

**ESTUDIO DE CASOS**

**Tratamiento cognitivo-conductual de  
un caso de vaginismo y fobia a la  
exploración ginecológica**

**Cognitive-behavioural treatment of a case  
of vaginism and phobia about the pelvic  
examination**

**M.<sup>a</sup> EUGENIA OLIVARES CRESPO <sup>1</sup>**  
**ROCÍO FERNÁNDEZ-VELASCO <sup>2</sup>**

**RESUMEN**

*En el presente artículo se describe el tratamiento cognitivo-conductual de una mujer con vaginismo y fobia específica a la situación de exploración ginecológica. El tratamiento se lleva a cabo en la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid; consistió en 34 sesiones (28 individuales y 6 en pareja) con una distribución periódica bisemanal a lo largo de 12 meses. Los resultados de la intervención se mantienen tras el periodo de seguimiento, lo que demuestra la eficacia de dicho tratamiento. La paciente acude derivada por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, centro en el que estaba asignada a un Programa de Esterilidad. En la actualidad, la paciente ha superado el tratamiento psicológico y médico y se encuentra embarazada.*

<sup>1</sup> Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I. Facultad de Psicología de la UCM.

<sup>2</sup> Unidad de Psicología Clínica y de la Salud. UCM.

### **ABSTRACT**

*A cognitive-behavioural treatment of a woman with vaginism and specific phobia about gynaecological examination is described in the present article. The treatment takes place in the Clinical Psychology Unit of the U.C.M and consisted of 34 sessions (28 individual and 6 in couple) on a fortnightly basis over a period of 12 months. The results of the intervention persisted after a period of follow-up, which proves the efficacy of the intervention. The patient was referred from the "Hospital Clinico San Carlos", Madrid, where she had been assigned to a sterility treatment program. Having got over the psychological and medical treatment, the patient is currently pregnant.*

### **PALABRAS CLAVE**

*Vaginismo, Fobia específica a la exploración ginecológica, Tratamiento cognitivo-conductual.*

### **KEY WORDS**

*Vaginism, Specific phobia about gynaecological examination, Cognitive-behavioural treatment.*

## INTRODUCCIÓN

Las disfunciones sexuales son definidas como alteraciones de alguno de los procesos del ciclo de la respuesta sexual o dolor asociado a la relación sexual, siendo éstas agrupadas en cuatro categorías: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación, trastornos del orgasmo y trastornos sexuales por dolor. El vaginismo se ubica en la categoría de los trastornos sexuales por dolor, estando caracterizado por espasmos involuntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que se producen ante cualquier intento de penetración. Si se intenta la penetración forzando la resistencia, se experimenta dolor (APA, 2000).

Esta disfunción sexual afecta de forma frecuente al funcionamiento sexual general, de modo que es habitual encontrar otras disfunciones asociadas al trastorno, como actitudes de desinterés al contacto sexual, disminución del nivel de excitación y disfrute e indiferencia e inapetencia hacia la relación sexual. Así mismo, los problemas sexuales afectan de forma significativa a la relación de pareja, provocando insatisfacción, disminución de manifestaciones afectivas, problemas de comunicación, etc. Por último, a nivel personal, las disfunciones sexuales suelen asociarse con problemas de ansiedad y

depresión, caracterizados por sentimientos de culpa, inadecuación personal y baja autoestima (Carrasco, 2001).

En general, el curso de las disfunciones sexuales es crónico, lo que implica la necesidad de una intervención específica para su remisión.

Los objetivos prioritarios de la intervención psicológica en el vaginismo van encaminados a reducir las respuestas de ansiedad asociadas al contacto sexual y a la eliminación de los espasmos musculares que bloquean la entrada a la vagina. Del mismo modo, las técnicas específicas que se utilizan en este tipo de problemas son: a) Psicoeducación, para proporcionar información acerca de la anatomía y respuesta sexual, con el objetivo de mejorar el conocimiento en aspectos relacionados con la sexualidad; b) entrenamiento en relajación, que favorece la eliminación de respuestas de escape y/o evitación, control de los niveles de ansiedad y control de las respuestas de tensión-distensión experimentadas en la interacción sexual; c) entrenamiento autoexploración y autoestimulación, con lo que se pretende una mejora del autoconocimiento acerca de las reacciones y respuestas del propio cuerpo a la estimulación, d) ejercitación los músculos pélvicos, utilizando para

ello los ejercicios musculares de Kegel (Spencer, 1991), facilitando la identificación y autocontrol de los mismos; e) Programa de dilatación vaginal progresiva (Rosen y Leiblum, 1995), realizando la inserción de tallos ginecológicos de tamaño creciente (por la mujer y/o pareja) de forma progresiva y e) programa de focalización sensorial, realizado con la colaboración de la pareja, con el fin de reducir la ansiedad ante el contacto sexual, aprender a dar y recibir placer sexual e incrementar la comunicación.

Hartman y Daly (1983) han demostrado que la terapia de pareja puede potenciar los efectos de la terapia sexual. Así mismo, Cáceres (1993), aseguraba que la combinación de terapia de pareja y sexual es necesaria para resolver los problemas sexuales, al igual que la intervención en problemas sexuales sería recomendable, aunque no suficiente para la mejora de la pareja.

En relación a las fobias específicas, éstas se definen como miedos persistentes e irracionales ligados a estímulos o situaciones específicas que presentan respuestas de ansiedad y conductas activas de evitación y/ o escape de dichos estímulos o situaciones. El miedo fóbico se desencadena ante la presencia o anticipación de la situación temida, manifestándose un patrón típi-

co de respuestas fisiológicas, cognitivas y motoras. Según el DSM-IV-TR, la categoría de fobia específica se presenta como una categoría residual del trastorno fóbico, ya que se incluyen todos los miedos fóbicos provocados por situaciones concretas, reconociéndose tres grandes grupos en la actualidad: fobia a los animales, fobia a la sangre –heridas y fobia situacional. En el caso que nos ocupa, la fobia se refiere a la situación específica de la exploración ginecológica.

La mayor parte de los tratamientos para este tipo de trastornos implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos, ya que de las teorías explicativas conductuales se desprende que dicha exposición en ausencia de las consecuencias temidas tendrá como resultado la extinción de las reacciones fóbicas y la habituación al estímulo temido. En la práctica se utilizan distintas técnicas que incluyen la exposición como elemento común, aunque difieren en cuanto a la presentación del estímulo temido, el tipo de respuesta de los pacientes al mismo, el tipo de inducción de ayuda que se le da al paciente y utilización o no de técnicas de control cognitivo (Capafons, 2001).

La desensibilización sistemática, la inundación o la exposición graduada (todas estas técnicas contienen la exposición como elemento

común) han demostrado niveles de eficacia satisfactorios para el tratamiento de la fobia específica (Capafons, 2001), siendo la exposición en vivo el tratamiento más potente para las mismas (APA, 1994).

La combinación de las técnicas de exposición y cognitivas pretenden que los pacientes fóbicos accedan a la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y realicen atribuciones adaptativas tanto de sus reacciones motoras como de las fisiológicas (Anthony, Craske y Barlow, 1995). Por otro lado, pueden incluir técnicas dirigidas a incrementar la información del paciente sobre su trastorno, como la terapia informativa o la psicoeducación (Capafons, Sosa y Viña, 1999), con el objetivo de un mejor entendimiento en cuanto al origen y mantenimiento de la fobia que a su vez expliquen la elección del paquete terapéutico más eficaz para el paciente.

## MÉTODOS

### 1. Sujeto

E. es una mujer de 31 años, casada desde hace siete años. En la actualidad trabaja como secretaria de dirección.

Llega a la Unidad de Psicología Clínica y de la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, derivada por la Unidad de Esterilidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid. El motivo principal por el que solicita ayuda es la imposibilidad de poder practicarle una exploración ginecológica, debido a las contracciones intensas de la musculatura para-vaginal.

### 2. Historia del problema

En este caso existen dos trastornos (vaginismo y fobia), se expone su curso de forma sucesiva para una mayor comprensión de los mismos.

#### 2.1. Historia de vaginismo

Hace siete años que la paciente contrae matrimonio, llevando un año y medio de convivencia previa. La paciente considera ésta como la primera relación estable, en la que existe compromiso. Deciden mantener relaciones sexuales con penetración durante el año y medio de noviazgo, habiendo acudido al ginecólogo, el cual le prescribe el consumo de anticonceptivos orales. Esta primera revisión transcurre con total normalidad, realizándose una citología como prueba complementaria (se encontraba completa-

mente tranquila, ya que era virgen y no tenía nada que temer y no apareciendo ningún dolor asociado a la exploración).

Tras seis meses de consumo de anticonceptivos, la paciente permite a su pareja la penetración vía vaginal.

En la primera relación sexual con penetración aparecen pensamientos anticipatorios de dolor, que se confirman, ya que relata que fue una experiencia muy desagradable para ella. A pesar de ello, pudo mantener relaciones sexuales con penetración posteriormente, satisfactorias en ocasiones (con orgasmo a través de la penetración), insatisfactorias en otras (aparición de dolor), siendo por tanto la respuesta mantenida por refuerzo intermitente. Comienzan a aparecer respuestas de evitación/ escape de las relaciones sexuales, disminuyendo la frecuencia de las mismas. Durante esta época no aparece una interferencia significativa en la relación de pareja, según la paciente.

Las situaciones en las que no aparece el dolor son durante las vacaciones de verano y en el lugar de descanso del fin de semana, por lo que ella cree que ha desaparecido el problema.

