[DISPAREUNIA](http://www.sexsalud.org.ar/4/post/2011/03/dispareunia.html)03/08/2011

**APRUMORANDO A SAUDE SEXUAL**  
  
**En Instituto Paulista de sexualidad. San Pablo. Summus Edit. 2001**  
  
**CAPITULO DISPAREUNIA**  
  
  
  
***Lic. Virginia Martínez Verdier (\*)***  
  
**Introducción:**  
  
La dispareunia es un trastorno sexual poco común. Masters, Johnson y Kolodny mencionan que sólo entre el 1 y 2% de las mujeres suelen padecerlo como un síntoma permanente y que, en cambio el 15% alguna vez durante el año siente algún dolor genital durante el coito.  
  
Parece que el bajo porcentaje de incidencia repercute también en los escasos trabajos científicos publicados sobre el tema. En ese sentido, resulta dificil actualizar los conceptos habituales de esta disfunción. Incluso, los autores tradicionales se dedican a describirla pero no mencionan el abordaje terapéutico específico. En Internet se pueden encontrar algunos artículos pero ninguno con un grado de profundidad que los diferencie de los ya conocidos.  
  
La dispareunia se manifiesta como dolor genital durante el coito. Puede ser padecida tanto por varones como por mujeres. Sin embargo, el mayor porcentaje recae sobre las mujeres. En este capítulo nos dedicaremos a la dispareunia femenina.  
  
La dispareunia es un motivo habitual de consulta entre los médicos ginecólogos. Una mujer puede llegar al consultorio sexológico motivada por esta dificultad o derivada por su médico luego de haber descartado las posibles causas orgánicas. El dolor durante la penetración puede tener varios orígenes. Un diagnóstico preciso permitirá evaluar si las causas son orgánicas o no.  
  
En este capítulo, aunque mencionaremos las causas orgánicas, nos detendremios especialmente en el origen emocional y vincular de la dispareunia, ya que esos serán los puntos de trabajo en una terapia sexual.  
  
**En búsqueda del diagnóstico:**  
  
Masters, Johnson y Kolodny afirman que la dispareunia se da a cualquier edad y puede aparecer antes, durante o después del coito. El dolor aparece como ardor, dolor cortante, quemadura o contracción.  
  
Para realizar el diagnóstico es necesario determinar la zona específica de dolor, si es interna o externa y en qué parte de la vagina (introito, media, o profunda), si es en la vejiga, en el útero o en el cérvix. Es fundamental identificar el tipo de dolor, su localización, duración, intensidad y cuándo comienza y cuándo termina.  
  
Aunque el dolor es el síntoma que caracteriza a la dispareunia, es importante tener en cuenta las consecuencias que el dolor puede provocar en la respuesta sexual, ya que puede alterar el deseo, la excitación y el orgasmo.  
  
Como con toda disfunción sexual, será necesario evaluar si el síntoma es:  
  
· Transitorio: sucede a veces.  
  
· Permanente: acaece siempre.  
  
· Situacional: se genera con determinado compañero sexual, estímulo o contexto en especial.  
  
· Generalizado: surge con todos los compañeros sexuales y en todas las circunstancias.  
  
Este trastorno puede ser de origen orgánico o sexológico. Si acaece en determinado momento de la vida, es posible que sea síntoma de una inflamación o infección genital.  
  
Si es transitorio y situacional es problable que el origen sea sexológico, con compromiso emocional y fundamentalmente vincular. Algo le pasa a esa mujer con ese varón en esa situación particular. Su pronóstico es favorable.  
  
En cambio, si su aparición es permanente y generalizada, luego de diferenciar que no haya causas orgánicas, los motivos emocionales y vinculares serán más dificiles de abordar con la terapia.  
  
Si es un síntoma recurrente es necesario pensar que el encuentro sexual no se está realizando de manera armónica o que esa mujer está tensa o desconectada de la capacidad de sentir placer. Profundizaremos en estos aspectos más adelante.  
  
**La dispareunia según el DSM-IV:**  
  
El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su Capítulo sobre Trastornos sexuales y de la identidad sexual, ubica a la*Dispareunia no debida a una enfermedad médica*, en el punto F52.6 (302-76).  
  
Considera como Criterio A al dolor genital durante el coito. Puede aparecer antes durante o después de la relación sexual. En el Criterio B menciona que el dolor puede ser superficial durante la penetración o profundo durante los movimientos coitales. La intensidad de los síntomas comprende desde una sensación de leve malestar hasta un dolor agudo. En el Criterio C aclara que no se debe exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación ni a los efectos de drogas o fármacos o por una enfermedad médica.  
  
No es considerado dispareunia el dolor ocasional durante el coito que no es persistente ni trae malestar ni dificultad en la relación interpersonal.  
  
Considera los subtipos comunes a todas las disfunciones:  
  
· De toda la vida: el trastorno existió desde el inicio de la vida sexual.  
  
· Adquirido: la perturbación aparece después de un período sexual normal.  
  
· General: el trastorno no se limita a cierta clase de estímulaciones, situaciones o compañeros.  
  
· Situacional: se limita a cierto contexto.  
  
