

MATRIMONIOS NO CONSUMADOS: UNA ENTIDAD CLINICA ESPECIAL Y DIFERENTE

Dr. León Roberto Gindin ¹, Lic. Diana Resnicoff ²

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Traemos nuestra experiencia en el tratamiento de los matrimonios no consumados. Postulamos que esta es una entidad clínica aparte y que debe diferenciarse de las causas individuales reconocidas como vaginismo, fobias sexuales o disfunciones sexuales masculinas (eyacuación ultra precoz o disfunción erectiva). Ellas pueden coexistir con la posibilidad de coito penetrativo. Cuando no se puede consumir la solución del problema involucra obligatoriamente a ambos miembros de la pareja.

METODOS: Entre los años 1990 y 1999 se trataron 199 parejas de matrimonios no consumados (M.N.C.), en el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad (CETIS) de la ciudad de Buenos Aires. Los autores proponen que el M.N.C. se considere una nueva entidad clínica distinta de las disfunciones sexuales tradicionales. El 64% de los casos fueron causados por trastornos de la mujer, el 16 % por desarreglos del varón, y el 20 % por dificultades sumadas de ambos miembros de la pareja. Los síndromes más frecuentes fueron el vaginismo y la dispareunia en la mujer, y la fobia y la dificultad eréctil en el varón.

Los autores describen los resultados de una nueva forma de abordaje de esta problemática basada en una sesión de tratamiento intensiva y prolongada de una jornada entera de duración. Uno de nuestros hallazgos se refiere a la inclusión en el tratamiento de una fórmula de compromiso intensivo del equipo tratante y los consultantes de manera de lograr acciones efectivas. Se refieren a compromiso de participación, equipo siempre presente en las consultas y obligación de pago sólo en caso de éxito terapéutico.

El equipo está formado por un médico sexólogo como coordinador del equipo, una psicóloga-sexóloga, una ginecóloga-sexóloga y un urólogo-sexólogo. El nuevo método incluye educación sexual, terapia sexual con uso en la sesión de técnicas bioenergéticas y psicocorporales, desensibilización vaginal con dilatadores mecánicos, drogas con efecto antifóbico (IRS) y eventualmente inyecciones intracavernosas con fármacos erectogénicos o sildenafil.

RESULTADOS: Los resultados son exitosos, (97 % de buenos resultados con consumación del coito con seguimiento a largo plazo, independientemente del origen del cuadro clínico. Las ventajas de este enfoque multidisciplinario son la brevedad y la ausencia de deserciones cuando se comparan con las terapias sexuales tradicionales.

CONCLUSIONES: El M.N.C. es una entidad clínica diferente, que debe diferenciarse para su correcto tratamiento de la etiología del caso. (vaginismo, fobias, impotencia, etc). Postulamos que la imposibilidad de concretar la penetración vaginal durante largos períodos genera un nuevo problema que abarca a la pareja en su totalidad y que no puede ser abordado desde una perspectiva individual o con las técnicas habituales de psicoterapia de pareja. Se necesita una terapia activa, por parte del médico tratante en un equipo multidisciplinario que haga un abordaje muy rápido del problema

¹ Dr. León Roberto Gindin - C.E.T.I.S. (Centro de educación, Terapia e Investigación en sexualidad) Superí 1401. (1426) - Buenos Aires. Argentina - Pone 54-11-4553-5224

E-mail: gindin@fibertel.com.ar

² Lic. Diana Resnicoff - Psicóloga Clínica UNBA - Argentina. Sexóloga Clínica, FLASSES Latinoamérica. E-mail: dresni@elsitio.net

INTRODUCCION

Traemos nuestra experiencia de casi 200 casos, en el tratamiento de los matrimonios no consumados (M.N.C.) exponiendo una nueva forma de abordaje de los mismos integral e interdisciplinaria³

En esta época la libertad sexual ha dado pasos gigantescos: la castidad matrimonial se observa con sospecha, como si señalase una anomalía oculta mas que una opción voluntaria. Puede resultar extraño que muchos matrimonios se celebren pero no sean consumados. El fenómeno, sin embargo, es menos raro de lo que se cree.

La expresión "matrimonio no consumado" o "matrimonio blanco" proviene de la literatura jurídica y religiosa (como una causa de disolución del vínculo marital para los católicos). El concepto privilegia el objetivo copulativo-procreador y se aplicaba con connotaciones descalificadoras del desempeño sexual de la pareja.

El problema básico de los M.N.C. es que, no sólo bloquean la sexualidad de la pareja, sino también el acceso, la maternidad y la paternidad.

PROPUESTA

- POSTULAMOS QUE CUANDO LA DISFUNCIÓN SEXUAL IMPIDE QUE SE CONSUME EL MATRIMONIO CON COITO PENETRATIVO. DEBE SER CONSIDERADA COMO UNA ENTIDAD CLÍNICA APARTE.
- DEBE DIFERENCIARSE DE LAS CAUSAS INDIVIDUALES RECONOCIDAS: VAGINISMO, DISPAREUNIA, FOBIAS SEXUALES O DISFUNCIONES SEXUALES MASCULINAS (EYACULACIÓN ULTRA PRECOZ O DISFUNCIÓN ERÉCTIL).
- ABARCA EL CONCEPTO DE PAREJA CON PROBLEMAS Y NO DE UN MIEMBRO DE UNA PAREJA QUE TIENE PROBLEMAS

Las diversas etiologías individuales que se dan en los M.N.C. coexisten con la posibilidad de coito penetrativo.

Cuando no se puede conseguir la penetración, cualquiera sea la causa, el abordaje y la solución del problema involucran obligatoriamente a la pareja y no pueden ser tratados individualmente.

Es casi imposible resolver este tema desde un enfoque individual, pues la problemática abarca a ambos miembros de la unidad pareja, siempre.

