

Dispareunia y vaginismo, trastornos sexuales por dolor

Dispareunia and vaginism, sexual disorders due to pain

Lessing Mercedes Spengler González¹ <https://orcid.org/0000-0002-8371-9859>

Elvia de Dios Blanco² <https://orcid.org/0000-0003-4000-8720>

Lourdes Roque Ortega³ <https://orcid.org/0000-0001-8223-9637>

Dolores Maurisset Moraguez³ <https://orcid.org/0000-0002-3101-3416>

¹Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Universidad de Ciencias Médicas de las Fuerzas Armadas Revolucionarias. La Habana, Cuba.

²Facultad "Lidia Doce". Centro Nacional de Educación Sexual. La Habana, Cuba.

³Hospital de Día. Centro Comunitario "María Elisa Rodríguez del Rey Bocalandro". La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: lessingm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: Dentro de los trastornos sexuales por dolor, se estudian la dispareunia y el vaginismo. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales V, los engloba bajo la categoría trastorno de dolor génito-pélvico y penetración. En Cuba, no existen muchos referentes teóricos de estas enfermedades.

Objetivo: Sistematizar y actualizar los referentes teóricos relacionados con la dispareunia y el vaginismo, desde un enfoque sexológico.

Métodos: Se realizó una revisión de la literatura publicada sobre el tema, de los últimos diez años, a texto completo, en las bases de datos SciELO y desde la búsqueda con Google académico con las palabras claves: trastornos sexuales por dolor, dispareunia y vaginismo.

Desarrollo: La dispareunia y el vaginismo presentan una etiología multifactorial y variables grados de afectación del disfrute sexual de las parejas. Se presentan los aspectos esenciales de ambas entidades, fundamentalmente la clasificación, etiología, caracterización clínica, evaluación y el tratamiento.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons 

Conclusiones: La dispareunia y el vaginismo, son dos afecciones que afectan la vida sexual plena y satisfactoria y requieren de conocimientos, orientación y tratamiento especializado para que los resultados sean satisfactorios.

Palabras clave: trastornos sexuales por dolor; dispareunia; vaginismo; sexualidad.

ABSTRACT

Introduction: Within sexual disorders due to pain, dyspareunia and vaginismus are studied. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V encompasses them under the category of pelvic pain and penetration disorder. In Cuba, there are not many theoretical references of these diseases.

Objective: Systematize and update the theoretical references related to dyspareunia and vaginismus, from a sexological approach

Methods: A review of the literature published on the subject, of the last ten years, in full text, in the SciELO databases and from the search with academic Google with the keywords: sexual disorders due to pain, dyspareunia and vaginismus.

Development: Dyspareunia and vaginismus have a multifactorial etiology and varying degrees of impairment of sexual enjoyment of couples. The essential aspects of both entities are presented, fundamentally the classification, etiology, clinical characterization, evaluation and treatment.

Conclusions: Dyspareunia and vaginismus are two conditions that affect full and satisfactory sex life and require specialized knowledge, guidance and treatment for the results to be satisfactory.

Keywords: sexual pain disorders; dyspareunia; vaginismus; sexuality.

Recibido: 29/05/2019

Aprobado: 27/02/2020

INTRODUCCIÓN

Dentro de los trastornos sexuales por dolor, se estudian la dispareunia y el vaginismo. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición, de la Asociación Americana de

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

Bajo licencia Creative Commons

Psiquiatría, los engloba bajo la categoría trastorno de dolor génito-pélvico/trastornos de la penetración.⁽¹⁾

En esta revisión temática se legitiman como dos entidades relacionadas, pero separadas.

Aunque la dispareunia puede encontrarse en ambos sexos, la literatura revisada señala que es más común en las mujeres y con supremacía biológica en su etiología.⁽²⁾

Para la dispareunia, la incidencia más alta se ha reportado en 22 por cada 1000 para las mujeres de 20 a 29 años de edad y disminuye a partir de la cuarta década de la vida.⁽³⁾

En Cuba, *Real Cancio*⁽⁴⁾ en un estudio epidemiológico sobre la disfunción sexual femenina (DSF) en un área de salud de La Habana Vieja, uno de los pocos referentes teóricos cubanos encontrados, señala que está presente entre un 35 % y 40 % de la población general y ocupa el cuarto lugar en la presentación de dichas disfunciones.⁽⁴⁾ Otros autores afirman que aunque el pico de incidencia de la dispareunia ocurre entre los 20 y 30 años, después de la menopausia, con la sequedad vaginal por la carencia de estrógenos, la incidencia vuelve a crecer.^(5,6,7,8)

La frecuencia de vaginismo reflejada en la literatura internacional, reporta que no rebasa el 3 %.⁽⁹⁾ En Cuba, es infrecuente, según estudios de *la Gorguet*, pues, de los casos que solicitaron atención sexológica el vaginismo encontró una prevalencia solo del 1 %.⁽¹⁰⁾

Se conoce que la dispareunia y el vaginismo son entidades de etiología multifactorial, que afectan en variables grados el disfrute sexual de féminas y sus parejas; en mujeres en etapas reproductivas y posreproductivas, estos trastornos tienen una implicación negativa en la salud sexual y la calidad de vida. Se revisó la literatura, de los últimos diez años, en las bases de datos SciElo y desde la búsqueda con Google académico, con las palabras claves: trastornos sexuales por dolor, dispareunia y vaginismo.

Este trabajo se propuso, sistematizar y actualizar los referentes teóricos relacionados con la dispareunia y el vaginismo, desde un enfoque sexológico.