· Debido a factores psicológicos: las enfermedades médicas y las sustancias no desempeñan ningún papel en la etiología.  
  
· Debido a factores combinados: entre lo psicológico y lo médico.  
  
**Dispareunia de origen orgánico:**  
  
En este apartado incluiremos las diversas causas de origen orgánico que pudimos recabar según el DSM IV, Mc Cary, Kaufman, Masters, Johnson y Kolodny y algunos artículos extraidos de Internet. Llama la atención que ninguno de esos autores menciona todas las causas de origen orgánico. La sumatoria de sus aportes dio el siguiente resultado:  
  
Las **enfermedades orgánicas** que pueden provocar dispareunia son:  
  
· Endometriosis o adherencias.  
  
· Enfermedades gastrointestinales.  
  
· Utero desplazado o prolapsado.  
  
· Pólipos, quistes y tumores en el útero, los ovarios o la vagina.  
  
· Infecciones locales: hongos, tricomonas, herpes, monoliasis.  
  
· Afecciones dermatológicas locales: foliculitis, pediculosis púbica, tiña crural, psoriasis, etc.  
  
· Enfermedades transmisibles sexualmente, con síntomas genitales: chancro blando, granuloma inguinal, linfogranulomatosis venérea.  
  
· Diabetes.  
  
· Irritación o infección del clítoris.  
  
· Infección de las glándulas de Bartholino.  
  
· Enfermedades del ano.  
  
· Irritaciones o infecciones del tracto urinario: Uretritis, cistitis.  
  
Las **cuestiones orgánicas que no son patológicas** pero que influyen negativamente son:  
  
· Cicatrices vaginales, generalmente por la episiotomía realizada en el parto.  
  
· Atrofia vaginal postmenopáusica.  
  
· Vagina corta por defecto congénito: síndrome de Turner y feminización testicular.  
  
· Utero en retroversión.  
  
· Congestión pélvica crónica por anorgasmia  
  
· Por el tamaño o la forma anómala del pene (enfermedad de Peyronie).  
  
· Derivación temporal de estrógenos durante la lactancia.  
  
· Himen imperforado o rígido.  
  
· Himen intacto o restos de himen que se estiran durante el coito.  
  
· Por deficiencia de estrógenos.  
  
· Durante el embarazo, por las contracciones del útero o la congestión pelviana permanente.  
  
Los **hábitos, las conductas o situaciones particulares** que pueden producir dispareunia son:  
  
· Irritación por productos químicos anticonceptivos: jaleas, cremas, espumas, supositorios.  
  
· Inflamación por el material del diafragma y de los condones.  
  
· Inflamación por mantener colocado el diafragma un mayor tiempo del necesario.  
  
· Exceso de lavados vaginales  
  
· Irritación genital por ropa interior de nylon y pantalones muy ceñidos.  
  
· Fármacos y drogas que tienen efecto desecante, como antihistamínicos, sedantes y marihuana.  
  
· Dermatitis químicas por jabones o sprays perfumados.  
  
· Por la utilización del dispositivo intrauterino.  
  
**Dispareunia y postmenopausia:**  
  
Dejando de lado posibles causas emocionales o vinculares que sostengan este síntoma en las mujeres postmenopáusicas, en ellas suele ser habitual el dolor con la penetración por motivos claramente orgánicos.  
  
Flores Colombino, detalla, entre otras reacciones genitales en la mujer anciana, que:  
  
· Después del coito puede producirse dolor quemante al orinar por atrofia de las paredes vaginales que ya no pueden amortiguar la irritación normal de la penetración.  
  
· Las paredes de la vagina pasan a ser lisas y muy finas. Disminuye la longitud y la anchura de la vagina y la capacidad de dilatarse durante la excitación y la meseta.  
  
· La lubricación demora de 1 a 3 minutos en aparecer, a diferencia de la juventud que oscilaba entre 10 y 30 segundos. La lubricación es de menor cantidad, salvo en los casos de actividad sexual mantenida.  
  
· La plataforma orgásmica, está mantenida aunque hay menor vasodilatación y la entrada de la vagina es más estrecha.  
  
· El útero reduce su tamaño, se eleva poco en la meseta y durante el orgasmo son frecuentes los calambres dolorosos intensos, sobre todo si no se tiene una frecuencia sexual regular.  
  
· Puede haber dolor durante el coito por los cambios hipoestrogénicos.  
  
· Los tipos de dolor pueden ser: ante la penetración, con sensación vaginal quemante, dolor pelviano y malestar abdominal vago.  
  
Es interesante recalcar que si estas mujeres han llevado y llevan una vida sexual activa y satisfactoria es más dificil que el dolor aparezca, ya que sus genitales se mantienen en mejor estado.  
  
**Causas educativas, emocionales y vinculares de la dispareunia:**  
  
Como mencionamos más arriba, las causas educativas, emocionales y vinculares de la dispareunia son las que fundamentalmente nos interesan a los sexólogos, ya que es allí donde podremos operar.  
  
La dispareunia, como los demás trastornos sexuales que no son de origen orgánico, se basan fundamentalmente en:  
  
· Una educación sexual represiva.  
  