Pensamos que el M.N.C. debería ser considerado como una nueva entidad clínica, y distinguirse de las tradicionales disfunciones sexuales individuales. No se trata de un vaginismo al que se le suma una disfunción erectiva reactiva, sino que consiste en un vínculo disfuncional donde cada uno de los miembros de la pareja trae una historia individual de miedo a la intimidad, y una erotofobia compartida que justifican el síntoma.

La desinformación sexual, las situaciones traumáticas infantiles, las fallas en la constitución de la organización genital y la inmadurez de la pareja se suman para crear un vínculo con elementos de masoquismo y sabotaje mutuo del erotismo.

Willy Passini dice "La clasificación tradicional que dividía los matrimonios no consumados en dos categorías -los de origen masculino y los de origen femenino- está superada, porque en las tres cuartas partes de los casos el elemento primordial para el diagnóstico y la terapia reside en la dinámica de la pareja".

³ El equipo estuvo integrado por los autores y en distintas épocas por los Dres. Patricia Granja, Laura Pietrasanta, María Estela Martínez, Horacio Lazzarini, Rubén Cosentino, Diego Creimerman y las Licenciadas Isabel Boschi, Alcira Camillucci, Nora Cavagna, Ana María Cirio, Diana Kornhauser, Viviana Tobi. También participaron colegas alumnos de CETIS

DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

El M.N.C. se define como el trastorno que presenta una pareja que, pese a intentar la realización del coito de manera regular (por lo menos una vez a la semana), no pudo lograr nunca la penetración intravaginal, luego de un lapso que nosotros hemos fijado arbitrariamente en cuatro meses, luego del primer intento.(8)

De acuerdo a nuestra concepción los M.N.C. se clasifican en: de origen orgánico, por enfermedades o anomalías anatómicas, y por ansiedad sexual de causa psicosocial, pero siempre abarcando a la pareja consultante. Son muy poco frecuentes las consultas de este tema de personas sin pareja.

Otros autores, incluyendo el DSM IV los clasifican por su etiología individual: causa femenina (vaginismo, dispareunia, fobias), o causa masculina (disfunción eréctil, fobias eyaculación ultraprecoz)

INCIDENCIA:

En la literatura médica no se encuentran datos de la frecuencia del matrimonio no consumado (M.N.C.) en la población general. La falta de información se debe a que este síndrome no se reconoce en las clasificaciones de enfermedades, y porque las parejas lo ocultan con vergüenza a la familia y los médicos, o el desarreglo se presenta bajo las denominaciones de deseo hipoactivo, fobias, vaginismo, disfunción eréctil primitiva, eyaculación ultrarrápida, asexualidad del adulto o esterilidad.

Es difícil establecer la frecuencia de los matrimonios no consumados, debido a que la no consumación puede tener duraciones muy variables y a que son muchas las parejas que no acuden a la consulta.

Kinsey, en una estadística realizada sobre un número muy grande de casos, señala que alrededor del 2 % de las parejas en edad de copulación no consuman el acto sexual.

Y si se aplica este porcentaje a la cantidad de matrimonios celebrados por año en Argentina (180.000) según el informe del Instituto de Estadísticas y Censos se descubre que los casamientos «en blanco» llegan a varios millares. Es cierto que algunos se divorcian y, teniendo en cuenta la situación, obtienen incluso la anulación del matrimonio por la Iglesia Católica. Lo observado por nosotros es que la mayoría de las parejas que viven en esta situación siguen juntas, compartiendo un secreto del que se creen los únicos depositarios.

Otra cifra, confirmada en Estados Unidos, indica que por lo menos el 5 % de los casos de esterilidad se deben en realidad a la no consumación (Stallworthy , Sturgis Malleson).

En 1989, Bachman y colaboradores estudiaron 887 pacientes ginecológicas y encontraron vaginismo en el 6% de los casos. En 1991, Gindin y Granja estimaron que los M.N.C. representaban el 3% de los 6.000 pacientes estudiados por síntomas sexuales en el Centro de Educación, Terapia e Investigación de la Sexualidad (CETIS) de Buenos Aires.

En una nueva actualización desde 1990 al 2000, sobre 11.000 casos donde tenemos registro de consultas sexológicas efectuadas en nuestro Centro, el 1% al 2% de las consultas se refieren a casos de Matrimonios no consumados.

ASPECTOS PSICOLOGICOS

El vaginismo y las fobias a la penetración en la mujer y la impotencia masculina y las fobias de varones constituyen la base de la mayor parte de los M.N.C..

En estudios de personalidad se ha relatado que las mujeres con vaginismo tuvieron madres autoritarias que les impusieron que el sexo era pecaminoso y no se podía hablar de ese tema. Son, en general, jóvenes y bonitas. Quisieran tener relaciones sexuales, pero viven la penetración como una violencia. Son como animalitos asustados. Se sientan en el consultorio con las piernas cruzadas, con la cartera en las faldas para protegerse y dicen estar convencidas de tener una

malformación. Comentan además otras fobias asociadas al vaginismo: el miedo a la oscuridad, el miedo de estar solas, de nadar.

Las pacientes con fobias sexuales (erotofobia) exhiben escasa curiosidad sexual, piensan que su vagina es pequeña y vulnerable e imaginan que la penetración resultará dañina e hiriente. Asocian el sexo con el sufrimiento y la muerte. Silverstein relata que las mujeres con vaginismo tuvieron padres abusadores, dominantes, violentos, pero también seductores que las obligaban a ser "buenas niñas" y evitar las expresiones de agresividad. En la adultez estas mujeres mostraban la tendencia a escoger partenaires con sus mismas características de gentileza, pasividad y ausencia de agresión.

En la mujer, junto con las fobias sexuales (negativa absoluta a enfrentar el acto sexual), lo más común es encontrar el vaginismo y/o la dispareunia.

