

## DISPAREUNIA FEMENINA

### Dolor en las Relaciones Sexuales

Ps. Rosana Pombo  
Licenciada en Psicología  
Sexóloga clínica

**Definición:** Según el DSMIV es el dolor genital recurrente o persistente asociado al coito. Aunque generalmente el dolor se produce durante la penetración, puede aparecer antes o después del coito. Puede ser referido en los genitales externos y/o internos (orificio vaginal, clítoris, labios mayores o menores, o toda la pelvis), puede sentirse como un dolor punzante, con sensación de ardor, picazón, quemazón, “como una herida”, hasta agudo e intolerable.

Es considerada una disfunción sexual y su origen puede ser orgánico o psicológico. Se excluyen el dolor ocasional y las molestias leves y pasajeras.

#### Repercusiones en la pareja:

Este tipo de trastorno trae aparejado malestar en la relación de pareja, sensación de impotencia por no saber la causa ni la forma de actuar para evitar que aparezca el dolor, disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, evitación de las mismas como forma de “no molestar a la pareja” ó de a su vez evitar la frustración, sentimientos de culpa en la mujer por no sentirse una “mujer normal”, culpa en el varón por tener la sensación de “no estar haciendo las cosas bien”, sintiéndose responsable de su forma de actuar; el varón que culpa a la mujer por interpretar erróneamente su queja durante el coito, ansiedad de ambos durante la relación sexual, sentimientos de bronca y frustración, deterioro de la calidad de las relaciones sexuales, disminución del disfrute y de la sensación de bienestar y plenitud sexual, etc. Cuanto mayor es la intensidad del dolor, mayor la incidencia en la alteración de las relaciones sexuales, mayor el aumento de evitación de las mismas, incremento del malestar en el vínculo erótico y en la relación afectiva. También puede llegar a convertirse en una limitación de la mujer para la búsqueda de nuevas relaciones.

#### Cuándo y dónde aparece el dolor?

La dispareunia puede ser **primaria**, es decir desde el inicio de las relaciones sexuales, ó **secundaria** o adquirida, cuando aparece luego de un período de relaciones sexuales sin dolor.

Puede ser **situacional**, cuando se limita a ciertas clases de estimulación ó de situaciones y **selectiva** cuando se experimenta con algunos compañeros sexuales y con otros no.

Cuanto más difícil sea de precisar su/s causa/s y cuanto más difusa sea la localización del dolor referido, mayor será la probabilidad de ser atribuible a causas psicoemocionales.

Puede ser: precoital, coital, postcoital o combinada.

**Precoital:** es un dolor más superficial y externo, experimentado desde antes de la penetración; localizado en la vulva (más específicamente en las mucosas de labios menores, clítoris, vestíbulo, introito y/o tercio externo de la vagina, incluso a veces extendiéndose hacia el perineo). El dolor se puede experimentar durante las caricias genitales y aumentar al intento de penetración, ya que es cuando se intensifica el roce del pene contra dichas estructuras. Incluso a veces pueden incrementarse las molestias con el uso de lubricantes externos. Otro tipo puede ser cuando no existe dolor en la vulva siendo desencadenado al inicio de la penetración vaginal, es decir cuando el glande intenta pasar el tercio externo de la vagina, este dolor va desapareciendo gradualmente una vez que la penetración se completa y comienzan las embestidas pelvianas. Una vez que el pene se retira, al pasar el glande por el tercio externo puede reaparecer el dolor.

**Coital:** es la más frecuente, es profunda o interna o pelviana. Durante las embestidas pélvicas se desencadena el dolor localizado en los genitales internos (útero, trompas de Falopio, ovarios) y/o en estructuras vecinas a ellos, así como también en ciertas localizaciones del tracto vaginal. Clínicamente se caracteriza por el dolor durante las embestidas pélvicas, cuando el pene choca, tironea, desplaza dichas estructuras. También la mujer, sobretudo la postmenopáusica, puede referir dolor durante el orgasmo, causado por las contracciones uterinas, no siendo responsable la penetración.

**Postcoital:** el dolor es experimentado luego de culminar el coito y generalmente es vulvo-vaginal. Puede haber sufrido así mismo, dolor antes y/o durante la penetración, persistiendo por horas ó días, generando en la paciente incomodidad sobre todo al orinar, al contacto de la ropa interior con los genitales, al adoptar determinadas posturas al sentarse, al higienizarse, etc.

La dispareunia puede ser **total**, es decir puede haber una combinación de la dispareunia superficial y profunda, sobre todo cuando coexisten infecciones genitales bajas y altas.

#### **Disfunciones sexuales asociadas:**

La mayoría de las mujeres que padecen dispareunia, pierden progresivamente el interés por las relaciones sexuales. El deseo sexual va disminuyendo, la actividad sexual es sinónimo de dolor y sufrimiento, tanto físico como psicológico. También pueden ir perdiendo la capacidad en lograr el orgasmo. La dispareunia altera toda la respuesta sexual, comenzando por disminución de la libido sexual y produciendo alteraciones en la excitación, la lubricación y el orgasmo.