· El mantenimiento de creencias y prejuicios que sólo producen frustración, displacer y sufrimiento personal.  
  
· La culpa ante la expresión de la sexualidad.  
  
· Una personalidad inhibida.  
  
· Una infancia traumática en la expresión sexual.  
  
· Una historia sexual traumática.  
  
· El desconocimiento y la falta de información sexual.  
  
· La ausencia de experiencia sexual.  
  
· Stress, agotamiento y exceso de trabajo.  
  
· Ansiedad intensa.  
  
· Miedos irracionales ante las situaciones sexuales.  
  
· La recuperación de enfermedades recientes.  
  
· El temor a quedar embarazada.  
  
· El temor a dañar al bebé durante el embarazo  
  
· La ausencia de deseo sexual y de lubricación vaginal causada por un inadecuado juego sexual.  
  
· La aversión a la pareja.  
  
· Una relación de pareja inmadura o insatisfactoria.  
  
· La ausencia temporaria de deseo por el compañero sexual.  
  
Las causas generales mencionadas pueden generar un trastorno sexual u otro. Su génesis dependerá de la manera en que se articulen los diversos motivos personalizados en cada individuo en particular.  
  
¿Porqué una mujer expresará sus dificultades emocionales, educativas o vinculares en la dispareunia y no en otro trastorno? Deberemos bucear en la historia personal de esa mujer para comprender el significado del síntoma y poder contextualizarlo.  
  
Además, las causas mencionadas tienen diferente valor patogénico, lo cual incidirá en un mejor o peor pronóstico ante la terapia sexual.  
  
La actitud de la pareja ante el síntoma influye notoriamente en él. El varón puede mostrarse muy comprensivo, a tal punto que prefiera evitar los encuentros sexuales, hasta el extremo de comportarse con resentimiento y exigencias que inhiben aún más a la mujer. En ese sentido, Sherwin Kaufman, dice taxativamente que “la dispareunia crónica impide el goce sexual y puede suponer una seria amenaza para la continuidad del matrimonio”.  
  
**La excitación sexual y la dispareunia:**  
  
La causa sexológica más común de la dispareunia es la excitación inadecuada, por lo cual, al no producirse la lubricación de la vagina, la penetración resulta dolorosa porque aquella no se dilata, el pene debe forzar la entrada y puede raspar las paredes vaginales.  
  
Suele ser habitual que las mujeres con dificultades en la excitación sientan que hay algo que no funciona bien, pero no tengan claro dónde está el problema.  
  
Fisiológicamente, la excitación se manifiesta como la llegada de sangre a la zona genital. Las mujeres necesitan alrededor de 500 centímetros cúbicos para que la congestión pelviana alcanzada le permita ingresar en la plataforma que impulsa el orgasmo. Además, durante la excitación la vagina se lubrica para que la penetración no sea dolorosa.  
  
Estos cambios genitales van acompañados a su vez por modificaciones en todo el organismo: la respiración comienza a acelerarse y agitarse, el pulso cardíaco también se acelera, aumenta la temperatura externa del cuerpo llevando a la sudoración. Los pechos aumentan de tamaño, los pezones se yerguen. Los músculos van poniéndose cada vez más tensos, todo el cuerpo “se prepara para la lucha”. Como sucede también en la práctica de los deportes, toda actividad física requiere de un precalentamiento.  
  
Hasta aquí, sólo estamos mencionando las modificaciones que se relacionan con la fisiología; sin embargo lo emocional y la relación de pareja influyen decisivamente en la capacidad de despertar al organismo físico.  
  
Las perturbaciones en la excitación pueden ser motivadas por diversas situaciones. La más común es la estimulación inadecuada, en cantidad y en calidad.  
  
En relación a la calidad, si el compañero no sabe cuáles zonas corporales de su mujer son más sensibles, o qué tipo de estímulo, con qué ritmo y frecuencia su pareja lo necesita, lo más probable es que haga lo que supone que es correcto, aunque tal vez no lo sea. Cada mujer es única y tiene necesidades únicas.  
  
En relación a la cantidad, otra situación ligada a la anterior es el escaso o inexistente juego sexual previo. La pareja no utiliza diversas conductas sexuales que puedan estimularlos e incrementar su deseo, ni se detienen largamente en cada una de ellas. Pasan directamente -o casi directamente- a practicar la penetración.  
  
Las mujeres necesitan entre 20 y 40 minutos para que su cuerpo esté disponible para completar la respuesta sexual. Los tiempos dependerán de las características de personalidad de cada mujer, del tipo de relación de pareja, del conocimiento y la confianza recíprocas, del momento vital, del estado de ánimo situacional, entre otras cuestiones.  
  
Pero más allá de todo esto, los tiempos femeninos son más prolongados que los masculinos, por mandatos culturales y también por las diferencias en las estructuras anatómicas genitales. El varón sólo necesita entre 70 y 90 mm. para llenar de sangre su pene, las mujeres necesitan 500mm. Además no tienen reservorios que dificulten la vuelta de la sangre a la corriente general, como sí tiene el varón.  
  
Teniendo en claro las necesidades fisiológicas de las mujeres para alcanzar una plena excitación, es importante que recordemos la influencia de las emociones en la capacidad de dejarse llevar por el placer.  
  
