

PAREJA HOMOPARENTAL FEMENINA CON VAGINISMO

INTRODUCCIÓN

El **vaginismo** (Astolfi, E., 2007) es una disfunción sexual femenina que consiste en la contracción involuntaria e inconsciente de los músculos del tercio inferior de la vagina. En función de la intensidad de la contracción, se clasifica como severo cuando la contracción es tan intensa que impide la entrada a la vagina; moderado, cuando la intensidad de la contracción es menor y permite la penetración en forma parcial; y leve cuando permite la penetración total, pero siempre con dolor.

Según su aparición se clasifica como primario cuando se presenta desde el primer intento de penetración y secundario cuando aparece después de un período de funcionamiento normal.

En nuestro caso se trata de un vaginismo severo secundario, sin alteraciones de las fases de respuesta sexual, que aparece en un miembro de la pareja, justo después de sufrir una intervención -histerectomía-, tras la cual sus expectativas de llegar a la maternidad tendrían que modificarse.

La **histerectomía** (Cowan, M.) es la extirpación del útero (la matriz). Esta extirpación anula la capacidad de quedar embarazada.

Aun perdiéndose el útero, pueden llegar a subsistir los ovarios, lo cual hace posible la fecundación asistida de óvulos y la anidación en el útero de otra mujer.

Siguiendo los estudios de Carmona (2011), se evalúa el estado emocional, su autoimagen, y si su pareja se implica siendo el principal apoyo para superar los temores que origina esta cirugía relacionados básicamente con la feminidad, sexualidad y desempeño de roles. Teniendo en cuenta estos aspectos se valora si considerar esta vivencia como una pérdida afectiva, lo cual provocaría la iniciación de un proceso de duelo (Mingo C, Herman CJ, Jasperse M., 2000).

Se estudia la posibilidad de que exista un Trastorno de la Personalidad previo, en función de la idea de que lo que predicen las alteraciones psicopatológicas posteriores a la intervención, es la existencia de trastornos psiquiátricos previos (Williamson, M.L., 1992). Por ello, el desarrollo de problemas psicológicos depende en mayor medida de la personalidad, actuando la intervención como desencadenante. Se utiliza el cuestionario IPDE (Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad, 1996) para valorar la existencia o no de dicho Trastorno.

El Método **ROPA** “permite que dos mujeres estén incluidas en el proceso de la maternidad, esta opción es empleada por las parejas lesbianas que desean ser madres e intervenir ambas en el proceso reproductivo”. (Mestre Ferrer, C., 2015.)

El término ROPA, proviene de Recepción de Óvulos de la Pareja, puesto que una mujer aporta los óvulos para que se realice la fecundación in vitro (FIV) y posteriormente los embriones obtenidos se transfieran a la otra mujer. De esta forma ambas están implicadas en el proceso de tener a su hijo, puesto que una aporta el material genético (utiliza sus óvulos) y la otra es la encargada de gestar al bebé y alumbrarlo.

Este método es el elegido ya que recoge las características de la pareja y resuelve su situación.

MÉTODO

Algunas de las autoverbalizaciones expresadas por el miembro que sufre vaginismo, revelan unos pensamientos que coinciden con las creencias irracionales de (Ellis, 1993). Dado que las bases de la Terapia Racional Emotiva (TRE) de Ellis, parten del supuesto de que la activación emocional y las conductas desadaptativas están mediatizadas por la interpretación que uno hace de las situaciones, se plantea una doble intervención a nivel cognitivo y a nivel conductual. El origen del vaginismo se trata mediante la TRE a nivel cognitivo, para trabajar los pensamientos erróneos; y por otro lado, se aplica una Desensibilización Sistemática (DS) (Wolpe, 1973) a nivel conductual. Esta última técnica consiste en: 1º Entrenamiento en relajación; en este caso se lleva a cabo mediante hipnosis dado el alto grado de sugestionabilidad que presentaba la paciente en cuestión; 2º Elaboración de la jerarquía de situaciones; se utiliza la Escala Subjetiva de Ansiedad (ESA); 3º Práctica en imaginación; 4º Aplicación de la DS propiamente dicha. A la paciente se le explica brevemente la justificación teórica del tratamiento, así como las diferentes fases del mismo (Vila, J., 1988).

Descripción

Manuela (de 35 años) y Ana (de 32 años) son una pareja que tras convivir durante tres años, decidieron contraer matrimonio hace dos. Manuela tuvo un hijo a los 16 años; actualmente vive con su padre; mantienen muy buena relación.

Pocos meses después de su matrimonio, Ana fue diagnosticada de miomatosis uterina teniendo que someterse a una histerectomía abdominal.