Describe los primeros años de matrimonio, hasta que deja de

tomar la píldora anticonceptiva, como inestables. Pasaban periodos en los que no mantenían relaciones sexuales con penetración. Cuando practicaban el coito completo, aparecía la respuesta de dolor de forma inesperada para ella, lo que generaba incontrolabilidad, ya que no podía prever su ocurrencia.

Mantiene desde hace siete años un patrón de interacción sexual basado en el miedo a decir no, a acceder a la interacción sexual sin apetito sexual y fingir si es necesario para que su marido esté satisfecho.

Hace dos años dejó de tomar la píldora anticonceptiva, con el objeto de tener un hijo, existiendo una descompensación hormonal y una reducción del deseo sexual, afectando este hecho tanto a su respuesta sexual como a la de su pareja.

Aparece más frecuentemente la respuesta de contracción vaginal y tensión muscular, se incrementa el miedo al dolor y aparece con mayor fuerza el miedo al embarazo y parto, por lo que evita las relaciones sexuales con más ahínco, ocultando el hecho de no querer tener hijos a su marido.

Hasta un año antes de acudir a consulta no consigue introducirse

un tampón completamente, apareciendo dolor en la introducción del mismo en las ocasiones que lo había intentando, por lo que evitaba su utilización. Manifiesta en consulta que puede introducirse de forma voluntaria el tampón, no apareciendo la respuesta de dolor "si ella tiene el control".

Las relaciones sexuales en la actualidad son de escasa frecuencia. Debido a problemas laborales del marido (está fuera de casa durante todo el día) las relaciones sexuales se producen exclusivamente los fines de semana, por lo que la frecuencia es de dos a cuatro interacciones sexuales al mes, siendo muy escasa la penetración. El marido realiza reproches a la paciente por no tomar nunca la iniciativa, lo que provoca discusiones e incrementa los sentimientos de culpa de la paciente. Esta situación ha afectado a la relación de pareja, especialmente en el área de la comunicación.

A continuación se procede a la valoración del segundo trastorno.

## 2.2. Historia de fobia específica (exploración ginecológica)

La primera revisión ginecológica transcurrió con total normalidad. No presentó anticipaciones negativas ni miedo al dolor, pues-

to que tenía completa seguridad de que no le iban a hacer nada, ya que "era virgen". A pesar de ello, le practican una citología por el procedimiento habitual, no apareciendo aparentemente ninguna respuesta de contracción, ni dolor intenso asociado, aunque sí destaca una molestia significativa.

En la segunda revisión ginecológica aparece la respuesta de contracción vaginal, producida por las anticipaciones de dolor y/o molestia que podía producir, que facilitaron a su vez la exposición a la situación con altos niveles de tensión mantenida. La tensión muscular y contracción de la vagina impiden la entrada del espéculo, por lo que no pudo realizarse la exploración. Le recomiendan que busque ayuda psicológica, lo hace y abandona tras dos sesiones, porque, según refiere "desapareció el problema". Esta remisión espontánea, en realidad, se refiere a una atribución de la paciente de desaparición del problema por la reacción de evitación activa, al no exponerse a la situación temida, no aparecía la respuesta problema.

En la tercera cita se repite la secuencia de la segunda. En el expediente se contempla la dificultad que presenta ante la exploración y la doctora decide aplazar la prueba a otro momento, indicando

a la paciente que haga diversas pruebas con un tampón y después vuelva. La enfermera le sugiere que eso le pasa a todas las mujeres, en un intento de desdramatizar la situación que provoca el efecto contrario, incrementando la sensación de ineficacia en la paciente. A su vez, aparecen sentimientos de vergüenza, lo que favorece la falta de atención a las indicaciones de la facultativo, reforzando el miedo a la exploración.

Las dos siguientes revisiones ginecológicas, pudieron realizarse de forma completa, en una clínica privada, en la que el personal minimizó el impacto a través del humor, facilitando tiempo, mayor intimidad, etc. Le realizaron una citología en la que no experimentó dolor, pero sí una ligera molestia.

La última exploración (que no fue realizada en la clínica privada), fue muy desagradable según refiere. Relata la experiencia como muy dolorosa (le practicaron una citología y una ecografía vaginal); la vivió como una violación, definiéndola como traumática. A partir de este episodio se deteriora y agrava la conducta problema, hasta el punto de que no pueden realizarle ninguna otra exploración. Aunque ha llegado a acudir a otras citas, ha impedido sin embargo que se le practicara

cualquier tipo de prueba, evitando posteriormente acudir a las mismas de forma continuada.

### **3. Procedimiento**

Se empleó un diseño A-B, de replicación intrasujeto. La intervención se realizó con una periodicidad semanal y quincenal posteriormente durante doce meses, siendo las sesiones de una hora de duración. Las cuatro primeras sesiones tuvieron como objetivo analizar la problemática o demanda, así como la obtención de la línea de base. Las restantes se centraron en el tratamiento específico y seguimiento.

### **4. Evaluación**

La evaluación se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, autorregistros, cuestionarios y pruebas de autoinforme. Se llevaron a cabo tres entrevistas individuales (con cada miembro de la pareja) y una conjunta.

Desde la primera sesión se indica la aplicación de autorregistros, con el objetivo de obtener información para la línea base del problema. El registro sugerido en relación a las interacciones sexuales se ilustra en la tabla 1:



Tabla 1: Registro de interacción sexual

Día/ Hora Inicio/ fin	Situación	Qué piensas Qué imaginas	Qué sientes Nivel excitación (0-10)	Qué haces	Qué pasa después (penetración/ no penetración)	Consecuencias: Nivel de satisfacción (0-10)

En referencia a la información complementaria se aplicó el Inventario de Asertividad, de Gambrill y Richey (1975), en el que se detectan las dificultades que puede tener la paciente para adaptarse a situaciones sociales e interpersonales que de alguna manera le exige ser asertiva. Los déficits más relevantes obtenidos por la paciente en este inventario se refieren a los siguientes aspectos: discutir o criticar acerca de cualquier tema, expresar opiniones o preferencias y reclamar derechos.

### 5. Contraste de hipótesis

Las estrategias que se utilizaron para el contraste de hipótesis en los dos problemas que presentaba la paciente son las siguientes:

1. En el vaginismo: en primer lugar, la exposición en imaginación a la situación de coito con penetración, por otro lado, el propio autoinforme de la paciente, en tercer lugar, la información proporcionada por la pareja y observación externa de ésta y, por último, la propia observación de la paciente a través de los registros cumplimen-

tados. La autoobservación y observación externa de la respuesta por la pareja, permiten realizar un diagnóstico diferencial con la dispareunia, ya que en este último trastorno, el dolor es superficial durante la penetración o profundo durante los movimientos coitales, mientras que en el vaginismo, el dolor tiene su inicio durante la penetración, en los músculos del tercio externo de la vagina.

2. En la fobia específica: la exposición en imaginación a la situación de exploración ginecológica en sesión, con registro de las respuestas de ansiedad, informe médico de la imposibilidad de practicarle la revisión y conductas de escape/evitación de la situación temida.

### 6. Análisis funcional/ Conductas problema

A partir de la evaluación inicial se considera que la paciente presenta dos tipos de problemas, por un lado, una disfunción sexual, vaginismo y por otro, una fobia específica (tipo sangre-inyecciones-daño) (ambos según los criterios del DSM-IV-TR).

Tabla 2- Análisis funcional del vaginismo

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p><b>VARIABLES REMOTAS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Primer coito aversivo.</li> <li>- Ausencia de experiencia sexual previa.</li> <li>- Falta de conocimiento de su cuerpo.</li> <li>- Falta de iniciativa y dirección.</li> </ul> <p><b>MAYOR FRECUENCIA / MAYOR INTENSIDAD:</b></p> <p><u>Externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que llegue el fin de semana.</li> <li>- La hora de la siesta.</li> <li>- Ante gestos cariñosos/ un azote por parte del marido.</li> <li>- Que el marido le pida (directa o indirectamente) mantener relaciones sexuales (Ej. ¿Quieres jugar?).</li> <li>- Ante la penetración vaginal o inserción de dedos.</li> </ul> <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticipaciones de tener que mantener relaciones sexuales.</li> <li>- Pensamientos de presión de rendimiento: "Tengo que intentarlo", "A ver si lo consigo esta vez", etc.</li> </ul> <p><b>MENOR FRECUENCIA / MENOR INTENSIDAD</b></p> <p><u>Externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que esté distraída (Ej. Casa del pueblo con gente).</li> <li>- Ante la necesidad de ponerse un tampón.</li> </ul>	<p><b>FISIOLÓGICO:</b></p> <p>Tensión muscular en las extremidades inferiores</p> <p>Irregularidades menstruales</p> <p><b>COGNITIVO:</b></p> <p>Pensamientos de inutilidad ("Creo que no soy capaz de hacer las cosas sola")</p> <p>Pensamiento de culpa</p> <p>Presión de rendimiento ("Tengo que conseguirlo, tengo que hacerlo bien")</p> <p>Hipervigilancia de su respuesta corporal</p> <p>Autoobservación de su cuerpo, reacciones del marido, situación, etc.</p> <p>Focalización de la atención en el dolor</p> <p>Pensamientos centrados en sus sensaciones corporales ("Estoy muy nerviosa", "Me duele mucho")</p> <p>Autoinstrucciones de relajación</p> <p>Miedo a quedarse embarazada/ parto</p> <p><b>MOTOR:</b></p> <p>Llanto</p> <p>Evitar/ Demorar relaciones sexuales</p> <p>Cambio de rol: actuar como una niña en las relaciones sexuales (voz, gestos, etc)</p> <p>Dirigir la mano o pene de su pareja en la interacción sexual</p> <p>Manifestaciones verbales de dolor</p> <p>Cerrar piernas</p> <p>Contracción de los músculos del tercio externo de la vagina</p> <p>Comprobar que tiene la menstruación/ Pruebas embarazo</p> <p>Mentir (ocultar al marido situación)</p> <p>Hiperactividad: realización de muchas actividades.</p> <p><b>EMOCIONAL</b></p> <p>Tristeza</p>	<p><b>A CORTO PLAZO:</b></p> <p><u>Refuerzo positivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de la pareja/ profesionales.</li> </ul> <p><u>Refuerzo negativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivio del malestar (alivio del dolor/ ansiedad cuando la pareja se retira o se interrumpe la relación sexual).</li> <li>- Escape/ evitación de las relaciones sexuales.</li> </ul> <p><u>Castigo positivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentimiento de culpa/ rabia.</li> <li>- Discusiones.</li> </ul> <p><u>Castigo negativo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No llegan al orgasmo.</li> <li>- Se interrumpe la relación sexual.</li> </ul> <p><b>A LARGO PLAZO:</b></p> <p><u>NEGATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye el estado de ánimo.</li> <li>- Disminuye el deseo sexual.</li> <li>- Incremento de la presión por tener éxito en el futuro.</li> <li>- Incontrolabilidad.</li> <li>- Sentimiento de culpa.</li> <li>- Sentimiento de fracaso.</li> <li>- Disminución de la autoestima.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad.</li> <li>- Reproches/ autocastigo.</li> <li>- Deterioro de la relación de pareja: sexo, comunicación, etc.</li> </ul>

