



TRABAJO FIN DE GRADO

Propuesta de Intervención para el Vaginismo

Autora

Carmela Melero Fernández

Directora

María del Mar Sánchez Fuentes

Grado en Psicología

2021



Resumen

El presente Trabajo Fin de Grado se trata de una propuesta de intervención para la disfunción sexual denominada *Vaginismo* planteada por el gran desconocimiento que existe sobre este trastorno y sus respectivos tratamientos. Se darán a conocer los conceptos más básicos, pero a la vez confusos, de la sexualidad y el funcionamiento de la respuesta sexual humana y se explicará detalladamente la propuesta de intervención planteada para 4 meses con un total de 40 sesiones, de 60 minutos cada una a través del modelo cognitivo conductual.

Palabras clave: Vaginismo, sexualidad, satisfacción sexual, relaciones sexuales, dolor.

Abstract

This End of Degree Project is a proposal for an intervention for the sexual dysfunction called "Vaginismus" due to the great lack of knowledge that exists about this disorder and its respective treatments. The most basic, but at the same time confusing, concepts of sexuality and the functioning of the human sexual response will be explained in detail and the intervention proposal proposed for 8 months with a total of 88 sessions of 60 minutes each will be explained in detail through the cognitive-behavioural model.

key words

Vaginismus, sexuality, sexual satisfaction, sexual intercourse, pain.

ÍNDICE:

- 1. Introducción**
- 2. Marco teórico**
 - 2.1. Conceptos clave:
 - 2.1.1 Sexualidad
 - 2.1.2 Salud Sexual
 - 2.1.3 Respuesta sexual humana
 - 2.1.4 trastornos de la sexualidad
 - 2.1.5 Vaginismo
 - 2.1.5.1 Definición
 - 2.1.5.2 Epidemiología
 - 2.1.5.3 Etiología
 - 2.1.5.4 Tipos de vaginismo
 - 2.1.5.5 Diagnóstico Diferencial
 - 2.1.5.6 Tratamientos ofertados
 - 2.1.5.7 DSM
 - 2.1.5.8 Factores de mantenimiento
 - 2.1.5.9 Consecuencias
 - 3. Propuesta de intervención para el vaginismo**
 - 3.1 justificación
 - 3.2 ciclo y curso
 - 3.3 temporalización
 - 3.4 competencias básicas, objetivos y técnicas
 - 3.5 Propuesta de intervención por sesiones
 - 3.6 Evaluación tras la intervención
 - 3.7 Conclusión
 - 4. Referencias**

1. Introducción

El vaginismo es una disfunción sexual que, según la Sociedad Española de Medicina General, afecta a un 12% de las mujeres españolas, pero del cual existe desconocimiento generalizado. Existen muchas inexactitudes en cuanto a su concepto, diagnóstico, forma de tratamiento y qué participación de especialistas se requiere para su abordaje. Este desconocimiento, provoca una aplicación incorrecta de tratamientos y una concepción tabú respecto al problema. Las pacientes informan haberse sentido neuróticas o difíciles y acusadas de no cooperar con el examen médico. Parece importante entender que esta condición es involuntaria y que no tiene forma de curarse sin la debida ayuda especializada (Castellano y Matheu, 2021).

La sexualidad forma parte de la salud integral y de la personalidad de todo ser humano por lo que, para tener un pleno desarrollo físico y emocional, todos necesitamos la satisfacción de necesidades básicas relacionadas, como el deseo de contacto, de intimidad, de expresión emocional, de placer y de amor, que éste trastorno pone en riesgo (Sánchez et al., 2020). En este Trabajo Fin de Grado se va a proponer una intervención para el vaginismo puesto que causa mucho sufrimiento entre las mujeres que lo padecen, dificultando así tener una sexualidad plena y sana.

2. Marco Teórico

En el Modelo Cognitivo-Conductual, resulta imperativo la identificación, análisis y modificación de los procesos y/o contenidos cognitivos de los sujetos, ya que estos dirigen la activación o inhibición de los repertorios conductuales (López, 2008). Este modelo considera que los síntomas son problemas derivados del aprendizaje (clásico, operante, observacional) o falta de aprendizaje de respuestas motoras, cognitivas, autónomas o emocionales. Recalca la importancia de los pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias desadaptativas. Trata de especificar las conductas implicadas en los problemas, e identifica antecedentes, consecuentes y características personales relacionadas con las mismas. En cuanto al método que emplea, utiliza entrevistas (al cliente y a otros), cuestionarios, autorregistros, la observación y registros psicofisiológicos (Salazar, 2017). Además emplea técnicas de respiración y relajación, técnicas de exposición, modelado, entrenamiento en habilidades sociales, técnicas operantes como el reforzamiento, moldeamiento, costo de respuesta, economía de fichas, contratos, control de estímulos etc. así como la resolución de problemas,

reestructuración cognitiva, entrenamiento autoinstruccional, técnicas de activación conductual y técnicas de distracción (López, 2008).

Parece necesario aclarar una serie de conceptos clave, que facilitarán el entendimiento a posteriori ya que en muchas ocasiones resultan confusos para la población en general.

2.1 Conceptos clave

2.1.1 Sexualidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), también llamada World Health Organization (WHO) “La sexualidad es un rasgo fundamental del ser humano, que se refiere al sexo, orientación sexual, identidad de género, placer, intimidad, erotismo y reproducción, siendo resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006, citado en Sánchez, et al., 2020, p.66). Podemos encontrar tres dimensiones relativas al concepto de sexualidad: Biológica, psicológica y social. La primera hace alusión al aspecto físico y orgánico relacionado con la respuesta sexual que implica el sistema nervioso, endocrino y vascular. La segunda alude a las emociones, sentimientos y actitudes personales. Mientras, la tercera hace referencia a las costumbres culturales, creencias religiosas, ideología política etc. (Sánchez et al., 2020).

2.1.2 Salud Sexual

Un concepto esencial a tener en cuenta es el de la salud sexual. Esta ha sido definida como:

...un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, y no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS., 2018).

Se debe identificar la salud sexual como un derecho humano universal e imprescindible.

2.1.3 Respuesta sexual humana

Según Cantillo et al. “La respuesta sexual humana habitualmente tiene una secuencia de fases a nivel fisiológico y puede entenderse como el resultado de los cambios que ocurren en las personas ante estímulos sexuales” (2020, p.69).

Otros autores como Manuel Mas, la definen como “el conjunto de cambios psicológicos, neurofisiológicos, vasculares y hormonales que acompañan a la realización de actos sexuales. En los últimos años el conocimiento sobre sus mecanismos ha avanzado sustancialmente”.

En la respuesta sexual humana intervienen dos tipos de factores, los orgánicos y cognitivos (Mas, 2007, p 11). Cuenta con varias fases: La fase de deseo representa la motivación inicial ante una relación sexual; la segunda fase de excitación alude a la puesta en marcha (psicológica y biológica) que ocurre durante el acto sexual; la fase de meseta se corresponde con el punto más alto de excitación y coincide con el momento anterior al orgasmo; el orgasmo es la respuesta de mayor intensidad que se produce gracias a una gran excitación; por último, la fase de resolución consiste en restablecer el organismo al punto inicial (Cantillo et al., 2020, p 69).

2.1.4 Trastornos de la sexualidad

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, DSM-5) “los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración en alguna fase de la respuesta sexual o también pueden estar asociados con el dolor en lugar del placer”. Éste manual incluye disfunciones sexuales, que se refieren a las posibles dificultades en una de las fases de la curva de la respuesta sexual (Sánchez et al., 2020).