DESARROLLO

Dispareunia

La dispareunia es el dolor genital, persistente o recurrente, asociado a la actividad sexual.⁽¹¹⁾ Puede aparecer a cualquier edad, justo antes, durante o después del coito. Se manifiesta con variados grados de

intensidad y localización, afecta el placer sexual hasta el punto de evitar o abstenerse de la actividad coital o de todo tipo de contacto sexual.⁽¹²⁾

Se revisaron las clasificaciones de diferentes autores.^(13,14,15,16,17,18) En la que se expone, priman los aspectos del método clínico, que facilitan su diagnóstico y tratamiento.

Según momento de aparición:

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

En relación al contexto en que aparece el dolor:

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

De acuerdo a lugar de presentación del dolor:

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

Por su carácter abarcador, integrador y utilizar el método clínico para el diagnóstico, característica que se considera más acertada en los momentos actuales en Cuba, se analizaron las etiologías planteadas por otros autores,^(12,13,14,15,16,17,18) a lo cual se sumó el análisis de los autores y su experiencia clínica:

Causas más frecuentes de dispareunia, según localización superficial o profunda.

Superficial o de introito, de causa orgánica:

- Infecciosa (vulvovaginitis, infecciones de transmisión sexual).

- Medicamentosa (medicamentos que causan irritación, sequedad vaginal o alergia; efectos secundarios al atenolol, propanolol, clotrimazol, píldoras anticonceptivas, reacciones alérgicas a condones, espumas anticonceptivas o espermicidas).
- Enfermedades de vulva (vulvodinia, quiste de Bartholino y skenitis, distrofia vulvar, dermatosis, liquen escleroatrófico, cáncer de la vulva).
- Postmenopausia (cambios atróficos, con atrofia y sequedad vaginal por déficit de estrógenos).
- Poscirugía o tratamientos médicos (secuelas obstétricas, como episiotomía, cicatrices, endometriosis en la episiorrafia y cesárea; deformaciones del introito, radiocobaltoterapia).
- Desórdenes urológicos (uretritis, cistitis intersticial, síndrome premenstrual, desórdenes proctológicos, constipación crónica, proctitis).
- Desórdenes neurológicos/anormalidad muscular (lesión del nervio pudendo, esclerosis en placas, hiper o hipo tonicidad del suelo pélvico).
- Inmunológica (liquen escleroatrófico, síndrome de Sjögren).

Dispareunia superficial o de introito de causa psicosexual:

- Problemas relacionados con el aprendizaje sexual (información previa escasa, sentimiento de culpabilidad, con factores traumáticos -relaciones previas dolorosas o traumáticas- y factores de relación de pareja -pareja nueva, malestar o relación conflictiva con la pareja, ambiente no apropiado).
- Estrés.

Dispareunia profunda (generalmente de etiología orgánica):

- Infecciones (de transmisión sexual; enfermedad inflamatoria pélvica -hidrosálpinx o piosálpinx, plastrón pélvico, ooforitis, cervicitis crónica, traumatismos reiterados cervicales).
- Enfermedad pélvica (endometriosis; dismenorrea crónica invalidante; tumores de ovario; tumores pélvicos - fibromas, flemón pélvico-; congestión pélvica - várices pelvianas; prolapso genital; cáncer de vagina y genitales internos).

- Poscirugía o tratamientos médicos (reparación del suelo pélvico; histerectomía total abdominal; plastia vaginal; reparación del suelo pélvico con acortamiento de longitud y diámetro vaginal; colpoperinorrafia, adherencias, fibrosis cicatrizal; radiocobaltoterapia).
- Congénita (septum vaginal incompleto; ciertas anomalías o agenesia de genitales internos).
- Desórdenes urológicos (cistitis intersticial).
- Desórdenes proctológicos (síndrome colon irritable; constipación crónica; enfermedad diverticular; colitis ulcerativa).
- Desórdenes neurológicos (síndrome de atrapamiento del nervio cutáneo abdominal - SANCA-).
- Anatómicas (útero en retroversión).

Teniendo en cuenta los mismos criterios para las clasificaciones previas, se tomaron las causas psicológicas de la dispareunia, tal y como las presenta *Alcoba*.⁽¹⁹⁾

Factores educacionales:

- Desconocimiento de la respuesta sexual.
- Concepciones culturales, en las que se valora y refuerza "la vagina cerrada" y resistencia a ser penetrada, como cualidades femeninas.
- Mala información, generadora de temor y ansiedad.
- Tabúes religiosos.
- Sentimientos de culpabilidad.
- Visión negativa de la sexualidad.
- Reacciones fóbicas a la penetración.

Factores traumáticos:

- Experiencias de coitos dolorosos.
- Agresiones sexuales.

Factores relacionales:

- Poco tiempo dedicado al juego amoroso, déficit en la excitación.
- Relación conflictiva de pareja.

Otros estudios señalan como causa de dispareunia el gran tamaño y grosor del pene y el somatizar los problemas de trabajo en el encuentro sexual,⁽¹⁰⁾ avatares que se escuchan en las historias de vida de mujeres y son vivenciadas en la práctica médica.

La dispareunia es un trastorno infrecuente en los centros de salud mental. Las mujeres que presentan el trastorno, habitualmente buscan ayuda médica en los centros de asistencia primaria. La característica esencial consiste en dolor genital durante el coito,⁽¹⁹⁾ aunque puede aparecer antes o después de la relación coital.⁽¹⁰⁾ Puede ser percibido como sensación de ardor, quemadura, contracción o dolor cortante, localizado en la parte interior de la vagina o de la vulva, en la región pélvica o en el abdomen.⁽²⁰⁾

Si además de dolor aparece sangrado o flujo vaginal, durante o inmediatamente después del coito, la causa más probable son los traumas o las infecciones.

