiento del suelo pélvico, frente a un enfoque más

integrativo: Mula Bandha como parte de la práctica del Hatha Yoga. A través de este estudio, se pretende explorar las similitudes y diferencias entre estas aproximaciones, así como su capacidad para abordar no solo los aspectos físicos de la salud sexual, sino también los emocionales y espirituales, fortaleciendo así la conexión mente-cuerpo y el vínculo en la pareja.

Marco teórico

Importancia del suelo pélvico en la salud sexual

Es fundamental el papel que tiene el piso pélvico en la salud sexual. Una gran parte de las disfunciones sexuales pueden estar relacionadas con alteraciones en el funcionamiento del suelo pélvico, y a la vez, los problemas de piso pélvico pueden dar lugar a una variedad de disfunciones sexuales que afectan a hombres como a mujeres.

Anatomía y fisiología del suelo pélvico

El suelo pélvico está compuesto por músculos, ligamentos y fascias que actúan como una especie de sostén para la vejiga, los órganos reproductores y el recto. La estructura ósea en que se sostiene el piso pélvico, está conformada por la cadera, el sacro y el cóccix. En la parte posterior, están las dos articulaciones sacroilíacas, con sus respectivos ligamentos sacroilíacos anteriores y posteriores. En la parte anterior se encuentra la sínfisis del pubis.

Los músculos superficiales del suelo pélvico son el bulboesponjoso, el isquiocavernoso, y los músculos perineales transversos superficiales y profundos. Los músculos profundos del suelo pélvico que recubren las paredes internas de la pelvis son el elevador del ano y el coxígeo, que, junto con la fascia endopélvica, forman el diafragma pélvico.

El elevador del ano es un complejo muscular, tal vez, el más importante para el soporte de los órganos pélvicos. Se encuentra compuesto por tres músculos: pubocoxígeo, iliocoxígeo y puborrectal. El pubocoxígeo se encuentra hacia adelante, se origina desde la parte posterior del hueso púbico y desde la porción anterior del arco tendinoso, y se inserta en el ligamento anocoxígeo y el cóccix, este a su vez, se puede diferenciar en tres músculos: pubovaginal, puboanal, y puboperineal, dependiendo del lugar de inserción de sus fibras. El

iliocoxígeo es la parte posterior del elevador del ano, se origina desde la parte posterior del arco tendinoso y la espina isquiática, y se une a lo largo del rafe anocoxígeo y el cóccix. Por último, el puborrectal se encuentra debajo del pubocoxígeo y forma una especie de asa en forma de U alrededor del recto. Su acción esfinteriana tira hacia adelante del punto de unión anorrectal, contribuyendo a la continencia. En reposo, los elevadores mantienen una contracción por acción de las fibras de tipo I (contracción lenta), que predominan en estos músculos. Esta actividad basal de los elevadores mantiene cerrado el hiato urogenital y acerca las partes distales de la uretra, la vagina y el recto hacia los huesos púbicos. Las fibras musculares de tipo II (contracción rápida) permiten la contracción muscular refleja provocada por aumentos bruscos de la presión abdominal. Los elevadores también pueden contraerse de forma voluntaria, como veremos más adelante. La relajación de los elevadores ocurre brevemente e intermitentemente solo durante los procesos de evacuación (micción, defecación) y parto.

Conocer con precisión este importante complejo muscular en cuanto a sus inserciones, función, inervación permite un mejor entendimiento de las manifestaciones clínicas derivadas de lesiones específicas del piso pélvico.

El músculo coxígeo es de forma triangular, refuerza la parte posterior del suelo pélvico, se origina en la espina isquiática y se inserta en la parte inferior de los huesos sacro y cóccix y su continuación con el ligamento sacroespinal.

Los músculos superficiales son: el bulbocavernoso, que se origina en el cuerpo esponjoso del pene en hombres y en el clítoris en mujeres y se inserta en la fascia del perineo y en la parte posterior del cuerpo del pene o clítoris. El músculo isquiocavernoso, que se origina en la parte inferior de la pelvis, cerca del isquion y se inserta en la rama isquiopúbica y en el cuerpo cavernoso del pene o clítoris. El transverso Profundo del Perineo, que se extiende transversalmente desde la línea media hacia los lados y se conecta a la rama inferior del pubis y a la rama isquiopúbica. Este contribuye a la contención de los órganos pélvicos y al cierre del canal anal. Por último, el transverso superficial del perineo, se origina en la rama isquiopúbica y la fascia de la región inferior del abdomen. Se inserta en la línea media del perineo y en la línea alba. Contribuye al cierre del espacio perineal y al soporte de los órganos pélvicos.

El cuerpo perineal o tendón perineal central se encuentra entre la vagina y el ano. Este es un sitio donde los músculos y esfínteres pélvicos convergen para proporcionar soporte al suelo pélvico. La ruptura de esta entidad durante el parto puede provocar prolapso de los órganos pélvicos.

A lo largo de las paredes laterales de la pelvis, está el músculo piriforme que se origina en la parte anterior del sacro, con el ligamento sacrotuberoso y se inserta en el borde superior del trocánter mayor. Cuando el sacro está fijo, el piriforme rota lateralmente el muslo extendido o abduce el muslo flexionado. Si los fémures están fijos, puede retrovertir la pelvis. El obturador interno, también rota lateralmente el muslo, se origina en las superficies del ilion, isquion y membrana obturatriz. También se une justo distalmente al piriforme en el trocánter mayor. Estos músculos tienen una importancia particular ya que parte de la inervación y la circulación de la pelvis los atraviesa, y pueden estar vinculados a disfunciones pélvicas, sexuales o cuadros de dolor.