En cuanto a los trastornos sexuales por dolor en la actualidad el DSM-5 informa sólo del trastorno de dolor genito-pélvico asociado a la penetración en la mujer.

Como en el caso de los demás trastornos mentales, el DSM-5 incluye una categoría referida a los trastornos sexuales producidos por enfermedades médicas o por el consumo de sustancias.

La entrada al DSM-5 de los trastornos sexuales ayudó a normalizar su existencia y a proporcionar información sobre los problemas sexuales que tan comunes son en la sociedad.

Esto es crucial ya que en cuanto a la epidemiología de las disfunciones sexuales, sabemos que alrededor de un 45% de las mujeres y un 30% de los varones presentan algún tipo de disfunción sexual.

2.1.5 Vaginismo

2.1.5.1 Definición

El vaginismo consiste en una condición médica poco común en la que se previene la penetración vaginal, es decir, hay una dificultad persistente y recurrente para permitir la

penetración de pene, dedo u objetos (juguetes sexuales). Consiste en una contracción involuntaria de la musculatura de la vagina, de manera que la persona sufre de espasmos involuntarios en el perineo (músculos que envuelven la vagina) que vuelven la relación sexual imposible, dolorosa y difícil (Murillo, 2017).

2.1.5.2 Epidemiología

Si atendemos a la prevalencia, según el DSM-5 del trastorno de dolor genito-pélvico (que engloba el vaginismo y la dispareunia) no se conoce. Sólo se conocen algunos datos, como que aproximadamente el 15% de las mujeres de América del Norte presenta dolor recurrente en las relaciones (American Psychiatric Association [APA], 2014, p. 438) y que según el consultorio de Sexología del Servicio de Ginecología del Hospital Italiano de Buenos Aires, hay un porcentaje aproximado al 20% que incluye las consultas por dispareunia, vaginismo y matrimonio no consumado por vaginismo (Brosens et al., 2009).

También, resulta de interés comentar que el vaginismo rara vez se encuentra en pacientes lesbianas, sino que la inmensa mayoría de pacientes que lo padecen y sufren sus consecuencias son mujeres heterosexuales (Murillo, 2017).

2.1.5.3 Etiología

Se asocia a una multiplicidad de factores tales como aspectos sociales, psicológicos, condiciones psiquiátricas, ginecológicas, psicoanalíticas y sexológicas. La causa más común del vaginismo suele ser el miedo a las relaciones sexuales o al dolor a la penetración, lo que occasionará la contracción involuntaria de músculos. Se ha hablado de causas orgánicas y psicológicas; en lo que respecta a las orgánicas, las más conocidas son alteraciones del himen, endometriosis, trastornos inflamatorios de la pelvis, vaginitis atrófica, relajación de los ligamentos uterinos, rectales y/o vesicales, tumores pélvicos o secuelas de su tratamiento y cicatrices secundarias (Blanco y Paredes Trejo, 2017). Entre las causas psicológicas aparecen una educación conservadora o represiva, el entorno familiar y la relación con la religión aunque no hay pruebas científicas de que el vaginismo sea un efecto colateral de doctrinas religiosas estrictas o una educación sexual negativa (Rabinowitz et al., 2017).

Otras de las causas son el déficit de información sexual que puede ir acompañado de ideas erróneas acerca de la anatomía de la vagina así como el temor a sentir dolor por el tamaño del pene o a que un parto vaginal cause lesiones (Cabello y Lucas, 2002), así como los temores a quedar embarazada, a no estar a la altura en el rendimiento sexual que espera la pareja, al

rechazo o una experiencia sexual previa que puede ser traumática real o imaginaria (Cowan y Frodsham, 2015). También serán posibles causas los problemas de pareja que pueden ser interacciones sexuales torpes o inadecuadas por motivos de desconfianza o rechazo (Spengler et al., 2020).

2.1.5.4 Tipos de vaginismo

Por un lado, podemos encontrar el vaginismo total, en el que aparece un miedo intenso a la penetración, y como consecuencia una conducta evitativa ante cualquier intento de la misma. Por otro lado, el vaginismo parcial consiste en una contractura muscular parcial, es decir, se cierra la vagina, pero durante la penetración (o intento), generando molestias (Becerra-Alfonso, 2015).

Según el momento de su aparición el vaginismo puede ser primario, es decir, que está presente desde el inicio de la vida sexual activa, es la presentación más frecuente y tiene que ver con factores psicológicos o combinados. El secundario, tiene como factores desencadenantes la candidiasis, la cistitis repetitiva, la posible complicación posterior a una lesión orgánica, las posibles secuelas posteriores a una intervención quirúrgica, el período posparto, situaciones estresantes para la mujer (crisis afectiva, diferencias conyugales, agresiones, violación etc.). El vaginismo secundario aparece tras un período de relaciones coitales sin dificultades y es poco frecuente. Por último, el vaginismo situacional, que es menos frecuente todavía, se caracteriza porque las mujeres que lo padecen pueden utilizar tampones o resistir una exploración pélvica, pero no la penetración coital (Delgado, 2014).

El vaginismo, también puede presentarse sin alteración del deseo, de la excitación, ni del orgasmo, aunque puede afectar a cualquiera de las fases de respuesta sexual humana y en la mayoría de los casos puede ir acompañado de una respuesta que está condicionada por el miedo o el dolor a la penetración, con una usual conducta de evitación fóbica (Becerra-Alfonso, 2015).

En lo referente al grado de dificultad para la penetración, aparecen distintos tipos tales como: Leve, que permite a la mujer tener relaciones sexuales plenamente satisfactorias, pero con incapacidad para ser penetrada, es decir, existe posibilidad de introducción de un dedo en la vagina y en ocasiones es posible la penetración anal sin dificultad. Un grado de dificultad moderado, es decir, pese a sentir placer durante el juego erótico, no permite introducir ni un dedo en la vagina. El grado de dificultad grave se manifiesta por una incapacidad para cualquier penetración, es decir, se produce un rechazo a todo aquello relacionado con el acto sexual y

conjuntamente una conducta de evitación. Por último, el grado más incapacitante es el denominado muy grave, que consiste en una intensa sensación de miedo que se da con la sola previsión de una posible relación sexual y podría asociarse a un trastorno de excitabilidad y/o aversión sexual (Cisternas, 2015).

2.1.5.5 Diagnóstico Diferencial

Es importante que se distinga el vaginismo de la dispareunia, ya que son conceptos que se confunden desde siempre y en numerosas ocasiones se realiza una superposición de diagnósticos erróneamente. Mientras que en la dispareunia existe una dificultad en el coito (se puede llevar a cabo aunque de forma dolorosa), en el vaginismo es prácticamente imposible. A pesar de que son trastornos sexuales diferentes, tienen una elevada comorbilidad, lo cual dificulta más su distinción (Spengler et al., 2020).

También es importante separar el vaginismo de la fobia a la penetración vaginal porque, aunque es muy común que exista una evitación fóbica secundaria que completa el cuadro del vaginismo, éste es principalmente un síndrome de dolor genital que implica conductas secundarias, y por el contrario, en la fobia a la penetración vaginal, no tiene por qué existir dolor (Rabinowitz et al., 2017).