El dolor genital experimentado en el coito, puede dar como resultado la evitación de las relaciones sexuales o limitar posibles nuevas relaciones.⁽¹⁰⁾

La dispareunia puede ser secundaria a un trastorno de excitación sexual.

Para la evaluación es imprescindible una historia clínica y sexual exhaustiva, que incluya los antecedentes patológicos familiares y personales, alergias o consumo de medicamentos y drogas, antecedentes de cirugía o parto, así como explorar síntomas de disfunción sexual del deseo y/o de la excitación.

Las preguntas que no deben faltar en la entrevista son:^(19,20)

- ¿Desde cuándo padece de dolor durante las relaciones sexuales?
- ¿Dónde le duele?
- ¿El dolor surge cuando es penetrada o en la inserción profunda?
- ¿Aparece habitual o esporádicamente?
- ¿Cuánto dura?

- ¿Remite el dolor al cabo de un rato o se intensifica con cada empuje?
- ¿Qué tipo de dolor siente: ardor, picazón, aguijoneo?
- ¿Es un dolor soportable o realmente insoportable?
- ¿Le sobreviene siempre en la misma zona?
- ¿Aumenta según la posición que adopte?
- ¿Ocurre que a veces no sienta dolor alguno?
- ¿Cómo está el deseo sexual y lubricación?
- ¿De cuáles otros síntomas van acompañados?

Aunque la evaluación de la disfunción sexual femenina (DSF) puede presentar dificultades, el tratamiento del dolor antes que los problemas de deseo y la excitación, mejorará la evolución de la paciente y simplificará el manejo de la DSF.⁽²¹⁾ Se debe recordar que "el determinante marcado entre una variante sexual normal y la DSF son las dificultades personales asociadas a los síntomas sexuales, que se presentan durante por lo menos 3 meses y afectan al menos el 75 % de las experiencias sexuales".⁽²¹⁾ Resulta interesante el análisis que sobre la DSF en relación con la salud sexual, señala *Simon*⁽²¹⁾ que se debe tener en cuenta para su evaluación y tratamiento: no correlacionar la aparición del dolor con la disminución del deseo sexual, tiempo que se dedica a la consulta, edad de la paciente y variabilidad del examen físico "normal", porque alrededor del 1 % de las mujeres pudieran entrar en menopausia antes de los 40 años, como resultado de falla o insuficiencia ovárica prematura espontánea y menopausia inducida después de la terapia contra el cáncer o la intervención profiláctica, e incluso el desconocimiento del cuerpo por algunas mujeres.

No menos importante, está la educación patriarcal o la deficiente capacitación del profesional de salud respecto a temas de sexualidad, incluso carencias o desinterés desde estudios formales sobre estas aristas y su abordaje en la formación académica, así como el no separarse de sesgos personales en entrevistas a mujeres con trastornos en esta esfera y demostrar su incapacidad para atenderlas.

El examen uro-ginecológico es obligado para todos los casos, preferiblemente efectuado por especialistas con formación sexológica, para descartar las causas orgánicas descritas en la etiología.

En los exámenes complementarios, según el cuadro clínico pueden indicarse los siguientes:

- Estudios de sangre: eritrosedimentación, leucograma y/o hemocultivos, en búsqueda de procesos sépticos.
- Análisis de orina: parcial de orina y urocultivo.
- Biopsia de piel vulvar y mucosa vaginal, para descartar trastornos neoplásicos según el caso.
- Análisis de muestra de secreciones vaginales, endocervicales y citológicos.
- Exámenes imagenológicos y endoscópicos, si fuera necesario.

Para evaluar a la paciente, también se usa el cuestionario Índice de función sexual femenina (IFSF). Es un instrumento para la evaluación de la función sexual femenina, que dispone de tres dominios, para evaluar el dolor coital y otros para explorar deseo, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, lo cual permite una evaluación integral de la respuesta sexual femenina.

El tratamiento se realiza por especialistas con formación sexológica. El tratamiento del dolor en las relaciones sexuales depende de causas concretas. En caso de que vaya acompañado de síntomas de alguna otra enfermedad de base, el tratamiento se centra en resolver la causa.⁽²²⁾ Si es una dispareunia primaria, es raro que tenga una causa física.

Los ginecólogos, urólogos, proctólogos y otros especialistas, diagnosticarán y tratarán la dispareunia de etiología orgánica; se auxiliarán de especialistas en salud mental con formación sexológica, a los cuales también remitirán los casos en quienes se descarte una causa orgánica, para realizar una valoración psicosocial.

Las líneas generales de tratamiento, cuando existen entidades específicas son:

- Infecciones de vías urinarias u órganos sexuales internos producidas por bacterias: tratamiento antibiótico.^(2,12)
- Endometriosis: suelen prescribirse hormonas, aunque en estadios avanzados es necesaria la intervención quirúrgica.
- Verrugas genitales: atendiendo a su tamaño, pueden aplicarse medicamentos inhibidores del crecimiento celular (podofilina, imiquimod o ácido tricloroacético), si son de gran tamaño, pueden extirparse por congelación, tratarse con láser o electrocauterio. Solo en casos muy específicos, se procederá a extirpación quirúrgica.^(2,23)