Los músculos del piso pélvico reciben inervación a través de vías somáticas, viscerales y centrales. La inervación cutánea del tronco inferior, periné y muslo proximal es mediada a través de los nervios iliohipogástrico, ilioinguinal y genitofemoral (L1-L3). Quizás el nervio más relevante desde lo funcional es el nervio pudendo y sus ramas. Surge de S2-S4 del plexo sacro, el nervio pudendo pasa entre el piriforme y el músculo coxígeo a medida que atraviesa el foramen ciático mayor, sobre la espina isquiática y vuelve a la pelvis a través del foramen ciático menor (Mahoney, Smith, Marshal, & Reid , 2016). Recorre a lo largo de la pared lateral de la fosa isquiorrectal, donde está contenido en una vaina de la fascia obturatriz denominada canal pudendo (o de Alcock). Hay 3 ramas terminales principales del nervio pudendo: el nervio rectal inferior (que generalmente se origina proximal al canal de Alcock), el nervio perineal y el nervio dorsal del pene/clítoris. El nervio pudendo inerva el pene/clítoris, los músculos bulboesponjoso e isquiocavernoso, el periné, el ano, el esfínter anal externo y el esfínter uretral. Este nervio contribuye a la sensación genital externa, la continencia, el orgasmo y la eyaculación.

El nervio del elevador del ano se origina en S3 a S5 y llega a los músculos elevadores del ano. Aproximadamente el 50% de las mujeres también reciben inervación adicional del nervio pudendo, lo que podría contribuir a una variación de síntomas en la disfunción del suelo pélvico después del parto. En cuanto a la sensación, hay tres tipos principales de fibras

nerviosas: las fibras Ab para el tacto, las fibras Ad para la temperatura y el dolor rápido, y las fibras C para la temperatura y el dolor lento, cada una con características específicas de diámetro y velocidad de conducción (Mahoney, Smith, Marshal, & Reid , 2016).

Piso pélvico en salud sexual

Las disfunciones sexuales son condiciones de salud de origen y abordaje complejo y en general se las relaciona a diversos factores psicológicos y biológicos. Gran parte de la investigación en salud sexual se ha focalizado en aspectos biológicos relacionados con alteraciones hormonales, neurológicas y vasculares. Sin embargo, hay pocos estudios que aborden el rol de los trastornos del suelo pélvico en las disfunciones sexuales (Cohen, Gonzalez, & Goldstein, 2016).

Las disfunciones del suelo pélvico también afectan la función sexual en diversos aspectos, como problemas en la excitación, insatisfacción sexual, falta de deseo sexual, dificultad para llegar al orgasmo, y dispareunia (dolor durante el coito) (Tavares de Arruda, Peres Paines, & Rangel da Silva, 2023). Se estima que una de 4 mujeres tiene riesgo de experimentar una disfunción del piso pélvico en su vida (Maze Good, 2019). En la población general el riesgo de disfunción sexual es del 30 al 50 %. Mientras que en mujeres con trastornos del piso pélvico se reportan disfunciones sexuales del 50 al 83% (Verbeek & Hayward, 2019). La disfunción del piso pélvico en hombres se asocia con disfunción eréctil, disfunción en la eyaculación, y en el orgasmo. Otra relación importante en la función sexual del hombre se encuentra en la prostatitis crónica y en síndrome de dolor pélvico crónico (Cohen, Gonzalez, & Goldstein, 2016).

Algunos factores de riesgo para trastornos del piso pélvico son la edad, el peso, los embarazos y partos, así como antecedentes de cirugías por histerectomía, el consumo de cigarrillo, y problemas del tejido conectivo (Maze Good, 2019). La obesidad puede ser un factor importante en la predisposición de las disfunciones sexuales (Bilgic, Gokyildiz, Kizilkaya Beji, Yalcin, & Ugurlucan, 2015). Etiológicamente la hipotonía de los músculos pélvicos es mucho menos frecuente en varones que en mujeres. Mientras que en varones es frecuente la hipertonía (causada por contención urinaria y fecal.) Algunos problemas de la función sexual pueden ser secundarios a cirugía por ejemplo en una prostatectomía. En caso

del síndrome de dolor pélvico crónico que frecuentemente se asocia a disfunciones sexuales, puede relacionarse con alteraciones en la musculatura específica del piso pélvico (Pischedda, Fusco, Curreli, Grimaldi, & Farina Pirozzi, 2013).

Otro factor importante a tener en cuenta es el prolapso de órganos pélvicos, ya que la imagen genital y los sentimientos de vergüenza y preocupación pueden estar relacionados con la inquietud de las mujeres de que el prolapso empeore durante la actividad sexual. (Tavares de Arruda, Peres Paines, & Rangel da Silva, 2023). La presencia de incontinencia durante el coito es otro de los factores que contribuye a alteraciones en la sexualidad femenina, asociados a una disfunción del piso pélvico. Como consecuencia existe una disminución de la actividad sexual y, por consiguiente, del deseo sexual. La prevalencia de este tipo de incontinencia varía entre el 2% y el 56%, dependiendo de la población estudiada y del método utilizado para su evaluación. (Preda & Moreira, 2019). La ocurrencia de la incontinencia de penetración muestra una asociación con la incontinencia urinaria de esfuerzo, mientras que la incontinencia durante la fase de orgasmo es más común en el síndrome de vejiga hiperactiva, pero también está asociada a la incontinencia de esfuerzo.

Los problemas del suelo pélvico pueden estar relacionados con el control muscular voluntario o involuntario, así el músculo elevador del ano hiperactivo a menudo se asocia con disfunciones de la vejiga o del intestino funcional. La relación entre la hiperactividad muscular y el dolor está pobremente entendida todavía; los nervios y venas que atraviesan músculos hiperactivos podrían ser comprimidos, además, que la contracción sostenida puede acumular metabolitos (ácido láctico o potasio, etc.). La isquemia y acidosis pueden ser factores que contribuyen con la generación del dolor. Una sobrecarga o irritación crónica de estos nervios hace que las áreas se vuelvan hipersensibles y dolorosas a la compresión, contacto, o con ciertos movimientos o posiciones. Una revisión muestra que el elevador del ano y el obturador interno siempre están relacionados. (Quaghebeur, Petros, Wyndaele, & De Wachter, 2021)

Para concluir, se puede resaltar la importancia de abordar la salud sexual junto con la evaluación de los síntomas de cualquier disfunción del piso pélvico y la imagen genital, abogando por un enfoque integral para mejorar la calidad de vida. Es fundamental reconocer la estrecha interrelación entre los trastornos del suelo pélvico y las disfunciones sexuales,

tanto en mujeres como en hombres. La escasa atención que históricamente se ha prestado a la salud sexual vinculada al piso pélvico, especialmente en la población masculina, resalta la necesidad de ampliar la investigación y conciencia en este campo.