2.1.5.6 Tratamientos

Los tratamientos que hasta el momento se conocen para el vaginismo dejan sin tratar varios aspectos que pueden estar manteniendo el problema. Surgen dificultades ya en el inicio, es decir, desde el diagnóstico del trastorno, puesto que se realiza mediante un examen ginecológico y exploración física (Murillo, 2017). Esto implica una inmensa contradicción, puesto que es precisamente la imposibilidad de penetración lo que caracteriza este problema. Las pacientes sufren, contraen los músculos, y pueden aumentar sus niveles de estrés hasta el punto de empeorar su miedo a acercarse a todo aquello que se asemeje a la relación sexual. El examen ginecológico al que se someten, puede incluso parecerles una violación (Flores, 2013).

Uno de los tratamientos para el vaginismo consiste en la fisioterapia mediante electroestimulación vaginal e inyecciones vaginales de neurotoxina botulínica (Rozada, 2014) y en algunos casos concretos (cuando el orificio vaginal es estrecho a causa de espasmo, cicatriz, oclusión operatoria) puede corregirse este estado por la dilatación bajo anestesia (Mejía, 1960).

Se han hallado diversas modalidades de electroterapia que resultan efectivas en el tratamiento del vaginismo. Por un lado, la electro-estimulación resultaría útil para mejorar la función sexual en mujeres que presentan cuadros de alguna disfunción sexual femenina, aunque su efectividad como terapia única no está demostrada (Aydin et al., 2015); pero sí que ha

demostrado mejorar el dolor y la hipertonia muscular aplicado junto a una estimulación eléctrica nerviosa transcutánea (TENS). Por otra parte, el tratamiento únicamente aplicando TENS mejora la función sexual y el dolor a corto plazo (Dionisi et al., 2008).

Según Peter "A variety of effective treatments are available to help women overcome vaginismus. These treatments include the use of dilators, physical therapy with or without biofeedback, biofeedback, sex counseling, psychotherapy, hypnotherapy, and cognitive behavioral therapy" (2014, p.1616).

Con esto, quiere decir que dentro de la variedad de tratamientos efectivos que pueden ayudar a paliar el vaginismo, encontramos el uso de dilatadores, la fisioterapia, el asesoramiento sexual, psicoterapia, hipnoterapia y terapia de conducta cognitiva.

Según Delgado (2014) otra opción de tratamiento para el vaginismo consiste en la terapia sexual, la orientación para control del dolor y ejercicios para fortalecer el piso pélvico.

Por último, cabe añadir que se ha demostrado que la utilización de varios métodos terapéuticos combinados es una efectiva opción de tratamiento para pacientes de vaginismo (Goldfinger et al., 2009).

2.1.5.7 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

La American Psychiatric Association (APA) en la última publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la dispareunia y el vaginismo son fusionados mediante la denominación de trastorno por penetración/ dolor genito-pélvico. De esta manera se introduce cierto grado de flexibilidad para abordar este trastorno. Siguiendo el *DSM-5* deben de darse dos de cuatro condiciones para poder realizar el diagnóstico: dificultad para tener relaciones sexuales, dolor genito-pélvico, miedo al dolor o la penetración y tensión de los músculos del piso pélvico. Es cierto que es posible hacer este diagnóstico de acuerdo con estos criterios, sin el factor dolor, pero es importante tener en cuenta que la mayor parte de la discusión en la sección pertinente del *DSM-5* se hace referir al factor dolor como un aspecto central. (APA,2014)

La ansiedad fóbica secundaria, define la presentación clínica del vaginismo, y dará lugar a conductas evitativas tales como alejarse, apretar las piernas, aparición de intenso miedo y una negativa hacia la penetración. La evitación consiste en un mecanismo defensivo que tiene por finalidad prevenir y evitar el dolor que la persona anticipa y juega un papel crucial en el mantenimiento del problema. La expresión de este comportamiento de evitación aparecerá en cada amenaza que se perciba, aunque va a depender del grado de gravedad que la paciente presente (Rabinowitz et al., 2017).

2.1.5.8 Factores de mantenimiento

Existen un conjunto de factores fisiológicos que en ocasiones contribuyen al mantenimiento del problema. Estos son: Anomalías en el himen, infecciones de transmisión sexual (ITS), atrofia vaginal, lesiones, disfunción en los músculos del suelo pélvico (MSP), y baja capacidad de relajación tras la contracción (Dhingra et al., 2012). Por otro lado, encontramos una serie de factores psicológicos tales como: mala calidad de vida, bienestar físico y emocional deteriorado, síntomas depresivos y ansiosos, auto-concepto sexual negativo, pensamientos negativos sobre la penetración vaginal o imagen corporal propia negativa que también participarían en el mantenimiento, así como algunos aspectos sociales como pueden ser la relación de pareja, abusos sexuales previos y valoración del físico y pobre conocimiento sexual (Wróbel, 2009).

Además, muchas parejas de pacientes con vaginismo aceptan el comportamiento de evitación de la pareja y cooperan aceptando una vida sexual sin penetración. Esto ocurre porque se suelen preocupar por causarles dolor, de forma que se convierten así en factores de mantenimiento del comportamiento de evitación. Su actitud comprensiva contribuye paradójicamente a la estabilidad a largo plazo del problema. (Murillo, 2017).

2.1.5.9 Consecuencias

A menudo, las parejas demandan ayuda cuando quieren tener un hijo, pero la mujer padece vaginismo y por lo tanto se enfrentan a un obstáculo importante. Aunque algunas mujeres superan esta barrera y conciben, otras pasan por una inseminación artificial. Esto puede ocasionar problemas en la pareja ya que no siempre hay mutuo acuerdo a la hora de optar por este método o económica mente no se tiene la posibilidad. Aunque la respuesta sexual de las mujeres que padecen vaginismo puede ser normal, es decir, pueden tener relaciones sexuales satisfactorias y sentirse atraídas hacia sus parejas, normalmente manifiestan culpabilidad por padecerlo y una preocupación constante por no sentir que satisfacen sexualmente a sus respectivas parejas (Calderon, 2018).

Según Olivares y Fernández-Velasco “se incrementa la presión de éxito, aumentan las discusiones y se deteriora la comunicación en la pareja, disminuye el deseo sexual y aumenta la ansiedad anticipatoria” (2003, p.82).

Además, las mujeres no saben a quién acudir en búsqueda de ayuda, ni tampoco lo suelen comentar con amigos o familiares. Incluso en consulta ginecológica, les cuesta hablar

de ello porque piensan que a nadie más le ocurre. Esto genera un sufrimiento, ya que se sienten limitadas respecto a su propia sexualidad. (Calderon, 2018). Otra de las consecuencias está relacionada con las relaciones sociales “presentando insatisfacción con su vida sexual, tanto por parte de sí mismas o producto de la presión de su pareja por tener relaciones coitales, lo que se traduce en dificultades de tipo relacional” (Moltedo-Perffeti, 2014, p. 469).

Según Moltedo-Perfferi las mujeres que padecen vaginismo presentan un nivel inferior de satisfacción en la relación con su pareja. Otra de las consecuencias es el temor al dolor hasta el punto que se puede considerar como una fobia. También muchas mujeres que padecen vaginismo tienen sentimientos negativos hacia sí mismas; se sienten culpables y en deuda con sus parejas (2014).