- Vagina hipersensible a un anticonceptivo químico: buscar otras alternativas anticonceptivas.
- Sequedad vaginal, híper o hipo tonicidad muscular perineal y/o antecedentes de cirugía vaginal, partos recientes, lactancia o posmenopausia: indicar lubricante, tratamiento hormonal local y terapia con láser vaginal e incluso fisioterapia en caso de afectación muscular perineal, provocada por un exceso de tensión.^(23,24,25,26)

El trastorno por dolor sexual no coital (TDSNC) incluye vulvodinia y vestibulitis. Puede definirse como el dolor recurrente o persistente generado mediante estimulación sexual distinta al coito y localizado en la zona genital,⁽¹⁾afecta al 12 % de las mujeres y es causa de dispareunia en las menores de 50 años.⁽²¹⁾

El tratamiento de la vulvodinia, causante de dispareunia superficial o de introito puede resumirse en:^(24,25,26,27)

- Psicoterapia: educación sexual y terapia sexual.
- Fisioterapia del suelo pélvico: estimulación eléctrica, técnica manual como tratamiento único o combinado con terapias farmacológicas.
- Tratamiento farmacológico oral y/o tópico en casos leves o moderados, solos o combinados con otras terapias, durante 3 meses antes de cambiar tratamiento y continuar por lo menos 6 meses luego de alivio de los síntomas: lidocaína, gel 5 % aplicado por las noches, gabapentina tópica al 2-6 %, amitriptilina, desipramina y duloxetina oral. No se recomienda el uso de corticoides ni antifúngicos.
- Cirugía (vestibulectomía): escisión de la mucosa del vestíbulo afectada, en el área vestibular en casos graves o refractarios a otros tratamientos.
- Tratamiento alternativo con medios de la medicina natural y tradicional: acupuntura.

Tratamiento de la dispareunia de causa psicológica:⁽³⁾

- Psicoeducación, enfocada a disminuir el miedo y la ansiedad asociada con el dolor a la penetración.
- Alivio de la hipertonia muscular vaginal mediante la dilatación progresiva de la vagina.

- Desensibilización progresiva para superar la ansiedad a la penetración, para ello se recomienda el uso de objetos suaves, la propia mano o dilatadores que gradualmente van aumentando de calibre.
- Terapia cognitiva conductual, educación y relajación con participación de la pareja.

Para la intervención se sigue el algoritmo de terapia sexual en la dispareunia, según *Grazziotini*, modificado por el grupo de trabajo de trastornos sexuales por dolor.⁽²⁸⁾

Vaginismo

Es una dificultad persistente y recurrente para permitir la penetración de pene, dedo u objetos (juguetes sexuales), debido a una contracción involuntaria de los músculos que rodean el tercio externo de la vagina.⁽³⁾

Puede presentarse sin alteración del deseo, de la excitación, ni del orgasmo, aunque fundamentalmente en casos de larga evolución, se afectan cualquiera de las fases de respuesta sexual. Es la causa más frecuente de matrimonio no consumado.^(10, 29)

La mayoría de los casos suelen ir acompañados de una respuesta condicionada de temor o dolor a la penetración, con una evitación fóbica.⁽³⁰⁾

En la actualidad existe la propuesta de separar el vaginismo de la fobia a la penetración vaginal.⁽⁹⁾

De acuerdo al momento de su aparición, el vaginismo puede ser:

- Primario: está presente desde el inicio de la vida sexual. Es la presentación más frecuente.
- Secundario: aparece después de un período de relaciones coitales sin dificultades. Es una forma poco frecuente.
- Situacional: menos frecuente aún. Se pueden utilizar tampones o soportar una exploración pélvica, pero no la penetración coital.⁽³¹⁾

De acuerdo a la intensidad de la dificultad para la penetración las formas clínicas serán:⁽³²⁾

- Leve: permite a la mujer tener relaciones sexuales plenamente satisfactorias, pero con incapacidad para ser penetrada. Existe posibilidad de introducción, en ciertas condiciones, de un dedo en la vagina. A veces, es posible la penetración anal sin dificultad.
- Moderado: pese a sentir placer durante el juego erótico, no es posible introducir ni un dedo en la vagina.
- Grave: incapacidad para ser penetrada, unida a una situación de rechazo a todo lo relacionado con la actividad sexual, acompañada de complejas maniobras de evitación.
- Muy grave: suele estar rodeada por intensa sensación de miedo cuando se prevé una posible relación sexual y podría asociarse a un trastorno de excitabilidad y/o aversión sexual.

La causa común del vaginismo es miedo a las relaciones sexuales o al dolor a la penetración, que ocasiona contracción involuntaria de músculos vaginales para evitar el coito. En su etiología se citan tanto causas orgánicas como psicológicas.

Las causas orgánicas^(19,33) que ocasionan dispareunia, pueden ser el origen de un vaginismo, al provocar una respuesta evitativa a la penetración.

Entre las que con mayor frecuencia favorecen o están asociadas al vaginismo están:

- Alteraciones del himen.
- Endometriosis o endometritis.
- Trastornos inflamatorios pélvicos.
- Vaginitis atrófica.
- Relajación de los ligamentos uterinos, rectales y/o vesicales.
- Tumores pélvicos, o secuelas de su tratamiento.
- Cicatrices secundarias a episiotomías.

A pesar de ello, *Alcoba*⁽¹⁹⁾ plantea que desde el momento en que existan causas físicas que impidan la penetración vaginal, ya no se puede hablarse de vaginismo.