El impacto de los trastornos del piso pélvico va más allá de las funciones físicas, afectando aspectos clave de la sexualidad, como el deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual. La prevalencia significativa de disfunciones sexuales en personas con problemas del suelo pélvico subraya la importancia de abordar estos aspectos en el contexto de la atención médica integral.

Intervenciones terapéuticas para el abordaje del piso pélvico

El tratamiento efectivo de las disfunciones del piso pélvico se ha convertido en un foco crucial de la atención médica. Entre las herramientas terapéuticas disponibles, se encuentran técnicas de fisioterapia pélvico-perineal, la estimulación eléctrica funcional, biofeedback electromiográfico, la psicoeducación o terapia de pareja, así como otras intervenciones que van desde el uso de diazepam en supositorios, toxina botulínica A, relajantes musculares, terapia manual, y el uso de dilatadores (Padoa, McLean, Morin Melanie, & Vandyken, 2020).

La fisioterapia pélvica-perineal: es una de las estrategias que se pueden implementar en casa. Previamente la persona lo tiene que aprender y entrenar. Según algunas recomendaciones puede ser aplicarlo 1 hora dos veces a la semana y por lo menos 4 meses, pudiéndose graduar la intensidad y frecuencia según las necesidades y resultados que se obtengan. Estudios en eyaculación precoz, por ejemplo, muestran que un 61% mejoran la capacidad de control eyaculatoria tras 15 a 20 sesiones de terapia de rehabilitación del piso pélvico. En definitiva, el objetivo principal de la terapia física es aumentar la conciencia y la propiocepción de los músculos del piso pélvico y su discriminación, además de mejorar la capacidad de relajación y normalizar el tono muscular. (Pischedda, Fusco, Curreli, Grimaldi, & Farina Pirozzi, 2013)

La estimulación eléctrica funcional: Se puede aplicar de forma directa o indirecta, a través de la estimulación de las fibras del nervio pudendo, (más común de forma indirecta) con pulsos de 50Hz = 50mA x 0.2 mseg. Esto puede simular la contracción voluntaria,

favoreciendo el control neuromotor, aumentar la propiocepción de los músculos del suelo pélvico, además del ejercicio terapéutico que genera.

El biofeedback electromiográfico: Es un dispositivo con electrodos que detecta, en tiempo real, la actividad electromiográfica de la musculatura del piso pélvico, permitiendo a la persona reaccionar y modificarla voluntariamente. (Pischedda, Fusco, Curreli, Grimaldi, & Farina Pirozzi, 2013). En casos de mujeres con vulvodinia se inserta un sensor vaginal en la vagina mientras aprende a reentrenar la musculatura del piso pélvico mediante la retroalimentación que se muestra en una pantalla, dando cuenta sobre la calidad de sus contracciones y relajaciones (Bergerson, D. Reed, Wesselmann, & Bohm- Starke, 2020).

Psicoeducación: Esta implica instrucciones sobre la evitación de irritantes (como jabones perfumados), manejo del dolor crónico, función sexual y salud uroginecológica, además de la correspondiente psicoterapia según sea necesario. Otra alternativa es el uso de dilatadores vaginales durante el tratamiento en la consulta y ejercicios en casa con el objetivo de desensibilizar y reducir el temor al dolor y a la penetración vaginal. (Bergerson, D. Reed, Wesselmann, & Bohm- Starke, 2020)

En algunos casos de disfunciones pélvicas se puede llegar a considerar opciones más invasivas como la cirugía, en donde es crucial señalar que es indispensable integrar todas las estrategias mencionadas compatibles de forma complementaria a la cirugía, para prevenir complicaciones o secuelas a nivel sexual. Esta observación resalta la importancia de considerar la combinación de terapias y la necesidad de abordar la eficacia relativa de las intervenciones en el contexto de tratamientos integrados. (Espiño-Albela, Castaño-García, Díaz-Mohedo, & Ibáñez-Vera, Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review, 2022).

Dentro de este marco los ejercicios de Kegel emergen como una piedra angular en el fortalecimiento y rehabilitación de los músculos pélvicos. La realización adecuada y constante de estos ejercicios no solo mejora la conciencia y la propiocepción de los músculos del piso pélvico, sino que también contribuye a normalizar el tono muscular. Estos ejercicios, que implican la contracción y relajación voluntaria de los músculos del suelo pélvico, se han convertido en un componente esencial en el arsenal terapéutico, proporcionando a los

pacientes una herramienta activa para mejorar su función pélvica. Su simplicidad y adaptabilidad hacen que los ejercicios de Kegel sean idóneos para la implementación en casa, permitiendo a los individuos mantener un compromiso constante con su propia salud pélvica.

Los ejercicios de Kegel son particularmente beneficiosos en la promoción de la salud sexual y el abordaje de disfunciones específicas, como la eyaculación precoz. Estudios han demostrado que, tras un periodo relativamente breve de terapia de rehabilitación del piso pélvico, que incluye ejercicios de Kegel, se puede lograr una mejora significativa, alcanzando hasta un 61% en la capacidad de control eyaculatorio después de 15 a 20 sesiones (Pischedda et al., 2013).