Una mujer enojada, triste, preocupada, asustada, no se excitará. Tanto sean estos sentimientos movilizados por motivos ajenos a la pareja, o por motivos relacionados con la pareja.  
  
Recapitulando: Una mujer mal estimulada, poco estimulada o con sentimientos negativos en su mente durante el encuentro sexual, no se excitará o lo hará escasamente, empobreciendo su satisfacción personal y, probablemente, la de su pareja. Algunas mujeres, además, padecerán de dolor al ser penetradas. Puede así crearse un círculo vicioso, en el cual, el dolor genere miedo de sentirlo, y el miedo genere tensión, ésta genere aún mayor dolor. Así mismo, el miedo suele provocar evitación de la situación temida, por lo cual la mujer perderá su deseo sexual o se excitará cada vez menos.  
  
**La importancia del juego sexual:**  
  
Se denomina juego sexual al momento de acercamiento íntimo previo al coito, en el que varones y mujeres llevan a cabo diferentes conductas sexuales.  
  
Algunas parejas suelen acortar su duración a escasos minutos, pasando con rapidez a lo supuestamente importante: la penetración y el orgasmo concomitante.  
  
Si preguntamos a la mujer de esa pareja imaginaria acerca de su satisfacción sexual, probablemente responda que es baja o nula, o que no pudo alcanzar el orgasmo, o que sintió dolor al ser penetrada. Si le preguntamos al varón de esa pareja, es probable que centre su satisfacción en que pudo llegar a su orgasmo.  
  
Otras parejas se disponen a encontrarse sexualmente. Se dan tiempo para intercambiar besos, caricias, mimos, masajes… De esta manera, la excitación sexual va aumentando paulatinamente hasta que llega la necesidad de alcanzar el clímax. Probablemente, si les hacemos la misma pregunta, estos varones y mujeres puedan contestarnos que todo el encuentro fue satisfactorio, y que el orgasmo fue “la cereza del postre”.  
  
El juego sexual es indispensable para que las personas puedan expresar libremente sus deseos y conductas sexuales. Pero, en el caso de las mujeres es fundamental ya que  
  
-fisiológicamente- la excitación femenina es más lenta que la masculina. Si la mujer no alcanza altos niveles de excitación, tendrá dificultades para alcanzar su orgasmo y, en el tema que nos ocupa, algunas mujeres sentirán dolor al ser penetradas.  
  
La excitación fisiológica de los varones es rápida, pero su mayor calidad e intensidad se logra sosteniendo temporalmente las sensaciones de placer. El orgasmo así alcanzado tiene una vivencia de mayor satisfacción.  
  
¿Porqué será que a algunas parejas no se les ocurre prolongar el juego sexual, limitando sus encuentros a una mera “descarga higiénica”?  
  
Algunas, pueden pensar que el juego sexual es una pérdida de tiempo; que no es necesario ya que lo único verdaderamente importante es el coito y el orgasmo.  
  
Otras, no se lo permiten porque diversas emociones (miedos, culpa, angustia), o ideas (prejuicios o creencias aprendidos generalmente en la infancia) inhiben su expresión sexual, reduciéndola al mínimo posible.  
  
Otras, mantienen relaciones sexuales con una persona a la que no quieren o no desean, pudiendo hacerlo incluso, por obligación. En este caso, las personas suelen pensar que cuanto más rápido se termine con la situación, mejor.  
  
El juego sexual, como juego adulto, tiene sus raíces en los intercambios amorosos de la adolescencia. La “franela”, término utilizado en otros tiempos, o la “transa”, término actual, forma parte del aprendizaje indispensable para mantener una adecuada salud sexual.  
  
Los adolescentes aprenden así a conocer su propio cuerpo y sus sensaciones. Así mismo, estos encuentros les permiten prolongar el inicio de la vida sexual coital hasta que puedan llevarla a cabo con el cuidado, el respeto y la responsabilidad que merece.  
  
Aunque ya no es tan habitual, los adolescentes varones que se inician con el sexo pago, aprenden a apurarse y a valorizar sólo el placer genital así como sus propias necesidades sin tener en cuenta las necesidades de su compañera.  
  
Los adolescentes, tenderán a incluir estos aprendizajes en su adultez. Si pudieron valorizar las conductas previas, sus encuentros sexuales futuros podrán ser saludablemente placenteros.  
  
Lo que no se aprendió en la adolescencia siempre hay tiempo para aprenderlo; sólo depende de la disposición. Los adultos también pueden aprender a mantener una sexualidad sana donde la intimidad y la comunicación -corporal y verbal- predomine sobre los instintos. Por algo la naturaleza nos hizo seres humanos.  
  
**Dispareunia y vaginismo:**  
  
Como mencionábamos más arriba, el DSM IV diferencia a la dispareunia del vaginismo. Esto es así porque habitualmente se los asocia, ya que el dolor puede impedir la penetración y a la vez, ante el intento de penetración aparece el dolor.  
  
El vaginismo se produce por la contracción involuntaria de los músculos perivaginales, por lo cual, la entrada de la vagina “desaparece”, el varón se encuentra con un tabique, es como si la mujer no tuviera nada para ser penetrado.  
  
