

# TRATAMIENTO DE UN CASO DE VAGINISMO

Núria Tió i Rotllan

La Salle, 34, 1r, 17002 Girona

*In this article the treatment of a case of psychosexual vaginism is described session by session using a psychophysiotherapeutic approach..*

*Key words: vaginism, sexology, clinical psychology, homosexuality, penetration.*

---

## INTRODUCCIÓN

El caso cuyo tratamiento se expone en este artículo es un trastorno psicosexual por vaginismo. Como es bien sabido, esta disfunción se caracteriza por el hecho de que los músculos de la vagina se cierran espasmódicamente ante cualquier intento de penetración, de manera que la mujer queda imposibilitada para realizar el coito. La musculatura que protege la entrada vaginal ha quedado condicionada (por aprendizaje pavloviano) por algún estímulo doloroso que la mujer ha asociado con la penetración.

Se trata claramente de un trastorno psicósomático que el especialista ginecólogo detecta al explorar vaginalmente la paciente, constatando la tirantez de la musculatura de esta zona.

Aunque el tratamiento de esta disfunción va dirigido directamente a la mujer, su vaginismo afecta a los dos miembros de la pareja. La mujer es la que manifiesta el síntoma, pero debemos valorar adecuadamente qué papel juega el síntoma dentro de la relación de pareja y qué papel desempeña el compañero sexual dentro del síntoma; todo ello es de capital importancia para que el tratamiento cumpla el objetivo principal: que la pareja pueda realizar el coito. Es imprescindible, por lo tanto, que la pareja de la mujer afectada por vaginismo colabore práctica y emocionalmente en todo el proceso.

Normalmente, la evolución de una mujer que viene a tratarse por vaginismo suele ser rápida (unas 8 sesiones de promedio). En el caso que se expone, si bien la terapia siguió los pasos habituales, su evolución fue más lenta y complicada de lo habitual.

Referiré el caso sesión a sesión; en ellas queda reflejado el tratamiento y todas las vicisitudes que surgieron hasta llegar al objetivo final. Los nombres de las personas interesadas han sido totalmente inventados para evitar su identificación.

### **1ª SESIÓN:**

La paciente, Julie una mujer de 37 años, comerciante de profesión, vino a mi consulta derivada por la ginecóloga del centro, con el diagnóstico de vaginismo. La exploración ginecológica era normal y el himen era amplio.

El primer día de consulta, la paciente, que vino sola, dijo que no había podido mantener nunca una relación coital completa y satisfactoria. El dolor que sentía, con ocasión del coito, era intenso y localizado en la pared anterior de la vagina. La ginecóloga la pudo explorar bajo el efecto de un ansiolítico. Esta especialista le hizo notar la evidente tirantez de sus músculos vaginales y la conveniencia de seguir un tratamiento sexológico.

Julie refirió que estaba casada desde hacía 12 años y su marido, desde el primer día, le dijo que «si no tenían relaciones (coitales) no pasaba nada, ya que como tampoco querían tener hijos...». La paciente tenía mucho miedo a quedarse embarazada, y el coito lo percibía como un acto doloroso. Al ser ella de familia campesina había visto muchas veces como sus padres llevaban los animales a fecundar y había observado como las hembras «se lo pasaban mal». Incluso ella tenía una perrita que, cuando el perro del vecino la cubrió, «se quedó temblando y con sangre en el sexo» (lo decía con lágrimas en los ojos). Hacía 2 años que Julie se había hecho operar el himen, creyendo así poder solucionar su problema, pero su miedo a la penetración continuaba persistiendo y la contracción muscular vaginal, y por tanto el dolor, no mejoró. Venía a la consulta con un alto grado de motivación.