#### **Causas de la dispareunia:**

Generalmente su origen suele ser orgánico, debido a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica como:

**Infecciones genitales bajas**, responsables de la dispareunia superficial, como: Bartholinitis, vulvitis, vaginitis.

**Infecciones genitales altas**, generalmente responsables de la dispareunia profunda: son localizadas por encima del orificio interno del cuello uterino, son las enfermedades Inflammatorias Pélvicas. Las inflamaciones del útero, de las trompas de Falopio y de los ovarios pueden ocasionar dispareunia. Estas enfermedades pueden llegar a comprometer la fertilidad de la mujer. Las infecciones genitales bajas no tratadas pueden derivar en infecciones genitales altas.

**Inflamaciones del aparato urinario bajo** pueden causar dispareunia superficial, a causa de una cistitis o uretritis.

También puede ocasionar dispareunia el trastorno en la lubricación vaginal o sequedad vaginal, debido a la caída de los estrógenos durante la menopausia, con adelgazamiento del recubrimiento vaginal, también a consecuencia de tratamientos oncológicos y acortamiento vaginal como resultado de una histerectomía. Lesiones en la entrada vaginal a consecuencia de cicatrizaciones anómalas por episiotomía o por reparación plástica de la vagina. En casos de prolapso vaginal, endometriosis o enfermedad inflamatoria pelviana el coito puede tornarse muy doloroso.

Habrá que determinar también si la mujer es adecuadamente preparada en los juegos preliminares como para que su vagina se lubrique adecuadamente.



Tan importante como los aspectos orgánicos pueden ser los **aspectos psicológicos** como responsables del origen de la dispareunia.

Entre estos, los efectos de una **educación sexual inadecuada** o una información incorrecta, la ansiedad, la falta de excitación sexual, temores o miedos intensos asociados al coito debido a **experiencias traumáticas anteriores** (desfloración violenta, abusos o agresiones sexuales, violación), e incluso un tiempo insuficiente dedicado a la excitación que impida la adecuada lubricación y dilatación vaginal.

Que culturalmente se establezca que la primera relación sexual es dolorosa, en la mujer puede generar expectativas que llevan a interpretar como dolorosa gran parte de las estimulaciones que aparecen en esa situación. La ansiedad generada alrededor de las relaciones sexuales puede facilitar la aparición de una tensión considerable en la mujer que dificulte la penetración, dificultando la excitación y la lubricación, haciendo dolorosa la penetración desde el primer intento.

Cuando el origen es psicológico también puede ser un síntoma que esta indicando la dificultad de la mujer en entregarse a la experiencia sexual por la presencia de **conflictos diádicos** no resueltos, por lo tanto puede estar expresando hostilidad hacia la pareja y la sexualidad.

Sobre la etiología orgánica de la dispareunia también pueden combinarse los factores psicológicos ya que las experiencias sexuales dolorosas pueden desencadenar ansiedad anticipatoria y ésta generar a su vez respuestas fisiológicas como tensión muscular y contracción de los músculos pubococcígeos, dificultando la penetración e intensificando el dolor manteniendo por lo tanto el trastorno como resultado de un **condicionamiento** doloroso. Este condicionamiento hace que la mujer tema a la penetración y entre en un círculo donde la característica es el fracaso en la relación sexual y las conductas de evitación. El dolor puede dejar de ser orgánico, ya que la mujer ha sido curada con un tratamiento médico, para pasar a ser psicológico. Un ejemplo frecuente son las mujeres que han sufrido de infecciones vaginales o urinarias recurrentes, responsables de los dolores durante la penetración.

### **Diagnóstico:**

Se pueden dar varios factores contribuyendo simultáneamente haciendo muchas veces difícil de discriminar el origen de la dispareunia. Es importante a la hora de realizar un diagnóstico acertado contar con un equipo interdisciplinario donde intervengan el médico ginecólogo y el psicólogo sexólogo. El examen ginecológico es fundamental ya que puede reproducirse el dolor si el problema es orgánico y se puede observar la patología local en la vulva, la vagina o los genitales internos. En caso de descartarse patología

orgánica se derivará al psicólogo-sexólogo para que trabaje los factores de causa psico-emocional.

**Estrategia Terapéutica:**

Primero deben tratarse ginecológicamente las causas locales responsables del dolor. Una vez que éstas han sido eliminadas y si aún persiste el dolor en el coito, se recomendará una terapia sexual focalizada basada en técnicas cognitivo comportamentales que se aplicarán en busca de una desensibilización progresiva del miedo al dolor durante la relación sexual y más específicamente durante la penetración. La mujer deberá realizar ejercicios de entrenamiento y control de los músculos pubococcígeos que rodean el tercio externo de la vagina, dilatación y desensibilización progresiva con introducción de objetos fálcos, junto con técnicas de respiración y relajación muscular que le ayuden a distenderse y a controlar la ansiedad.

El tratamiento será por etapas, respetando el ritmo cada paciente, hasta que haya desaparecido el dolor durante la penetración. Consideramos de gran utilidad la participación de su pareja desde un lugar de comprensión, sostén y acompañamiento activo durante todo el proceso.