El miedo al dolor es una de las causas de esta alteración. La mujer “se defiende” no permitiendo el coito, pero lo hace inconcientemente. Puede excitarse mientras sepa que no será penetrada, cuando esta posibilidad aparece, el peligro la hace “cerrarse”.  
  
Pueden ser mujeres que mantengan su respuesta sexual completa -deseo, excitación, orgasmo- mientras no se sientan amenazadas por la penetración. Cuando esta posibilidad aparece puede surgir el dolor, o simplemente, “la pared”.  
  
Causas más profundas nos hablan de un temor irracional (fobia) a la penetración. Generalmente son mujeres que tuvieron una sexualidad infantil fuertemente reprimida o traumatizada (abuso sexual). El momento actual vuelve a hacer presente ese pasado doloroso y se defiende de su pareja como si fuera aquel victimario de la infancia.  
  
Este trastorno sexual femenino requiere de una tarea constante de recuperación de la confianza y de estimulación del crecimiento personal de la mujer que lo sufre. Ha quedado paralizada en aquella nena, y las nenas no tienen relaciones coitales. Es necesario que aprenda a ser mujer adulta sin temor y que vaya descubriendo que la penetración en sí no es peligrosa.  
  
**La dispareunia y el matrimonio no consumado:**  
  
En el matrimonio no consumado suelen vincularse alteraciones sexuales de ambos miembros de la pareja: disfunción erectiva o eyaculación precoz ante portas en el varón con dispareunia o vaginismo en la mujer. En estos casos, pueden ser parejas que hayan tenido relaciones sexuales durante años, manteniendo la respuesta sexual completa, pero sin haber llegado a la penetración, tradicionalmente llamado “consumación matrimonial”.  
  
Los motivos de esta situación pueden encontrarse en causas orgánicas, pero son sostenidas largamente por cuestiones emocionales de ambos. La penetración necesita de cierta dosis de agresión sana para ser llevada a cabo, si un varón teme dañar, no penetrará. Si una mujer teme ser dañada, no permitirá ser penetrada Incluso esta dificultad puede no ser motivo de preocupación hasta que la pareja desea tener un hijo o si alguno de los dos comienza a hacer modificaciones personales que lo ubican en un lugar diferente al que tenía cuando hizo el “pacto inconciente de no agresión”.  
  
**Primera relación sexual coital y dispareunia:**  
  
La fantasía de las mujeres vírgenes transmitidas de generación en generación es que durante la primera relación coital sentirán dolor intenso y sangrarán. Es cierto que el himen, si no ha sido estirado, requiere de cierta presión para que se desprenda. Esto puede provocar dolor o no. Además recordemos que existen mujeres vírgenes que ya no tienen su himen, sea por la práctica de deportes o el uso de tampones.  
  
El temor a la experiencia dolorosa puede generar realmente dolor. Este miedo está basado en el desconocimiento del funcionamiento de su cuerpo y en la ansiedad que acompaña ese momento, el cual al incrementar la tensión impide la relajación de los músculos perivaginales, que pueden reaccionar dolorosamente ante la presión del pene.  
  
Las vivencias de las primeras relaciones sexuales coitales suelen dejar marcas en la manera futura de manifestar su vida sexual. Las mujeres con una sexualidad inhibida y reprimida pueden considerar a la primera experiencia dolorosa como la manera habitual de relacionarse sexualmente. Por lo cual quedarán condicionadas a repetir el dolor.  
  
**En qué consiste la Terapia sexual:**  
  
*“El terapeuta sexual debe tener una vasta formación y conocimientos básicos en numerosas disciplinas éticas, psicológicas y terapéuticas. Debe conocer su filosofía sexual y la de la cultura en la que trabaja… No todo debe reducirse al entrenamiento del psicólogo o médico para la aplicación de técnicas aparentemente sencillas y eficaces…*  
  
**La** terapia sexual *no es el arte de curar a los sexualmente enfermos, ni modificar a los sexualmente desviados. Su verdadero objetivo no es resolver una disfunción sexual, aunque con frecuencia lo haga y esta sea la meta inicial del consultante, sino acrecentar y mejorar la capacidad de goce de la propia sexualidad, y en este sentido la educación sexual es también terapéutica y la terapia sexual es una reeducación sexual o una educación especial“.*Octavio Giraldo Neyra. Colombia  
  
Así como las causas sexológicas de la dispareunia pueden serlo también de otros trastornos sexuales, la terapia sexual utiliza técnicas generales que son comunes a todas las disfunciones y otras técnicas que son específicas a cada trastorno. Para ocuparnos del tratamiento de la dispareunia, necesitamos realizar previamente una contextualización sintética de la terapia sexual en general.  
  
La terapia sexual se encuadra dentro de las psicoterapias de objetivos limitados. Integra conceptos y recursos de diversas escuelas psicológicas: cognitiva, psicoanalítica, sistémica, bioenergética, gestalt, psicodrama, entre otras.  
  
**Los objetivos de la terapia sexual son:**  
  
· Educar sexualmente en valores y armonía personal.  
  