Con su marido, Charles (40 años, administrativo), el único tipo de relación sexual que compartían era de tipo automasturbatorio, unas 4-5 veces al año. La paciente relataba que no era un hombre efusivo y no le gustaban las mujeres: en realidad, él sentía atracción hacia los hombres, aunque «no se había atrevido nunca a tener una relación homosexual». Estaba en tratamiento psiquiátrico, por depresión, obsesiones y fobias desde hacía tres años a raíz de la muerte de su madre, una mujer controladora y manipuladora, que fue quien buscó a Julie como esposa de su hijo. La paciente decía que «si tuviera que casarme ahora, no lo haría con él; pero es un buen hombre y pienso que si soluciono este problema mejorará nuestra relación de pareja».

En esta primera sesión:

- Le informé sobre qué era el vaginismo: la contracción espasmódica, involuntaria y persistente de la musculatura de la zona vaginal, que imposibilita el coito. Establecimos comprensión visual (mediante dibujos) y cognitiva sobre la naturaleza de su vaginismo. Hablamos largamente de qué significaba que la contracción muscular fuera espasmódica, involuntaria y persistente.

- Le indiqué las posibles causas que habían contribuido al vaginismo: el miedo intenso al coito y al embarazo, experiencias ambas vividas como dolorosas, así como la actitud del marido de no mostrar ningún deseo por la penetración vaginal.

- Le expliqué, asimismo, que era importante que su marido viniera a la consulta para poder expresar dudas e inquietudes y comprender y colaborar en el tratamiento del vaginismo.

## **2ª SESIÓN:**

Julie volvió sola la semana siguiente. Expresó con vehemencia que quería trabajar sola «su problema». A su marido le parecía bien que ella se sometiera a tratamiento para solucionar su vaginismo, pero él prefería, al menos de momento, mantenerse al margen. En este sentido le dije que aceptaba que viniera sola y que trabajaríamos con un sustituto del pene (un vibrador), pero que ella debía saber que la eficacia del tratamiento sólo la podría comprobar cuando pudiera trabajar su vaginismo con el pene de su marido. En esta segunda sesión Julie refirió que la penetración total nunca había sido posible, pero que podía ponerse un tampón, el más pequeño, cuando tenía la menstruación.

El perfil psicológico de la paciente se caracterizaba por la exigencia y la responsabilidad. No había ningún rasgo psicopatológico en su personalidad, salvo una manifiesta ansiedad anticipatoria.

En esta sesión le propuse los primeros pasos del tratamiento:

- *Prohibición del coito.*

- *Relajación general* (escuchando una cassette de relajación)

- Ejercicio de *autoinspección de los genitales*, consistente en una autoinspección visual, delante de un espejo, y táctil. En este ejercicio la paciente mira sus genitales internos y externos desde un estado de relajación, y después efectúa una exploración táctil para ir notando las sensaciones que provienen de la zona genital. No se pretende la masturbación. Siempre propongo en esta autoinspección experimentar *la tensión-distensión vaginal* (ejercicios de Kegel) delante del espejo.

## **3ª SESIÓN:**

Al cabo de una semana, Julie refiere que haciendo la autoinspección genital tuvo vergüenza, se sintió «ridícula». En todo caso, al explorar la vagina decidió introducirse un dedo en su interior, cosa que hizo fácilmente: esto la animó mucho. En esta sesión le enseñé unos ejercicios de tensión-distensión muscular de todo el cuerpo y le hice consciente de su respiración diafragmática.

Finalmente, le propuse el siguiente paso del tratamiento:

- desde un estado de relajación debía *introducir un dedo bien lubricado en la vagina*. Le expliqué que esta inserción debía hacerla a su ritmo, y que si notaba

cualquier molestia, física o psicológica, dejara el dedo quieto, sin sacarlo de la vagina: insistí en que éste era un detalle fundamental del tratamiento. Debía continuar el ejercicio cuando la molestia desapareciera. Una vez dentro, debía mantener el dedo quieto 5 minutos y después practicar movimientos de pistón y circulares. Finalmente, con el dedo quieto en el interior de la vagina, debía practicar el ejercicio de tensión y distensión vaginal, y notarlo intensamente sobre su dedo.