Tabla 3 - Análisis funcional de la fobia específica

ANTECEDENTES	CONDUCTA	CONSECUENTES
<p>VARIABLES REMOTAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de conocimiento de su cuerpo (anatomía y fisiología). Expectativas inadecuadas.</li> <li>- Modelo materno: educación moral y religiosa restrictiva. Descalificación de las intervenciones médico-ginecológicas, por asociación con promiscuidad (Prohibición del sexo, miedo a la comprobación del facultativo que mantiene relaciones sexuales completas).</li> <li>- Experiencias aversivas en exploración ginecológica (<i>"Para mi aquello fue como una violación"</i>).</li> </ul> <p><b>MAYOR FRECUENCIA / MAYOR INTENSIDAD:</b></p> <p><u>Externos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que se acerque el día de la cita.</li> <li>- Acudir al hospital/ centro de salud a cita ginecológica.</li> <li>- Parada de metro, semáforo, planta, etc. que se encuentran en el trayecto hacia el hospital.</li> <li>- En la sala de espera de la revisión ginecológica.</li> <li>- Ante la exploración ginecológica.</li> <li>- Ante instrumental propio de la exploración.</li> <li>- En el momento inmediatamente anterior a la prueba: citología.</li> </ul> <p><u>Internos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticipaciones de tener que hacerse una revisión.</li> </ul>	<p><b>FISIOLÓGICO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Temblores</li> <li>Aceleración del ritmo cardíaco</li> <li>Sudoración</li> <li>Alteración del sueño</li> </ul> <p><b>COGNITIVO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Miedo a consecuencias negativas/ anticipaciones (<i>"dolor/ que le toquen genitales"</i>)</li> <li>Lectura de pensamiento: <i>"Estoy haciendo el ridículo, ¿qué pensarán de una mujer casada que no es capaz de hacerse una revisión"</i>.</li> <li>Miedo a desnudarse (vergüenza)</li> <li>Repaso mental de la secuencia de la exploración ginecológica</li> <li>Focalización de la atención en su propio cuerpo/ sensaciones</li> <li>Imaginarse a su madre señalándole con el dedo, vigilando</li> <li>Pensamientos de fracaso</li> </ul> <p><b>MOTOR:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Impedir acercamiento</li> <li>Evitar/ Demorar citas ginecológicas</li> <li>Tomar tranquilizante (Valium) antes de la cita</li> <li>Verbalizar: <i>"Necesito tiempo"</i>, <i>"Podría esperar"</i>.</li> <li>Escape: no realización de la prueba</li> </ul>	<p><b>A CORTO PLAZO:</b></p> <p><u>Refuerzo positivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención de la pareja/ profesionales.</li> </ul> <p><u>Refuerzo negativo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivio del malestar (preocupación).</li> <li>- Escape/ evitación de la situación aversiva.</li> </ul> <p><b>A LARGO PLAZO:</b></p> <p><u>NEGATIVAS</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye el estado de ánimo.</li> <li>- Incontrolabilidad.</li> <li>- Sentimiento de fracaso.</li> <li>- Disminución de la autoestima.</li> <li>- Sentimiento de inutilidad.</li> <li>- Reproches/ autocastigo.</li> </ul>

### 6.1. Análisis funcional del vaginismo

El primer problema (vaginismo) se caracteriza por la contracción involuntaria de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito. La alteración interfiere significativamente en las relaciones sexuales y de pareja como se delimita en la tabla 2.

### 6.2. ANALISIS FUNCIONAL DE LA FOBIA ESPECIFICA

El segundo problema (fobia específica) se caracteriza por un patrón de respuestas de ansiedad asociadas a los estímulos temidos, con conductas de evitación activa, ansiedad anticipatoria e interpretaciones erróneas. La tabla 3 ilustra el análisis funcional del problema.

### 6.3. Parámetros de las conductas problema

Ambas conductas problema se producen en la actualidad con unos parámetros elevados en cuanto a duración (la respuesta puede durar todo el tiempo que permanezca en la situación problema), intensidad (valorada como 9/10 de media en una escala de 0 a 10, siendo 0 ausente y 10 máxima intensidad) y frecuencia (más alta en el caso del vaginismo por la mayor probabilidad de interacciones sexuales e infre-

cuenta en la fobia específica por la evitación activa de la paciente).

### 6.4. Factores predisponentes

#### 4.3.1. Vaginismo

- Estilo cognitivo negativo (la creencia de que uno no es lo suficientemente valioso: baja autoestima/ autoconcepto).

- Una información sexual inadecuada: (1) falta de conocimientos sobre la anatomía y la fisiología sexual y (2) expectativas inadecuadas respecto a la sexualidad (*"Tener un hijo implica que se te acaba la vida. Entiendo mi vida, antes y después de tener un hijo. Ahora tengo que hacer muchas actividades (ej. deporte) porque todo se va acabar cuando tenga un hijo"*, *"El parto es una carnicería"*).

- Mitos y creencias erróneas sobre el sexo (*"Con la menstruación no se pueden tener relaciones sexuales, es asqueroso, no se pueden tocar los genitales"*, *"Ver una película erótica con la pareja es vergonzoso, para mí es tabú, porque parece que te subes de tono solo por lo que hacen los demás"*)

- Déficit en habilidades sexuales: escaso repertorio sexual.

- El modelo materno: educación

moral y religiosa restrictiva. Inculcó un fuerte rechazo al sexo y relaciones de pareja. Promovió la desconfianza hacia la figura masculina. Castigo o descalificación de conductas sexuales iniciales.

#### 4.3.2. Fobia específica

- Una información sexual inadecuada: falta de conocimientos sobre anatomía y fisiología sexual (*"Sensación de estar hueca por dentro, de que me van a meter algo que se me va a salir por la boca"*).
- Suceso traumático durante la exploración ginecológica (ver historia del paciente).
- El modelo materno: (1) educación moral y religiosa restrictiva y (2) descalificación de las intervenciones médico-ginecológicas, por asociación con promiscuidad (sexo entendido como comportamiento indecoroso, *"Cuando me hagan la exploración se van a dar cuenta de que mantengo relaciones sexuales"*, *"Tengo la revisión y no puedo tener relaciones sexuales por que se van a dar cuenta"*).

#### 1. Diagnóstico (véase tabla 4)

### 8. Modelos explicativos

#### 8.1. Hipótesis de origen

En el problema del **vaginismo**,

los factores predisponentes descritos anteriormente, actúan como variables de vulnerabilidad para su desarrollo. En el caso que nos ocupa, ante una situación estimular percibida como estresante (la primera relación sexual con penetración), la paciente desarrolló pensamientos anticipatorios de fracaso y de dolor asociado al coito. Esto genera en ella ansiedad anticipatoria, que unida a una insuficiente estimulación y ante el inicio del coito (el momento en que su pareja acerca el pene a la vagina) da lugar a la respuesta de tensión muscular en las extremidades inferiores y contracción de los músculos del tercio externo de la vagina. Cuando existe la penetración por primera vez (EE.II) da lugar a la respuesta de dolor (RR.II), confirmando los pensamientos anticipatorios.

Este condicionamiento se produce en un solo ensayo, asociándose de forma intensa los estímulos, de forma que predispone a la anticipación de miedo al coito y del dolor en siguientes ocasiones.

En la **fobia específica**, el origen del problema tiene diferentes fuentes, que explican de forma integral la génesis del trastorno.