Manuela es Doctora en Ingeniería Agrónoma aunque trabaja como directiva en una importante empresa; Ana es Lda. en Bellas Artes y trabaja en una revista como colaboradora. Su nivel socioeconómico es alto.

Motivo de Consulta

Un miembro de la pareja presenta distorsiones cognitivas, pensamiento obsesivo, baja tolerancia a la frustración y baja autoestima. En su comportamiento muestra un temor a la exploración clínica reflejado en un vaginismo severo secundario, impidiéndole iniciar el proceso de Reproducción Asistida..

Historia del problema

Ana y Manuela habían decidido tener un hijo. Ya que Manuela era madre, decidieron que fuese Ana la que gestase al bebé con sus propios óvulos y con semen de donante.

Ambas acuden a una clínica en donde diagnostican la miomatosis de Ana, que finalmente desembocó en histerectomía. En la clínica les sugieren el método ROPA; Manuela se quedaría embarazada con los óvulos de Ana.

Durante la 1ª entrevista Manuela se muestra serena, aunque muy preocupada por el estado emocional de Ana. Ésta por el contrario, presenta una actitud apática e irritable, con sentimientos de culpa y autorreproches, que le producen un desequilibrio en su fortaleza emocional. En su discurso refiere frases del tipo “no valgo como mujer”, “todo lo importante lo has puesto tú”...A raíz de la operación, le diagnostican un vaginismo secundario severo, impidiéndole realizar cualquier tipo de intervención ginecológica.

La 2ª entrevista se realiza por separado, Ana expresa su temor a que Manuela la dejase por no “estar a la altura”; Ana es una mujer muy exigente consigo misma, dependiente afectivamente, presentando baja tolerancia a la frustración. Cada nueva situación la vive con una carga de preocupación excesiva, anticipando acontecimientos negativos. Su pensamiento, con rasgos obsesivos, le lleva a un bucle en el que su idea desajustada es el origen de su malestar que lo convierte en el eje principal de su actuación. Estos rasgos se compensan con la personalidad de Manuela, caracterizada por una estabilidad emocional, extroversión, muy comunicativa y empática.

Ambas califican su relación como muy satisfactoria en todos los aspectos, excepto cuando surge un suceso no previsto, en donde Ana se encierra en sí misma y es

Manuela la que tiene que “reconducirle y sacarle de esos pozos donde se mete”. Esta es una de las claves por las que se entrenó a Manuela como coterapéuta.

Evaluación

En primer lugar se les administra el IPDE siguiendo el formato de entrevista, permitiendo con esta forma de aplicación, obtener una información no reflejada en los diagnósticos o puntuaciones por sí solos. Para ello se anotan literalmente las respuestas, que debían ser completadas y apoyadas por descripciones y ejemplos convincentes. Ninguno de los pacientes obtuvo puntuaciones significativas en el cuestionario. No obstante, podemos destacar en Ana las puntuaciones obtenidas en la escala Histriónico (301.50) DSM-V, Obsesivo-Compulsivo (301.4) DSM-V y Dependencia (301.6) DSM-V. Estos datos corroboran los rasgos de Ana en cuanto a su papel de protagonismo, la sugestionabilidad, su rigidez, su pensamiento obsesivo, y la falta de iniciativa, dejando que otros asuman sus responsabilidades.

Para conocer los recursos adaptativos tanto personales como interpersonales que ayuden a afrontar la infertilidad, y evaluar el posible desajuste emocional se administra el DERA. Se analizan los recursos con los que contaba Ana para la elaboración del duelo por su no gestación, y el patrón de actuación ante los posibles conflictos internos en su relación como pareja en el proceso.

Los resultados obtenidos en el DERA (Tabla 1), muestran la existencia de diferencias significativas en la pareja en el grado de Desajuste Emocional (DE): Ana obtiene puntuaciones altas (Pc-70), frente a las puntuaciones bajas de Manuela (Pc-20); en los Recursos Personales (RP): Ana obtiene puntuaciones bajas (Pc-25), frente a la puntuación alta de Manuela (Pc-95).

DERA	ANA	MANUELA
Desajuste Emocional	PD = 69 Pc - 70	PD = 46 Pc - 20
Recursos Personales	PD = 39 Pc - 25	PC = 48 Pc - 95
Recursos Interpersonales	PD = 46 Pc - 60	PC = 51 Pc - 90
Recursos Adaptativos	PD = 86 Pc - 50	PC = 94 Pc - 90

PD: Puntuación Directa Pc: Percentil

Tabla 1. Resultados del DERA

En los Recursos Personales Ana presenta escasa disposición hacia una predisposición activa ante los problemas a los que se enfrenta, sin buscar soluciones alternativas (Pc-25). Manuela por el contrario presenta un nivel adecuado de confianza en sí misma manteniendo una actitud activa y perseverante, que le ayuda a mantener sus esfuerzos en la consecución de sus objetivos (Pc-95).