Otra de las consecuencias desde el punto de vista sociológico consiste en que habitualmente se confunden las relaciones sexuales con el coito, y en el caso de estas mujeres que no pueden practicar penetración, ocurre que el resto de las prácticas sexuales no son reconocidas ni siquiera como otro tipo de relaciones sexuales (Contreras y Lucas, 2021). En cambio, cabe destacar que en ocasiones puede darse la situación opuesta. Es decir, contradictoriamente las mujeres que padecen de vaginismo, podrían enriquecer mucho su sexualidad a través de caricias en la zona externa de su vagina y podrían dedicar tiempo a la exploración de sus cuerpos para lograr el placer, lo cual es positivo. Si logran conocerse y encontrar otras formas de disfrutar de la sexualidad, pueden alcanzar el orgasmo y tener una sexualidad satisfactoria. Aunque generalmente, sienten incompletas sus relaciones sexuales, y se suelen sentir angustiadas (Calderon, 2018).

3. Propuesta de Intervención para el vaginismo

3.1 Justificación

Debido al impacto tan perjudicial que causa el vaginismo en las personas que lo padecen, y al gran desconocimiento acerca de su existencia, me resulta interesante buscar toda la información posible sobre él y sobre los diferentes tratamientos que existen hoy en día para solventarlo, y así debatir y proponer una mejor solución que espero vaya a ser positiva y funcional para todas aquellas mujeres que sufren por éste problema y que han dejado de buscar ayuda o ni tan siquiera lo han intentado.

3.2 Ciclo y curso

La propuesta de intervención va destinada a todas las mujeres que padecen vaginismo. En este sentido, no importa el tipo de vaginismo, es decir, la intervención no varía en función de si es primario, secundario o situacional, y tampoco va dirigida a un rango de edad en concreto.

3.3 Temporalización

La propuesta de intervención está programada para tener una duración aproximada de 16 semanas (4 meses). Durante 2 meses, se impartirán 3 sesiones semanales (los días dependen de la disponibilidad de la paciente) de 60 minutos cada una de ellas; durante los 2 meses restantes, se llevará a cabo el seguimiento de la paciente, y en este caso, se impartirán 2 sesiones semanales de 60 minutos igualmente. De esta manera, se impartirán un total de 40 sesiones.

Las fechas para su realización podrían abarcar desde principios de septiembre hasta diciembre (incluido). De esta manera, hasta finales de octubre aplicamos el plan de intervención, para después en noviembre y diciembre realizar el seguimiento.

3.4 Competencias básicas, objetivos y técnicas

Las competencias básicas que se van a trabajar serán: Capacidad de resolución de problemas, es decir, se trabajará la capacidad para frenar todos los pensamientos negativos y por consiguiente el control de la “conducta de huída” tras la aparición del miedo; se trabajará la responsabilidad y la constancia, ya que la paciente deberá dedicar un tiempo en el día para entrenar la capacidad de introducirse dildos de diferentes tamaños; se instruirá, en el caso de que tuviese pareja, sobre la capacidad de trabajar en equipo, puesto que deberán involucrarse ambos en el tratamiento; también se fomentará la autonomía, proactividad e iniciativa ya que se atenderá al interés por la masturbación propia, así como la búsqueda aquellos estímulos que resulten excitantes a nivel personal y la eliminación del “rol del espectador” durante las relaciones sexuales; se tratará de desarrollar la sociabilización especialmente con aquellas personas que pueda sentir atracción sexual; se trabajará la capacidad de innovación y creatividad con los mencionados estímulos sexuales personales e individuales de la paciente, de manera que dejará de fijarse en aquellos estereotipados y buscar los suyos propios; se proporcionarán herramientas que le proporcionen ganar flexibilidad a la hora de buscar el orgasmo, para plantearse distintas maneras de encontrarlo; por último se trabajará la capacidad de adaptación, ya que al mantener relaciones sexuales posteriores a lo trabajado tendrá que

adaptarse al tipo de circunstancia, y la resistencia a la presión, ya que son mujeres que se sienten muy presionadas por creer que los hombres no sienten que la relación sexual haya culminado si no ha existido penetración.

Los objetivos propuestos para la intervención: El objetivo general es que la paciente consiga disfrutar de la relación sexual consiguiendo el orgasmo y pueda practicar una penetración indolora. Para ello, dividiremos la intervención según cuatro objetivos específicos, de manera que los dos primeros atienden a aquellos factores internos de la paciente que estén contribuyendo al problema y los otros dos, a factores externos, es decir, a los aspectos del contexto que rodea a la actividad sexual o al estilo de vida de la paciente que no facilitan el cambio ni contribuyen positivamente a la resolución del problema. Estos cuatro objetivos específicos, a su vez, se dividirán en sub objetivos sencillos, es decir, metas pequeñas y a corto plazo, todas contribuyendo a la resolución del objetivo específico:

Para atender a los factores internos:

1. Eliminar la asociación adquirida entre “relación sexual” y experiencias sensoriales negativas tales como el dolor, miedo, vergüenza, ansiedad etc. (Duración aproximada: 2 semanas; 3 sesiones semanales, es decir, 6 sesiones de 60 minutos). Sub objetivos:

- Comprensión de la respuesta sexual natural de la mujer
- Identificación de las propias distorsiones cognitivas y pensamientos anticipatorios ansiosos
- Apertura a nuevos estímulos sexuales

2. Proporcionar herramientas para que la paciente “vuelva a la calma” por sí misma en el momento en que se presente la sensación de miedo característica (2 semanas, 6 sesiones).

- Control de dichas distorsiones y pensamientos negativos
- Desculpabilización y regulación emocional

Para atender a los factores externos:

3. Fomentar el autoconocimiento y la masturbación para así reconocer y alcanzar un orgasmo mediante una excitación adecuada (2 semanas; 6 sesiones).

- Eliminación de las conductas de evitación y huida hacia la relación sexual o la masturbación
- Puesta en práctica de los nuevos estimulantes sexuales

- Conseguir llegar al orgasmo (en solitario o en la relación sexual sin penetración)
- 4. Introducción progresiva de dildos (comúnmente conocidos como consoladores o vibradores) de distintos grosores y tamaños (2 semanas; 6 sesiones).

Las técnicas empleadas para alcanzar dichos objetivos serán:

Por un lado, las empleadas para trabajar los factores internos de la persona:

- Entrevista psicológica: El psicólogo realiza preguntas con el objetivo de obtener información. Así, se produce un intercambio entre la persona que solicita ayuda (en este caso, la paciente con vaginismo) y el profesional que la ofrece.
- “The Female Sexual Function”: Test para evaluar la sexualidad de la mujer establecido en el *International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions*.
- Técnica de la Psicoeducación: Se informará sobre los aspectos relacionados con el problema, las características específicas de la patología, el funcionamiento sexual, la sexualidad, el impacto de las disfunciones sexuales, la satisfacción sexual, el “sano egoísmo sexual”, el “rol del espectador”, la culpa y las emociones.
- Detección de distorsiones cognitivas: Consiste en prestar atención a pensamientos que fluctúen cuando aparece el miedo e identificarlos.
- Reestructuración cognitiva: Metodología utilizada para corregir patrones disfuncionales de pensamiento. Se tratará de romper la asociación entre relación sexual y experiencias negativas, desmontando y desargumentando los pensamientos anticipatorios y ansiosos irrationales que aparezcan ante el miedo. Para lograr la reestructuración cognitiva, también se ampliará el abanico de estímulos sexuales utilizados hasta el momento, promoviendo la creatividad y la imaginación, para lograr una adecuada excitación que dé cabida a sentir un orgasmo.
- Técnica del ejercicio DROP: para el control de distorsiones cognitivas, que consiste en fomentar la atención al momento presente y la relajación.