En primer lugar, a través de un condicionamiento clásico, en un único ensayo, pues la exploración ginecológica es una situación trau-

Tabla 4: Diagnóstico multiaxial

<p><b>EJE I:</b></p> <p><b>F 52.5 VAGINISMO (306.51) (No debido a enfermedad médica)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Aparición persistente o recurrente de espasmos voluntarios de la musculatura del tercio externo de la vagina, que interfiere en el coito.</li><li>B. La alteración provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.</li><li>C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de otro trastorno en el Eje I (p. Ej. Trastorno de somatización) y no es debido exclusivamente a los efectos de una enfermedad médica.</li></ul> <p><b>Subtipo:</b></p> <p><u>Naturaleza:</u> De toda la vida: Este subtipo indica que el trastorno ha existido desde el inicio de la actividad sexual.</p> <p><u>Contexto:</u> Situacional: Este subtipo indica que la disfunción sexual se limita a ciertas clases de estimulación, de situaciones o de compañeros. Aunque en la mayoría de los casos las disfunciones se presentan durante la actividad sexual con una pareja, en otros puede ser apropiado identificar disfunciones que se presentan durante la masturbación.</p> <p><u>Factores etiológicos asociados:</u> Debido a factores psicológicos: Este subtipo se ha descrito para los casos en los que los factores psicológicos son de gran importancia para el inicio, la gravedad, la exacerbación o la persistencia del trastorno, y las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en su etiología.</p> <p><b>F 40.2 Fobia específica (300.29)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. Ej. Volar, precipicios, inyecciones, etc).</li><li>B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.</li><li>C. La persona reconoce que el miedo es excesivo o irracional.</li><li>D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.</li><li>E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.</li><li>F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.</li><li>G. La ansiedad, la crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de un trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés posttraumático, trastorno de ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.</li></ul> <p><b>Especificar tipo:</b></p> <p><u>Tipo sangre- inyecciones- daño:</u> si el miedo hace referencia a la visión de sangre o heridas, o a recibir inyecciones u otras intervenciones médicas de carácter invasivo. Este subtipo presenta incidencia marcadamente familiar y suele caracterizarse por una intensa respuesta vasovagal.</p>
<p><b>EJE II:</b> AUSENTE</p>

mática, en la que aparece la respuesta de dolor.

En segundo lugar, aparecen estímulos que generan miedo en la mayoría de las personas al primer encuentro sexual sin necesidad de ningún aprendizaje asociativo, ya sea directo o indirecto (exploración ginecológica). A través de un aprendizaje semántico se genera la expectativa de una exposición desagradable, que se ve confirmada posteriormente cuando tiene lugar la situación estimular.

Por último, la transmisión de información amenazante, a través de los avisos por parte de la madre como una situación de alta peligrosidad, que sumado a las connotaciones negativas (descalificación por asociación con promiscuidad y/o prostitución) proporcionan un carácter de estigma. Esto da lugar a una alta predisposición a la situación temida.

## 8.2. Hipótesis de mantenimiento

En el **vaginismo**, considerando la interacción sexual con la pareja como una situación estresante, se generan una serie de expectativas relacionadas con la actuación de la paciente. Estas expectativas se inician en la situación de juego, estando basadas en el éxito ("*Tengo que conseguirlo*"), lo que fomenta la

aparición de activación somática anticipatoria. Ambos elementos, ante la presencia de estímulos discriminativos de la interacción sexual (Ej: fin de semana, hora de la siesta, petición, gestos cariñosos, etc.) dan lugar a un incremento de la activación, que va unida a presión de rendimiento y anticipación de fallo o fracaso. Los patrones de respuesta que se generan son: (1) a **nivel fisiológico**, la aparición de tensión muscular (cerrar las piernas) y contracción de los músculos del tercio externo de la vagina, (2) a **nivel cognitivo**, aparece hipervigilancia, alta autoobservación y focalización de la atención en el dolor y (3) a **nivel motor**, manifiesta verbalmente el dolor que aparece y aleja a su pareja físicamente, fomentando el aislamiento. La aparición de la tensión muscular y contracción del tercio externo de la vagina puede darse sin previo aviso, es decir, cuando siente que su pareja intenta introducir el pene o dedo en la vagina. Estos patrones de respuesta (fisiológicas/ cognitivas/ motoras) pueden dar lugar a la respuesta de evitación o escape de la relación sexual, lo que a corto plazo provoca sentimientos de culpa, responsabilidad, rabia e impotencia. Además, se interrumpe la relación, lo que alivia inmediatamente el malestar, reforzando de este modo la conducta problema. A largo plazo, las consecuencias que se pueden derivar son las siguientes: 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. Estas consecuencias favorecen el desarrollo y mantenimiento de las expectativas de éxito en la próxima situación de interacción sexual (ver figura 1).

En la **fobia específica**, ante la exploración ginecológica aparece activación somática anticipatoria de la situación, lo que da lugar a una sobreestimación de la aversividad, dando lugar a una hipervigilancia automática ante la ocurrencia del estímulo temido. La hipervigilancia y sobreestimación de la aversividad provoca un incremento de la activación somática ante la inmediatez de la ocurrencia. Si se expone al estímulo, se incrementa más la activación, lo que da lugar a un aumento de las cogniciones negativas y anticipación de fracaso. El incremento de las anticipaciones negativas a su vez puede provocar un escape de la situación estresante, lo que da lugar a una disminución de la ansiedad, que se convertiría en un refuerzo negativo. El reforzamiento negativo mantiene la percepción de la situación como estresante. A su vez, puede ocurrir que aparezca la contracción de los músculos del tercio externo de la vagina, que a corto plazo provoca indefensión, incontrolabilidad y sentimiento de culpa, que favorece

el mantenimiento de la activación somática anticipatoria. Otra secuencia puede dar lugar a una evitación o escape de la situación o estímulos temidos, sin llegar a exponerse a la situación, que puede darse por la percepción de falta de recursos por parte de la paciente para afrontar el problema. La evitación hace que disminuya el malestar inmediatamente, lo que refuerza negativamente y mantiene esa situación como estresante (véase figura 2).

## 9. Tratamiento y resultados

A partir de las hipótesis explicativas se consideró que era muy probable que el problema se cronificara, en la medida en que siguieran funcionando los patrones de respuesta que se habían instaurado. Además, la evitación activa que presentaba la paciente, tanto a nivel de relaciones sexuales como respecto al reconocimiento ginecológico, estaban interfiriendo de forma significativa y progresivamente en mayor grado en su relación de pareja y sexualidad.

### 9.1. Objetivos de tratamiento y programa de intervención.

Los objetivos de tratamiento y técnicas utilizadas para los dos problemas presentados quedan descritas en las tablas 5 y 6.