- Practicar los *ejercicios físicos de tensión-distensión muscular y la respiración diafragmática* que aprendió en la consulta.

#### **4ª SESIÓN:**

Julie volvió a la semana siguiente y dijo que trabajó en 3 ocasiones la inserción de un dedo. Refiere que se encontró mejor haciendo los movimientos de pistón que los movimientos circulares. En la parte anterior de la vagina, en donde antes notaba dolor, ahora sólo notaba una sensación «desagradable».

En esta sesión le propongo comprarse un vibrador del tamaño del pene de su marido, para poder trabajar con él las próximas semanas.

La propuesta para trabajar en casa fue: *introducir dos dedos en el interior de la vagina*, siguiendo los mismos pasos que cuando se introdujo un solo dedo.

#### **5ª SESIÓN:**

La paciente regresó a la consulta a la semana siguiente, habiendo practicado con éxito la inserción de dos dedos en su vagina. Refirió que haciendo los movimientos circulares se encontraba incómoda. Me comentó que, si bien estaba contenta con el progreso que estaba haciendo, le extrañaba que no notase ningún placer. Ella pensaba que una vez pudiese introducir sus dedos en la vagina el placer sería importante. Le dije que aún era demasiado pronto y que tenía que aprender a relajar aún más sus músculos vaginales.

Aún no había adquirido el vibrador: tenía la intención de comprarlo una vez saliera de la consulta.

Le indiqué la conveniencia de que en la próxima consulta ya viniera con su marido.

La propuesta para trabajar en casa fue: trabajar *la penetración vaginal con el vibrador* de la misma manera que había trabajado con los dedos; probando primero con el vibrador parado y haciéndolo vibrar después, cuando se encontrara cómoda. Le especificué que lubricara bien el aparato.

#### **6ª SESIÓN:**

Después de dos semanas, vino a la consulta sola: me dijo que, en el último momento, su marido no quiso venir, «como es habitual en él, ya que se pone muy nervioso».

Se compró un vibrador de látex de un tamaño mayor al del pene de su marido.

Su marido, al verlo, «se animó mucho».

Hizo el ejercicio de autoinserción del vibrador en 4 ocasiones: refiere que la sensación que tuvo es la de introducirse una «piedra pómez», y que cuando hacía el movimiento de pistón sentía escozor en la zona donde antes había dolor. Refiere que cuando lo hizo vibrar no notaba tanto el escozor y en cambio sentía más placer. En una de estas ocasiones con el vibrador dentro se masturbó y llegó al orgasmo. Estaba contenta por haber conseguido el orgasmo con el vibrador en el interior de su vagina.

En esta sesión le propongo ir practicando, con el vibrador, los movimientos de pistón y circulares, así como tensionar y relajar la vagina con el vibrador dentro, quieto.

### 7ª SESIÓN:

Al cabo de una semana la paciente compareció acompañada de su marido.

Empecé por explicar al marido qué era el vaginismo. Charles se sorprendía de que el vaginismo tuviera un carácter involuntario, ya que su mujer «deseaba solucionar su problema», y «si ella quería, debería poder». La comprensión entre *querer* y *poder* solucionar una disfunción sexual es vital para la buena marcha del tratamiento. Expliqué, por ello, que *querer* solucionar el vaginismo, una vez que ya se ha consolidado a través del dolor y de la evitación del coito, no es suficiente: la ansiedad anticipatoria y de ejecución es tan intensa que frustra cualquier querer. En este punto procuré hacerle entender cómo funcionaba el tratamiento: al enseñar a su mujer a *poder* relajar su vagina y al comprobar que, efectivamente, podía, disminuía suficientemente la ansiedad como para que este querer tener relaciones coitales fuera posible.

Charles refirió que «no sabía qué era una penetración vaginal completa» ya que «nunca la había practicado, porque no había insistido en hacerla con su mujer a causa del dolor que ella sentía».