La dispareunia (coito doloroso), puede ser superficial o profunda. Cuando es de origen psíquico, suele suceder que sea expresión de una marcada hostilidad de la mujer respecto del hombre y de la sexualidad. Se trata de mujeres obsesivas. Esto las diferencia por completo de los casos de vaginismo, en que las personalidades tienden a ser de tipo histérico fóbico; en ellas, la libido está intacta, pero un reflejo de miedo impide la realización del acto sexual.

En el vaginismo hay una contracción refleja involuntaria del músculo elevador del ano-constrictor de la vagina- frente a cualquier intento de penetración, que hace imposible las relaciones sexuales. Casi siempre hay conservación de libido. Desde el punto de vista clínico, vaginismo y dispareunia a menudo se superponen. En el vaginismo los intentos de penetración, por las contracciones musculares, producen dolor, y la dispareunia desencadena mecanismos de contracción muscular como reflejo de defensa.

La fantasía subyacente fundamental es de tipo agresivo-sádico.

Friedman en el libro *Virgin Wives*, describió tres tipos de mujeres:

- 1) «La bella durmiente del bosque»: mujer infantil que sigue viviendo con su marido una relación fraterna. Son parejas dependientes de los padres y, a menudo, eternos estudiantes. Estos casos son los más frecuentes.
- 2) «Brunilda»: la relación sexual se vive como una batalla entre sexos, con la angustia de que la feminidad sea un índice de debilidad y de pasividad.
- 3) «La abeja reina»: estas mujeres quieren que el hombre les dé un hijo, pero rechazan la sexualidad. El acto sexual es sucio, humillante, no es más que una penosa necesidad para quedar embarazada.

Nadine Grafeille, describe las personalidades de los maridos de las mujeres con vaginismo como sexualmente inhibidos (impotentes o eyaculadores precoces), con intenso horror a la castración, homosexualidad latente, y una moral de tipo masoquista como consecuencia de una crianza represiva y de rasgos de carácter de tipo obsesivo. Otros los describen como monogámicos, fieles y protectores, que representarían el rol de madre frente a sus esposas.

En los varones se descubren impotencias y falta de deseo, en casos en los que el matrimonio se celebró por razones sociales y con un propósito exclusivamente reproductor. Se ve en casos de homosexualidad egodistónica. Estas impotencias tienen un pronóstico muy grave.

Otras manifestaciones menos frecuentes son formas de eyaculación ultraprecoz, que suelen ir acompañadas de una erección insuficiente.

En los casos de fobias sexuales masculinas, la erección y el deseo están disociados. Estos maridos, a menudo ansiosos y tímidos, se sienten atemorizados por la penetración (fantasía de vagina dentada). También se ha señalado esta patología en casos de varones homosexuales, que intentando luchar contra su orientación se casan.

Coincidimos con la mayoría de los autores consultados que este padecimiento es el secreto mejor guardado de la pareja. No le es confiado a nadie, ni siquiera a familiares cercanos, médicos o psicoterapeutas, hasta bastante tiempo después de padecer el M.N.C..

ASPECTOS ORGANICOS

Son muy pocas las referencias de causas orgánicas de M.N.C. referidas en la bibliografía específica. Algunos autores afirman que las afecciones orgánicas (himen rígido, fusión de labios vaginales, atresia de órganos sexuales, etc) se dan en menos del 10 % de los casos. Creemos que estos casos se resuelven ginecológicamente pues los pacientes reciben el diagnóstico de niñas, cuando son bien examinadas por el pediatra.

Nosotros no los hemos visto, pero hemos constatado casos de himenectomías y corte de músculos vaginales fracasados, previos a nuestro tratamiento.

En cuanto a los casos de dificultades sexuales masculinas de tipo orgánico, sólo tenemos referencia (Dr. Lazzarini) de un caso de pene corvo congénito, que impedía la penetración.

TRATAMIENTOS

Hilda Abraham elaboró, en 1956, una psicoterapia breve para los casos de vaginismo, pero sin asociar a él técnica local alguna.

En Londres, el doctor Balint desarrolló una técnica mixta de relajación local y de comprensión psicológica de la mujer.

El M.N.C. de causas psicogénicas se ha atendido con educación sexual; psicoterapia analítica, en la cual se tratan las dependencias parentales patológicas; hipnoanálisis, con evocación de traumas sexuales de origen remoto; psicoterapia de la pareja con abordaje sistémico, psicodrama; técnicas bioenergéticas y psicocorporales con movimientos, ejercicios, y masajes; procedimientos cognitivos para cambiar la percepción del erotismo y resolver la incompetencia, la dependencia y la fusión de la pareja; la sugestión y la hipnosis con relajación y fantasías desensibilizadoras; programas conductistas de Masters y Johnson con desensibilización sistemática; ejercicios de Kegel que pueden controlarse con biofeedback por electromiografía; dilatadores vaginales ideados por Shaw; drogas con efecto antifóbico por vía oral, y fármacos con acción erectogénica por la vía intracavernosa o sildenafil por vía oral.

Masters & Johnson, Helen Kaplan y Herbert Lo Piccolo desarrollaron metodologías de abordaje basadas en desensibilización sistemática, uso de bujías dilatadoras vaginales que nosotros las usamos como desensibilizadores (los llamamos tutores) y psicoterapia sexual con éxitos variados(en muchos casos superiores al 90%), a lo largo de 3 o más meses de tratamiento. Sin embargo ninguno de los autores consultados refiere índices de deserción para contratar el tratamiento o una vez iniciado este.