Por otro lado, las técnicas que se utilizarán para solventar los aspectos asociados a factores externos de la persona (mayoritariamente el gran tabú sobre la sexualidad y la masturbación femenina) son:

- Autoconocimiento, exploración de los genitales y reconocimiento visual a través de la “técnica del espejo”
- Fomentar la masturbación propia mediante la “desensibilización masturbatoria” de Lobitz y LoPiccolo (1972)
- Introducción progresiva de dildos por su cuenta, y en ese tiempo, en las sesiones correspondientes la paciente comentará cómo se ha sentido durante el ejercicio.
- Técnica de Desensibilización sistemática de Jacobson para facilitar la relajación del cuerpo y/o ejercicios específicos centrados en la relajación del músculo PC (el músculo que controla la micción) a través de los ejercicios de Kegel, únicamente en caso de que se precise relajación a la hora de introducir el dildo, por el exceso de tensión y contracción muscular.

3.5 Propuesta de intervención por sesiones

La propuesta de intervención, se basará en el modelo cognitivo conductual debido a las ventajas explicadas anteriormente en el marco teórico.

Siguiendo con la información aportada a través del marco teórico, el diagnóstico no será invasivo, y sin exploración física, se atenderá al historial clínico de la paciente, como veremos a continuación para determinar si padece o no vaginismo.

Primera sesión: Evaluación Inicial

Objetivo: Realizar una entrevista clínica para captar información necesaria

Duración: 60 minutos, 1 sesión

En esta primera sesión, se realizará una entrevista inicial para recopilar información personal de la paciente. Se abarcarán temas como: Nombre completo, parentesco, edad, ocupación, profundizar sobre su motivo de consulta, exploración del cuadro clínico que presenta, antecedentes, evolución del problema, contexto de vida etc.

Segunda sesión: "The Female Sexual Function Index" (FSFI)

Objetivo: Administración del test "The Female Sexual Function Index"

Duración: 60 minutos, 1 sesión.

- Se utilizará la versión española del cuestionario *"The Female Sexual Function Index"* (FSFI: Vallejo-Medina, 2018) un test para evaluar la sexualidad de la mujer establecido en el International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunctions. Las preguntas son sobre la sexualidad durante las últimas 4 semanas y se ha de responder de la forma más honesta y claramente posible. Las respuestas serán completamente confidenciales. La versión en español, es la que se emplea (ver **ANEXO I**).

Posteriormente, desde la **sesión número 3 hasta la 9** (ambas incluidas):

Objetivo General: Eliminar la asociación entre “relación sexual” y “experiencias negativas”

Objetivos específicos: Proporcionar psicoeducación, identificación y corrección de las distorsiones cognitivas y apertura a nuevos estímulos sexuales

Duración: 6 sesiones de 60 minutos, 3 por semana, durante 2 semanas.

- Durante estas sesiones se trabajará mediante la psicoeducación los siguientes aspectos:
 - Funcionamiento sexual natural de la mujer
 - Importancia de la sexualidad
 - Importancia de la satisfacción sexual y qué factores la fomentan
 - “Sano Egoísmo Sexual”
 - Los inconvenientes del “Rol del espectador” y el “hipercontrol”
- Desmontar sus propias creencias, mitos y distorsiones acerca de la relación sexual.
 - Se le propondrán nuevas opciones de estimulantes sexuales, para promover la reestructuración cognitiva y conseguir que se rompa la asociación entre “relación sexual” y “experiencias negativas” (normalmente vivencias reales pasadas).
 - Si fuese preciso, se plantearía trabajar la asertividad para comunicar los nuevos estimulantes sexuales, bien con la pareja o con las personas con las que mantenga relaciones sexuales.

Se espera, que tras haber alcanzado las 2 primeras semanas trabajando la reestructuración cognitiva y psicoeducación, la paciente ya no asocie la relación sexual con experiencias negativas. En caso de no haberse cumplido el primer objetivo se atrasaría la consecución del segundo.

Si asumimos que la paciente ha cumplido los objetivos propuestos, dedicaremos 2 semanas aproximadamente para el cumplimiento del siguiente objetivo (**Ver ANEXO II**).

Desde la sesión 10 hasta la 15 (ambas incluidas):

Objetivo General: Proporcionar herramientas para conseguir una “vuelta a la calma” cuando aparece miedo porque se va a dar/se está dando un encuentro sexual o masturbación propia

Objetivos específicos: Control de las propias distorsiones y pensamientos anticipatorios negativos, desculpabilización y regulación emocional

Duración: 6 sesiones de 60 minutos, 3 por semana, durante 2 semanas.

Se emplearán técnicas de relajación y de atención al momento presente: (**Ver ANEXO III**)

- Ejercicio DROP para ejercitarse la atención plena que se deberá poner en práctica cada vez que la paciente note ansiedad o miedo en aquellas situaciones de contexto sexual.
- Control de las distorsiones. Deberá atender a sus propios pensamientos y reconocer aquellos que no correspondan con la realidad objetiva.
- Desculpabilización: Se explicará la función de la culpa, se diferenciará entre la culpa normal y la anormal y se analizarán estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a la culpa, sustituyéndolas por la responsabilidad.
- Regulación emocional: Psicoeducación sobre las emociones (cuales existen, sus componentes, su funcionalidad) y sobre los distintos mecanismos de defensa.

En caso de no haber superado el objetivo esperado, se aplaza nuevamente el tercer objetivo.

Por el contrario, en caso de que los objetivos se hayan alcanzado, se procede a trabajar los factores externos que están influyendo de manera negativa.

Desde la sesión 16 hasta la 21 (ambas incluidas):

Objetivo General: Fomentar el autoconocimiento y la masturbación propia con la excitación adecuada

Objetivos específicos: Eliminación de las conductas evitativas y de huida para dar acercamiento al autoconocimiento y la masturbación y puesta en práctica de los nuevos estimulantes sexuales para conseguir el orgasmo.

Duración: Emplearemos 6 sesiones de 60 minutos, 3 por semana, 2 semanas.

- Se fomentará el autoconocimiento:
 - Mediante la “técnica del espejo” en consulta (aproximadamente 10 minutos frente al espejo)

- Despues la paciente anotará cómo se ha sentido explorando su cuerpo
- Se recomendará la exploración de los genitales en casa
- Si fuese necesario, se proporcionará psicoeducación sobre el funcionamiento y las partes que forman los genitales femeninos
- Se fomentará la masturbación en solitario para conocer los propios gustos y el orgasmo:

- Desensibilización masturbatoria de Lobitz y Lopiccolo (poniendo en práctica los nuevos estimulantes sexuales que consigan excitarla)

En el caso de que se hayan cumplimentado los objetivos tras finalizar las 6 semanas de intervención, se pasará al cuarto y último objetivo terapéutico (ver **ANEXO IV**)

Desde la sesión 22 hasta la 27 (ambas incluidas):

Objetivo General: Introducción progresiva de dildos de distintos grosores y tamaños

Duración: Emplearemos 6 sesiones de 60 minutos, 3 por semana, 2 semanas.

- La sesión 22 será informativa: tipos de dildos que existen, tamaños, tiendas dónde comprarlos, técnica para introducirlos etc.
- Introducción progresiva de dildos en su domicilio y por su cuenta, 4 días por semana durante 2 semanas unos 15 minutos aproximadamente.
- En las sesiones, se comentará su experiencia con el dildo y sus progresos.