Ejercicios de Kegel

En 1948, Arnold Kegel introdujo los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico, esenciales para prevenir cistocele, rectocele e incontinencia urinaria. Estos ejercicios se centran en identificar y contraer los músculos adecuados, como el puborectal y el pubocoxígeo, para cerrar el hiato urogenital durante la actividad física.

Los ejercicios de Kegel son populares debido a su implementación diaria. No hay un protocolo fijo, pero se destaca la importancia de identificar los músculos correctos, contraerlos correctamente y repetir el ciclo varias veces.

Es crucial evitar contracciones incorrectas de otros grupos musculares. Los ejercicios de Kegel pueden combinarse con biofeedback y electroterapia. Dispositivos como el perineómetro, el Kegelmaster y los conos vaginales son opciones para el entrenamiento de resistencia en conjunto con los ejercicios de Kegel.

Los ejercicios de Kegel son la terapia principal en casos de incontinencia urinaria, demostrando eficacia en aliviar síntomas y mejorar la fuerza del suelo pélvico (Huang & Chang, 2023). Los ejercicios de Kegel han demostrado mejorar la función sexual femenina, asociándose con mejoras en la excitación y el orgasmo, así como beneficios notables en mujeres normales y postmenopáusicas.

Realizar ejercicios de Kegel con la intensidad y frecuencia adecuadas también es un factor importante para obtener mejores resultados. Un estudio de 2006 mostró que el tratamiento podría ser efectivo si los programas de entrenamiento duran más de tres meses. En algunos estudios se recomienda un período mínimo de ocho semanas para fortalecer los

músculos pélvicos. Se requiere una exploración adicional para determinar el tiempo óptimo de interacción entre el paciente y el terapeuta, así como cuándo la atención puede transferirse de manera efectiva a programas de ejercicios en el hogar (Myers & Smith, 2019).

“Mula Bandha” como parte de la práctica del Yoga y su potencial terapéutico

El Yoga, una disciplina milenaria que busca la armonía entre cuerpo y mente, ha sido fuente de innumerables técnicas destinadas a trabajar y equilibrar el cuerpo humano. Entre estas prácticas, destaca la técnica de Mula Bandha, como componente esencial de esta disciplina. Este concepto deriva del sánscrito, donde Mula (mūla) significa “raíz” o “base”, y Bandha (bandha) se traduce como “cerradura” o “bloqueo”, y representa una forma de conexión entre la energía vital y la conciencia. Mula Bandha se puede definir como el "sello raíz", que sugiere un cierre continuo del diafragma pélvico, lo cual se logra con el entrenamiento muscular.

Mula Bandha, en el contexto del Yoga, no es simplemente una contracción muscular, sino un arte sutil que implica la activación consciente del perineo, el área entre el ano y los genitales, para canalizar y elevar la energía a lo largo de la columna vertebral. Esta técnica no solo fortalece los músculos del suelo pélvico, sino que también se considera fundamental para el desarrollo de la estabilidad, la concentración y la conexión espiritual durante la práctica del Yoga.

La técnica de Mula Bandha se remonta a los primeros días del Hatha Yoga, alrededor de los siglos XII-XIII d.C. En aquel momento, el Hatha Yoga estaba surgiendo gradualmente de las creencias tántricas del Budismo y Shaivismo. A medida que el Shaivismo, “el culto a Shiva”, se volvía más prominente en la enseñanza del Hatha Yoga, el concepto se relacionaba específicamente con el despertar de la Kundalini, “energía vital” o “conciencia pura”. La forma en que se despierta la Kundalini es manipulando los "vientos" del cuerpo, algunos de los cuales van hacia arriba gracias al impulso generado por Mula Bandha. Es por esto, que la respiración es parte fundamental de esta técnica.

La técnica en su forma tradicional se practica de la siguiente manera: Para la preparación se puede adoptar una posición cómoda y estable de meditación, como Padmasana, “postura de loto” o Sukhasana, “postura fácil con las piernas cruzadas”, pero también se puede realizar en cualquier postura de sentado. En esta postura es fundamental asegurarse que la columna vertebral esté erguida y los hombros relajados. A continuación, se toma conciencia de la respiración, para lo cual se requiere llevar la atención al movimiento del diafragma; que, durante la inhalación, desplaza el contenido abdominal que, a su vez

empuja el contenido pélvico contra el periné que lo contiene. De esta manera, la respiración (prāṇāyāma) contribuye con la toma de consciencia e identificación de los músculos que conforman el diafragma pélvico y su posterior contracción voluntaria.

Es fundamental identificar los músculos del suelo pélvico, diferenciando el espacio entre los órganos genitales y el ano, dos triángulos musculares, uno anterior y otro posterior; y, los esfínteres anal y urinario. A continuación, se busca una contracción de cada una de las regiones del piso pélvico, previamente identificadas, con sus respectivos grupos musculares. A medida que se vuelve más consciente, se incrementa gradualmente la intensidad y el tiempo de la contracción.

El objetivo fundamental de la técnica no es solamente la contracción muscular, por lo que a continuación el enfoque estará en la sensación de energía descendente, muy vinculada con la respiración, a la que se llama Apana Vayu, y que con la práctica de Mula Bandha será impulsada en dirección ascendente para encontrarse con la energía Prana a nivel del abdomen. Según las descripciones tradicionales, “Prana y Apana se calientan con el fuego abdominal y despiertan la Kundalini”.

Es fundamental la conexión de esta práctica con la respiración. El movimiento del diafragma entra en coordinación con el movimiento del piso pélvico, lo cual favorece la efectividad de la práctica. Mula Bandha se combina con técnicas de respiración (prāṇāyāma) y de meditación (dhyāna).

Mudras o “gestos”.