La paciente explicó que había practicado el ejercicio de penetración con el vibrador en 3 ocasiones: el primer día estuvo muy bien, ya que casi no sintió dolor y se masturbó y obtuvo el orgasmo; en las dos experiencias siguientes no consiguió llegar al orgasmo y los ejercicios no fueron tan bien, pero sí mucho mejor que los propuestos en la sesión anterior.

En esta ocasión les propuse un ejercicio sensorial descrito por Kaplan (1986):

- practicar en pareja, durante dos días el *vínculo de placer*, en el que el orgasmo y las caricias en los pezones y en los genitales están prohibidas. El objetivo es darse caricias no sexuales por todo el cuerpo, centrando la atención en la sensualidad que emerge de estas caricias. En esta sesión, pues, no propongo continuar con la terapia del vaginismo: antes quiero tener referencias de cómo viven en pareja un ejercicio no comprometido sexualmente, pero sí emotivamente, como es el *vínculo de placer*. A la paciente le propuse continuar practicando con el vibrador.

## 8ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta la semana siguiente y refieren que han hecho una sola vez el ejercicio del *vínculo de placer*. Propongo que me lo valoren de 0 a 10 puntos, según el grado de goce y bienestar. La paciente lo valora con un 4: «no se acabó de relajar, pensó que su marido se cansaría, etc.». El marido lo valoró con un 5: «no sabía con qué se encontraría, las novedades no le gustan, se relajó bastante, no tuvo ninguna erección, etc.».

Julie practicó una sola vez con el vibrador: en esta ocasión probó de hacerlo sentada en el bidet, y dijo que el vibrador entraba bastante bien y que el dolor se convertía en placer.

Charles dijo que lo que estaba claro era que el miedo al embarazo de su mujer fue la causa de su vaginismo. Él estuvo de acuerdo con ella en no tener hijos, y ahora él «no quería encontrarse con la desagradable sorpresa de que ella quedara en estado». Hay que advertir que la paciente tomaba pastillas anticonceptivas, por lo que la observación del marido suponía una evidente resistencia a avanzar en el tratamiento. Por ello propuse:

- volver a realizar el ejercicio del *vínculo de placer*. Los animé a utilizar sus fantasías favoritas (éste punto era importante, ya que era una pareja en la cual el tipo de relación a que estaban acostumbrados era compartir la automasturbación). A la paciente le recomendé continuar la práctica con el vibrador.

## 9ª SESIÓN:

Vuelven la semana siguiente y refieren que practicaron el *vínculo de placer* una vez, y los dos valoran el grado de placer proporcionado por el ejercicio en 1-2 puntos más que la vez anterior. Julie se relajó más, al igual que C., que esta vez tuvo una erección. Los dos comentan que se sienten más unidos y que hay una mejor comunicación.

La paciente practicó con el vibrador, y comenta que ha mejorado mucho: «ya no noto como si lo que me introdujera fuera una piedra pómez». Expresa que quería sacar y reintroducir rápidamente el vibrador de la vagina y no pudo. Le explico que, durante el coito, el pene del hombre no sale completamente de la vagina al hacer los movimientos coitales.

En esta consulta les propongo avanzar al siguiente ejercicio sensorial:

- el *vínculo de placer genital*. En este ejercicio se acaricia todo el cuerpo, incluidos los genitales. El objetivo es despertar el deseo, a través de caricias ligeras y estimulantes, si bien el orgasmo continua prohibido. En esta sesión aún no les propongo continuar con la terapia del vaginismo, considerando que es preferible potenciar el aspecto sensual-comunicativo que ha abierto el ejercicio sensorial, para entrar con más garantías de éxito en la terapia del vaginismo, participando el marido. A la paciente le recomiendo continuar practicando con el vibrador.

## 10ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta al cabo de dos semanas y comentan que el ejercicio del *vínculo de placer genital* les ha gustado mucho más que el primero. La paciente lo valora con un 7'5 y su marido con un 7: este ejercicio los ha relajado más, al tiempo que lo encuentran más gratificante. No se entretuvieron demasiado en acariciar los genitales. Comentan que hay más unión y más comunicación entre los dos.