En caso de tener pareja, la introducción del dildo puede realizarse de manera conjunta, hasta llegar al tamaño del pene de la pareja o hasta poder introducir unos 12 o 13 centímetros (media promedio del pene erecto en una edad adulta), sin que le produzca dolor. De esta manera se podrá dar paso a la penetración.

En caso de que la paciente tuviese dificultades para la introducción del dildo debido a tensión o rigidez:

- Desensibilización sistemática de Jacobson y/o ejercicios de kegel

Se espera que la paciente pueda practicar una penetración indolora, disfrutar de las relaciones sexuales y de la masturbación propia y alcanzar el orgasmo. En caso de que el último objetivo no se haya logrado al finalizar el 2 mes, el tiempo deberá de extenderse (ver **ANEXO V**).

Finalmente, si se han cumplido los objetivos propuestos, iniciamos la fase de **seguimiento**, desde la **sesión 28 hasta la 33** (ambas incluídas):

Objetivo: Comprobar que la paciente consigue mantener todo lo trabajado durante el tratamiento.

Duración: 16 sesiones de 60 minutos cada una, 2 por semana, durante 2 meses).

En esta fase, la paciente en cada sesión contará sus sensaciones y experiencias relacionadas con la sexualidad (masturbación, relaciones coitales...) y se resolverán dudas en caso de que fuera necesario.

3.6 Evaluación tras la intervención

Si todo ha ido como se esperaba, antes de proceder a “dar el alta” se volvería a pasar el test *“The Female Sexual Function Index”* (FSFI) para evaluar la sexualidad de la mujer tras haber realizado una intervención terapéutica para el vaginismo. Se espera que la paciente puntúe alto (es decir, cerca de 36 puntos) en comparación con su puntuación inicial.

Esto querrá decir que la intervención terapéutica ha funcionado tal y como se esperaba.

3.7 Conclusión

Esta propuesta de intervención, tiene en cuenta todos los aspectos emocionales y contextuales que puedan estar afectando de manera negativa al problema sin dejar de lado la dificultad física muscular que presenta la paciente y que tan importante resulta trabajar diariamente hasta conseguir cierta flexibilidad. Considero que los tratamientos actuales que existen para paliar el vaginismo pecan de unilateralidad enfocándose únicamente en muchas de las ocasiones en la contracción de los músculos del suelo pélvico, cuando realmente los factores internos que mantienen o han creado el problema, son los más demandantes de ayuda y atención. Es por ello que en esta propuesta se ha tratado de unificar en un tratamiento la atención a factores internos y externos por igual.

Considero importante destacar que para la sociedad actual, la sexualidad continúa siendo un tema tabú. Lo cual ocasiona muchos problemas para aquellas personas que padecen una disfunción sexual, como es el caso de las pacientes de vaginismo. Debido a la inmensa presión social que sufren las mujeres por culpa de algunos estereotipos que sugieren que deben satisfacer las necesidades sexuales de los hombres, ocurre que en el momento en el que una mujer no puede mantener relaciones sexuales comúnmente consideradas normativas, siente que

deja de tener el mismo valor. Por ello, considero que esta propuesta de intervención puede ayudar también a aportar más visibilidad a las disfunciones sexuales femeninas así como a entender el hecho de que una mujer no pueda practicar la relación sexual que a todos nos enseñan, sin añadirle tintes de extrañeza, invalidez, distancia o pena.

4. Referencias

- American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5a. ed. --.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aydin, S., Aydin, Ç. A., Batmaz, G. y Dansuk, R. (2015). Effect of vaginal electrical stimulation on female sexual functions: a randomized study. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 463-469. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515309413>
- Becerra-Alfonso, y. A. (2015). Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. *SciELO AnalyticsMedicas Uis*, 28(3), 267-272.
- Blanco, K. V. y Paredes, G. D. (2017). *Influencia de los patrones de crianza y rol de género en el trastorno sexual femenino del dolor génito-pélvico*. Universidad Dr. José Matías Delgado. San Salvador.
- Brosens, C., Terrasa, S. y Astolfi, E. (2009). Actualización: Vaginismo. *Evidencia, Actualizacion En La práctica Ambulatoria*, 12(3).
- Cabello, F. y Lucas, M. (2002). Manual médico de terapia sexual. Madrid: Psimática.
- Calderon, E. D. R. F. F. (2018). *Factores psicosociales asociados al vaginismo* (Doctoral dissertation, Universidad de Almería).
- Castellano, C. C. y Matheu, M. L. (2021). Experiencias de mujeres que han sido diagnosticadas de vaginismo. Una aproximación sociológica cualitativa. *RELIES: Revista del Laboratorio Iberoamericano para el Estudio Sociohistórico de las Sexualidades*, (5), 80-98.
- Cisternas, M. X. (2015). *Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo*. [Tesis de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales]
- <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/142338/Cisternas%20Manuela%20-Sexualidad%20y%20cuerpo%20en%20mujeres%20con%20vaginismo.%20Tesis%20para%20Mag%20Estudios%20de%20G%20hero%20y%20Cultura.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Contreras, C. y Lucas, M. (2021). Experiencias de mujeres que han sido diagnosticadas de vaginismo. Una aproximación sociológica cualitativa.
- <https://www.upo.es/revistas/index.php/relies/article/view/5295/4852>

Cowan F, Frodsham L., (2015). Management of common disorders in psychosexual medicine. *The Obstetrician & Gynaecologist.*; 17 84 (pp. 7-53).

<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tog.12163>

Delgado, V. (2014). Disfunciones sexuales de la mujer. *Lo que todo clínico debe saber de sexología* (pp. 25-48). Amssac asociación. <http://www.amssac.org/wp-content/uploads/2015/05/Libro-Sexolog%C3%A3Da-2015.pdf#page=36>

Dionisi, B., Anglana, F., Inghirami, P., Lippa, P. y Senatori, R. (2008). Uso de estimulación eléctrica transcutánea y biorretroalimentación para el tratamiento de la vulvodinia (síndrome vestibular vulvar): resultado de 3 años de experiencia. *Minerva ginecológica* , 60 (6), 485-491.

<https://europepmc.org/article/med/18981976>

Dhingra C, Kellogg-Spadt S, McKinney TB, Whitmore KE (2012). Urogynecological causes of pain and the effect of pain on sexual function in women. *Female Pelvic Med Reconstr Sur.*, 18(5) 259-267.

https://journals.lww.com/fpmrs/Abstract/2012/09000/Urogynecological_Causes_of_Pain_and_the_Effect_of.2.aspx

Flores, A. (2013). El varón en el vaginismo. *Sexología*. 18(1), 18-26.

<http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/sexologia/vXVIIIn1/art03.pdf>

Goldfinger, C., Pukall, C. F., Gentilcore-Saulnier, E., McLean, L. y Chamberlain, S. (2009). PAIN: A prospective study of pelvic floor physical therapy: Pain and psychosexual outcomes in provoked Vestibulodynia. *The journal of sexual medicine*, 6(7), 1955-1968.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515325984>

López, A. B. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. *Universidad de Barcelona*, 1-48.

Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 11-21.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1698031X07740293>.

Mejía, G. I. (1960). Cirujía y vaginismo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 11(4), 454-462.

Moltedo-Perfetti, A., Cittadini, M. J., Nardi, B., Arimatea, E. y Moltedo-Perfetti, P. (2014). Evaluación de la calidad de vida en mujeres con vaginismo primario mediante el WHOQOL-BREF. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 79(6), 466-472.

Murillo, P. (2017). Vaginismo: Definición, síntomas y tratamientos. *La Mente Es Maravillosa*.