En las causas psicológicas se encuentran:

- Educación conservadora o represiva, familiar y/o religiosa, en relación a la sexualidad,^(9,34) aunque no hay pruebas científicas de que el vaginismo sea secundario a ortodoxias religiosas, educación sexual negativa o una preocupación sobre la orientación sexual.⁽³¹⁾
- Déficit de información sexual: ideas erróneas acerca de anatomía y tamaño de la vagina. Temor a sentir dolor por el tamaño del pene y temor a que un parto vaginal las lesione.⁽³¹⁾
- Temores a quedar embarazada, a no estar a la altura del rendimiento sexual que espera la pareja, al rechazo u otras.
- Experiencia sexual previa traumática real o imaginaria: abuso sexual, violación, incesto,⁽³⁵⁾ examen traumático con espéculo.
- Problemas de pareja: interacciones sexuales torpes o inadecuadas,⁽³³⁾ desconfianza, rechazo a la pareja.

Los elementos predisponentes para los pocos casos de vaginismo secundario son:^(30, 32)

- Complicación posterior a una lesión orgánica.
- Secuela de una intervención quirúrgica.
- Período posparto.
- Consecuencia de una grave crisis afectiva.
- Situación de estrés.
- Desavenencias conyugales.
- Agresiones traumáticas, violación u otras.

Con frecuencia no se identifican circunstancias que predispongan al vaginismo.⁽³¹⁾ En la práctica clínica lo más frecuente son las mujeres con vaginismo primario, que refieren una educación sexual rígida o represiva, lo cual determina desinformación o información errónea sobre la anatomía y fisiología de los genitales y respuesta sexual. Como consecuencia hay miedo al coito, aunque existen casos en que no se encuentra una causa que lo explique, por lo cual pudiera plantearse la necesidad de más investigaciones que sustenten su etiología.

Los motivos de consulta más frecuentes en las pacientes con vaginismo son:

- Queja de la mujer, que desde el inicio de la vida sexual no ha logrado una actividad sexual con penetración y en ocasiones han tenido penetración forzada.
- Matrimonio no consumado.
- Después de un período de dispareunia, no logra la penetración.
- Demanda de atención por infertilidad,^(34,35) de ahí la importancia de preguntar a toda pareja si tienen coito vaginal.⁽³⁵⁾

Las características psicopatológicas comunes de las mujeres con vaginismo son: miedo a la penetración, evitación fóbica, disgusto y ansiedad anticipatoria.^(9,36)

El vaginismo se asocia a angustia, baja autoestima, miedos y depresión. Es frecuente que las pacientes piensen que son las únicas a quienes les sucede esto, sintiéndose avergonzadas o anormales, por lo cual tardan mucho en consultar.⁽³⁷⁾ El vaginismo primario generalmente está relacionado con factores predominantemente psicógenos.⁽³⁸⁾ Las mujeres con vaginismo tienen una respuesta negativa-evitativa a los estímulos sexuales y filmes eróticos.⁽³⁹⁾

La mayoría de las mujeres con vaginismo disfrutan del juego erótico que acompaña la actividad sexual y generalmente tienen un buen deseo sexual, pueden poseer una excitación óptima y alcanzar el orgasmo por estimulación oral o manual del clítoris y a través de ajustes posturales negociados en pareja, aun así, en muchos casos se recoge poca satisfacción o insatisfacción en la vida sexual. No obstante, el vaginismo puede ir acompañado de disminución del deseo sexual,⁽⁴⁰⁾ trastorno de excitación y del orgasmo.

Algunas mujeres con vaginismo, disfrutan del coito anal, aunque usualmente con vaginismo ligero.⁽³¹⁾ Resulta llamativo debido a que el orificio anal es más estrecho que el vaginal, el coito más probablemente doloroso y no estar el ano incluido dentro del modelo tradicional de actividad sexual para todos los sectores sociales. Esto sustenta la necesidad de más investigaciones sobre esta entidad sexológica.

El vaginismo y la dispareunia pueden presentarse de forma independiente, pero el vaginismo puede ser secundario a dispareunia, fundamentalmente en mujeres jóvenes.⁽²⁾ Por la posible superposición de estas entidades, es importante saber efectuar el diagnóstico diferencial.⁽³³⁾

En el vaginismo existe cierre vaginal frente a la penetración, la mujer con vaginismo contrae los músculos aductores, por lo cual la exploración de la vagina puede ser difícil o imposible de realizar. En la

dispareunia el dolor es más uniforme a lo largo de toda la extensión vaginal, la exploración ginecológica, aunque temida, es aceptada. La paciente confía en el médico porque piensa que le va a ayudar a localizar y a diagnosticar la posible causa orgánica responsable de su dolor.⁽³⁴⁾

Debe tenerse presente que aunque el vaginismo es la causa más frecuente de matrimonio no consumado, puede también deberse a una disfunción eréctil en el hombre,⁽⁴⁰⁾ está asociado con alto rango de divorcios.^(41,42) Es raramente encontrado en mujeres lesbianas, o el equivalente de esta disfunción en hombres homosexuales.⁽⁹⁾

En el caso de esta afección y al confeccionar la historia clínica, hay aspectos que no pueden faltar en la entrevista:

- Identificar si es primario, secundario, generalizado o situacional, auxiliarse de las preguntas siguientes: ¿Utiliza o ha utilizado tampones para la menstruación? ¿Se ha introducido objetos o dedos en la vagina? ¿Le han realizado alguna exploración ginecológica?
- Indagar conocimientos y actitudes sobre la sexualidad, comunicación sexual con la familia, amistades, falsas creencias, antecedentes de abuso sexual, violación, experiencias sexuales y ginecológicas traumáticas.
- Averiguar su intensidad. No olvidar explorar si logra penetración anal y la existencia de aversión sexual.
- Buscar características de la relación de pareja, comunicación, intimidad, conflictos u otras.
- Explorar los pensamientos de la mujer antes, durante y después de la actividad sexual.
- Identificar si existe una disfunción sexual en la pareja.⁽⁴²⁾
- Averiguar preferencias sexuales personales.
- Identificar los ajustes de la pareja para efectuar la actividad sexual hasta el orgasmo.
- Precisar comorbilidad.⁽²⁰⁾
- Esclarecer la expectativa personal con el tratamiento.

