

el dibujo en el tratamiento del **VAGINISMO RESISTENTE**

En una ponencia que presentamos en el VII FLASSES en La Habana Cuba, planteamos que el dibujo se ha vuelto una herramienta útil y valiosa en el tratamiento de las disfunciones sexuales. No se trata de establecer un diagnóstico si no de terapia propiamente dicha con este instrumento.



En un intento por sistematizar los beneficios del uso del dibujo terapéutico y valorar su real aporte, estableceremos las siguientes reflexiones y pautas.

- 7) Presentamos algunos ejemplos representativos de la mayoría de los casos tratados, para mostrar el trabajo realizado.
- 8) Estamos trabajando en un estudio estadístico para futuras presentaciones.

Reflexiones y Pautas

- 1) En primer lugar, nos planteamos como podríamos determinar el valor real de esta técnica.
- 2) Decidimos seleccionar un trastorno, cuya frecuencia de aparición nos permitiera un abordaje fluido y donde el éxito terapéutico fuera fácil y objetivamente comprobable.
- 3) Elegimos el vaginismo y precisamos la definición que manejaremos. Entendemos por el vaginismo la contracción espástica, persistente y recurrente, de carácter involuntario, de todos los músculos pelvianos que recubren el perineo y el tercio externo de la vagina, estimulado por intentos de penetración vaginal, imaginarios, anticipados o reales.
- 4) Nos planteamos la necesidad de discriminar, si hubiera servido, cualquier otra terapéutica para conseguir el éxito.
- 5) Para salvar este escollo decidimos aplicarlo en casos donde cumplidas las técnicas más habituales de tratamiento del vaginismo, hubieran sido ineficaces.
- 6) Los casos para este trabajo fueron seleccionados de base a su etiología psicógena, haber usado las técnicas tradicionales y persistir el trastorno, lo que interpretamos como un "vaginismo resistente".

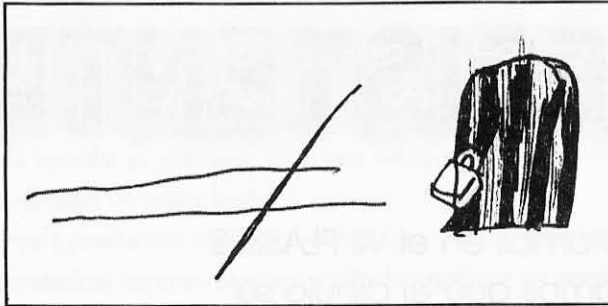
CASOS EJEMPLO

Caso 1:

Marina, sexo femenino, 25 años, inteligente, nivel cultural alto, estudiante avanzada, soltera con novio hace 3 años. Educación "religiosa muy represora" que rechaza y aún vive con angustia. En enviada por la ginecóloga, que descarta patología orgánica. Presenta un VAGINISMO PRIMARIO sin ninguna alteración de las fases de respuesta sexual. Ya que sin mediar la penetración a la que no ha podido acceder y resulta el motivo de la consulta, es capaz de sentir deseo, excitarse y lograr el orgasmo. Es decir no se observan otras alteraciones de la respuesta sexual. Se utilizan diversas técnicas, por ejemplo, ejercicios de Kegel, y de relajación muscular profunda, uso de dilatadores, técnicas Gestálticas, reconstrucción cognitiva, análisis de sueños, técnicas asertivas etc. Se trabajaron los valores que a nivel intelectual eran claros, pero no lo eran en la esfera afectiva. A esta altura del tratamiento, dos meses después de iniciado, había completado el uso de dilatores. Si bien perdió el temor al examen médico ginecológico, sigue sin poder concretar la penetración. Decidimos pasar el uso del dibujo para abordar el camino restante.

La consigna es que dibuje, que pase a una imagen, lo que siente cuando se enfrenta a la penetración. Como siempre, el primer dibujo es el que cuesta más y debe elegirse cuidadosamente si se trabajará con ese o con otro, confirmando si realmente representa la emoción que le impide completarla.

Fig 1:



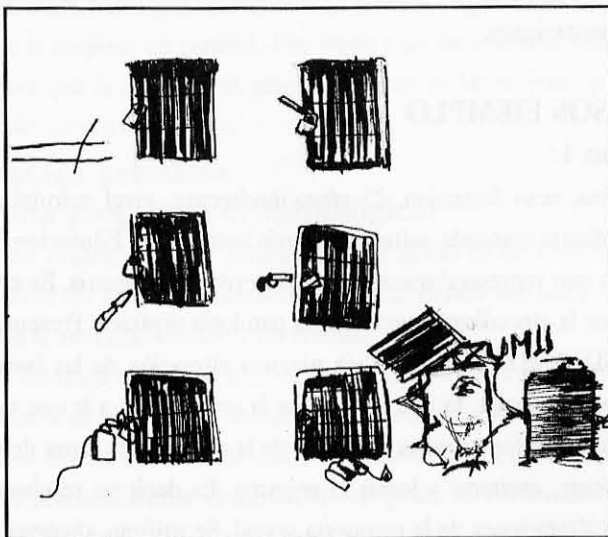
Primero dibujó dos rayas paralelas cruzadas por una vertical que describe como un camino cortado; pero como la imagen no le pareció representativa agregó lo que describe como una puerta, muy resistente, cerrada con candado.