Directamente asociada a la práctica de Mula Bandha, existen dos técnicas o actitudes corporales, a las que se les llama mudra o “gesto” dentro del Yoga: Ashwini, “ano”, mudra y Vajroli mudra. La primera, Ashwini Mudra, consiste en la contracción voluntaria del esfínter anal, el mismo que estaría relacionado con el elevador del ano, y que corresponde al triángulo posterior del piso pélvico. Mientras que, Vajroli Mudra es una técnica avanzada en el Yoga que implica el control consciente de los músculos del suelo pélvico, triángulo anterior, en el que se realiza una succión hacia arriba de los órganos sexuales internos (testículos en hombres o área alrededor del cuello del útero en mujeres) mientras se contraen los músculos abdominales específicos. La intención es llevar los fluidos de estos órganos hacia arriba a lo

largo de la uretra. Vajroli Mudra está asociado con la conservación y transmutación de la energía sexual.

Asanas.

En la forma moderna de practicar Mula Bandha son fundamentales las posturas físicas (asanas) que pueden contribuir a fortalecer los músculos de la pelvis y el suelo pélvico, cadera y abdomen; así como también aumentan la conciencia corporal, en general. Estas asanas proporcionan el contexto ideal para ejecutar conscientemente Mula Bandha. Al integrar asanas en la práctica de Mula Bandha, se fomenta la propiocepción, se mejora la conciencia y la sensibilidad corporal, y particularmente se maximiza el impacto positivo en la salud pélvica, y, por consiguiente, en la salud sexual. Las principales posturas utilizadas son en posición de sentado: Sukhasana, “postura fácil”, se refiere a la postura de sentado con las piernas cruzadas, y fomenta la alineación adecuada de la columna vertebral. Padmasana, o “postura de loto”, sentado con las piernas cruzadas con cada pie en el muslo opuesto. Baddha Konasana o “postura del zapatero”, se logra al doblar las rodillas hacia los lados con las plantas de los pies juntas. Y Siddhasana, “postura perfecta”, con las piernas cruzadas y los talones cerca del perineo, Siddhasana activa los músculos de la pelvis y el suelo pélvico.

Estas posturas involucran los músculos de la pelvis como los obturadores, piramidales, géminos, cuadrado femoral, glúteos y psoas. De los cuales los dos primeros son particularmente importantes ya que están atravesados por las ramas nerviosas y vasculares que se distribuyen en el área pélvica, y en los órganos sexuales. Además, cada una de las diferentes posturas (asanas), en diferente medida, trabajan los músculos de la ingle y de las piernas, así como la flexibilidad de las articulaciones de la pelvis.

Es importante mencionar algunas posturas invertidas en las que se suele practicar Mula Bandha y que podrían estar directamente relacionadas con la salud sexual: Viparita Karani, o “piernas contra la pared”, postura recostada con el torso y la cadera levemente elevada (sobre un almohadón) y las piernas verticalmente contra una pared vertical, se relajan los músculos de la pelvis y favorece la práctica de Mula Bandha. Otra postura en la que se puede practicar Mula Bandha es Sarvangasana o “postura sobre los hombros, implica elevar las piernas y la espalda hasta quedar sostenido sobre los hombros, trabajando los músculos de la pelvis y el abdomen. Una postura más avanzada es Sirshasana, “postura sobre la cabeza”,

en la que se sostiene todo el cuerpo sobre la cabeza. Estas posturas favorecen la propiocepción de suelo pélvico, la relajación de los músculos de la cadera, al tiempo que mejoran la circulación sanguínea de los órganos pélvicos y región perineal.

Comparación entre los ejercicios de Kegel y Mula Bandha en Yoga

En el contexto de esta monografía, exploraremos la riqueza de la técnica de Mula Bandha en el contexto de la práctica del Yoga, en comparación con la técnica más contemporánea y ampliamente conocida de Kegel. Podemos decir, que aunque ambas abordan aspectos similares de fortalecimiento del suelo pélvico, Mula Bandha va más allá, al integrar los principios de la filosofía del Yoga, conectando los aspectos físicos con los espirituales y complementando con una serie de técnicas de respiración, concentración, meditación y posturas que no solo promueven la salud física, sino que están directamente relacionadas con la salud sexual, así como también se considera una puerta hacia la expansión de la conciencia y el equilibrio psicoemocional.

A continuación, se propone una tabla comparativa de las dos técnicas:

Diferencias	Ejercicios de Kegel	Mula Bandha
Origen y tradición	Desarrollados por el Dr. Arnold Kegel en la década de 1940, con énfasis en la salud del suelo pélvico.	Provenientes del Yoga tradicional, Hatha Yoga.
Objetivo principal	Fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico y mejora de la función de la zona pélvica.	Fortalecimiento de los músculos del suelo pélvico, pero también una parte integral de la práctica de Yoga con objetivos espirituales y energéticos.
Aplicación	Se utilizan en la medicina y la fisioterapia, así como en el contexto de la sexología clínica para abordar problemas sexuales y trastornos del suelo pélvico.	Parte de la práctica del Yoga, con aplicaciones en la espiritualidad y la energía, aunque también se pueden utilizar con fines terapéuticos en sexología clínica. (todavía con poca evidencia científica)

Técnica de contracción	Contracción y relajación controlada de los músculos del suelo pélvico.	Contracción específica de los músculos del suelo pélvico y elevación del perineo. Mayor diferenciación de grupos musculares.
Visión integrativa	No tiene una conexión directa con prácticas ni otras disciplinas.	Integral en el Yoga, específicamente en el sistema Hatha Yoga.
Relación con la respiración y la posición del cuerpo	Por lo general, no se enfoca en la respiración ni en posturas de específicas para su práctica.	Puede combinarse con la respiración (prāṇāyāma), meditación y posturas de Yoga específicas para potenciar la técnica.
Enfoque espiritual	Por lo general, no tiene un enfoque espiritual.	Tiene una conexión con la espiritualidad y la apertura de ciertos chakras, y con la meditación.
Variaciones	Se pueden realizar variaciones avanzadas de ejercicios de Kegel, como contracciones rápidas o prolongadas.	Puede haber variaciones en la intensidad de la contracción y la coordinación con la respiración y las posturas de Yoga avanzadas. Se practica en combinación con otras técnicas como mūdras, āsanas, prāṇāyāma, meditación.

