

DISPAREUNIA (COITO DOLOROSO) Y VAGINISMO



Picasso

Es el dolor persistente o recurrente (en el pene, la vulva y/o la vagina) que acompaña la penetración vaginal completa, incluso a veces con el mero intento de la penetración.

La llamada dispareunia o coito doloroso puede darse en ambos sexos, pero en el caso de las mujeres es, según Fordney y otros autores, una de las disfunciones sexuales más comunes.

En la práctica ginecológica es bastante frecuente que la mujer refiera la presencia de dolor o molestias al mantener relaciones coitales.

No siempre lo relata al profesional en forma espontánea, ya que muchas veces el pudor o la vergüenza le impiden hacerlo, pero si el médico la interroga en un marco de confianza y respeto puede surgir el dato (Barbón N., 1986).

La palabra dispareunia deriva del griego "mal apareamiento o mal acoplamiento".

En el varón puede aparecer tanto durante el coito o simplemente durante la estimulación genital con o sin erección o en el orgasmo sin penetración.

Valeria, 25 años: Desde hace un tiempo me duele cuando hacemos el amor con mi novio, estoy algo asustada porque tengo miedo de tener algo malo.

Raúl, 42 años: Siento dolor en las erecciones y palpo unas durezas en el miembro, y noto que se me está torciendo.

Rosita, 56 años: Luego de varios años de no tener relaciones sexuales he vuelto a casarme, pero cuando mi marido penetra me duele muchísimo. ¿Por qué me pasa esto?

Fidel, 39 años: Mi mujer tiene un flujo con feo olor y dice que le duele luego del coito, ¿qué relación hay?

Dijimos que tanto podía doler durante el coito, como también antes o después de éste. Puede darse desde los inicios de la vida sexual (dispareunia primaria) o luego de una etapa de normalidad (dispareunia secundaria).

Es evidente que en todos estos casos hay que realizar un examen ginecológico (en los varones un examen urológico) para detectar la presencia de patología orgánica. Si no hay dolor en el examen al introducir el espéculo o los dedos, o no hay durezas en el pene a la palpación y no hay evidencia de lesión de tipo inflamatoria, infecciosa o tumoral, se podrá sospechar que se debe a causas psicológicas.

El Dr. Barbón, en un trabajo sobre dispareunia afirma que ésta es una disfunción más incapacitante que la anorgasmia y se vuelve una razón de peso para que la mujer acuda al médico.

Muchas mujeres anorgásmicas nunca recurren al ginecólogo, pero cuando hay dolor, que afecta gravemente la capacidad coital, acuden a él. Agrega en su trabajo que "en un número importante de casos la anorgasmia precede a la dispareunia".

En las situaciones crónicas, aunque se logre la curación del síntoma, hay que remover también las inhibiciones del origen emocional. Zwang dice que: "Las causas orgánicas son responsables de gran parte de las dispareunias. Sin embargo, es necesario saber que la lesión inicial determinante puede estar curada, dejando tras ella como secuela un miedo condicionado". Muchas veces se acompaña de un cuadro de vaginismo (contracción de los músculos de la vagina de manera involuntaria que impide la penetración). En muchos de los casos se impone una terapia sexual.

No vamos a hacer una descripción detallada de las causas más frecuentes de la dispareunia, pero podemos mencionar las inflamaciones de vulva (vulvitis), de vagina (colpitis, vaginitis), "flujo", quistes, foliculitis, lesiones traumáticas, casos de poca lubricación vaginal (en la menopausia), cistitis (inflamación de vejiga), inflamación de las trompas de Falopio (salpingitis), endometritis, y endometriosis.

En el varón, uretritis, prostatitis, enfermedad de Peyronie que es una induración plástica del pene, una cicatrización fibrosa de la albugínea (tejido que recubre los cuerpos eréctiles del pene) generalmente de causa desconocida pudiendo en ocasiones ser la consecuencia de un traumatismo peneano, a veces insensible, ocurrido durante una relación sexual.

Es una enfermedad benigna pero molesta, que afecta al 1% de los hombres entre los 40 y 60 años pudiendo ocasionar dolor o curvaturas peneanas durante la erección, y en algunas oportunidades provocar una reducción del tamaño del pene, una disfunción eréctil (impotencia), fimosis, balanopostitis, etcétera.