NUESTRA METODOLOGÍA

a) HASTA 1994

En CETIS, de Buenos Aires, utilizamos hasta 1994 el abordaje clásico derivado de las técnicas de Masters y Johnson y Helen Kaplan para el vaginismo que diagnosticábamos en casi todos los casos de M.N.C.. Técnicas de desensibilización progresiva a lo largo de 15 a 20 sesiones sin trabajar específicamente el vínculo de pareja. No pudimos reproducir los altos índices de éxito terapéutico referidos por los autores que empleaban esta metodología. Las deserciones se producían al contratar en tratamiento o en su desarrollo. En los casos que completaban el tratamiento podíamos hablar de alta efectividad de este método.

b) DESDE 1994

A partir de algunos casos de pacientes que llegaban de lugares lejanos tuvimos que replantearnos nuestra metodología de abordaje en tiempos prolongados y a sugerencia del sexólogo venezolano Fernando Bianco cambiamos nuestro abordaje por uno mucho más intensivo,

que lo adoptamos para el tratamiento del M.N.C. cuando los pacientes tenían premura por solucionar el síntoma, cuando provenían del interior o del exterior del país, o en ocasión de fracasar con las técnicas tradicionales. Posteriormente, los resultados exitosos nos hicieron considerarlo como el tratamiento de primera elección para todos los casos que consultaron. El procedimiento está basado en una sola sesión y se indica en casos de M.N.C. psicogénico y en parejas bien avenidas que se aman. Se contraindica en caso de trastornos sexuales orgánicos, en psicosis, cuando hay desinterés en la curación, o cuando algún miembro de la pareja tiene un vínculo muy importante con un tercero. Con este recurso hemos evitado el desarrollo de las deserciones que hacen fracasar las terapias que abarcan muchas sesiones.

METODOLOGÍA DE PROGRAMA INTENSIVO

1) EQUIPO

- 1) Sexólogo experto en este tipo de entrenamientos
- 2) Ginecóloga - sexóloga
- 3) Urólogo - sexólogo
- 4) Psicóloga especialista en técnicas de relajación

El grupo terapéutico estuvo dirigido por un médico sexólogo, que asumió el rol de jefe del equipo, realizó las entrevistas diagnósticas, coordinó el trabajo de los especialistas, realizó psicoterapia, prescribió las drogas antifóbicas, y, en ocasiones, los fármacos por vía intracavernosa. También participó una psicóloga-sexóloga que introdujo intervenciones psicoterapéuticas empleando técnicas de relajación psicocorporales y bioenergéticas. Contamos con una ginecóloga-sexóloga que realizaba el estudio de los genitales femeninos para descartar organicidad, examen con espejo, indicaba los procedimientos anticonceptivos, enseñaba los ejercicios de Kegel, y ayudaba a insertar los desensibilizadores (tutores) en la vagina. Finalmente un urólogo-sexólogo intervenía para descartar organicidad en la problemática sexual del varón, y en casos especiales inyectaba drogas erectogénicas por la vía intracavernosa.

A) Pasos previos

- 1) Entrevista inicial con sexólogo para diagnóstico con ambos miembros de la pareja.
- 2) Entrevista psicológica individual con cada uno de los participantes con el sexólogo, para evaluar historia sexual individual, mitos y creencias con respecto al coito especialmente aspectos sádico-agresivos. Indicación de medicación (IRS)
- 3) Entrevista con la ginecóloga (debe ser mujer) de la paciente portadora del síntoma (evalúa fobia sexual o vaginismo). Enseñanza de manjo de músculos pubococcígeos. Indicación de anticoncepción oral
- 4) Entrevista con el urólogo para confirmar o descartar organicidad y proveer eventual tratamiento (DVA o sildenafil). Si es necesario se efectúa T.P.N.
- 5) Contratar tratamiento bajo las siguientes condiciones
 - a) Compromiso de los pacientes de cumplir las indicaciones de trabajo domiciliario en cuanto a desensibilización sistemática, trabajo con tutores. Medicación antifóbica durante los quince o veinte días previos al ensayo terapéutico con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación serotoninérgica (IRSS): fluoxetina 20 mg diarios, y/o ansiolíticos: alprazolam en dosis crecientes hasta 3 mg diarios. prohibición de intentos de coito durante el desarrollo del programa
 - b) Compromiso de pago
 - c) Compromiso de devolución del dinero si a la finalización no se logra una serie de coitos con penetración.
 - d) No nos comprometemos a intentar lograr goce coital

Son de contraindicación absoluta para este modelo:

- Psicosis en alguno de los miembros de la pareja,
- Existencia de terceros involucrados afectivamente y actualmente con uno de los miembros de la pareja
- Graves discordias maritales

B) Pasos intermedios (Dos a tres semanas previas a la sesión especial)

- a) Entrevistas (2 a 3) con la ginecóloga y trabajadora corporal, para controlar avance en desensibilización y enseñar técnicas de relajación y ejercicios de Kegel (contracción y relajación de los músculos pubococcygeos) y/o entrevistas (2) con el urólogo para evaluar posible buena respuesta erectiva y eventual prueba de drogas vasoactivas.
- b) Entrevistas (2 a 3) de la pareja con el sexólogo para alentar sesión especial y fijar las condiciones de la misma. Control de la medicación
- c) Una vez focalizada la atención en el aspecto relacional, hay que sostener psicológicamente a los cónyuges no disfuncionales, calmar su ansiedad, y considerarlos como aliados para salir con éxito.
- d) Contacto telefónico diario de los pacientes con el equipo.
- e) Entrevista previa final con todo el equipo para conocimiento y coordinación final
- f) Pago previo de honorarios, antes de la sesión especial, con el objeto de garantizar la concurrencia y el tiempo del equipo necesario para la sesión del día acordado.

C) Sesión especial

- a) Duración 8 o más horas
- b) Participación de todo el equipo
- c) Con los pacientes:
 - i) Tiempo de trabajo (warming) con la pareja para "preparar el clima"
 - ii) Avance en técnicas de relajación y biofeedback
 - iii) Trabajo de desensibilización con tutores primero con la ginecóloga y la paciente, luego en presencia de la pareja.
 - iv) Instrucciones por separado para facilitar la penetración

DESARROLLO DE LA SESIÓN ESPECIAL

Comienza con una entrevista, en profundidad, a ambos miembros de la pareja revisando las situaciones y actitudes pasadas en los últimos quince o veinte días. Se hablaba también de las expectativas generadas por esta sesión.