Al comprender y comparar estas dos perspectivas, vemos los beneficios fisiológicos, pero también podemos entender cómo la práctica de Mula Bandha puede contribuir al bienestar integral del individuo, cultivando una conexión más profunda entre el cuerpo y la mente, y entre la tradición ancestral y las prácticas modernas.

Enfoque integral en salud sexual

El Yoga, una antigua disciplina que abarca tanto aspectos físicos como mentales y espirituales, ha ganado reconocimiento en el ámbito de la salud sexual, ofreciendo un enfoque

integral para abordar condiciones como disfunciones sexuales, o problemas psicoemocionales relacionados.

Algunas terapias ayurvédicas y de Yoga se han probado como efectivas para mejorar la salud reproductiva en hombres y mujeres, para producir satisfactoriamente embarazos, y también para regular el deseo sexual. El Yoga se reporta como reductor de estrés y ansiedad, mejora la función autonómica por mecanismos neurohormonales y por la supresión de la actividad simpática, e incluso se sugiere que la práctica regular en chicos es beneficiosa en la salud reproductiva de adultos (Sengupta P. , 2012).

Existe evidencia que el Yoga afecta el eje neuroendócrino. Schmidt encontró reducción de la secreción de catecolaminas y aldosterona urinarias. Disminución de la hormona luteinizante y aumento en la excreción de cortisol. También se habla de cambios en las ondas cerebrales, y los niveles séricos de cortisol. Aumento de ondas alpha en el EEG (Sengupta, Chaudhuri, & Bhattacharya, 2013). La integración de ejes neuroendócrinos no solo afecta positivamente la secreción hormonal, sino que también contrarresta la declinación de la testosterona relacionada con la edad. El mecanismo por el cual opera esta disciplina, no solamente es por el eje hormonal, sino por el cambio en el comportamiento, el estado de ánimo, y en la reducción del estrés y la ansiedad.

El Yoga, al considerarse un regulador del eje hormonal y los aspectos psicológicos, se lo ha investigado como una intervención potencial para mejorar algunas de las causas de infertilidad. A pesar de que es necesaria más investigación específica en el tema; se concluye que el Yoga puede influir en la función reproductiva tanto del hombre como de la mujer por la integración de sistemas fisiológicos (Sengupta P. , 2012). Existe evidencia que la práctica regular puede aumentar los conteos de espermatozoides y la motilidad. Además, es importante en la salud de la próstata, viéndose que, incluso, puede reducirse el tamaño de esta en casos de hipertrofia.

En una revisión se destaca que los estudios referidos al Yoga para el piso pélvico en realidad incluyen ejercicios similares o iguales a los que se realizan en la fisioterapia pélvica-perineal, por lo que en general se los clasifica dentro del mismo grupo. Además, el Yoga incluye ejercicios o técnicas adicionales que involucra a los músculos de la cadera en posiciones específicas que podrían sumar beneficio aplicados en caso de prolapso de órganos pélvicos, por ejemplo (Bo , y otros, 2023).

Específicamente, la práctica de Mula Bandha, se relaciona con el control de la espermatorrea, prevención de la hernia inguinal, y regulación de la secreción de testosterona. También se estima que Mula Bandha al mejorar la circulación de la zona, balancea, estimula y rejuvenece los órganos a este nivel. En algunos centros se usa Mula Bandha para aumentar la conciencia y el control de los músculos pélvicos y por consiguiente mejorar el deseo y la excitación. La práctica de Mula Bandha restablece la función muscular de la región, así como la estimulación de la innervación autonómica. (Sweta a , Godbole , Prajapati, & Awasthi, 2021).

El entrenamiento de los músculos del suelo pélvico puede actuar para optimizar el volumen eyaculatorio, la fuerza y la intensidad del clímax sexual (Cohen, Gonzalez, & Goldstein, 2016). En hombres, la actividad de isquiocavernoso facilita la erección, mientras que la contracción del bulbocavernoso disminuye el drenaje venoso de los cuerpos cavernosos. La contracción del bulboesponjoso como del isquiocavernoso durante la actividad sexual puede aumentar la rigidez de las estructuras eréctiles, beneficiando a algunos hombres con disfunción eréctil al facilitar la obtención y el mantenimiento de la erección durante la penetración vaginal. Contracciones fuertes del bulboesponjoso pueden aumentar la tumefacción del cuerpo esponjoso, elevar la presión uretral y facilitar la eyaculación de fluido prostático y de vesículas seminales. Estas fuertes contracciones del músculo bulboesponjoso también pueden mejorar e intensificar el placer orgásmico durante la eyaculación.

En hombres y mujeres, la posibilidad de controlar de forma voluntaria y específica estos músculos puede despertar la conciencia de las sensaciones genitales y de esta manera se puede mejorar el deseo sexual y la excitación, y en general la función sexual.

La conexión de la respiración abdominal y la atención focalizada, en el Yoga se vincula con un aumento de los niveles de serotonina, un neurotransmisor asociado con el control eyaculatorio. Este componente neuroquímico añade una dimensión única a la práctica del Yoga en el contexto de la salud sexual. En el ámbito de la respiración, las técnicas de prāṇāyāma, como Anuloma Viloma y Sitkari, se vinculan con el control eyaculatorio al regular el sistema nervioso autonómico y mejorar la variabilidad cardíaca. (Nikhil, Hemant, & Bellare, 2019).

Hay pocos reportes del uso de mudras, como Ashwini Mudra y Vajroli Mudra, que se asocia con el control eyaculatorio, la regulación hormonal y el fortalecimiento muscular. Estas prácticas específicas no solo ofrecen beneficios físicos, sino que también contribuyen a la

conciencia y el despertar de sensaciones genitales. Estas son practicas avanzadas que son más difíciles de estudiar, dado que incluso son técnicas menos populares entre los practicantes de Yoga.

