

**Matrimonio no consumado. Presentación de un caso.
Unaccomplished marriage. Case report.**

María Luisa Ellis Yard(1), Dévora Maricela González Silva(2)

RESUMEN

Se presenta un caso de matrimonio no consumado de doce años de evolución, siendo el vaginismo la causa de este trastorno. Se realizó inicialmente entrevistas con la pareja y estudios individuales. Posteriormente se comienza la terapia sexual y por la negativa del cónyuge de asistir a consulta se decide tratamiento individual a un miembro de la pareja, con técnicas de relajación, hipnosis, orientación. Al término de las doce semanas la paciente logró resolver la disfunción sexual.

Palabras Claves: DISFUNCIONES PSICOSEXUALES, HIPNOSIS.

(1) Especialista 1^{er} grado Psiquiatría, Profesor Asistente

(2) Lic. en Psicología

INTRODUCCION

El matrimonio no consumado no es un fenómeno raro, aunque la literatura no reporta la frecuencia con que se encuentra. Este hace sufrir a la pareja, al no tener una relación sexual plena y demandan atención, pero por sus inhibiciones en el terreno sexual, les resulta penoso y expresan sus quejas tras meses o años de haberse casado(1).

Las parejas se ven en conflicto entre la necesidad de buscar ayuda y la pena de comunicar su dificultad pues se incrementa su sentimiento de culpa o vergüenza.

Se han encontrado múltiples causas del matrimonio no consumado: la falta de educación sexual, prohibiciones sexuales de los padres, inmadurez de los cónyuges, excesiva dependencia de familia respectivas, problemas de identificación sexual, en el hombre disfunción eréctil y en la mujer vaginismo(1)(2). Una de las causas más frecuentes es el vaginismo, que representa el 10% de los trastornos sexuales según Masters y Johnson.(3).

El vaginismo resulta particularmente molesto cuando se trata de una pareja que quiere tener hijos y a menudo es esta motivación la que los hace buscar ayuda profesional.

Se define como un espasmo involuntario del tercio inferior de la vagina con la que la penetración vaginal es imposible o difícil y dolorosa. (2)(4)(5)(6)(7-9).

El vaginismo tiene causas orgánicas y psicosociales. Entre las causas orgánicas se encuentran: dolor producido por lesiones genitales (externas), inflamación, trauma obstétrico, residuos de himen, atrofia vaginal senil y otros trastornos pélvicos.

Entre las causas psicosociales: imperativos religiosos estrictos en la educación, actitudes negativas de la familia hacia el sexo, culpabilidad o miedo sexual, experiencias sexuales traumáticas o aversivas, examen pélvico traumático, miedo a embarazo, enfermedad venérea o al compañero, hostilidad hacia la relación, intentos prematuros de coitos dolorosos(6).

PRESENTACION DEL CASO

Referimos nuestra experiencia de un caso de matrimonio no consumado que llevaba doce años de casados.

Paciente de 34 años, universitaria, esposo de 42 años, 10^{mo} grado, sin hijos, sin antecedentes de trastornos psiquiátricos que comienza a atenderse en consulta de Terapia Sexual al año y medio de casados por no poder realizar el acto sexual. Examen ginecológico normal. Diagnóstico: Vaginismo. Múltiples tratamientos con acupuntura y terapia sexual que nunca logró terminar y a los doce años de casados el matrimonio se mantiene sin plena satisfacción sexual.

Dirigimos nuestro trabajo inicialmente al análisis de cada elemento de la pareja su estudio psicológico y buscar las causas del vaginismo(10).Una primera etapa de tratamiento encaminada a eliminar ansiedad y brindar información y educación sexual, utilizando relajación(2)(11).

Una segunda etapa de tratamiento con técnicas conductuales de terapia sexual para eliminar vaginismo y utilización de la hipnosis en una tercera etapa del tratamiento.

Utilizamos para el estudio psicológico el Rotter, la autobiografía, el HTP, IPAT.

La paciente presentó ansiedad, inseguridad, inestabilidad emocional, sentimiento de culpa y frustración, rasgos histéricos de personalidad, nueroticismo inferior. Deseos de tener un hijo.

El esposo mostró resistencia al estudio psicológico, sólo hizo el Rotter donde refleja ansiedad, frustración, deseos de tener un hijo.

Como causas del vaginismo presentado por la paciente se encuentran:

1. Deficiente educación sexual.
2. Actitud negativa de la familia hacia el sexo.
3. Temor a la figura paterna por sus patrones rígidos de conducta y actitudes agresivas.
4. Culpabilidad y miedo sexual originado en su infancia.
5. Experiencias sexuales traumáticas o aversivas en la adolescencia.