Proyección de un video donde se visualiza lo que va a pasar más tarde.

Cuando la mujer era la portadora del síntoma trabajaba con el terapeuta sexual aprendiendo a relajar sus músculos pubococcygeos y perineales. En presencia del terapeuta, hacía ejercicios de abrir y cerrar las piernas, de relajación corporal, de tensión y distensión corporal -algunos hipnóticamente inducidos- durante algo más de una hora y media. También realiza ejercicios de Kegel hasta el agotamiento muscular. Se observa cómo la paciente reduce sus tensiones musculares y miedos. Esto es evidente en los ejercicios por el grado de apertura de las piernas y la distensión corporal. Luego, con la ginecóloga, hace prácticas de colocar tutores juntas y sola y luego en presencia del marido.

Cuando el varón era el portador del síntoma la metodología era similar, pero se ponía más énfasis en el trabajo sobre sus miedos y ansiedades, y se daban indicaciones precisas a la pareja sobre las técnicas de estimulación para que el varón alcanzara la erección. En muchos casos recurrimos al uso de drogas vasoactivas o sildenafil tanto para solucionar un problema disfuncional como para re-asegurar la erección

DESARROLLO DE LA EXPERIENCIA COITAL

Finalmente, la pareja es invitada a ir a un lugar especial o a su casa para intentar tener una relación sexual completa. Por respeto a la ética profesional, el acto se consuma lejos de la mirada de los terapeutas.

Se dan una serie de recomendaciones:

- a) Una hora de juegos sexuales que incluyen baño conjunto y masajes asexuado.
- b) Se sugiere lubricación adicional de genitales.
- c) La paciente debe mostrar cómo resulta capaz de introducirse tutores en la vagina para reasegurar sus logros.
- c) El marido repite la maniobra de introducción de tutores (introduce el aspecto relacional del intercambio sexual, sin que tenga lugar la relación sexual propiamente dicha)
- d) Se aconseja la penetración con la mujer arriba para reducir la angustia y crear una sensación de control de la situación por parte de ella. Se aconseja a la mujer que se ponga a horcajadas sobre el hombre, y se le muestra, con ayuda de dibujos y de fotografías, la técnica sexual para adoptar esta posición
- e) De esta manera, la mujer con vaginismo o fobias y que presenta la fantasía angustiante de una penetración sádica y dolorosa, puede en realidad controlar la situación. Será ella la que introducirá el pene de su marido, pudiendo detenerse si le hace daño.
- f) Se anticipa la posibilidad del fracaso, y se les instruye que la experiencia puede ser repetida el primero o el segundo día para mejorar el desempeño.

El equipo completo espera en la Institución la finalización de la experiencia para comentar los resultados. Si no se pudo concretar la penetración y el tiempo daba y no había habido eyaculación, se vuelve a trabajar con los tutores y se repite el intento o se deja para días posteriores.

Originalidad del método

La originalidad de nuestra terapia se base en las características activas del equipo, que permanentemente alienta y reasegura el éxito a obtener finalmente, confía plenamente en los resultados, tanto que no cobra si no se logra el objetivo planificado.

Características del equipo tratante

El hecho que sea un trabajo en equipo de hombres y mujeres, médicos y psicólogos, confiere seguridad y confiabilidad a los pacientes.

Para que este modelo de tratamiento psicoterapéutico y técnico, tenga el máximo de eficacia, es necesario que el equipo médico este compenetrado de las posibilidades de éxito para adaptar su intervenciones a las necesidades de los pacientes. Debe conocer sus posibles reacciones y actitudes frente a este tema de fuerte tonalidad emocional

Será beneficioso que el médico tome conciencia que su deseo de curar, debe estar despojado del miedo a sus tendencias voyeurs, cuando se ve llevado a ocuparse de la vida íntima de la pareja. Si

está convencido de que su intervención tendrá un valor terapéutico, entonces estará en las mejores condiciones para tratar el vaginismo y los matrimonios no consumados.

RESULTADOS

En CETIS, entre los años 1990 a 2000, el equipo de los autores estudiaron y trataron a 199 parejas con M.N.C..

De las 199 parejas: 64 (32%) fueron tratadas con la terapia sexual clásica, y 135 (68%) se atendieron con la nueva metodología de sesiones intensivas y prolongadas.

A continuación se exponen sólo los datos de las 135 parejas tratadas con el método intensivo que incluye sesión especial:

Antes de la consulta estas parejas realizaban juegos eróticos sin penetración. Sobre 135 mujeres registradas se observó que 104 casos (77%) experimentaban orgasmos, y 31 de ellas (23%) eran anorgásmicas. En las 104 mujeres orgásmicas el modo de alcanzar el clímax se clasificó como se describe mas abajo

ORGASMO FEMENINO PREVIO AL TRATAMIENTO

Si	104	77%
No	31	23%

MODALIDAD DE ORGASMO FEMENINO SOBRE 104 CASOS

Sólo por estimulación propia	8	8 %
Sólo por estimulación manual del compañero	25	24 %
Sólo por estimulación oral	10	10 %
Sólo por frotación del pene	12	12 %
Varias formas	49	47 %

Los consultantes procedían de nuestro país, en su gran mayoría de nuestra zona de influencia. Es más frecuente la concurrencia de pacientes por este motivo cuando sale en la prensa alguna publicación sobre este tema

LUGAR DE PROCEDENCIA

Capital Federal y alrededores	96	71 %
Interior del país	36	27 %
Exterior del país	3	2 %

Solo el 10% de los consultantes eran parejas no convivientes (novios). Hubo dos casos de parejas con hijos concebidos por coitos "Inter-fémora" que, hasta nuestro tratamiento no habían tenido coito con penetración. En esta categoría habría que agregar un caso que se había practicado un aborto bajo anestesia