Figura 1: Hipótesis explicativa del vaginismo

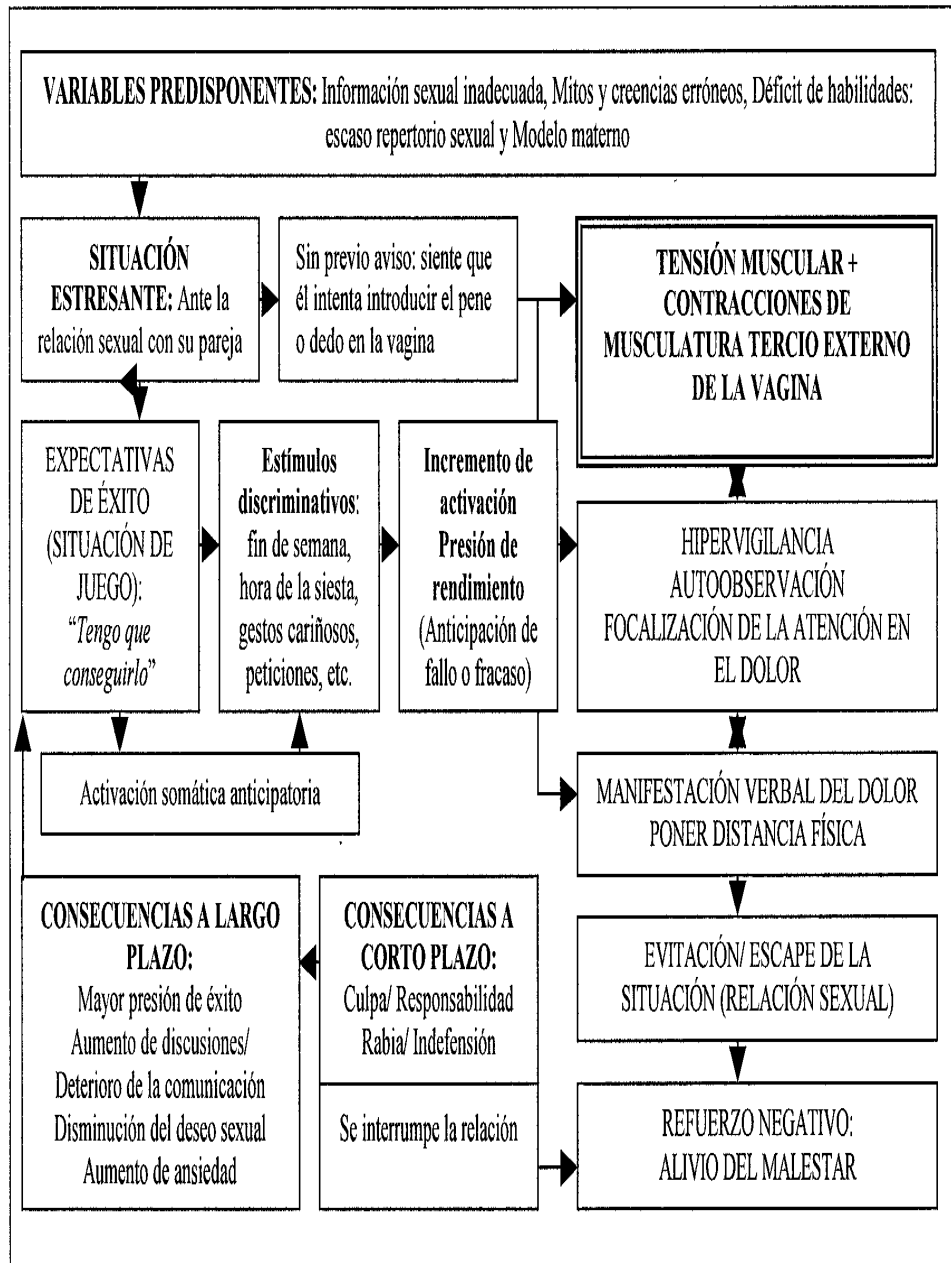


Figura 2: Hipótesis explicativa de la fobia específica

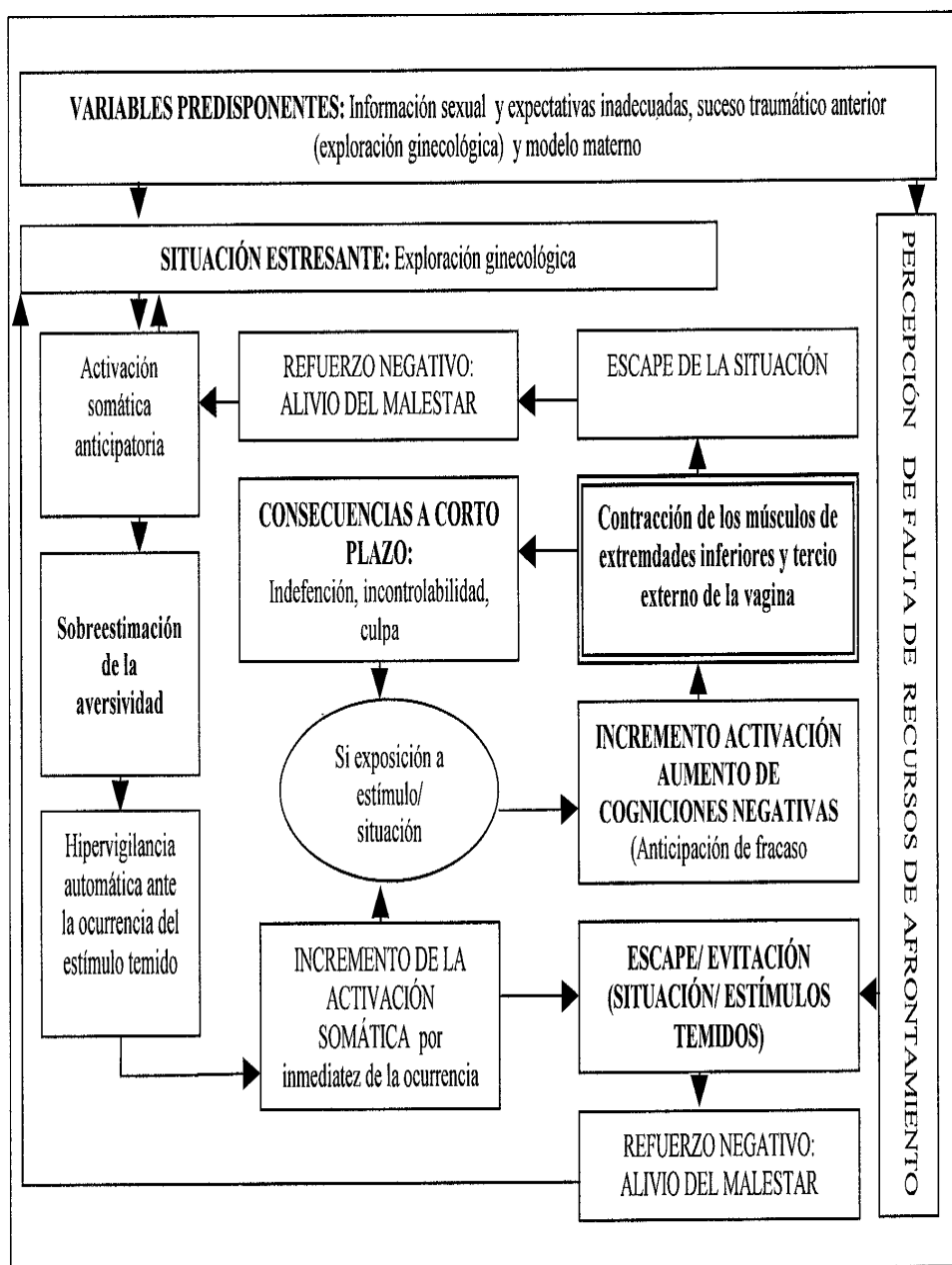


Tabla 5 - Objetivos y técnicas de intervención para el vaginismo

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<b>FASE I: PSICOEDUCACIÓN</b>	
<u>Pareja:</u> Mayor comprensión de la situación actual del problema. Motivación al cambio Mejora del conocimiento sexual de la pareja Modificar actitudes y expectativas respecto a la relación sexual	Devolución información Psicoeducación Discusión mitos sexuales
<u>Ella:</u> Mejora del repertorio sexual Identificación de sensaciones	Psicoeducación: empleo de material audiovisual/ información básica/ didáctica. Entrenamiento en técnicas de autoexploración y autoestimulación Ensayos conductuales
<b>FASE II: ENTRENAMIENTO</b>	
<u>Pareja:</u> Disminución de ansiedad ante actuación/ presión de rendimiento/ hipervigilancia/ autoobservación Incremento de sensaciones corporales y placer sensorial	Focalización sensorial
<u>Ella:</u> Aumentar el control de los músculos de la vagina Disminuir la ansiedad asociada a la penetración (miedo al coito)	Entrenamiento en Ejercicios de Kegel Dilatación progresiva
<u>Pareja:</u> Disminución de ansiedad asociada a ejecución sexual Aumento de excitación genital y placer sensual	Focalización genital
<u>Pareja:</u> Disminución de ansiedad por acercamiento o inserción del pene a la vagina Mantener nivel de excitación de las fases previas	Entrenamiento en penetración
<u>Pareja:</u> Incremento del nivel de excitación logrado en fases previas Obtener la excitación propia de la fase de la meseta Lograr orgasmo placentero para la pareja mediante el coito	Entrenamiento en coito completo
<b>FASE III: INTERVENCIÓN AREA SOCIAL</b>	
Aprender a expresar sentimientos/ necesidades	Entrenamiento en habilidades asertivas y expresión de emociones
<b>FASE IV: PREVENCIÓN DE RECAIDAS</b>	
Repaso de lo aprendido Valoración de logros	Solución de problemas Ensayos conductuales

Tabla 6 - Objetivos y técnicas de intervención para la fobia específica

OBJETIVOS	TÉCNICAS
<b>FASE I: PSICOEDUCACIÓN</b>	Devolución información
Comprensión del problema	Psicoeducación
<b>FASE II: ENTRENAMIENTO</b>	
Control de la activación en sus diferentes fases	Entrenamiento en respiración diafragmática
Disminución de pensamientos catastrofistas y cogniciones negativas (sobreestimación y aversividad)	Parada de pensamiento/ Autoinstrucciones Discusión cognitiva
Exposición a la situación temida	Exposición en vivo (aproximaciones sucesivas) Exposición en imaginación (DS) Técnicas distractoras
Incremento de recursos de afrontamiento	Entrenamiento en Solución de problemas y toma de decisiones
<b>FASE III: PREVENCIÓN DE RECAIDAS</b>	
Repaso de lo aprendido	Ensayos conductuales
Valoración de logros	

### 9.2. Desarrollo de sesiones

En la primera fase (**sesiones 1-4**) se llevó a cabo un análisis conductual del problema. Se realizaron para ello 4 entrevistas de *evaluación*, individual y conjuntas y se procedió a la recogida de los datos mediante la aplicación de cuestionarios y autorregistros que proporcionaron información relevante al caso.

Durante las **sesiones 5 y 6**, se procedió a la devolución de información a través de esquemas aclarativos y se inició la *psicoeducación*

relativa a los dos problemas presentes. Para ello, se proporcionó información acerca de la naturaleza de la respuesta de ansiedad y respuesta sexual humana, diferencias entre miedos, ansiedad y fobias, anatomía sexual, mitos acerca de la sexualidad, etc. La información fue proporcionada a la paciente de forma gradual, comenzando por un nivel básico, ya que una información excesiva podía generar una mayor preocupación y/o falta de integración de la misma inicialmente, teniendo además un efecto motivador el partir de una información relativamente conocida.

Debido a que los dos problemas tenían aspectos importantes en común (como por ejemplo, la activación/ respuesta de ansiedad, especialmente en la sintomatología fisiológica) se eligió como componente terapéutico el *entrenamiento en técnicas de desactivación*, con la *respiración diafragmática* y *entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson*, durante las **sesiones 7 y 8**. El entrenamiento en relajación muscular progresiva permite la adquisición rápida de las respuestas de relajación que, a su vez, facilitan una mayor discriminación de las sensaciones de tensión y distensión que se experimentan al contraer y soltar los músculos. Por otro lado, resulta útil como entrenamiento para la realización de los *ejercicios musculares de Kegel* (Spencer, 1991), cuyo objetivo es potenciar el control de la paciente sobre los músculos paravaginales.

Se inició el entrenamiento en los ejercicios de Kegel a través de la identificación de los músculos paravaginales, indicando a la paciente que debía cortar la micción (ya que estos músculos son los responsables de que esto ocurra). Se procedió en las siguientes sesiones a entrenar los ejercicios, descritos a continuación en la tabla 7, que debían ser practicados diariamente (en cuatro o cinco ocasiones, repitiéndolos cinco o seis veces).