Retrieved 26 Mayo 2021, from <https://lamenteesmaravillosa.com> >.

Olivares, M.E., Fernández-Velasco, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de vaginismo y fobia a la exploración ginecológica. *Clínica y Salud*. 14(1) 67-99.

<https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617967004.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <file:///C:/Users/usuario/Downloads/9789243512884-spa.pdf>

Rabinowitz D, Lowenstein L, Gruenwald I. (2017). Fear of Vaginal Penetration in the Absence of Pain as a Separate Category of Female Sexual Dysfunction: A Conceptual Overview. *Rambam Maimonides Medical Journal*. 8(2).

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415362/>

Rozada, E. (2014). El dibujo en el tratamiento del vaginismo resistente. *Revista Sexología y Sociedad*, 5(14).

Salazar, M. L. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiesis*, 1(33), 139-145.

Sánchez, M. M., Granados de Haro, M. R., Moyano, M.N., Sierra, J. C., De la Peña, A., Cardozo, A., Martínez, M., Turizo, Y., Martínez, P., Cantillo, K., García, P., García, E., Quiroz, N., Parra, M., Arenas, C., Lay, N., Reyes, C., Pérez, M.A., Posso-Meza, A.V... Martínez, M., (2020). *Sexualidad y relaciones contemporáneas*. <https://hdl.handle.net/11323/6875>

Sánchez, M.M., Moyano, N., Granados, R., Sierra, JC. (2020). Salud y Patología de la Sexualidad Humana. Colectivo de autores, *Sexualidad y relaciones contemporáneas*, (pp. 65-82). Editorial Universitaria de la Costa, EDUCOSTA, S.A.S. Universidad de la costa.

Spengler, L. M., de Dios, E., Roque, L. y Maurisset, D. (2020). Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3).

<http://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/rt/printerFriendly/450/489>

Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C. y Saavedra-Roa, A. (2018). Translation, adaptation, and preliminary validation of the female sexual function index into Spanish (Colombia). *Archives of sexual behavior*, 47(3), 797-810.

Wróbel, B. (2009). Las opiniones actuales sobre la etiología, el diagnóstico y el tratamiento del dolor relacionado con las relaciones sexuales a las mujeres. *Ginekologia polska* , 80 (1).

https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/46656

Anexos

ANEXO I. Sesión 2

El test, cuenta con 19 ítems distribuidos en seis dominios: deseo (ítems 1,2), excitación (ítems 3,4,5,6) lubricación (ítems 7,8,9,10) orgasmo (ítems 11,12,13) satisfacción (ítems 14,15,16) y dolor (ítems 17,18,19). Esto produce una puntuación final entre 2-36, de manera que las puntuaciones más altas, indican un funcionamiento sexual más óptimo. Las mujeres que lo han realizado hasta el momento, parecen mostrar una buena comprensión de todos los elementos , por lo que podrá ser una herramienta sencilla y funcional para contribuir en el diagnóstico (Blümel et al., 2004).

ANEXO II. Sesión 3-9:

Se informará a la paciente de aspectos como el funcionamiento sexual natural de la mujer y las cinco fases en las que se desarrolla (deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución); de que la sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, guardando una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo (Arrington, Cofrancesco y Wu, 2004; Frohlich y Meston, 2002; McCabe y Cummins, 1998; Taleporos y McCabe, 2002; Ventegodt, 1998); del papel determinante que algunos procesos psicológicos tienen en el funcionamiento sexual y en el desarrollo de diferentes disfunciones sexuales (Arrington et al.,2004); de que la satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico central en la experiencia sexual de la mujer (Bridges et al.,2004); de que la asertividad en contextos sexuales, la percepción de cercanía y la erotofilia, están muy asociadas con la satisfacción sexual (Carrobles., Gámez Guadix., & Almendros.,2010); de que la ausencia de satisfacción sexual, puede dar lugar a problemas que se suelen presentar en forma de queja referida al nivel de deseo y a la frecuencia de relaciones sexuales (Carrobles y Sanz, 1991); del “sano egoísmo sexual”, es decir, conseguir estar atenta a las propias sensaciones durante un acto sexual, y no a las que puede estar percibiendo la persona con la que se mantiene relaciones; se informará del hipercontrol y el denominado “rol del espectador” definido por Masters y Johnson (1970) como la conducta de auto-evaluación de la propia ejecución durante la interacción sexual, y que suele producir sentimientos de ansiedad; a detectar y corregir aquellas

ideas preconcebidas erróneas que posea y contribuyan negativamente al problema, tales como: “El orgasmo sólo se puede llevar a cabo mediante penetración”, “Nunca podré tener relaciones completas y satisfactorias sin el coito”, “Es normal que sienta incomodidad durante mis relaciones sexuales” etc., así como todas las dudas acerca del tema y se utilizará la técnica de la reestructuración cognitiva para romper la asociación y vinculación tan fuerte entre relación sexual y experiencias negativas (dolor, miedo, vergüenza, ansiedad etc.) que ha sentido anteriormente y que le provocan pensamientos anticipatorios negativos, ampliando el abanico de estímulos sexuales (el propio atractivo de una persona, observación de su cuerpo, apreciación del olor, caricias en otras zonas distintas a los genitales, besos etc.) que tenga la paciente puesto que la estimulación previa que suelen recibir, no es la adecuada. De todas formas, creo preciso aclarar, que la búsqueda de excitación nada tiene que ver (al menos en este momento) con la penetración. Se está hablando de conseguir una excitación indolora y sencilla para la paciente, que tanto miedo siente con un mero acercamiento a sus genitales, a través de lo cognitivo y lo que resulte atractivo para la mujer con vaginismo.

Por otro lado, todavía no se trata de conseguir alcanzar el orgasmo; por el momento, únicamente se ha eliminado la asociación entre relación sexual y experiencias negativas mediante la apertura de la imaginación y de estímulos sexuales y la psicoeducación.

En caso de que fuese necesario, se podría trabajar también la asertividad, para que la paciente sea capaz de expresar con seguridad y respeto, todo aquello que está aprendiendo durante la intervención, a la hora de mantener relaciones sexuales, por ejemplo saber expresar correctamente la forma en la cual ella consigue excitación, y de qué manera no consigue excitarse.

ANEXO III. Sesión 10-15:

Aunque la paciente haya conseguido asociar la relación sexual con pensamientos positivos, todavía presentará pensamientos involuntarios negativos. Por tanto, es probable que al mantener una relación sexual (no coital por el momento) o si se diera una situación similar que recuerde al dolor antes experimentado (como en la masturbación) aparezcan sensaciones de miedo y ansiedad de nuevo.

Para trabajar el control de ambas emociones, se emplearán técnicas de relajación y también de atención en el momento presente, lo que facilitará la reducción de las distracciones y de los pensamientos negativos. Se enseñará, por tanto, el denominado “Ejercicio DROP”. Consiste en un ejercicio sencillo para practicar la atención plena en la vida cotidiana, en el cual, cuando la paciente note ansiedad o poca atención en el momento que está viviendo debe, en primer lugar, detenerse, es decir, hacer una pausa en lo que está haciendo o pensando, para darse cuenta si

está o no actuando en automático; después respirar, ya que la respiración profunda, enfoca en uno mismo y en el momento presente; próximamente observar el propio cuerpo, es decir, las sensaciones físicas de las que uno es consciente, tales como el tacto, vista, sonidos, olores y sabores, las emociones (¿qué siente en este momento?), los pensamientos (¿qué interpretaciones está haciendo de sus sentimientos y emociones?), y en última instancia proceder, es decir, continuar aquello que interrumpió, haciendo un esfuerzo consciente por incorporar lo recién aprovechado.