ESTADO CIVIL

Parejas legalmente casadas sin hijos	78	58 %
Parejas legalmente casadas con hijos	2	1 %
Parejas de convivencia	40	30%
Novios	14	10%
Sin pareja estable	1	1%

Es interesante señalar que la mayoría de las parejas consultantes ya pasaban los 30 años y tenían varios años de noviazgo o matrimonio como se describe en los cuadros siguientes

PROMEDIO DE EDAD DE LA PAREJA CONSULTANTE

20 a 30 años	53	39 %
31 a 40 años	75	56 %
Mas de 41 años	7	5 %

El cuadro siguiente nos muestra el tiempo que las parejas tardaron en solicitar la asistencia profesional para resolver su imposibilidad para el coito. Si aceptamos que nuestra definición de cuatro meses para resolver el M.N.C. es válida, se hace evidente que la solicitud para recibir tratamiento resulta generalmente tardía, y sospechamos que algunos no lo hacen nunca. El 50% consultan entre el primero y segundo año del trastorno, y un 20% entre los siete y los quince años de la imposibilidad para el coito.

La tardanza en iniciar el tratamiento confirma la erotofobia mutua, la complicidad con el síntoma y el bloqueo para la búsqueda de ayuda, propia de este tipo de vinculación disfuncional. Las causas más comunes que llevaban a consultar fueron las amenazas de disolución del vínculo y el deseo de tener un hijo.

TIEMPO DE INTENTAR LA CÓPULA, ANTES DE LA CONSULTA (INCLUYE NOVIAZGO)

5 a 11 meses	21	16 %
1 a 3 años	44	33 %
4 a 6 años	41	30 %
7 a 10 años	17	13 %
11 a 15 años	9	7 %
Más de 15 años	3	2 %

¿Por qué estas parejas permanecieron juntas durante tanto tiempo sin sexo?.

Estas parejas habían alcanzado una profunda intimidad afectiva en la complementariedad de sus necesidades, intereses y gustos. El secreto que las unía, ocultado a menudo incluso a los amigos íntimos y a la familia, había contribuido a consolidar las uniones. Con frecuencia se trata de personas que actúan en profesiones afines. (La mayoría de las mujeres consultantes trabajaba como maestras jardineras) El interés profesional común fortalece una relación fraternal, capaz de sustituir de manera satisfactoria la clásica relación entre hombre y mujer. En muy pocos casos, la sexualidad está totalmente ausente. Lo mas frecuente es que tienen una vidas sexual muy rica no penetrativa. La mayoría son orgásmicas por caricias y sexo oral. Evitan en absoluto las relaciones completas pene-vagina.

En el cuadro siguiente se describen las causas del M.N.C. según el género sexual. La mayoría de los casos (64,%) correspondieron a disfunciones femeninas, un 16% a desarreglos del varón, y un 20% a inhibiciones compartidas por ambos miembros de la pareja. La literatura refiere que las parejas toleran más fácilmente la imposibilidad coital de la mujer que la del varón, el cual generalmente entra en crisis y arrastra a su partenaire a la desesperación.

Quisiéramos señalar aquí también el desconocimiento de médicos y psicólogos de esta situación, lo que en su "furor curandis" lleva a casos de iatrogenia como observamos en una paciente con una fobia a la penetración, en que el ginecólogo tratante indicó y efectuó un corte de los músculos perivaginales con sutura inversa, y no logró con ello resolver el problema, dejando una vagina amplia y sin buena posibilidad de respuesta muscular y recordamos que en varios casos la solución propuesta era una himenectomía!!

ETIOLOGÍA DOMINANTE

Origen masculino	22	16 %
Origen femenino	86	64 %
Combinados ambos	27	20%

En el cuadro siguiente se muestra que el vaginismo y la dispareunia representan las tres cuartas partes de las causas femeninas de M.N.C.. El 18% de los desarreglos de la mujer se diagnosticaron como fobias al coito y deseo sexual inhibido. Finalmente, el 8% de los casos se clasificaron como una combinación de las entidades anteriores.

CAUSAS FEMENINAS DEL M.N.C. TRATADAS CON SESIÓN PROLONGADA

Vaginismo y dispareunia	63	73 %
Fobias sexuales y deseo sexual inhibido	16	19 %
Desarreglos mixtos	7	8 %

En el Cuadro siguiente se exponen las causas del M.N.C. atribuidos a disfunciones sexuales del varón. En orden de frecuencia se observan las fobias sexuales, la disfunción erectiva, la eyaculación ultraprecoz (eyaculatio ante portas) y los desarreglos mixtos cuyo denominador común resulta la ansiedad sexual.

CAUSAS MASCULINAS DEL M.N.C. TRATADAS CON SESIÓN PROLONGADA

Fobia sexual	8	36 %
Disfunción erectiva	7	32 %
Eyaculación ultraprecoz	2	9 %
Otras orgánicas (parafimosis, pene corvo)	2	9 %
Causas mixtas	3	14 %

Es de señalar que en 27 casos no pudimos atribuir la causal de la no consumación a uno sólo de los cónyuges. Las agrupamos de la siguiente manera

CAUSAS DEL M.N.C. ATRIBUIBLES A AMBOS TRATADAS CON SESIÓN PROLONGADA

Fobia femenina + disfunción erectiva	11	41 %
Vaginismo + fobia sexual masculina	15	56 %
Homosexualidad masculina + vaginismo	1	4 %

RESULTADOS DEL NUEVO MODELO TERAPÉUTICO CON SESIÓN ESPECIAL

En el Cuadro se muestran los resultados terapéuticos con el método de muchas sesiones. La proporción de éxitos terapéuticos resultó insuficiente, comparado con los excelentes resultados obtenidos con el método de la sesión intensiva

RESULTADOS DE CASOS DE M.N.C. TRATADOS EN MUCHAS SESIONES (MÁS DE 10)

Abandono al comienzo	12	19 %
Abandono durante el tratamiento	15	23 %
Éxitos terapéuticos	37	58 %
Comenzaron el tratamiento (total)	64	100%

Los fracasos de esta técnica nos alentaron en la búsqueda de nuevos procedimientos para resolver el síntoma.