A su vez, durante estas sesiones se comienzan a poner en práctica *ensayos conductuales dirigidos a la discriminación de sensaciones*. La paciente presentaba dificultades para distinguir entre sensaciones de dolor-tensión-ansiedad y placer-relajación-excitación. Para lograr una adecuada interpretación de las mismas se requería un proceso de aprendizaje, por lo que se llevaron a cabo una serie de ejercicios de estimulación independiente del dolor (p.ej. sensaciones a través del gusto –amargo/acido- y tacto -aspero/suave- utilizando objetos y posteriormente con zonas corporales no genitales y genitales jerárquicamente). Uno de los ensayos dirigidos a potenciar la identificación de estas diferencias fue la exposición en imaginación a la situación de exploración ginecológica (que a su vez pudo utilizarse como comprobación de hipótesis). Al inducir esta situación en imaginación se le pidió a la paciente que prestara especial atención a las sensaciones experimentadas en la zona de las extremidades inferiores, esperando que aparecieran sensaciones de ansiedad. Es importante la descripción de los síntomas físicos, detallando las diferencias entre estas sensaciones y las de dolor o tensión. Para diferenciar ansiedad, tensión y excitación se realizó una exposición en imaginación al coito con penetración (según la APA (1994): *“solo la idea de la penetra -*

ción vaginal puede producir un espasmo vaginal<sup>4</sup>). Posteriormente a la realización de estos ejercicios, la paciente debía tocarse/ explorarse tras las interacciones con su pareja (p.ej. antes y después de experimentar un orgasmo, en diferentes zonas como la vulva o vagina, etc.), con el objetivo de obtener información propia.

Se entrenan en este periodo además, a nivel individual, *técnicas cognitivas* dirigidas a la disminución de los pensamientos anticipadores y cogniciones negativas (especialmente la sobreestimación de la aversividad), útiles para los dos problemas. Las estrategias elegidas fueron la *detención de pensamiento*, *técnicas de distracción* y *autoinstrucciones positivas* que favorecerían el afrontamiento de ambas situaciones problemáticas.

Se inició durante estas sesiones la intervención a nivel de pareja a través de la prohibición del coito completo durante el tiempo en el que se realizara el entrenamiento en *focalización sensorial*. El objetivo era reducir la ansiedad ante el contacto sexual (eliminando la presión de rendimiento y miedo a la penetración), aprender a dar y recibir placer sexual (se incrementa el conocimiento de la respuesta sexual de cada miembro de la pareja y nuevas pautas de comportamiento sexual) e incrementar la comunicación.

En el periodo de **sesiones 9 a 12**, se programó el primer nivel de focalización sensorial, la *focalización sensual no genital*. Se les pidió que practiquen el contacto físico placentero a través de caricias, masajes, besos, etc, durante unos minutos,

Tabla 7 – Ejercicios musculares de Kegel ( Carrasco, 2001)

1. Contraer los músculos vaginales, manteniéndolos contraídos mientras se cuenta hasta tres y luego soltarlos y relajarlos. Respirar normalmente.
2. Contraer los músculos mientras se toma aire y empujarlos hacia fuera cuando se expulsa el aire. Procurar contraer el estómago.
3. Contraer y soltar los músculos con rapidez, respirando normalmente.
4. Empujar con los músculos como si se expulsara algo fuera de la vagina. Respirar normalmente.

cambiando de turno cada miembro de la pareja para proporcionar y recibir placer. Se excluían en este ejercicio los pechos de la mujer y los genitales de ambos. La consigna era centrarse en disfrutar de las sensaciones que le producían estas caricias, comentando lo que les gustaba y/o desagradaba y preferencias de cada uno, sin dirigirse a la excitación o búsqueda del placer a través del orgasmo. Estos ejercicios debían practicarse un mínimo de 3 veces en semana y ser registrados para comentarlos en sesión.

Del mismo modo, la paciente comenzó, a nivel individual un *programa de autoexploración*. Se le pedía que realizara la práctica en un lugar tranquilo, sin interrupciones. Inicialmente debía explorarse de modo visual, todo el cuerpo y posteriormente genitales. En segundo lugar debía realizar una exploración táctil en el mismo orden. También debía registrar y analizar sus pensamientos y sensaciones percibidas en la autoexploración, tanto positivas como negativas para comentar en sesión. El objetivo de esta tarea era el fomento de un mayor conocimiento de su cuerpo y sensaciones experimentadas ante el contacto propio.

A su vez, se utilizaron técnicas para la *mejora de la autoestima*, fomentando la focalización de la atención en aspectos positivos y

logros, a través del registro de diez cosas (actividades, habilidades, acontecimientos) positivas de sí misma logradas a lo largo del día.

De forma paralela, se inició un *entrenamiento en comunicación en la pareja*, centrado en la adquisición de habilidades asertivas, para lograr la expresión adecuada de sentimientos positivos y/o negativos, necesidades y deseos. Se orientó al establecimiento de momentos determinados para comunicarse, en los que se abordararan todas las dificultades y logros de cada uno de ellos personalmente y de pareja.

Entre las **sesiones 13 y 25**, se pasó al segundo nivel de la *focalización sensorial (genital)*, en el que se incluyeron los genitales de ambos en la interacción sexual, manteniéndose sin embargo la ausencia de penetración. Se proporcionaron las mismas instrucciones, establecimiento de un contexto relajante y libre de interrupciones, participación de ambos, uso de caricias y comunicación de sensaciones, sentimientos, necesidades, etc. Se señaló que, a diferencia del nivel anterior debían ir progresivamente induciendo un estado de excitación, pudiendo finalizar la interacción con orgasmo si lo deseaban. Ambos debían ser receptivos a las peticiones y sugerencias, realizando cambios en la interacción sexual, como cambios de posturas, lugares típicos de actividad sexual, etc.

Se promueve además una mejora de la relación de pareja, a nivel de *reciprocidad*, ya que se ha trabajado en la mejora de la comunicación. Para ello se utilizan ejercicios como la programación de actividades gratificantes conjuntas y la observación de la pareja realizando algo agradable para el otro, manifestando esta observación verbalmente. Ambas tareas tienen el objetivo de potenciar y fortalecer la relación de pareja, proporcionando satisfacción mutua, incremento en el número de interacciones positivas y valoración y percepción de lo que hacen el uno por el otro.

A nivel individual, con la paciente, se procedió a la práctica de *ejercicios de dilatación vaginal progresiva*, que fue completándose durante todo el proceso terapéutico y estaba dirigido a los dos problemas. La exposición se inició a través de la introducción vaginal progresiva por parte de la paciente de: 1 dedo, torunda ginecológica, dos dedos, tampones (de menor a mayor tamaño y mantenimiento de los mismos por unas horas insertos en la vagina, con/ sin menstruación) y espéculos ginecológicos, en primer lugar virginal y posteriormente el común (pasando ambos por diferentes posiciones, de menor a mayor apertura de los mismos respectivamente). La consigna era buscar el éxito en la práctica de cada una de las exposiciones, sin pasar al siguiente elemento hasta

que el anterior no hubiese sido completado en varias ocasiones sin ansiedad o malestar. Debía combinarse a su vez con los ejercicios musculares de Kegel, utilizando los mismos para sentir la tensión y distensión de la musculatura en contacto con los objetos introducidos en la vagina.

Una vez adquirida la sensación de control por parte de la paciente en la práctica de los ejercicios de dilatación vaginal, se procedió a continuar la exposición con la colaboración de la pareja. El objetivo era que la pareja insertara primero un dedo, dos posteriormente y después los espéculos en el mismo orden anterior en la vagina de su mujer, en todos los casos con y sin movimiento. Inicialmente, ella debía controlar esta inserción, haciendo de guía y sosteniendo la mano de su pareja, para que posteriormente adquiriera él autonomía, desvaneciendo poco a poco el control ejercido por la paciente.

Desde un nivel de *intervención cognitivo* (a nivel individual), se discutieron las creencias y supuestos disfuncionales sobre la sexualidad que no habían sido modificados durante el periodo psicoeducativo, especialmente en pensamientos automáticos como la polarización y catastrofismo.

Durante el periodo de **sesiones**



**26 a 30**, se pasó al último nivel de la *focalización sensorial* en la que se incluye gradualmente el *coito*. En un primer momento, se realizó la inserción del pene en la vagina sin movimiento, durante unos minutos, hasta que la ansiedad disminuyera significativamente, para proceder posteriormente a la penetración con movimiento, inicialmente movimientos lentos y posteriormente movimientos más rápidos. Se registran y comunican en pareja las sensaciones experimentadas. El objetivo de este nivel es la reducción de la ansiedad asociada a la inserción del pene en la vagina y mantener los niveles de excitación de fases previas, logrando un nivel de excitación propio de la fase de meseta. Para una buena práctica se inició el proceso como en fases anteriores, en un primer momento bajo el control voluntario de la paciente, guiando el pene de su pareja y adquiriendo el control del momento y posición de la penetración, para progresivamente ir desvaneciendo ese control y tomándolo la pareja, indicando sin embargo, en todo momento, que pasos va a dar y en qué momento a su mujer.

También en esta fase se llevó a cabo la *exposición en imaginación a la exploración ginecológica*, con el objetivo de lograr la habituación y eliminación de las respuestas de ansiedad asociadas a la misma. La

exposición en imaginación, en la línea de las tareas anteriores, debía ser practicada en el periodo inter-sesiones. Se realizaron también los primeros pasos para la exposición en vivo, a través de aproximaciones sucesivas, como por ejemplo, orientación a la paciente a llamar para pedir una cita para revisión ginecológica, visitar el hospital que le corresponde para identificar sensaciones y practicar técnicas entrenadas y avisar a su ginecólogo que ha establecido una cita para lograr un compromiso e impedir evitación, etc (todo ello bajo en control, supervisión y colaboración del hospital).

Se mantuvo durante este periodo la *discusión cognitiva* para una buena interpretación de los pensamientos suscitados por la práctica del coito completo, iniciándose la reestructuración de creencias erróneas y miedos acerca del embarazo e inserción en el programa de esterilidad. Se conservaron además los ejercicios dirigidos a la mejora de la reciprocidad y comunicación de la pareja.