· Resolver la disfunción evitando el desplazamiento a otras áreas de la conducta.  
  
· Mejorar la capacidad de goce de la sexualidad como energía de vida.  
  
· Diferenciar lo genital de lo sexual.  
  
**Los pasos básicos de toda terapia sexual**los desarrolla el Esquema Plissit conceptualizado por Annon:  
  
**P** permiso  
  
**LI**información limitada  
  
**SS** sugerencias especificas  
  
**IT** terapia intensiva sexual  
  
Los primeros tres niveles pueden ser abordados por un educador sexual o un terapeuta no especialista, ya que prima fundamentalmente la actitud positiva del operador hacia la sexualidad, lo que desinhibe al consultante. En cambio el cuarto nivel requiere de la intervención de un especialista en Sexología Clínica que utilice técnicas y estrategias psicoterapéuticas y sexólogicas.  
  
**El abordaje terapéutico puede ser:**  
  
· Individual  
  
· De pareja  
  
· Grupal  
  
En general el abordaje se realiza individual o vincularmente ya que para que sea grupal se necesita formar un grupo con sintomatología homogénea. Salvo en instituciones con un gran número de consultas habituales se dificulta la formación del grupo. Por otro lado el grupo resulta especialmente interesante para las personas sin pareja estable.  
  
**Los niveles de abordaje terapéutico** se basan en el grado de trastorno a tratar:  
  
Trastornos leves originados por:  
  
· Ignorancia.  
  
· Errores.  
  
· Prejuicios.  
  
· Creencias.  
  
· Reacciones emocionales superficiales.  
  
· Ansiedad, culpa y miedos leves.  
  
Su tratamiento tiene muy buen pronóstico y en tiempos breves.  
  
Desajustes por stress o situaciones externas críticas: Problemas laborales, divorcio, muerte de un familiar, embarazo, etc.  
  
El trastorno sexual es un síntoma de la crisis. Requieren de una mayor profundización terapéutica. Su tratamiento tiene muy buen pronóstico. Con tiempos intermedios de duración.  
  
Disfunciones sexuales generadas por:  
  
· Miedos, culpa o represión profundos.  
  
· Autoestima frágil.  
  
· Miedo al rechazo.  
  
· Ansiedad por el desempeño.  
  
Tienen un pronóstico más difícil. Requieren de intervenciones psicodinámicas.  
  
El tratamiento es más prolongado.  
  
Problemas sexuales vinculados a una psicopatología profunda individual o de la pareja:  
  
Se posterga la terapia sexual y se aborda la problemática individual o relacional general de la pareja, aunque no deja de tenerse en cuenta el Motivo de Consulta ya que fue la puerta de entrada al conflicto.  
  
Dificultades sexuales de origen orgánico:  
  
Se trabaja en conjunto con el médico especialista (ginecólogo, urólogo, andrólogo, neurólogo, endocrinólogo). Se centra la atención en los aspectos educativos de la sexualidad y en el acompañamiento del tratamiento orgánico.  
  
**Las técnicas de tratamiento** consisten en:  
  
Entrevistas de evaluación psicosexológica individual y de pareja.  
  
Entrevista Clínica de abordajes múltiples con intervención terapéutica activa tanto en relación a las conductas sexuales como no sexuales que están asociadas a la problemática en cuestión:  
  
§ Indicaciones.  
  
§ Información.  
  
§ Apoyo.  
  
§ Actitud positiva.  
  
§ Resolución de las resistencias.  
  
§ Movilización y replanteo de los prejuicios, creencias y sentimientos negativos hacia la sexualidad.  
  
§ Señalamientos.  
  
§ Interpretaciones psicodinámicas.  
  
§ Otras intervenciones creadas acorde a las situaciones puntuales acaecidas.  
  
Tareas generales y específicas a realizarse fuera de la consulta.  
  
La **duración del tratamiento** oscila entre 6 y 50 sesiones, según el diagnóstico etiológico. Promedian las 20 sesiones con una frecuencia semanal.  
  
Se realiza un **seguimiento** de la evolución de los resultados obtenidos a los 3, 6 y 12 meses, después de finalizado el tratamiento.  
  
Las **tareas o sugerencias** que se indican al paciente en tratamiento para realizar en su hogar son una herramienta fundamental, tanto para el diagnóstico como para el pronóstico. Una persona que recibe entusiastamente las indicaciones o que lucha contra sus propias resistencias tendrá un éxito asegurado. En cambio, una persona que se niega a hacer las tareas, que espera que el terapeuta haga todo por él y que mágicamente le resuelva sus dificultades sexuales, probablemente requerirá de un esfuerzo terapéutico mayor y el resultado será incierto. Este tipo de pacientes suele desertar.  
  
Así mismo, las tareas promueven el aprendizaje de nuevas conductas que reemplacen a las disfuncionales y operan sobre la estructura individual y de la pareja.  
  
Si bien existen una serie de tareas habituales catalogadas, la terapia sexual requiere de la creatividad del terapeuta para indicar determinados ejercicios acordes a cada paciente y cada situación particular.  
  
Entre las **tareas generales** podemos mencionar:  
  
· Lectura de bibliografía científica, de divulgación y erótica.  
  