En el Cuadro 12 se hace evidente la superioridad de la nueva técnica que alcanza un 97% de resultados exitosos. En cuanto a los fracasos fueron por vaginismos al pene irreductibles (3 casos) y un caso en que se presentó una атаque de pánico durante el intento de penetración

PAREJAS CON M.N.C. TRATADAS CON SESIÓN PROLONGADA

Logro del coito con penetración	131	97 %
No logro del coito con penetración (fracaso terapéutico)	3	2 %
Abandono durante el tratamiento	1	1 %
Total	135	100%

La mayoría de los coitos exitosos ocurrieron en los intentos del primer día, pero un 14% de los casos resolvieron el síntoma el segundo día y tiempo posterior. Estos resultados demuestran el éxito rápido del método intensivo y un número no despreciable de curaciones luego del segundo día del inicio de la sesión prolongada.

MOMENTO DE OBTENCIÓN DE RESULTADOS EXITOSOS SOBRE 131 CASOS

Antes de la sesión especial	2	2 %
Primer día, primer intento	92	70 %
Primer día, segundo intento	20	15 %
Primer día, en el hogar luego de sesión especial	4	3 %
Días posteriores	6	5 %
Segundo día, primer intento	5	4 %
Luego de segundo día	2	2 %
Total	131	100%

En seguimientos a largo plazo (85 parejas) se pudo establecer que el 92% se mantenían unidas, habían reducido su erotofobia y eran capaces de copular de modo regular; 21 parejas tuvieron hijos; y sólo el 8% se separaron con índices de divorcialidad inferiores o iguales a los de la población general (Cuadro 14).

Para ciertas personalidades neuróticas, la significación psicológica del vaginismo ha sido desplazada, y algunas pacientes presentaron fobia al parto u otras fobias.

También llamó la atención los dos casos que "se curaron" solos antes de la sesión especial. Probablemente aquí tuvo éxito la técnica del desafío planteada. En un caso la pareja llegó triunfal y dijo que me había equivocado, que ella no había tenido miedo y que ¡había conseguido la consumación de su matrimonio! (En realidad, había realizado la consumación para demostrarme que era más fuerte que nosotros.)

SEGUIMIENTO DE LAS PAREJAS QUE CONSUMARON (SE PUDO CONOCER EN 85 CASOS SOBRE 135)

Continúan con buena sexualidad	52	61 %
Parejas que tuvieron hijos	21	31 %
Separación de la pareja	7	8 %

Con el objeto de reducir la ansiedad fóbica y los temores se prescribieron psicofármacos a sólo un miembro de la pareja en el 71% de los casos y a ambos en el 16%. No aceptaron, no estaba indicada o no la tomaron el 13% de los casos.

MEDICACIÓN PSICOFARMACOLOGICA INDICADA (135 CASOS)

Sólo a uno	96	71 %
Ambos miembros de la pareja	21	16 %
No medicación o no aceptaron	18	13 %

Se describen los tipos de medicaciones empleadas

TIPO DE MEDICACIÓN PSICOFARMACOLOGICA (138 CASOS)

Fluoxetina	85	62 %
Alprazolam	8	8 %
Sertralina	12	12 %
Rivotril	2	1 %
Paroxetina	6	4 %
IRS + alprazolam	25	18 %

En 16 casos se registraron efectos inesperados que consistieron en: once varones con aneyaculación y eyaculación retardada, dos casos de dispareunia e irritación por el tutor vaginal y una menstruación inesperada en el momento de iniciar la sesión especial que obligó a su postergación. Todos estos problemas se resolvieron adecuadamente en pocas semanas sin intervenciones terapéuticas especiales.

PROBLEMAS REGISTRADOS EN EL TRATAMIENTO (16 casos)

Aneyaculación y eyaculación retardada	11	8 %
Dispareunia e irritación vulvar por tutor	2	1 %
Menstruación inesperada	3	2 %

CONCLUSIONES

El M.N.C. es una entidad clínica diferente, que debe diferenciarse para su correcto tratamiento de la etiología individual del caso. (vaginismo, fobias, impotencia, etc). La causa de los M.N.C. del tipo psicogénico resulta la ansiedad sexual que se expresa como fobias al coito, vaginismo, dispareunia, disfunción eréctil y eyaculación ultraprecoz que abarcan necesariamente a ambos miembros de la pareja y debe tratarse y resolverse con ambos miembros de la pareja presentes.

En nuestra serie predominaron las causas femeninas de M.N.C. y la entidad más frecuente fue el vaginismo y la dispareunia. Postulamos que la imposibilidad de concretar la penetración vaginal durante largos períodos genera un nuevo problema que abarca a la pareja en su totalidad y que no puede ser abordado desde una perspectiva individual o con las técnicas habituales de psicoterapia de pareja.