En las **sesiones 31 y 32**, se trabajó la *prevención de recaídas y exposición en vivo a la revisión ginecológica*. Durante estas sesiones, que fueron espaciadas, fomentando de este modo la autonomía de la paciente, se realizó una evaluación pormenorizada de los éxitos conse-

guidos, identificando los posibles problemas que podían aparecer en el futuro inmediato. Para la resolución de los mismos se entrenó en la técnica de solución de problemas y se recordó el procedimiento y objetivos de las técnicas ya entrenadas a lo largo de la intervención. El objetivo era proporcionar a la pareja recursos y estrategias para el mantenimiento a largo plazo de los logros obtenidos y el establecimiento de expectativas realistas y positivas, tanto a nivel sexual como en la exposición a revisiones ginecológicas, esto es, fomentar el sobreaprendizaje. Se recordó la importancia de programar encuentros periódicos dedicados a la pareja y a sesiones de focalización sensorial, de significativa importancia para el mantenimiento de la intimidad, reciprocidad, comunicación e interacción sexual placentera libre de la demanda coital.

Las dos últimas **sesiones, 33 y 34**, fueron de *seguimiento*, en las que se realizó un balance de los progresos y una exposición de dificultades y afrontamiento de las mismas. El objetivo de estas sesiones se centró en el mantenimiento y generalización de los resultados.

### 9.3. Resultados de la intervención

Se han conseguido los siguientes

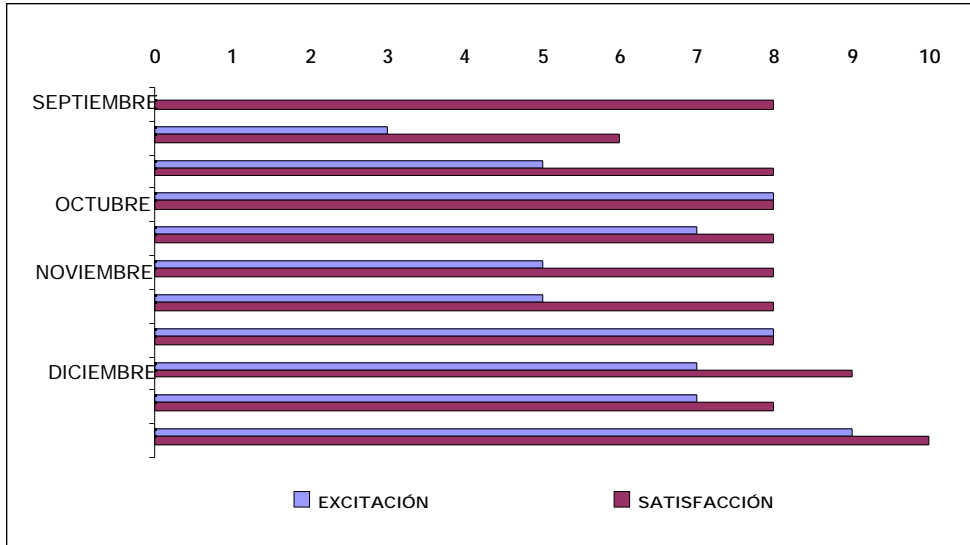
objetivos a través del proceso terapéutico:

En primer lugar el establecimiento de un patrón de interacciones sexuales completas, con plena satisfacción y ausencia de dolor asociado a la penetración, enriqueciéndose además el repertorio de habilidades sexuales y un conocimiento más exacto acerca del sexo. En las gráficas 1 y 2, se muestra la evolución en las respuestas de excitación y satisfacción (información obtenida a través de los registros completados por la paciente tras las interacciones sexuales) durante el proceso de la focalización sensorial.

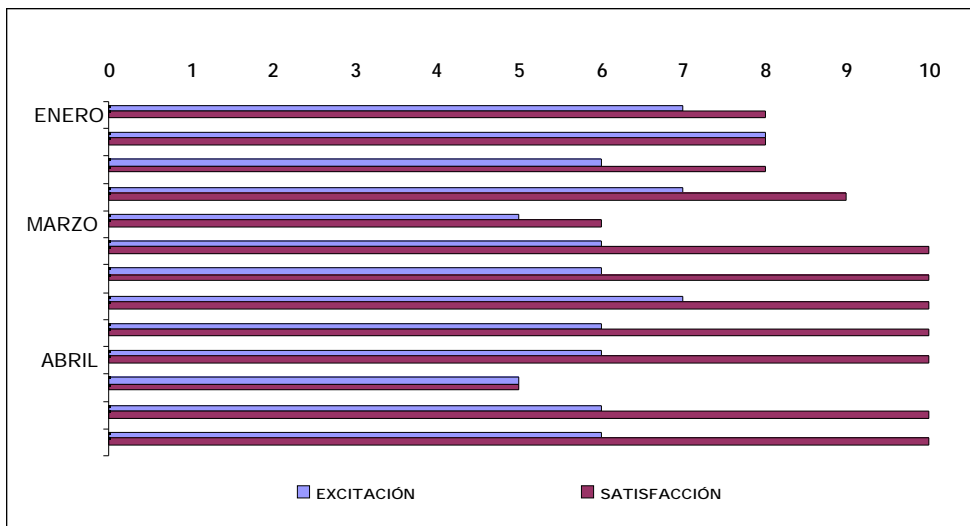
En segundo lugar, la paciente ha conseguido un alto nivel de control en relación a los músculos de la vagina y ausencia de respuesta de ansiedad ante las dos situaciones temidas, exploración ginecológica y coito completo. Los resultados de la exposición a través de la dilatación vaginal progresiva están representados en los gráficos 3 y 4.

Durante todo el proceso terapéutico, se le pidió a la paciente que elaborara una lista de logros progresiva. Se expone a continuación, la lista de logros alcanzados en un momento intermedio de la intervención (sesión 15) elaborada por ella misma:

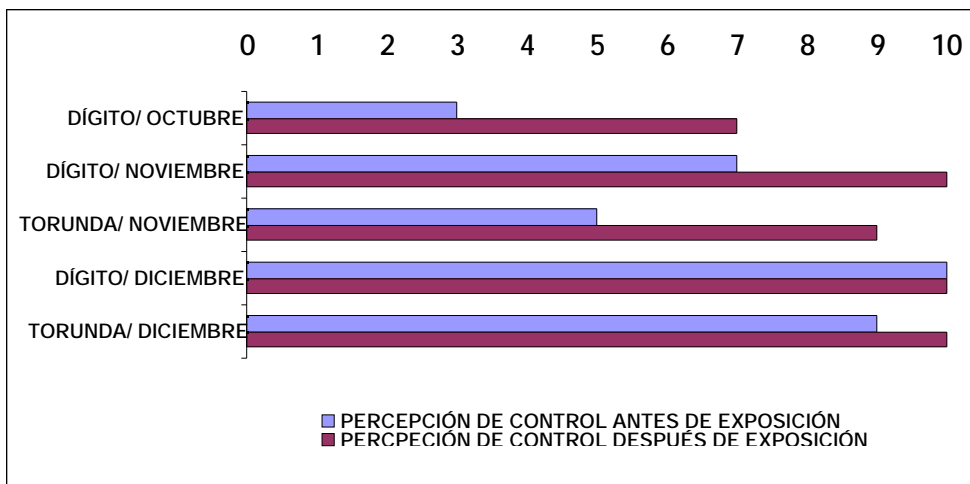
**GRÁFICA 1**  
**Evolución de las respuestas de excitación y satisfacción**  
**en la focalización sensorial no genital**



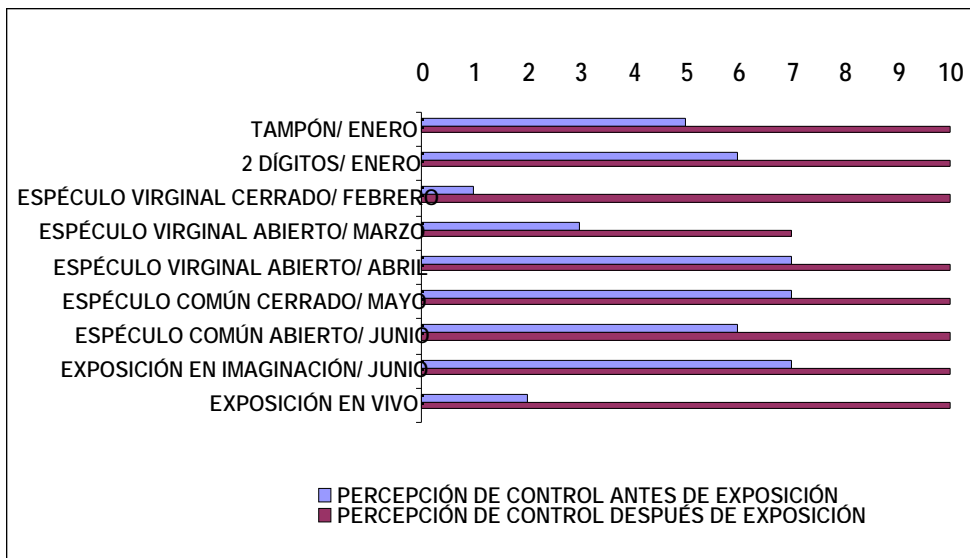
**GRÁFICA 2**  
**Evolución de las respuestas de excitación y satisfacción**  
**en la focalización sensorial genital (inserción de 1 y 2 dedos)**



**GRÁFICA 3**  
**Evolución de las respuestas de percepción de control en el proceso de exposición gradual**



**GRÁFICA 4**  
**Evolución de las respuestas de percepción de control en el proceso de exposición gradual**



**Lista de logros:**

— *Aprender a quererme un poquito más a mí misma.*

— *Apreciar las “cosas buenas” de mi cuerpo y saber que no todo es negativo.*

— *Pasearme desnuda por toda la casa.*

— *Lograr introducirme “objetos extraños” en mi vagina y ver que no pasa nada.*

— *Una mejoría considerable en mi relación de pareja.*

— *Reducir mi obsesión por el coito y saber apreciar otros aspectos: el objetivo de la relación sexual no es la penetración sino disfrutar, el placer.*

— *Manifestarme, es decir, dar mi opinión cuando no esté de acuerdo.*

— *Centrarme en mi felicidad y dar importancia a lo que realmente la tiene.*

En tercer lugar, ha superado la revisión ginecológica en repetidas ocasiones, pudiendo realizarle todas las pruebas necesarias (citología y ecografía vaginal), sin experimentar niveles elevados de ansiedad y con un alto nivel de autocontrol percibido.