· Videos educativos y eróticos.  
  
· Conversación con otros sobre sexualidad (amigos, familiares, pareja).  
  
· Revisión de la historia sexual.  
  
· Revisión de la historia de la pareja.  
  
· Decoración del dormitorio para lograr un ambiente cálido y erótico.  
  
· Hacer regalos eróticos a la pareja.  
  
· Elaboración de fantasías.  
  
· Recuperación de espacios propios.  
  
· Cronograma del tiempo personal para lograr tiempos dedicados a la intimidad.  
  
· Práctica de deportes no competitivos, ejercicio físico o trabajo corporal general.  
  
Las **tareas específicas** se separan en las **generales de autonocimiento** y las particulares de cada disfunción. Entre las primeras encontramos:  
  
· Conocimiento de la propia sensibilidad corporal.  
  
· Conocimiento de la sensibilidad corporal de la pareja.  
  
· Masajes no eróticos.  
  
· Masajes eróticos del cuerpo sin incluir genitales.  
  
· Masajes de genitales.  
  
· Autoestimulación genital.  
  
· Ejercicios de Keggel: contracción y relajación voluntaria de los músculos perivaginales.  
  
· Baño no higiénico.  
  
· Coito en diferentes posiciones.  
  
**Técnicas y tareas específicas para el tratamiento de la dispareunia:**  
  
Las técnicas y tareas específicas para el tratamiento de la dispareunia son similares a las del vaginismo, salvo que en la primera se busca lograr que la penetración no sea dolorosa, en cambio en la segunda se busca lograr la penetración, es decir que la vagina se abra ante la presión del pene.  
  
· Se investiga la calidad del juego sexual previo y se estimula la instrumentación de nuevos modos de acercamiento erótico que permitan asegurar una excitación intensa en la mujer con la lubricación concomitante. Si aún logrado este objetivo no disminuye el dolor, se continúa con los siguientes pasos.  
  
· Se suspende transitoriamente todo intento de coito.  
  
· Se trabajan primeramente los temores ante las tareas específicamente genitales para asegurar el éxito gradual.  
  
· Se instrumenta la desensibilización sistemática: consiste en la exposición gradual imaginativa a los estímulos ansiógenos  
  
· Se realiza un acercamiento gradual a la situación temida:  
  
Es conveniente que la mujer pueda comenzar a dilatar el introito vaginal sin sentir dolor, con un objeto más pequeño que el pene. Los primeros ejercicios los realiza a solas, intentando colocarse un tampón o tutores especiales que fabrican algunos laboratorios. A medida que logra hacerlo sin dolor debe ir aumentando el tamaño de los tutores. La indicación de hacerlo en soledad está motivada en disminuir la ansiedad ante la presencia de otro.  
  
Una vez lograda la penetración de los tutores sin haber sentido dolor, se incluye a la pareja en el ejercicio. Se realiza dentro de una situación erótica, en la que ambos estén deseantes y relajados. El varón intenta introducir un dedo y moverlo suavemente. Este ejercicio debe realizarse a lo largo de varios encuentros, hasta que la mujer confíe en que no sentirá dolor y le resulte grato el estímulo.  
  
El varón va aumentando el número de dedos que introduce y mueve suavemente en la vagina. Para cada nuevo paso debe asegurarse que la mujer no siente dolor y le agrada el estímulo. Cuando esto suceda estará preparada para recibir el pene en su vagina.  
  
En el paso siguiente la mujer intenta penetrar su vagina manipuleando ella misma al pene.  
  
Finalmente el varón tendrá una actitud activa de penetración con cuidado y suavidad.  
  
Es importante resaltar que los resultados de la aplicación de cada ejercicio dependerán de la frecuencia con que lo hagan y fundamentalmente de la disposición real a lograr resolver la dificultad.  
  
**Los medicamentos y la terapia sexual:**  
  
Es necesario evaluar en cada caso si es conveniente medicar a la paciente para facilitar la relajación y disminuir la ansiedad y el temor. Ocurren casos que no pueden ser tratados sin la ayuda de psicotrópicos, pero la medicación no produce efectos mágicos, necesita estar encuadrada dentro del tratamiento sexológico general.  
  
Se puede indicar el uso de lubricantes artificiales para facilitar los ejercicios de penetración gradual.  
  
Actualmente se están realizando investigaciones sobre los efectos del sildenafil, mundialmente conocido como viagra, en las mujeres. Todavía no hay datos definitivos pero los especialistas parten de la base de que la respuesta sexual femenina se rige por mecanismos muy parecidos a los del varón. Al igual que en el hombre, la mujer necesita del óxido nítrico y de la afluencia de sangre a la región genital para alcanzar la erección del clítoris. Consideran quesu aplicación mejora la lubricación, reduce el dolor, aumenta la excitación y se alcanza el orgasmo con mayor facilidad Algunos investigadores están experimentando con un compuesto de nitrato de sildenafil en forma de gel para su aplicación tópica sobre el clítoris. Los expertos se muestran cautelosos hasta disponer de datos con mayor base científica.  
  