Postulamos un nuevo modelo de terapia activa, por parte del médico tratante en un equipo multidisciplinario que haga un abordaje muy rápido del problema y este capacitado para enfocar todos sus aspectos, tanto médicos, psicológicos y de interrelación. El nuevo método de sesión intensiva y prolongada resulta más exitoso y da lugar a menos deserciones que los programas de terapia sexual clásicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abraham G. y Passini W. Introducción a la sexología médica. Critica. Barcelona. 1980
2. Abraham, H.C: A contribution to the problem of female sexuality, Int. J. Psycho-anal., 37, 351 (1956), p. 30.
3. Araoz, D.C.: "Uses of hypnosis in the treatment of psychogenic sexual dysfunctions". en: Psychiatric Annals, Vol 16 (2), 1986, págs. 102_105.
4. Bachmann, G.A.; Leiblum, S.R. y Grill, J.: "Brief sexual inquiry in gynecologic practice." en: Obstet. Gynecol., 73 (3 P + 1): 421_427, 1989.
5. Barnes, J.: "Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus." en: Biofeedback and Self-Regulation, Vol 10 (2), 1985, págs. 201.
6. Bianco, F.: "Nuevos abordajes en matrimonio no consumado." Comunicación personal. Buenos Aires, 1990.
7. Cette chose-la, Grasset, Paris, 1970.
8. Davidson, Sh. y Yftach, R.: "The therapy of the unconsummated marriage." en: Psychotherapy Theory, Research and Practice, Vol 13 (4), 1976, págs. 418_419.
9. Degun, M. y Degun, G.: "The use of hypnosis in the treatment of psychosexual disorders: With case illustrations of vaginismus." en: Bulletin of the British Society of Experimental and Clinical Hypnosis, No. 5, 1982, págs. 31_36.
10. Delmonte, M.M.: "The use of relaxation and hypnotically-guided imagery as an intervention with a case of vaginismus." en: Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, Vol 9 (1), 1988, págs. 1_7.
11. D.S.M. IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson. Barcelona 1995
12. Friedman, L. J.: Virgin Wives, Tavistock Publications, Londres, 1962.
13. Gindin, L.R. y Granja, P.: "Matrimonio no consumado: su abordaje y tratamiento en una sola sesión terapéutica." Revista Argentina de Sexualidad Humana, Año 5, Nº 1, 1991, págs. 9_18.
14. Gindin L. R. y Camillucci, A.: Matrimonios no consumados. 151 parejas tratadas con el métodos de una sesión prolongada en comparación con la terapia sexual clásica. Rev. Psiquiatría forense. Sexología. Praxis Año 4. Vol 2 Nº 1.
15. Grafeille, N.: "Profil comportemental des partenaires des femmes vaginismiques." Psychologie Médicale, 18, 1986, págs. 411_414.
16. Granero, M.C. e Imparali, J.: "Tratamiento del vaginismo en mujeres solteras. "Segundo Simposio Nacional Multidisciplinario de Sexualidad Humana. Buenos Aires. Argentina. Agosto. 1987.
17. Granero, M.C.: "Técnicas sexuales y comportamentales para el tratamiento del vaginismo en mujeres solteras." en: Revista Latinoamericana de Sexología, Vol. 3 (1), 1988, págs. 55_66.
18. Groisman, C.: "Nuevos matrimonios no consumados a la luz del trabajo psicocorporal. Aspectos técnicos y conceptuales", Buenos Aires, 1986.
19. Groisman, C.: "Matrimonios no consumados: Algunas consideraciones clínicas y terapéuticas, cuando la mujer es la portadora del síntoma." Revista Argentina de Sexualidad Humana, Año 4, Nº 1, 1990, págs. 29_36.
20. Jarrouse, N. y Poudat, F.X.: "Le vaginisme: Prise en charge: Flooding ou desensibilisation systematique?" en: Psychologie Medicale, Vol. 18 (5), 1986, págs. 771_772.
21. Kampman, R. y Kauppila, A.: "Severe vaginismus as the cause of unconsummated marriage: A case report of hypnoanalytic treatment." en: Psychiatria Fennica, 1978, págs. 179_181.
22. Kapelis, L.: "Use of the experimental analysis technique in hypnotherapy." en: Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis. Vol. 8 (2), 1980, págs. 100_103.
23. Kessler, J.M.: "When the diagnosis is vaginismus: Fighting misconceptions." en: Women and Therapy, Vol 7 (2_3), 1988, págs. 175_168.
24. Kinsey A. C. v col., Sexual behaviour in the human female, W. B. Saunders Co., Filadelfia, 1953.
25. Lazzarini H. Comunicación personal. Buenos Aires 1995

26. Malleson, J.: Sex problems in marriage with particular reference to coital discomfort and the unconsummated marriage, *Practitioner*, 172, 389 (1954).
27. Masters W. H, y Johnson V. E., *Incompatibilidad sexual Humana*, Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires 1975.
28. Michel-Wolff, H. Causes et traitement du vaginisme, *Rev. Fr. Gyn. Obst.*, 49, 30 (1954).
29. Ng, M. L.: "Treatment of a case of resistant vaginismus using a modified Mien Ling." en: *Sexual and Marital Therapy*, Vol. 7 (3), 1992, págs. 295_299.
30. Ogden, J. y Ward, E.: "Help seeking behaviour in sufferers of Vaginismus." en: *Sexual and Marital Therapy*, Vol 10 (1), 1995, págs. 23_30.
31. Oystrough, P.: "Vaginismus: A case study." en: *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, Vol 16 (2), 1988, págs. 147_152.
32. Passini. W. *Intimidad. Mas allá del amor y del sexo. La intimidad imposible de los matrimonios en blanco*. Ed. Paidós. Buenos Aires 1992
33. Perry, J.D.: "Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus." en: *Biofeedback and Self-Regulation*, Vol 10 (2), 1985, págs. 199_200.
34. Shahar, A. y Jaffe, Y.: "Behaviour and cognitive therapy in the treatment of Vaginismus: A case study." en: *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 2 (29), 1978, pags. 57_60.
35. Stallworthy, M. A. :Facts and fantasy in the study of female infertility, *Journal of Obstetrics and Gynaecology* (1947), pp. 171-180.
36. Sturgis S. H. y col., Routine psychiatric interviews in a sterility investigation, *Fertility and Sterility*, VIII, N° 6 (1957), pp, 52
37. Unconsummated marriages, *Med. Asp. of Human Sexuality*, IV, n.11 5 (1970), pp. 16-29.