DIAGNÓSTICO

Vaginismo secundario severo; estado de ánimo disfórico; distorsiones cognitivas; y pensamiento obsesivo. Sintomatología asociada: rasgos inmaduros en el comportamiento e inestabilidad emocional.

TRATAMIENTO

Al analizar los ítems que evalúan el DE -en el caso de Ana-, se observa que las principales manifestaciones de emociones negativas son de origen cognitivo, por ello se utiliza como tratamiento, la Terapia Racional Emotiva de Ellis junto con los Métodos de Autoinstrucción de Meichenbaum (1974), con la primera terapia se eliminan las ideas irracionales y con la segunda se crean verbalizaciones alternativas, que van modelando comportamientos adecuados a situaciones problema.

Objetivos

- Acudir a la exploración ginecológica.
- Entrenamiento en relajación.
- Eliminar creencias irracionales.
- Reestructurar distorsiones cognitivas.
- Incremento de la autoestima.
- Aprendizaje en la expresión de sentimientos y necesidades.
- Entrenamiento en comunicación y resolución de problemas en la pareja.
- Entrenamiento como coterapeuta.
- Ofrecer información: psicoeducación.

Aplicación y Técnicas

Las sesiones tenían una duración de 50 minutos. La primera consistía en una entrevista abierta con los dos miembros de la pareja; posteriormente se realizan dos

sesiones, una con cada paciente. Se examina la necesidad de intervención en aspectos no reflejados en las pruebas administradas: en la entrevista con Ana se evalúa la elaboración del duelo por la no gestación, y su estado en ese momento. Ana centraba toda su atención en torno a su relación; la no gestación la vivía como “un alivio”.

En la entrevista con Manuela, se corroboran los aspectos tanto personales como de pareja, reflejados en las entrevistas anteriores y se le educa para actuar de coterapéuta con su pareja.

Las sesiones se llevan a cabo los lunes y jueves. Los lunes se centran en Ana y los jueves las sesiones eran conjuntas.

Se comienza con la DS para tratar el vaginismo. Primero se realiza una sesión de hipnosis clínica consiguiendo un estado de “Trance profundo” de grado 28 según la Escala de Susceptibilidad Hipnótica de Davis-Husband (1931); se le dieron órdenes posthipnóticas para ir induciendo la relajación. En la 2ª sesión se le entrena siguiendo las Técnicas de Relajación Progresiva de Jacobson, bajo hipnosis. Una vez conseguida la relajación en la 3ª sesión se comienza a construir la “Jerarquía de escenas”, se emplea la Escala Subjetiva de Ansiedad (ESA) (Wolpe, 1958) para marcar las unidades subjetivas de ansiedad. (Tabla 2)

En cada sesión se hace la visualización sistemática de tres o cuatro escenas. En la escena 7ª, se tuvo que reconstruir otra escena (6b) de menor intensidad al no lograr reducir la ansiedad a pesar de las repeticiones. En la 3ª escena se utiliza un espejo que se sugirió para emplearlo como dilatador, lo guardaría junto a la lencería, para verlo a diario e ir sensibilizándose con él –habitación al estímulo temido-.

En las sesiones conjuntas se aplica la Terapia Racional Emotiva (TRE) junto con los Métodos de Autoinstrucción de Meichenbaum, para las creencias irracionales de Ana y para modelar conductas adaptadas. En algunos aspectos fue necesario incluir la Terapia Cognitiva de Beck (1976) para enseñar las técnicas del distanciamiento emocional y de separación afectiva, y practicar los “experimentos personales” para comprobar la reestructuración ensayada en la terapia.

Rango	ESCENAS	Usas
1	Manuela llama a la Clínica de Reproducción Asistida para pedir cita; yo estoy a su lado, en casa, sentadas en el sofá.	10
2	La noche del día antes de la cita estamos –en pijama-, en el dormitorio planificando el horario del día siguiente y viendo cómo quedamos para ir a la Clínica.	20
3	Antes de acostarnos Manuela me propone algún juego con el espejo.	30
4	Desayuno sola, y espero la llamada de Manuela para que me recoja.	40
5	El mismo día sentadas en la sala de espera de la Clínica, hojeando revistas de bebés.	50
6	Nos llama la enfermera y nos hace pasar a la sala.	60
6b	Antes de entrar en la sala esperamos de pie en la puerta, Manuela me da la mano.	65
7	El doctor nos pregunta cómo estamos y nos explica el motivo de la exploración.	70
8	Dentro de la sala pasa una enfermera con un espejo y un pareo, dirigiéndose a la silla de exploración.	75
9	La enfermera se dirige a mí y me dice que la acompañe.	80
10	Paso tras el biombo, dejo la ropa en el taburete, me siento y me coloco el pareo.	90
11	Entra el doctor y se sienta a mis pies.	95
12	Me dice que tome aire y me relaje, noto el espejo.	100