Julie continuó ejercitando con el vibrador: dice que ya no nota molestias vaginales en la introducción del vibrador.

En esta consulta les propongo:

- avanzar en la terapia del vaginismo: *introducción de dos dedos del hombre en la vagina de la mujer*. Consta de dos partes: en la primera, el hombre introduce lentamente un dedo suyo en la vagina de la mujer, siendo la mujer quien dirige la introducción. Una vez dentro se siguen los mismos pasos que antes, cuando la mujer introducía en su vagina un dedo suyo. En la segunda parte, a la cual no se accede hasta que la mujer se encuentra segura con la primera, el hombre introduce dos dedos en la vagina, siguiendo luego los mismos pasos que antes con un dedo.

- repetir el ejercicio del *vínculo de placer genital* utilizando para acariciarse una pluma de ave.

## 11ª SESIÓN:

Vuelven a la consulta pasado un mes. Comentan que trabajaron el nuevo paso de la terapia del vaginismo y que están muy satisfechos: lo practicaron 4 veces y, excluyendo la primera, las otras tres disfrutaron ambos de la penetración de los dedos del marido. Charles tuvo erecciones.

El ejercicio sensorial con una pluma, lo valoran como muy gratificante y comentan que cada vez saben relajarse y disfrutar más.

En esta sesión les propongo:

- continuar con un nuevo paso del tratamiento del vaginismo: *la inserción del pene del hombre en la vagina de la mujer*. En este ejercicio el hombre está tendido de espaldas en la cama con la mujer situada encima y ella, sentada a horcajadas, va introduciendo, a su ritmo, el pene erecto (y bien lubricado) dentro de su vagina, practicando la distensión vaginal. Una vez dentro, el pene del hombre debe quedar quieto durante 5 minutos, para luego iniciar lentamente, la mujer, movimientos de pistón. El hombre no efectuará ningún movimiento. Para terminar, la mujer, con el pene quieto en el interior de la vagina, practicará los movimientos de tensión y distensión vaginal.

## 12ª SESIÓN:

Vuelven al cabo de dos semanas: dicen que no han trabajado nada.

Charles dice que «para hacer una penetración, después de 12 años de no intentar nada, se tiene que dar tiempo». La paciente dice que a su marido «todas las

novedades le dan miedo».

En esta sesión, Charles me habla de sus fantasías homosexuales. Charles dice que «se siente homosexual y que cree haber nacido así». Me explica que a los doce años, junto con otros chicos, «practicaban masturbaciones colectivas». Con los de su sexo no ha practicado nada más, aunque tiene muchas fantasías homosexuales. Le pregunto si se masturba mirando vídeos de relaciones homosexuales: me contesta que no, que se masturba observando vídeos de relaciones heterosexuales, pero que «él mira al hombre, le gusta el cuerpo del hombre».

Charles me habla de sus rituales fóbicos: tenía que esconder, antes de irse a dormir, todos los «objetos contundentes» en los que pensaba, ya que «tenía miedo de golpear a su mujer, dormido». La cantidad de objetos que iba escondiendo se fue incrementando de tal manera que decidió ponerse bajo tratamiento psiquiátrico. En la actualidad aún escondía algún que otro objeto amenazador.

En esta sesión, que fue particularmente intensa, puse especial énfasis en la necesidad de superar las resistencias de Charles a colaborar con su pene erecto en el tratamiento del vaginismo. No me entretuve en analizar y/o profundizar en su neurosis. Después de haberlo escuchado, le hice las siguientes reflexiones:

- que ahora era el momento de que dejara de esconder «su objeto contundente» -su falo- y se dedicara a utilizarlo con su mujer -a «agredirla», en cierto modo- penetrándola vaginalmente: que eso era en realidad lo que simbólicamente significaban los objetos que escondía.