En el examen físico, según *Rabinowitz*,⁽⁹⁾ resulta imprescindible el examen ginecológico, preferentemente efectuado por especialistas con formación sexológica, para poder diagnosticar la hipertonia perivaginal dolorosa y diferenciarla de otros tipos de dolor ginecológico u otra enfermedad

encubierta. El examen ginecológico puede revelar que el área no es dolorosa, sin embargo, la reacción fóbica a la penetración íntima resulta en una contracción muscular que produce dispareunia y comportamiento de evitación.

Dicho examen se indica después de iniciado el tratamiento de desensibilización sistemática; se avisa previamente a la mujer, se explica el proceder y se asegurará que se detendrá si así ella lo desea.

El modelo de exploración ginecológica de *Cabello*⁽³¹⁾, se inicia con la observación de los genitales externos, se busca posible rigidez de los músculos de la parte interna de muslos o a lo largo del perineo.

En el caso de existir rigidez muscular, se procede a relajar a la paciente, a través de la conversación y ejercicios respiratorios.

Posteriormente se le muestra la mano y se le explica que se le separarán suavemente los labios mayores y menores, debe acostumbrarse al contacto físico, dar la sensación de no tener prisa y reiterar que no se va a hacer nada de sorpresa. Se explora clítoris y meato uretral y previo aviso, se introducirá si es posible, un dedo, de 3 a 5 centímetros; indagar si se siente incómoda, pero nunca preguntar si duele.

Se diagnostica vaginismo si se detecta espasmo involuntario o constricción de la musculatura de la vagina, o si la exploración es imposible.

El tratamiento debe ser realizado por especialistas con formación sexológica.

Las técnicas utilizadas para el tratamiento del vaginismo son:

- Educación psicosexual.⁽⁴²⁾
- Reestructuración cognitiva.⁽³⁷⁾
- Ejercicios de relajación.⁽⁴¹⁾
- Desensibilización sistemática.^(4,31,35)
- Ejercicios de Kegel.⁽³⁷⁾
- Hipnoterapia.^(42,43)
- Dibujo.⁽⁴⁴⁾

La dispareunia y el vaginismo, son dos afecciones que afectan la vida sexual plena y satisfactoria y requieren de conocimientos, orientación y tratamiento especializado para que los resultados sean satisfactorios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM - 5tm. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2014.[acceso: 06/09/2018]. Disponible en: https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=QpmvBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=American+Psychiatric+Association.+Desk+reference+to+the+diagnostic+criteria+from+DSM+-+5tm.+Arlington,+VA:+American+Psychiatric+Association%3B+201-4&ots=MM2fNMTsY1&sig=SxMXCBLNifst-NQ6_59kMOjG3ug&redir_esc=y#v=onepage&q&f=
2. Seehusen DA, Baird DC, Bode DV. Dyspareunia in women. Am Fam Phys. 2014.[acceso: 16/12/2019];90(7):[aprox. 5p.]. Disponible en: <https://www.aafp.org/afp/2014/1001/p465-s1.html>
3. Delgado PV. Disfunciones sexuales de la mujer. En: Rubio AE editor. Lo que todo clínico debe saber de Sexología. México DF: AMSSAC Asociación; 2014. [acceso: 29/10/2018].Disponible en: https://www.nietoeditores.com.mx/descargas/libro_sexologia/Libro%20Sex.pdf
4. Cancio RM. Estudio epidemiológico de la disfunción sexual femenina. Asociación con otras enfermedades y factores de riesgo [Tesis de doctorado].Ciudad de La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras; 2012. [acceso: 17/12/2019]. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=179>
5. Pukall CF, Dargie E. Commentary: Diagnosis and Management of Sexual Pain Disorder- Dyspareunia. In: Lipshultz L, Pastuszak A, Goldstein A, Giraldi A, Perelman M (eds) Management of Sexual Dysfunction in Men and Women. Springer, New York, NY. 2016; 299 - 305. (acceso: 09/01/2020). Disponible en: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4939-3100-2_25.pdf
6. Leitão Cabral PU, Gomes AC, Constantino Spyrides MH, da Costa Uchôa SA, Eleutério JJ, Giraldo PC, et al. Physical activity and sexual function in middle-aged women. Rev. Assoc. Med. Bras. 2014 [acceso: 09/01/2020];60(1):47-52. Disponible: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302014000100047&lng=
7. Márquez V. Cambios en la sexualidad durante la menopausia. Aten Primaria. 2013[acceso: 29/10/2018];45(6):[aprox.7 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cambios-sexualidad-durante-menopausia-S0212656712004982>