En cuarto lugar, ha logrado quedarse embarazada, manifestando una alta satisfacción ante la noticia y un afrontamiento adecuado, ya que refiere encontrarse preparada sin que la situación futura del parto le suponga respuestas de temor.

Las sesiones de exposición junto con las técnicas cognitivas y psicoeducativas, han conseguido una reducción de los pensamientos automáticos negativos y creencias erróneas, respecto a las conductas problemáticas (antes/ durante y después de la exposición a la situación problema), así como la habituación de la ansiedad ante las mismas. De este modo, la reducción de los niveles de ansiedad, desaparición de pensamientos distorsionados y comprobación de resolución (exposición) de las situaciones temidas, han permitido a la paciente mejorar las relaciones sexuales con su pareja, exponerse repetidamente a exploraciones ginecológicas e ingresar de nuevo en un programa de esterilidad, con los requerimientos de este tipo de intervenciones, estando preparada para quedarse embarazada y superar el parto.

Se ha producido una mejoría clínicamente significativa respecto a la comunicación y reciprocidad en la pareja. Ambos refieren que su relación ha mejorado, creándose una mayor intimidad entre ellos, disfrutando de las actividades que

realizan juntos (que antes del tratamiento no realizaban) y sintiéndose más respetados y comprendidos por el otro. La paciente añade además que el entrenamiento en habilidades asertivas ha favorecido sus relaciones laborales, generalizándolo a esta área de forma autónoma, favoreciendo además un mejor desarrollo de su autoestima. Los resultados del Inventario de Asertividad, de Gambrill y Richey (1975), en el postratamiento indican que han remitido los déficits que manifestaba la paciente al iniciar el mismo.

En el proceso terapéutico se sucedieron una serie de dificultades que enlentecieron de forma significativa los progresos. El cambio gradual que se exigía en la intervención requería un alto coste para la paciente, especialmente por la percepción de amenaza de las tareas exigidas. Aparecieron por ello una serie de dificultades que tuvieron que ser subsanadas paralelamente, estas son:

1. La falta de realización de las tareas intersesiones o cumplimiento de las mismas en cuanto a la frecuencia requerida. Este problema aparecía tras la petición de una tarea novedosa, percibida por la paciente o pareja como amenazante o excesivamente demandante (p.ej., ante la petición de tres interacciones sexuales semanales en la

focalización sensorial o inserción del espéculo). Ambos acudían con excusas justificativas de no cumplimiento como falta de tiempo, cansancio o imposibilidad de encontrar un momento adecuado para realizarlo. Para el manejo de este problema se daban pautas aún más precisas sobre la realización de los ejercicios (incluyendo instrucciones sobre la hora de realización, miembro de la pareja responsable de iniciar la interacción, etc.) y se utilizaba la técnica de solución de problemas para otras dificultades en el curso de la puesta en marcha de las tareas, así como la práctica necesaria para cualquier tipo de aprendizaje.

2. La ausencia de colaboración del marido en los primeros momentos de la intervención. Fue necesario requerir la presencia de la pareja a través de contacto telefónico y escrito. Se le explicó la importancia de su colaboración en base a tres objetivos. En primer lugar para corroborar los datos proporcionados por su mujer, en segundo término, para comprobar si él necesitaba algún tipo de asistencia y por último, para explicarle y aclarar que el problema de un miembro de la pareja es un problema de dos, por lo que el éxito del programa dependía de su ayuda, siendo un instrumento de gran importancia para su pareja, de apoyo y efectividad y rapidez en el tratamiento. Se

llegó a un acuerdo con él a través de contrato terapéutico, comprometiéndose a la asistencia a sesiones cuando la terapeuta le solicitara y cooperación en los ejercicios y tareas a realizar en periodos inter-sesiones.

## 10. Discusión

En este trabajo se expone el caso de una mujer con dos problemas psicológicos, por un lado, una disfunción sexual por dolor, vaginismo y por el otro una fobia específica a la situación de exploración ginecológica. Ambos trastornos están íntimamente relacionados, especialmente en relación a los factores de predisposición o vulnerabilidad psicológica previa de la paciente. Sin embargo, el origen de cada uno de ellos se desencadena en momentos distintos, siendo primario el vaginismo.

Las disfunciones sexuales suelen estar frecuentemente relacionadas con otros problemas, en este caso concretamente con problemas de pareja (deterioro de la comunicación, reciprocidad y relaciones sexuales).

La intervención pues, se realizó de un modo individual y en pareja, con el objetivo de fomentar la participación del cónyuge y facilitar las habilidades adecuadas de comuni-

cación, sexuales y de resolución de problemas. Como se ha descrito anteriormente, inicialmente hubo dificultades para lograr la colaboración activa de la pareja en el tratamiento y durante todo el proceso se caracterizó por una disposición poco constante, lo que demoró el proceso de aprendizaje y adquisición de logros terapéuticos. Sin embargo, la paciente manifestó una alta adherencia a el periodo de intervención, realizando las tareas indicadas y cumpliendo con las restricciones señaladas, lo que neutralizó en parte la ausencia de colaboración del marido.

La investigación para los tratamientos eficaces para el vaginismo en la actualidad, no cuenta con tratamientos empíricamente validados. Se han descrito, sin embargo, diferentes técnicas y combinaciones que suelen obtener buenos resultados, entre otros: la desensibilización sistemática y/o técnicas de exposición, entrenamiento en el músculo pubocoxígeo e inserción de dilatadores vaginales de tamaño creciente, etc. No suelen incluirse técnicas cognitivas en el tratamiento de las disfunciones sexuales, aunque en el caso descrito si se utilizan por la estrecha relación de las creencias irracionales con el mantenimiento del problema.

Para el problema de vaginismo, este caso, se combinaron diferen-

tes técnicas de tipo cognitivo-conductual, como: psicoeducación, técnicas de exposición y dilatación vaginal progresiva, focalización sensorial, entrenamiento en autoexploración y autoestimulación y solución de problemas. Para la fobia específica se utilizaron técnicas de desactivación, exposición en vivo y en imaginación, técnicas distractoras, autoinstrucciones positivas y detención del pensamiento, discusión cognitiva y solución de problemas. Al desarrollarse el programa de tratamiento de forma paralela, las técnicas entrenadas podían utilizarse de forma indistinta y aplicarse a ambos problemas (especialmente las relacionadas con estrategias de afrontamiento). Se han combinado pues técnicas cognitivas y conductuales, incluyendo la exposición como la técnica más potente para el tratamiento de la fobia y la terapia cognitiva como combinación, ya que potencia e incrementa los resultados positivos. Por último, para el

problema de pareja, se incluyó en el programa de tratamiento el entrenamiento específico en habilidades asertivas y expresión de sentimientos para ambos miembros de la pareja con el objetivo de mejorar la relación.

Se han conseguido eliminar los dos problemas de forma consistente, ya que no solo se mantienen los resultados en el seguimiento al mes y tres meses, sino que la paciente ha conseguido nuevos logros en primer lugar, iniciar el programa de fertilidad, lo que implica numerosas revisiones ginecológicas en las que se incluyen diversas pruebas en segundo lugar, ha conseguido quedarse embarazada, noticia que acogieron ambos miembros de la pareja con alta satisfacción.

Así, en vista a los resultados, podemos concluir que el programa de tratamiento diseñado para este caso de vaginismo y fobia a la exploración ginecológica, ha resultado eficaz.



## REFERENCIAS

- A.P.A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª Edic.) (DSM-IV)*. Washington: A.P.A. (Traducción española, Barcelona: Masson, 1995).
- A.P.A. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR*. Washington: A.P.A. (Traducción española, Barcelona: Masson, 2002).
- Anthony, M.M., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Vol.1. Madrid: S.XXI.
- Cáceres Carrasco, J. (1993). *Problemas de pareja: diagnóstico, prevención y tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Capafons, J.I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D. y Viña, C.M. (1999). A reattributional training program as a therapeutic strategy for flying phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 259-272.
- Carrasco, M.J. (2001). *Disfunciones sexuales femeninas*. Madrid: Síntesis.
- Costa, M. y López, E. (1999). *Como vencer la pereza sexual*. Madrid: Temas de Hoy.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1975). *Assertion inventory for use in assessment and research*. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Hartman, L.M. y Daly, E.M. (1983). Relationship factors in the treatment of sexual dysfunction. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 153-160.
- Labrador, F.J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Labrador, F.J. (Dir.) (1994). *Guía de la sexualidad*. Madrid: Espasa Calpe.
- Rosen, R.C. y Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: an integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual Therapy. A cognitive-behavioural approach*. Londres: Chapman y Hall.
- Vallejo, M. (1998). *Manual de terapia de conducta*. Vol.1. Madrid: Dykinson.