Respecto a las posturas de Yoga, algunas están asociadas a la práctica de Mula Bandha, principalmente las posturas de sentado y las invertidas, y contribuyen al fortalecimiento de los músculos de la pelvis, mejorando el tono y control muscular, la fuerza y la flexibilidad. La conexión mente-cuerpo resultante no solo mejora la función sexual, sino que también conciencia corporal, e influye en el control del tiempo de latencia eyaculatoria en el hombre. En cuanto a las prácticas recomendadas, las asanas “posturas físicas”, se destacan por su capacidad para mejorar la relación mente-cuerpo. Destacan posturas específicas, como Bhujangasana, Shalabhasana y ViparitaKarani, que han sido objeto de estudio debido a sus potenciales efectos beneficiosos en disfunciones sexuales. (Mangesh Joshi, Arkiath Veettil, & Deshpande, 2020). Viparita Karani impresiona estar relacionada con el aumento del retorno venoso de la región de la pelvis (SATYENDRA PRASAD & SINGH, 1984).

En términos de contraindicaciones, se señala que posturas invertidas, así como técnicas de respiración: Kapalavati y Bhastrika pueden no ser apropiadas para personas con hipertensión, enfermedades cardíacas o problemas oftalmológicos. Se enfatiza la importancia de adaptar las técnicas a las condiciones físicas de cada individuo.

En conclusión, el Yoga se posiciona como un enfoque integral en la salud sexual, ofreciendo no solo herramientas físicas, sino también mentales y emocionales para abordar condiciones relacionadas con las disfunciones sexuales. Su riqueza en técnicas y su enfoque holístico lo convierten en una opción atractiva para aquellos que buscan mejorar su salud sexual de manera integral. Por consiguiente, lo que se plantea tras el análisis, es que la técnica de Mula Bandha, más allá de tener cierta especificidad en el ámbito de la sexualidad, no se recomienda practicarlo de forma independiente del contexto general del Yoga, ya que es el conjunto de técnicas dentro de esta disciplina la que hace el abordaje de la persona sea realmente integral.

Conclusiones

La exploración de la relación entre la técnica de Mula Bandha, arraigada en el contexto del Yoga, y las convencionales técnicas de ejercicios de Kegel proporciona una perspectiva profunda y esclarecedora acerca de la salud sexual. El Yoga, como antigua

disciplina que abarca aspectos físicos, mentales y espirituales, destaca como un enfoque integral y altamente efectivo cuando se contrasta con las prácticas más convencionales.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la práctica del Yoga, especialmente cuando incorpora Mula Bandha, se revela como un auténtico catalizador para mejorar la función sexual. La integración de ejes neuro endócrinos no solo incide positivamente en la secreción hormonal, sino que también ejerce un impacto más amplio, abordando la salud física y mental en su totalidad.

El Yoga se consolida como un enfoque preventivo al mejorar tanto la salud física como mental, al reducir el estrés y fomentar un sentido general de bienestar. Además, se destaca como una herramienta valiosa en el manejo de condiciones que afectan la salud sexual, demostrando un potencial que supera las capacidades de las técnicas convencionales.

Comparativamente Mula Bandha, dentro de la práctica del Yoga, cubre las expectativas terapéuticas que busca las terapias alopáticas, como por ejemplo la fisioterapia pélvica-perineal, la estimulación eléctrica funcional, o el biofeedback electromagnético. Además, incluyen aspectos psicoemocionales de la psicoeducación sexual. La técnica de Mula Bandha, no solo demuestra ser más completa y específica en comparación con las prácticas convencionales, como los ejercicios de Kegel, en cuanto al entrenamiento muscular del suelo pélvico, sino que también resalta su potencial integral dentro del contexto del Yoga. La aplicación de Mula Bandha como parte integral de la práctica del Yoga, junto con todas sus técnicas adicionales, emerge como una opción sumamente atractiva y completa para aquellos que buscan mejorar la salud sexual. Aunque se reconoce todavía la necesidad de mayor evidencia experimental, se puede pensar la superioridad de un enfoque integral donde el trabajo de piso pélvico por Mula Bandha se aplique en conjunto con el resto de técnicas relacionadas dentro de la disciplina del Yoga. La sinergia entre estas prácticas complementarias podría ser clave para optimizar los beneficios y lograr resultados más significativos en la salud sexual.

Referencias bibliográficas

1. Espiño-Albela, A., Castaño-García, C., Díaz-Mohedo, E., & Ibáñez-Vera, A. (2022). Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*. doi:<https://doi.org/10.3390/>
2. Li-Yun-Fong, R., Larouche, M., Hyakutake, M., Koenig, N., Lovatt, C., Geoffrion, R., . . . Cundiff, G. (2016). Is Pelvic Floor Dysfunction an Independent Threat to Sexual Function? A Cross-Sectional Study in Women With Pelvic Floor Dysfunction. *The Journal of sexual medicine*.
3. Nikhil, U., Hemant, P., & Bellare, N. (2019). Protective Role of Moolabandha While Practicing Bhasrika and Kapalabhati by Women Vulnerable to Bladder Dysfunction: A Preliminary Ultrasound Study. *International Journal of Yoga*. doi:10.4103/ijoy.IJOY_38_18
4. Resende, A., Bernardes, B., Stüpp, L., Oliveira, E., Castro, R., Girão, M., & Sartori, M. (2018). Pelvic floor muscle training is better than hypopressive exercises in pelvic organ prolapse treatment: An assessor-blinded randomized controlled trial. doi:10.1002/nau.23819
5. Tavares de Arruda, G., Peres Paines, G., & Rangel da Silva, B. (2023). Relationship Involving Sexual Function, Distress Symptoms of Pelvic Floor Dysfunction, and Female Genital Self-Image. *Rev Bras Ginecol Obstet*.
6. Bergerson, S., D. Reed, B., Wesselmann, U., & Bohm- Starke, N. (2020). Vulvodynia. *NATurE REVIEWS*. doi:<https://doi.org/10.1038/>
7. Bilgic, D., Gokyildiz, S., Kizilkaya Beji, N., Yalcin, O., & Ugurlucan, F. (2015). Quality of life and sexual function in obese women with pelvic floor dysfunction. *Women & Health*.
8. Bo , K., Angeles-Acedo, S., Batra, A., H. Brækken, I., Chan , Y., Homsí Jorge, C., . . . Dumoulin, C. (2023). Are hypopressive and other exercise programs effective for the treatment of pelvic organ prolapse? *International Urogynecology Journal*. doi:<https://doi.org/10.1007/s00192-022-05407-y>
9. Cohen, D., Gonzalez, J., & Goldstein, I. (2016). The Role of Pelvic Floor Muscles in Male Sexual Dysfunction and Pelvic Pain. *International Society for Sexual Medicine*. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.10.001>
10. Espiño-Albela, A., Castaño-García, C., Díaz-Mohedo, E., & Ibáñez-Vera, A. (2022). Effects of Pelvic-Floor Muscle Training in Patients with Pelvic Organ Prolapse Approached with Surgery vs. Conservative Treatment: A Systematic Review. *Journal of Personalized Medicine*, 12, 806.
11. Huang, Y.-C., & Chang, K.-V. (2023). Kegel Excercises.
12. L. Wallacea, S., D. Millerb, L., & Mishr, K. (2019). Pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic floor dysfunction in women. *Curr Opin Obstet Gynecol*. doi:10.1097/GCO.0000000000000584