Tabla 2. Jerarquía de Escenas

RESULTADOS

Los pacientes acuden con regularidad a las citas ginecológicas. Progresan en la comunicación y resolución de problemas: expresan su entusiasmo al estar viviendo una relación más enriquecedora tras haber conseguido poder discrepar, compartir temores ante situaciones nuevas y elaborar proyectos conjuntamente. Manuela refiere haber descubierto a una Ana más afín a ella y a una excelente compañera, y es consciente de su excesivo proteccionismo. Ana describe su estado como de “paz y alegría” –incremento de su autoestima-, explica cómo los temores que antes eran una constante en su vida, ahora los ve como retos que la impulsan a seguir; también refiere que los pensamientos que antaño fueron sus enemigos ahora son “mis mejores aliados” –eliminación de creencias irracionales-. Los pensamientos obsesivos disminuyen considerablemente; así como las anticipaciones negativas; los autorreproches e infravaloraciones.

Ambas muestran una complicidad y seguridad, que se corrobora con sus verbalizaciones.

Se comprometen a acudir a consulta para iniciar un seguimiento y reforzar los logros alcanzados.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En función de los resultados obtenidos podemos concluir que las medidas de evaluación utilizadas, así como las técnicas de intervención aplicadas, han sido efectivas al conseguir los objetivos marcados.

Es importante destacar que fue imprescindible descartar la existencia de un Trastorno de la Personalidad, mediante el IPDE, ya que de no haber sido así, las intervenciones y técnicas escogidas hubiesen estado en función de la sintomatología verbalizada, que hacen referencia a tales trastornos.

Intervenciones como la relativa al duelo por la no gestación de Ana, y la recepción de gametos masculinos, han sido tratadas en terapia, aunque no aparezcan reflejados.

PALABRAS CLAVE

Vaginismo, Histerectomía, Exploración ginecológica, Desensibilización Sistemática, Desajuste Emocional, Recursos Adaptativos, Reproducción Asistida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Astolfi, E. (2007) *Disfunciones sexuales femeninas: ¿Qué es el vaginismo?*; Aprender Salud; HIBA.
- Beck AT. (1976) *Cognitive Therapy and Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Capafons, A. (2001) *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carmona, V.,(2011) *Proceso de adaptación en las mujeres histerectomizadas según la teoría de Callista Roy*, <http://tesis.usat.edu.pe/jspui/handle/123456789/83>
- Cowan, M. *Histerectomía: cirugía*, <http://drcowan.womanshealthgroup.com>

- Davis, L.W. & Husband, R.W. (1931). *A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits*. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 175-182.
- DERA (2008) *Cuestionario de Desajuste Emocional y Recursos Adaptativos en Infertilidad*, Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, C. TEA, Ediciones, S.A. Madrid.
- DSM-5, American Psychiatric Association, (2014) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, Panamericana, Madrid.
- Ellis, a., & Lega, I. i. (1993). *Como aplicar algunas reglas básicas del metodo científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general*, 1. *journal of ret*, 9(3), 139-172.
- IPDE (1996) *International Personality Disorder Examination*, Módulo DSM-IV, López-Ibor, J.J., OMS, Meditor, Pfizer, S.A. Ginebra.
- Mckay, M., Davis, M., Fanning, P. (1998) *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Editorial: Martínez Roca S. A., .Barcelona.
- Meichenbaum, D. (1974), *Cognitive Behavior Modification*, Morristown, N. J., General Learning Press.
- Mestre Ferrer C., (2015) www.reproduccionasistida.org/método-ropa/
- Mingo C, Herman CJ, Jasperse M.(2000) *Women's stories: ethnic variations in women's attitudes and experiences of menopause, hysterectomy, and hormone replacement therapy*. *J Womens Health Gend Based Med* 9 Suppl 2:S27-38. 7.
- Vila, J (1988). *Manual de Modificación de conducta*. Mayor, J. y Labrador, F.J. , Editorial Alhambra. Madrid
- Williamson, M.L. (1992). *Sexual adjustment after hysterectomy*. *Journal of Obstetric and Gynecology Neonatal-Nursing*, 21, 42-47.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1973) *The Practice of Behavior Therapy*. 2ª ed, Oergamon Press, Nueva York.