**El amor y la terapia sexual:**  
  
Tal vez resulte obvio o prejuicioso. Sin embargo, para que una disfunción sexual pueda ser exitosamente tratada, es imprescindible que los sentimientos amorosos de la pareja estén presentes, más allá de las dificultades que puedan tener en expresarlos. Cada uno debe confiar en que el otro es su aliado y en que hará lo mejor para colaborar en la resolución del síntoma.  
  
Por ello, no alcanza con indicar tareas si no se reestructura el modo de funcionamiento amoroso de la pareja que consulta y se reelabora el sistema de valores sexuales de cada uno de ellos. En ese sentido, la intimidad, el erotismo y la comunicación son pilares fundamentales en el encuentro saludable de la pareja.  
  
La ***intimidad sexual*** es la integración entre los sentimientos, los pensamientos y los impulsos y necesidades sexuales. Se desnudan el cuerpo y el alma.  
  
En las parejas disfuncionales la intimidad es imposible; diversas barreras se oponen a ella: el rencor, el hastío, la pelea constante, el maltrato, la violencia verbal o física, la indiferencia, etc.  
  
Por ello, la intimidad no es sólo estar juntos. Puede haber cercanía corporal y distancia emocional, donde las vidas corren por vías paralelas, que nunca se juntan.  
  
La intimidad logra la confianza, la aceptación mutua, la reciprocidad, el placer por el compartir. Este proceso no se da de una vez y para siempre, se va creando paulatinamente y requiere ser alimentado para que subsista.  
  
Como ***el erotismo*** es uno de los aspectos de nuestra propia vida interior, las características de la pareja que buscamos responden a ese mundo interior. De acuerdo a nuestra historia, a los modelos y mandatos recibidos, nuestras creencias, nuestra ideología y nuestro momento vital elegimos determinados estímulos externos que nos sensibilizan más que otros.  
  
Los seres humanos pasamos por situaciones comunes que son culturalmente eróticas y por necesidades eróticas que son exclusivamente individuales. Además los varones y las mujeres tenemos características eróticas culturalmente diferentes. Es importante que en la elección de una pareja las características eróticas tengan puntos de coincidencia para lograr armonía sexual.  
  
Nuestra vida imaginativa y nuestros sentidos (olfato, vista, gusto, tacto, oído) nos conectan con el mundo exterior al recibir sus estímulos y nos permiten expresar nuestro erotismo.  
  
El erotismo es una forma de conocimiento de nuestro cuerpo y nuestros deseos, y del cuerpo y deseos del otro; por ello el verdadero erotismo se expresa cuando cada uno trata de comprender al otro, cuando hace lo que le gusta y a la vez está haciendo lo que le gusta al otro.  
  
Históricamente ligado a la prohibición y la transgresión, si se convierte en repetición, deber y costumbre, el erotismo muere. En ese sentido las parejas tienen el desafío de mantener vivo al erotismo recurriendo para ello a la toma de una activa decisión de creatividad compartida.  
  
En relación a ***la comunicación***, sabemos que gran número de parejas mantienen relaciones sexuales durante años; no hay un momento de mayor intimidad física entre dos personas, salvo en el embarazo como símbolo de máxima unión. Sin embargo, esas mismas parejas pueden no haber intimado nunca emocionalmente. Pueden no haber compartido nunca sus fantasías, sus necesidades, sus deseos, ni sus sentimientos acerca de lo que les pasa -sexualmente hablando y en la relación en general-.  
  
Parece ser que resulta más fácil desnudar el cuerpo que el alma. Es decir que puede ser más fácil practicar diversas conductas sexuales durante un encuentro con la pareja, que expresar una conducta sexual fundamental para la armonía sexual y emocional: la comunicación.  
  
Durante las relaciones sexuales juegan diversos sentimientos, a veces gratos y a veces no tanto. Cuando estos últimos están presentes, el silencio en vez de enfrentar las situaciones que nos preocupan sólo logra una aparente solución, evitando el conflicto inmediato. Sin embargo, el problema no se ha disuelto, sólo ha pasado a formar parte del paquete de situaciones sin resolver; más tarde o más temprano, y en el momento menos pensado volver a hacer su aparición, con nuevos bríos y a destiempo.  
  
Es bueno para la pareja no pretender adivinar lo que el otro quiere, sino preguntárselo; así como no pretender que el otro adivine, sino decírselo. Probablemente, el proponérselo lleve a un esfuerzo de voluntad. Igualmente sirve.  
  
Probablemente, produzca pudor, vergüenza, inseguridad, temor. “¿Qué‚ va a pensar de mi?”. Aún así vale la pena. Es cuestión de dar el puntapié‚ inicial: con honestidad, con respeto, con cuidado, con claridad, sin reproches ni reclamos (”Yo necesito…” en lugar de “Vos no me das…”). Así, paulatinamente la intimidad sexual de la pareja podrá ser realmente completa.  
  
Los seres humanos necesitamos aprender a administrar la imaginación, la comunicación, la intimidad y el amor. Siendo concientes de nuestras necesidades iniciamos el camino hacia la recuperación satisfactoria de nosotros mismos y de nuestros vínculos con los demás.  
  
  
  
***(\*) Psicóloga Especialista en Sexología Clínica y en Educación Sexual.***