13. Li, Q., & Zhang, X. (2021). Effects of yoga on the intervention of levator ani hiatus in postpartum women: a prospective study. *J. Phys. Ther. Sci.*
14. Mahoney, C., Smith, A., Marshal, A., & Reid, F. (2016). Pelvic Floor Dysfunction and Sensory Impairment: Current. *Neurourology and Urodynamics*,. doi:10.1002/nau
15. Mallinson, J., & Singleton, M. (2017). *Roots of yoga*. UK: Penguin Classics.
16. Mamidi, P., & Gupta, K. (2013). Efficacy of certain yogic and naturopathic procedures in premature ejaculation: A pilot study. *International Journal of Yoga Vol. 6*. doi:10.4103/0973-6131.113408
17. Mangesh Joshi, A., Arkiath Veettil, R., & Deshpande, S. (2020). Role of Yoga in the Management of Premature Ejaculation. *World J Mens Health*. doi:https://doi.org/10.5534/wjmh.190062
18. Martinez Galiano, J., Peinado Molina, R., Martinez Vasquez, S., Hita Contreras, F., Delgado Rodriguez, M., & Hernandez Martinez, A. (2023). Influence of pelvic floor disorders on sexuality in women. *Int J Gynaecol Obstet*. doi:10.1002/ijgo.15189
19. Maze Good, M. (2019). Pelvic Floor Disorders. *Obstet Gynecol Clin N*. doi:https://doi.org/10.1016/j.ogc.2019.04.010
20. Myers, C., & Smith, M. (2019). Pelvic floor muscle training improves erectile dysfunction and premature ejaculation: a systematic review. *Chartered Society of Physiotherapy*.
21. Padoa, A., McLean, L., Morin Melanie, & Vandyken, C. (2020). The Overactive Pelvic Floor (OPF) and Sexual Dysfunction. Part 2: Evaluation and Treatment of Sexual Dysfunction in OPF Patients. *International Society for Sexual Medicine. Elsevier Inc.*
22. Pischedda, A., Fusco, F., Curreli, A., Grimaldi, G., & Farina Pirozzi, F. (2013). Pelvic floor and sexual male dysfunction. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*.
23. Preda, A., & Moreira, S. (2019). Stress Urinary Incontinence and Female Sexual Dysfunction: The Role of Pelvic Floor Rehabilitation. *Acta Med Port*. doi:https://doi.org/10.20344/amp.12012
24. Quaghebeur, J., Petros, P., Wyndaele, J., & De Wachter, S. (2021). Pelvic-floor function, dysfunction, and treatment. (U. o. Department of Urology, Ed.)
25. Reijn-Baggen, D., J.M. Han-Geurts, I., J. Voorham-van der Zalm, P., C.M. Pelger, R., H.A.C. Hagenars-van Miert, C., & T.M. Laan, E. (2021). Pelvic Floor Physical Therapy for Pelvic Floor Hypertonicity: A Systematic Review of Treatment Efficacy. *Inc. on behalf of the International Society for Sexual Medicine*.
26. Satyendra Prasad, M., & Singh, R. (1984). Effect Of Certain Yogic Asanas On The Pelvic Congestion And It's Anatomy. *Institute of Medical Sciences, Banaras Hindu University, IV*, 127-128.
27. Sengupta, P. (2012). Challenge of infertility. How protective the yoga therapy is? *Departamento de psicología, Vidyasagar College for women*.

28. Sengupta, P., Chaudhuri, P., & Bhattacharya, K. (2013). Male reproductive health and yoga. *International Journal of Yoga*. doi:10.4103/0973-6131.113391
29. Sri T. Krishnamacharya. (1934). *Yoga MAkaranda (The essence of Yoga)*. Kannada : Manduraim CMV press.
30. Sweta a , K., Godbole , A., Prajapati, S., & Awasthi, H. (2021). Assessment of the effect of Mulabandha yoga therapy in healthy women, stigmatized for pelvic floor dysfunctions: A randomized controlled trial. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine 12*.
31. Sweta, K., Godbole, A., Awasthi, H., & Pandey, U. (2018). Effect of Mula Bandha Yoga in Mild Grade Pelvic Organ Prolapse: A Randomized Controlled Trial. *International Journal of Yoga*.
32. Verbeek, M., & Hayward, L. (2019). Pelvic Floor Dysfunction And Its Effect On Quality Of Sexual Life. *Sex Med Rev*.