- que ahora, después de la «muerte de su señora» (utilicé un lapsus que tuvo él, refiriéndose a su madre), podía escoger entre provocar un cambio en la relación con su mujer y ejercer de marido o bien escoger la relación con los hombres y ejercer de homosexual.

- que era probable que el vaginismo de Julie fuera también consecuencia indirecta del dominio de la madre de Charles. Que él se casara con Julie lo decidió su madre, no él, y fue la madre quién tomó las decisiones importantes de la pareja. Ni Julie ni Charles pudieron ejercer de mujer y marido real: en realidad su relación era fraternal, y *con un hermano no se practica el coito*. Ahora era el momento de decidir por ellos mismos qué tipo de relación querían.

Los cité para que volvieran dentro de 15 días con una decisión tomada sobre el presente y el futuro de su relación de pareja.

### 13ª SESIÓN:

Volvieron a la consulta al cabo de tres semanas: finalmente habían realizado la penetración, ¡2 veces! Estaban muy contentos los dos. Se sentían más unidos.

La paciente decía que la penetración con el pene de su marido era mucho mejor que con el pene de látex: más suave, más caliente. Hicieron los ejercicios con un preservativo. Julie dice que «aunque ella tome pastillas anticonceptivas utilizamos el preservativo para evitar todavía más el riesgo de embarazo». El primer día del

ejercicio pusieron mucho lubricante en el preservativo, el segundo menos y fue mejor para los dos.

Charles eyaculó en la vagina. Decía que estaba muy satisfecho, sobre todo por Julie, aunque reconocía que también era importante para él.

Les propuse el siguiente paso y último del tratamiento del vaginismo:

- *la realización del coito con movimiento libre* en el que, una vez realizados los pasos del ejercicio anterior, los dos miembros de la pareja pueden empezar a moverse, lentamente al principio y más libremente después, mientras van realizando los movimientos coitales.

#### **14ª SESIÓN:**

Vinieron al cabo de una semana: habían practicado el coito tres veces.

Charles dice que hubiera querido moverse dentro de la vagina libremente, pero que Julie lo frenaba. Ella dice que necesitaba controlar el movimiento coital para sentirse más segura. Comentan que antes de hacer la penetración vaginal hacen un buen juego sensual, que los dos encuentran muy gratificante.

Los dos estaban muy animados y la paciente estaba contentísima del progreso y del cambio realizado en su relación sexual.

En esta sesión les di de alta clínica, ya que se habían alcanzado los objetivos del tratamiento

#### **A MODO DE CONCLUSIÓN**

En fecha reciente, después de tres años de haber dado el alta clínica, hice una llamada telefónica a Julie para hacer un seguimiento sobre la evolución del trastorno que la llevó a consultarme. Me comentó que la penetración no era dolorosa, pero que al inicio del coito notaba a veces una sensación molesta, que desaparecía con los movimientos coitales. La frecuencia de realización del coito era baja, ya que su marido continuaba prefiriendo otra manera de alcanzar el orgasmo. Me dijo que el tratamiento que hizo de su vaginismo era una de las cosas de su vida de las que más satisfecha estaba.

---

*En este artículo se presenta el tratamiento psicofisioterapéutico de un caso clínico de trastorno psicosexual de vaginismo, detallado sesión a sesión.*

Palabras clave: *vaginismo, sexología, psicología clínica.*

## Referencias bibliográficas:

- KAPLAN, H.S. (1986). *La nueva terapia sexual*. Barcelona: Alianza.
- KAPLAN, H.S. (1986). *Manual il·lustrat de teràpia sexual*. Barcelona: Grijalbo.
- KAPLAN, H.S. (1988). *Disfunciones sexuales: diagnóstico y tratamiento de las aversiones, fobias y angustias sexuales*. Barcelona: Grijalbo.
- MASTERS, W.H., & JOHNSON, V.E. (1981). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Inter-médica.
- MUSE, M. (1993). *Manual didàctic per al tractament de disfuncions sexuals*. Girona: Mensana.