Esta imagen le produce un rechazo importante que se observa por su dificultad para mirarla más allá de un par de segundos.

Por tanto decidimos empezar el trabajo con ella.

La siguiente consigna es que dibuje la apertura y/o destrucción de esa puerta cerrada. Trae entonces esta serie de dibujos.

Fig 2:



El camino cortado con la puerta cerrada con candado, después el intento de abrirla con un hierro; luego con un soplete. Todas formas que no resultan hasta que por fin le pone dinamita y logra hacerla explotar.

Se puede ver lo expresivo del dibujo: explota primero y desaparece después.

Relata, muy sorprendida, que al día siguiente de haberlo hecho logró tener su primera penetración completa, que no sintió ningún dolor y hasta dudaba de si había sido completa porque "no la

sentía" aún cuando el novio le aseguraba que así había sido. En esta ocasión no tuvo orgasmo.

Después de trabajar esta situación y premiar el logro, en la siguiente sesión nos relata que ahora se convenció de que son penetraciones completas y está teniendo orgasmos. A los tres meses del comienzo del tratamiento la meta había sido lograda y el vaginismo ya no existía. En controles posteriores entre los 3 y 6 meses la situación se mantenía exitosa.

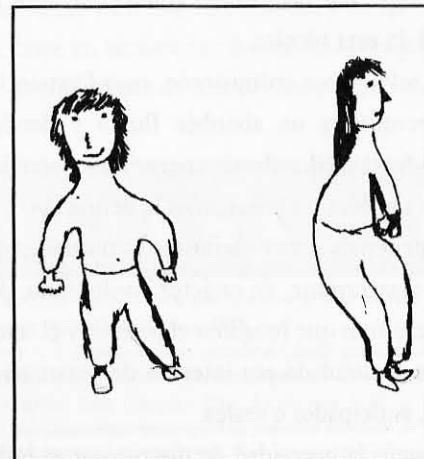
Caso 2:

Silvina, sexo femenino, 26 años, medio socioeconómico bajo, ama de casa, escuela completa, casada hace un año, sin consumar el matrimonio, enviada por vaginismo por la ginecóloga, sin patología orgánica. Educación muy religiosa y represiva, no sólo a nivel sexual sino en toda expresión de vida. Múltiples abandonos. Presenta muy baja autoestima, depresión, conflictos varios y un vaginismo primario con alteración de todas las fases de la respuesta sexual; disfunciones del deseo, disfunción sexual general y anorgásmica.

Se trabajó con las técnicas mencionadas anteriormente, más todas aquellas necesarias para trabajar una represión total en los afectos. Y con gran dificultad empezó con los dilatadores. Pero llegó solo a la inserción de un dedo; no pudo continuar más allá. Después de intentar en vano vencer por otros medios esta dificultad, se pasó al dibujo.

Ante las primeras consignas tuvo dificultad en comprenderlas.

Fig 3:

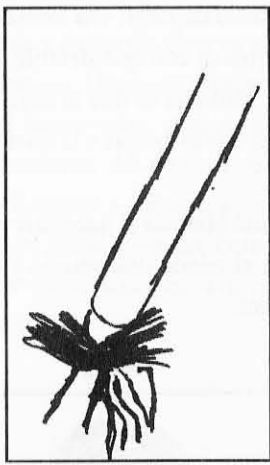


Dibuja dos personas, "Somos nosotros en la cama, era eso lo que tenía que dibujar, ¿no?"

Se aclara la consigna.

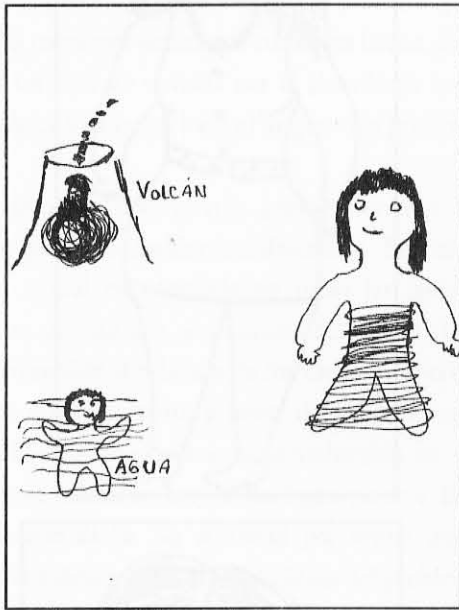
Fig 4:

El siguiente dibujo es "un pene que choca con algo". Esta imagen no representa nada para ella, la emotividad que le impedía el coito estaba ausente.



Pero después surgen tres imágenes.