TRATAMIENTO

Comenzamos el tratamiento con Psicoterapia individual en sesiones semanales, intentamos dar tratamiento a la pareja, pero el esposo no cooperó, sólo aceptó las orientaciones a través del cónyuge.

Aplicamos la técnica conductual de terapia sexual en el tratamiento del vaginismo.

Utilizamos la técnica de relajación Entrenamiento Autógeno de Shultz y la hipnosis.

La primera etapa del tratamiento fue:

- La información y educación sexual(11).
- Orientación de la relajación(Entrenamiento Autógeno de Shultz)

Se realizaron dos sesiones semanales en consulta y se orientó el entrenamiento autógeno tres sesiones diarias en la casa; total tres semanas de tratamiento con entrenamiento autógeno antes de comenzar a orientar una segunda etapa de tratamiento.

La segunda etapa fue encaminada a la dilatación graduada combinada con ejercicios de control muscular en el marco de los ejercicios de intervención sensorial.

Se comienza con una sesión semanal en consulta donde se dan orientaciones de la técnica conductual para el tratamiento del vaginismo. Es importante utilizar los ejercicios de control muscular de Kegel, se le orienta que contraiga el músculo Pubococcígeo, responsable del vaginismo durante tres segundos y después relajarlo hasta que logre el control muscular. Luego se inserta el dedo y se contrae y relaja los músculos vaginales, se sigue una dilatación graduada(6)(10).

En la tercera etapa al no poder realizar el tratamiento de pareja intensificamos el tratamiento individual y utilizamos hipnosis. A partir de la sexta semana de tratamiento realizando dos sesiones semanales, en las primeras dos semanas y luego una semanal hasta un total de ocho sesiones de hipnosis.

Utilizamos para la inducción hipnótica el método del pestañeo sincronizado unido a la fijación de la mirada en el punto luminoso del sofrón. Previamente se realizaron las pruebas de susceptibilidad hipnótica, logrando alto nivel de susceptibilidad(12).

Se realizó hipnosis media y profunda con el objetivo de: aumentar capacidad de auto relajación, lograr seguridad en el tratamiento y realizar sugerencias posthipnóticas para eliminar temor a la relación sexual y lograr seguridad y capacidad para la satisfacción en la relación sexual.

A la octava semana de tratamiento la paciente logró en coito no exigente, la penetración.

En la oncenava semana logró la penetración con orgasmo.

En la duodécima semana ya se sintió segura y capaz de sentir una satisfacción plena en la relación sexual.

CONCLUSIONES

En la base del matrimonio no consumado está la deficiente educación sexual y la disfunción sexual (vaginismo). El tratamiento individual a un miembro de la pareja ayuda a resolver el problema. El uso

de la relajación y la hipnosis es importante en el tratamiento de la disfunción sexual. El tiempo de evolución del problema no afecta el pronóstico. No hay reglas esquemáticas para el tratamiento.

RECOMENDACIONES

La terapia sexual debe ocupar un lugar en nuestros profesionales y se impone la necesidad de crear una consulta especializada de Terapia Sexual dirigida a la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sadock V, El matrimonio no consumado. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ Tratado de Psiquiatría. t.3. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.p. 1690-92.
2. Leiva Marín Y. Respuesta sexual humana, disfunciones sexuales y sexualidad. En. Leiva Marín Y. Algunos temas sobre sexualidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.40-7.
3. Kolodny RC, Masters WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Editorial Científico técnica; 1985. P. 406-13.
4. Mármol JJ. Frigidez, dispareumia y vaginismo. En:: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. t.3. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1984.p.1684-85.
5. Kaplan HI, Harold I, Sadock BJ. Compendio de Psiquiatría. 2. Ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1987.p. 468-90.
6. Carnwath T, Miller D. Disfunción sexual. En: Carnwath T, Miller D. Terapia conductual aplicada a la asistencia primaria. México: Ed. Interamericana; 1989.p. 225-52.
7. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Trastornos mentales y de comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: OMS.; 1992.p.240.
8. Sabsbin M. Diagnostic criteria from DSM-IV TM. Washington: American Psychiatric Association; 1994.p.29.
9. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Trastornos sexuales y terapia sexual. En: Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1987.p. 551-86.
10. Sadoock VA, Sadock BJ. Terapéutica sexológica dual. En: Freedman AM, KaplanHH, Sadock BJ. Tratado de Psiquiatría. t.3. La Habana: Editorial Científico Técnico; 1984.p. 1723-28.
11. Leiva Marín Y. Terapia de las disfunciones sexuales. En: Leiva Marín Y. Algunos temas sobre sexualidad. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1994.p.59-69.
12. Martínez Perigod B, Asís M. Hipnosis. Teoría, métodos y técnicas. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1989. p. 169-73.