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

8. Vázquez LMJ. Repercusión de la menopausia en la sexualidad de la mujer. [Tesis fin de grado de enfermería]. España: Universidad de Jaen, Facultad de Ciencias de la Salud; 2016. [acceso: 17/12/2019]. Disponible en: https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/2788/1/Trabajo_Fin_d-e_Grado_Mara_Jos_Vzquez_Lpez.pdf
9. Rabinowitz D, Lowenstein L, Gruenwald I. Fear of Vaginal Penetration in the Absence of Pain as a Separate Category of Female Sexual Dysfunction: A Conceptual Overview. Rambam Maimonides Med J. 2017[acceso: 17/12/2019];8(2):[aprox 30 p.]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5415362/>
10. Gorguet IC. Comportamiento sexual humano. Editorial Oriente. Santiago de Cuba. 2010. [acceso: 18/01/2020. Disponible en: <https://tesis.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=463>
11. Becerra-Alfonso YA. Trastornos del dolor sexual femenino: una revisión de su definición, etiología y prevalencia. Médicas UIS. 2015 [acceso: 26/06/2019]; 28(3):267-272. Disponible en: https://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192015000300001&lng=en
12. Lucena HM, Mukhopadhyay S, Morris E. Dyspareunia. Un síntoma difícil en la práctica médica. Curr Obstet Gynaecol. 2006[acceso: 29/10/2018];16:[aprox. 23p.]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=59869>
13. Horton-Szar D, Dalta S, Dutta R. Pelvic pain and dyspareunia. En: Onwere Ch, Vakharia H. Crashcourse obstetrics and gynaecology. China: Mosby / Elsevier.2014: 43e7. [acceso: 26/06/2019]. Disponible en: <https://booksmedicos.org/crash-course-obstetrics-and-gynaecology-3rd-edition/>
14. Basson R. There current pain and sexual sequelac of provoked vestibodynia: A perpetuating cycle.J Sex Med. 2012 [acceso: 29/10/2018]; 9(8):[aprox.16p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02803.x>
15. Brotto L, Basson R. Impact of anintegrated mind fullness and cognitive behavior al treatment for provoked vestibulodinia: A qualitative study. Sex Relations Ther.2013 [acceso: 29/10/2018];28(1-2):[aprox.16p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/14681994.2012.686661>
16. Baggish MS. Diagnosis and Management of vulvar vestibulitis síndrome in 559 women. J GynecolSurg. 2012 [acceso: 29/10/2018];28(2):[aprox.16p.]. Disponible en: <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/gyn.2012.0018>

-
17. Sathyanarayana Rao TS , Tandon A, Manohar S, Mathur S. Clinical Practice Guidelines for management of Sexual Disorders in Elderly. Indian J Psychiatry. 2018 Feb [acceso: 29/10/2018];60(Suppl 3):S397-S409. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5840913/>
18. Krap JM, Goldstein AT. Diagnosis and Management of Sexual Pain Disorders: Dyspareunia. In: Lipshultz L, Pastuszak A, Goldstein A, Giraldo A, Perelman M. (eds) Management of Sexual Dysfunction in Men and Women. Springer, New York, NY. 2016. [acceso: 29/10/2018]. Disponible en:
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4939-3100-2_25
19. Alcoba Valls SL. Disfunciones sexuales en la mujer: Vaginismo y Dispareunia. En: Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J, Alcoba Valls SL, García-Giralda Ruiz L, San Martín Blanco C, Cabello Santamaría F. Atención Primaria de Calidad. Guía de Buenas prácticas clínicas en disfunciones sexuales. Madrid: Editorial Internacional Marketing & Communications SA. 2004; 95-108[acceso: 29/10/2018]. Disponible en: <https://es.calameo.com/read/000194455c81a978b40a6>
20. Casaubón Alcaraz A, Díaz López MA. Dolor coital: Dispareunia y vaginismo. 2016. [acceso: 17/02/2020]. Disponible en: <https://docplayer.es/10575834-Dolor-coital-dispareunia-y-vaginismo-antonio-casaubon-alcaraz-y-miguel-angel-diaz-lopez.html>
21. Simon JA, Lukas VA. Dificultades de la Función Sexual en la Edad Madura. Necesidades Insatisfechas, Diagnósticos Prácticos, y Tratamientos. Obstet Gynecol 2017[acceso: 27/06/2019]; 130:889-905. Disponible en: https://cdn.journals.lww.com/greenjournal/Documents/Oct2017_Translation_Simon.pdf
22. Espitia De La Hoz Franklin José, Orozco Gallego Hoover. Evaluación de la mejoría de la sexualidad en mujeres intervenidas por incontinencia urinaria. Rev. peru. ginecol. obstet. 2017 Oct [acceso: 20/12/2019]; 63(4):537-546. Disponible en:
https://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400004&lng=es
23. Fernández RC, Hernández Pérez MC. Efectividad del láser vaginal Erbium sobre disfunciones sexuales femeninas. [Tesis de fin de grado de enfermería]. Tenerife: Universidad de la Laguna; 2017 [acceso: 29/10/2018].Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5330/Efectividad%20->

[del%20laser%20vaginal%20Erbium%20-sobre%20las%20disfunciones%20sexuales%20femeninas.pdf?sequence=1](#)

24. Blanquet RM. Fisioterapia en las disfunciones sexuales femeninas. San Vicente (Alicante): Editorial Club Universitario. 2013. [acceso: 20/12/2019]. Disponible en:

[https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=Yis5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=Blanquet+R+M.+Fisioterapia+en+las+disfunciones+sexuales+femeninas.+San+Vicente+\(Alicante\):+Editorial+Club+Universitario.+2013&ots=5A9gA-Sf1Z&sig=5XFI6xSWv07NjSRoktXghmk_CQ0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=](https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=Yis5DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA5&dq=Blanquet+R+M.+Fisioterapia+en+las+disfunciones+sexuales+femeninas.+San+Vicente+(Alicante):+Editorial+Club+Universitario.+2013&ots=5A9gA-Sf1Z&sig=5XFI6xSWv07NjSRoktXghmk_CQ0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=)