Por último, diremos que el compañero sexual de una mujer con dispareunia crónica puede presentar, con el tiempo, algún tipo de disfunción sexual complementaria como pérdida del deseo, impotencia o trastornos eyaculatorios.



Red Cannula, Georgia O'Keefe

El vaginismo

Adolfo, 30: Cuando quiero penetrar a mi mujer noto una obstrucción. ¿Es lo que llaman vagina estrecha?

Sergio, 26: Desde que comenzamos a tener relaciones con mi novia nunca pude penetrarla totalmente pues ella acusa un dolor insoportable. Esto impide que mi penetración sea completa. Los deseos de consumar el acto en los dos son normales, ya que no hay problemas de frigidez ni de [lubricación](#). ¿Qué podemos hacer?

Ana, 26: ¿considera que un curso de control mental puede solucionar el vaginismo?, porque en mi caso no puedo hacerme el control ginecológico ni el Papanicolau y eso me preocupa mucho. A este paso que voy no podré tener hijos porque no tolero la introducción de nada en mi vagina.

Susi, 23: Yo deseo mantener relaciones con mi novio pero cuando él lo intenta siento que se me cierra la vagina. Él hace más fuerza y allí siento un dolor muy fuerte. Luego mi novio se enoja conmigo porque me acusa de que no quiero tener relaciones.

Roberto, 28: ¿Qué hacer cuando la vagina se cierra impidiendo totalmente la penetración?

Norma, 32: cuando la penetración es muy profunda siento un dolor, que después desaparece con la mayor excitación. El dolor vuelve después de la relación sexual. ¿A qué se debe?

Esta disfunción femenina consiste en una contracción espasmódica e involuntaria de los músculos vaginales, de manera recurrente y casi constante, que no permite la penetración en coito. Hay casos en que la contracción se presenta sólo ante el intento de penetrar con el pene; en otros, no permite la entrada de los dedos, ni de los tampones e incluso, como el caso de Ana, imposibilita el examen ginecológico.

Deberíamos diferenciar lo que llamamos coito doloroso o dispareunia (en el cual la penetración, a pesar de acarrear dolor o molestias, es posible en forma parcial o total) del vaginismo donde la penetración no es posible puesto que, ante la introducción del pene o de un dedo, los músculos de la vagina se contraen de manera no voluntaria.

El vaginismo no depende de la voluntad y no se regula conscientemente: no es "un mero cerrar las piernas". Hay que destacar que la mujer puede excitarse y lubricar, pero cuando el compañero quiere realizar el coito percibe una resistencia, al punto que si hace demasiada fuerza ella comienza a sentir dolor.

Esta situación se puede mantener a través de los años y, a veces, hace crisis cuando la pareja desea tener hijos y esta dificultad se lo impide. Se han barajado varias causas para justificar esta disfunción: las orgánicas como las patologías vaginales que causen dolores (vaginitis, endometriosis, bartolinitis, etc.) pueden producir un cierto espasmo que impida la realización del acto. Pero, lo más frecuente, es que esté provocada por causas psicológicas. Desde [fobias a la penetración](#) (hay casos donde las mujeres fantasean que sin son penetradas van a sufrir desgarros o lastimaduras), conflictos infantiles y experiencias traumáticas

del pasado (abuso sexual infantil), terror al embarazo y a la maternidad, hostilidad hacia el compañero, influencias familiares coercitivas.

Una de las consecuencias del vaginismo, acompañada muchas veces de una disfunción sexual masculina complementaria ([impotencia](#), [eyaculación precoz](#), [fobias sexuales](#)), es el llamado [matrimonio no consumado](#).

No creo que sea bueno tratar de resolverlo con remedios caseros, como es el caso de las "pomadas especiales" o de la xilocaína, ni con cursos de control mental. El tratamiento del vaginismo es de sencilla resolución con las modernas [Terapias Sexuales](#) que combinan intervenciones de tipo psicoterapéutico, incluyendo tareas a realizar por la mujer, tanto a solas como con su pareja, y también con suministro de información. En los casos donde la fobia a la penetración es irreductible con técnicas psicoterapéuticas es conveniente el uso de medicación antifóbica y [antipánico](#).

Dr. Adrián Sapetti, psiquiatra, sexólogo clínico

asapetti@websail.com.ar

info@sexovida.com