Este ejercicio se deberá poner en práctica cada vez que la paciente sienta miedo o ansiedad en todas las situaciones relacionadas con el ámbito sexual.

Por otro lado, a la vez que el control de las distorsiones, se trabajará la desculpabilización y la regulación emocional. Se le explicará a la paciente la función de la culpa, que consiste en regular la conducta social indeseable, promover el autocontrol y reparar el daño causado a otras personas; también se diferenciará entre culpa normal y anormal (por exceso o por defecto), la paciente debe comprender los peligros de padecer culpa anómala, referida a conductas que están más allá del control del sujeto, ya que es destructiva e impide al sujeto experimentar alegría por las conductas que realiza de manera correcta y, en último término, disfrutar de las relaciones sexuales; por último, se analizarán estrategias de afrontamiento adecuadas e inadecuadas para hacer frente a la culpa ya que es posible que la paciente trate de evitar la aparición de la culpa, mediante la negación, el olvido, la minimización, justificación o atribución de la culpa a factores personales o externos o por otro lado, puede tratar de superar la culpa presente, y será el/la terapeuta quien ayude a diferenciar las sanas y las insanas (la implicación en conductas muy excitantes, los intentos de suicidio, la comida abusiva, los comportamientos adictivos o el trabajo vivido compulsivamente son ejemplos de estrategias inadecuadas (Castilla del Pino, 2000).

Por último, para trabajar la regulación emocional, proporcionaremos información sobre las emociones que existen (miedo, ira, tristeza, alegría, sorpresa, asco...), sobre sus componentes (cognitivo, fisiológico y conductual), la funcionalidad que tienen (no existen emociones buenas o malas sino positivas o negativas. Todas tienen funcionalidad en las personas) y sobre las diversas formas que tienen las personas de camuflarlas (mecanismos de defensa como la represión, desplazamiento, sublimación, proyección, negación, formación reactiva, aislamiento...), así como concretar cuál o cuáles son las mejores opciones de reaccionar ante ellas.

El orden en el cual se pongan en práctica los sub-objetivos planteados (control de distorsiones, desculpabilización y regulación emocional) para este segundo objetivo (“vuelta a la calma”) no es especialmente relevante, es decir, no importa qué se trabaje primero.

ANEXO IV. Sesión 16-21

Las personas que padecen vaginismo, llevan a cabo un patrón de evitación constante con todo aquello relacionado con la relación sexual o la sexualidad en general, lo que conlleva un enorme desconocimiento hacia sí mismas y la imposibilidad de alcanzar e identificar lo que es un orgasmo. Pues bien, por un lado, se fomentará el autoconocimiento en consulta mediante un reconocimiento visual a través de la “técnica del espejo”, de manera que la paciente se coloque frente al espejo para visualizar su cuerpo al completo (durante aproximadamente 10 minutos). El tiempo restante de la sesión se dedicará a: Que la paciente debe anotar por escrito cómo se siente con su cuerpo, lo que le guste, lo que no le guste y las emociones experimentadas; después procederá la valoración y aceptación de su cuerpo; se recomendará la visualización y exploración de sus genitales en casa, y por último, en caso de que fuese necesario, se le enseñarán imágenes sobre genitales, se clarificará cada una de sus zonas, funcionamiento, etc.

Una vez que la paciente reconoce sus propios genitales y siente que los conoce bien, se procederá a fomentar la masturbación en solitario ya que la paciente ha de conocer sus propios gustos y el orgasmo (sin penetración, por el momento). En este sentido, se seguirán los pasos de “desensibilización masturbatoria” de Lobitz y LoPiccolo (1972) que consiste en los siguientes pasos: 1) Examen corporal estando desnuda., examen genital, ejercicios de Kegel; 2) Exploración genital visual y táctil, sin ninguna expectativa de excitación; 3) Exploración genital visual y táctil con el objetivo de localizar las áreas que producen sensaciones placenteras al ser estimuladas; 4) Masturbación manual de las áreas identificadas como placenteras; 5) Aumento de la duración y la intensidad de la masturbación en caso de que el orgasmo no hubiera tenido lugar en el paso 4; 6) Masturbación con un vibrador (que en este caso se sustituye por otro juguete sexual no penetrante, como por ejemplo el Satisfyer) en el caso de que el orgasmo tampoco se produce como resultado del paso 5; 7) Una vez que ha tenido lugar el orgasmo a través de la masturbación, la pareja observa a la esposa masturbándose (en caso de tener pareja); 8) El marido estimula a la esposa del modo que ella le mostró en el paso 7; 9) Una vez alcanzado el orgasmo en el paso 8, el marido estimula los genitales de su esposa manualmente o con la ayuda de un vibrador (aunque en este caso de nuevo debe ser no penetrante) durante el coito (en este caso, la relación sexual sin penetración). Es imprescindible

que la paciente cuando proceda a masturarse, ponga en práctica el pensar en aquellos estímulos sexuales que sí le provocan excitación, de los cuales ya se habló en sesiones anteriores. Se pretende que la mujer consiga alcanzar el orgasmo bien en solitario (quedándose en el paso 6 de “desensibilización masturbatoria” de Lobitz y LoPiccolo (1972) o bien en pareja.

ANEXO V. Sesión 22-27

Consiste en la introducción progresiva de dildos de distintos grosores (de menor grosor a mayor) de manera que, haciéndolo diariamente, 20-30 minutos, durante aproximadamente 2 semanas, llegue el día en el que la paciente pueda introducir el tamaño completo del dildo más grueso sin que le produzca dolor. No es necesario comprar ningún dildo en concreto sino que la paciente podrá elegir siempre con libertad el que más le llame la atención.

La sesión 22 se utilizará para mostrarle vídeos de cómo se debe hacer, además de información sobre tiendas dónde comprarlo, material menos dañino, formas de introducirlo etc. En el resto de sesiones, la paciente comentará cómo se ha sentido durante el ejercicio y se presupone que, habiendo trabajado aspectos como la falta de información sobre sexualidad, las distorsiones cognitivas, la excitación, la vuelta a la calma, la relajación, la atención al momento presente, la desculpabilización, el autoconocimiento y la masturbación, la paciente está preparada para dicha introducción del dildo, de forma indolora. CITA

En caso de tener pareja, es imprescindible la implicación de ambos en el tratamiento y seguimiento. La pareja introducirá los dildos, empezando por el de menor grosor y de forma progresiva para que la mujer vaya alcanzando la posibilidad de que le introduzca los distintos tamaños de dildos hasta alcanzar el tamaño aproximado del pene, momento en el que ya se puede dar paso a la penetración. Aunque, para poder pasar a los ejercicios con la pareja, primero es imprescindible que la mujer haya practicado los ejercicios en solitario”.

En ocasiones en las que la mujer pudiese experimentar tensión y rigidez a la hora de introducir el dildo resultaría oportuno introducir técnicas de relajación, como por ejemplo la desensibilización sistemática de Jacobson, para facilitar la relajación del cuerpo (Barragán, Parra, Contreras & Pulido, 2003) y/o ejercicios específicos centrados en la relajación del músculo PC (el músculo que controla la micción) a través de los ejercicios de Kegel. No obstante y después de todo lo trabajado, no tiene por qué precisarse.