25. Solano SSR, Maldonado MEP. Efecto de la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea en el piso pélvico evaluada mediante trazo electromiográfico en mujeres con dispareunia superficial antes y después del tratamiento. Anales Médicos. 2015[acceso: 06/09/2019];60(2):[aprox.6p.]. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc152e.pdf>

26. Cabello-Santamaría F, Río-Olvera Fidel. Sexual pain disorder. Curr Opin Psychiatry. 2015[acceso: 06/09/2019];28(6):412-7. Disponible en: <https://insights.ovid.com/article/00001504-201511000-00003>

27. Larraburo Brenes MI. Vulvodinia. Un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar y difícil de resolver. Rev Méd Costa Rica y Centroamérica. 2013[acceso: 06/01/2020];70(607):[aprox.4p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133j.pdf>

28. Graziottin A, Serafini A, Palacios S. A etiology, diagnostic algorithms and prognosis of female sexual dysfunction. Maturita. 2009 [acceso: 29/10/2018];63:[aprox.7p.]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.04.007>

29. García-Giralda Ruiz L, Casas Aranda I. Trastornos de la sexualidad. En: Martín Zurro A. Atención primaria. Problemas de salud en la consulta de medicina de familia. 8va ed. España: Elsevier; 2019. [acceso: 17/02/2020]: [aprox 18 p]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491131854000426>

30. Basson RM. Overview of Female Sexual Function and Dysfunction. Canada: MSD;2019. [acceso:09/01/2020]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/professional/gynecology-and-obstetrics/sexual-dysfunction-in-women/overview-of-female-sexual-function-and-dysfunction?query=.%20Female%20External%20Genital%20Organs>

31. Cabello SF, Lucas MM. Manual Médico de Terapia Sexual. Madrid: Psimática; 2002.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>

32. Bailey A, Bernstein C. Pain in women. A clinical guide. New York: Springer Medic; 2013 [acceso: 15/01/2020]. Disponible en: <https://books.google.com/cu/books?id=b0KO2bOALawC&pg=PR4&dq=Baily.+Pain+in+women.+A+clinical+guide.-+New+York:+Springer+Medic:+2013&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiN-3Pjg5I3nAhVqoFkKHScsAtUQ6AEINDAB#v=onepage&q=Baily.%20Pain%20in%20women.%20A%20clinical%20guide.%20New%20York%3A%20Springer%-20Medic%3B%202013&f=>
33. Beltrán L. Disfunción sexual de la pareja. EMC Ginecología-Obstetricia. 2014 [acceso: 07/06/2017];50(3):[aprox. 9p.]. Disponible en: https://www.clinicalkey.es/service/content/pdf/watermarked/51-s2.0-S1283081X14684423.pdf?locale=es_ES
34. Rebar WR, Catherino HW. Endocrinología de la reproducción e infertilidad. En: Goldman L, Schafer A. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 25.ª Ed. New York: Elsevier; 2017. [acceso: 07/06/2017]. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/content/book/3-s2.0-B9788491130338002366>
35. Cowan F, Frodsham L. Management of common disorders in psychosexual medicine. The Obstetrician & Gynaecologist. 2015; 17:47-53. Disponible en: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/tog.12163>
36. Kadir ZS, Sidi H, Kumar J, Das S, Midin M, Baharuddin N. The Neurobiology and Psychiatric Perspective of Vaginismus: Linking the Pharmacological and Psycho-Social Interventions. Curr Drug Targets. 2018 [acceso: 07/06/2017];19(8): [aprox. 10p]. Disponible en: <https://www.ingentaconnect.com/contentone/ben/cdt/2018/-00000019/00000008/art00009>
37. Brosens C, Terrasa S, Astolfi E. Vaginismo. Evid Act Pract Ambul. 2009 [acceso: 27/06/2019];12(3):[aprox. 2p]. Disponible en: <https://www.fundacionmf.org.ar/files/vaginismo.pdf>
38. Cherner RA, Reissing ED. A Psychophysiological investigation of sexual arousal in women with lifelong vaginismus. J Sex Med. 2013 [acceso: 14/06/2018];42: [aprox 9 p]. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743-6095\(15\)30370-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1743-6095(15)30370-2)

39. González L A, Costa RC. Disfunción sexual femenina. En: Fistera guías clínicas. España: Elseiver; 2014. [acceso: 14/06/2018]. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/disfuncion-sexual-femenina/>
40. Ellis Yard ML, González Silva DM. Matrimonio no consumado. Presentación de un caso. MediCiego. 1999. [acceso: 07/06/2017];5(2):[aprox. 6p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol5_02_99/casos/c1_v5_0299.htm
41. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus Cochrane Database Syst Rev. 2012 [acceso: 07/06/2017];(12):[aprox.7p.]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001760.pub2/full>
42. Clayton HA, Valladares JME. Female Sexual Dysfunction. Psychiatr Clin North Am. 2017[acceso: 07/1/2020];(40):[aprox. 17 p]. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.psc.2017.01.004>
43. Fugl-Meyer KS, Bohm-Starke N, Damsted Petersen C, Fugl-Meyer A, Sharon Parish, et al. Standard Operating Procedures for Female Genital Sexual Pain. Journal Sex Med. 2013[acceso: 07/06/2017];10:83-93. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/j.1743-6109.2012.02867.x>
44. Rozada E. El dibujo en el tratamiento del vaginismo resistente. Rev Sexol Soc.1999 [acceso: 07/06/2017];5(14):23-28. Disponible en: <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/-article/view/181/220>

Conflictos de intereses

Las autoras declaran no presentar conflictos de intereses en relación con el trabajo presentado.