Fig 5:



Una mujer ahogándose, asfixiándose; una mujer atada con cuerdas. Frente a estas imágenes se muestra perturbada. Dice que así es como se siente y que representan sus miedos, que eran inconscientes, no sólo en el sexo sino en todo lo demás. Se siguieron trabajando los valores, mitos, prejuicios, y en especial su derecho al placer rescatando los aspectos lúdicos que le fueron negados desde su niñez.

Ante la consigna de que encuentre la solución a los problemas que plantean los dibujos; primero la mujer que se ahoga.

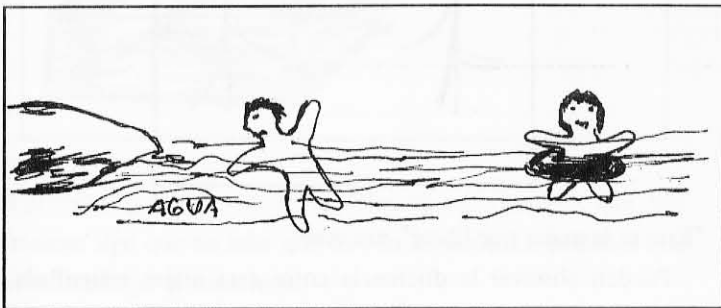
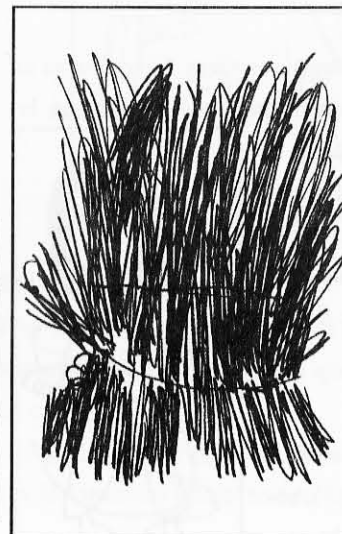
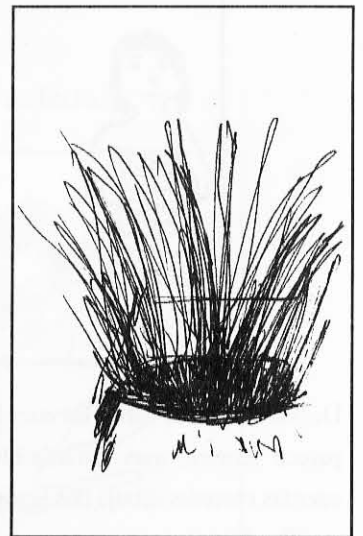
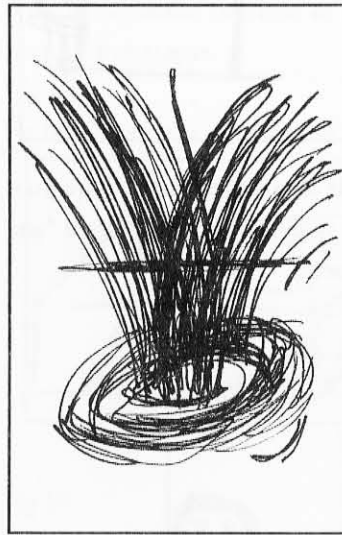
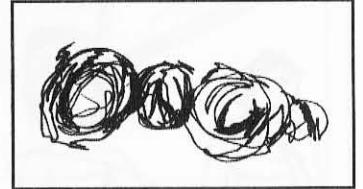
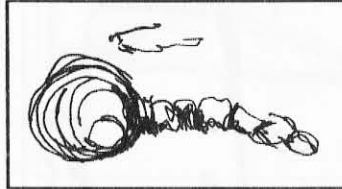


Fig 6:

Una mujer nadando y otra con salvavidas. Relaciona las imágenes con el miedo que le da cuando empieza a excitarse pues siente que le va a faltar la respiración y se va asfixiar.

Hace una serie y dibuja con lápiz rojo, al volcán que gradualmente empieza a explotar.

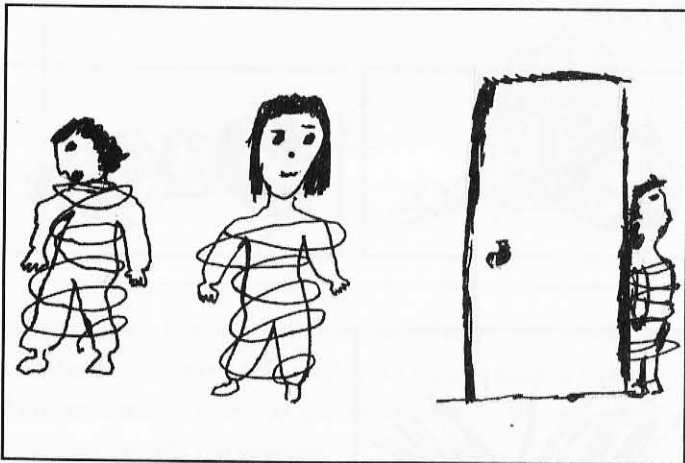
Fig 7 a 10:



A la siguiente sesión había logrado la inserción de dos dedos, continuando el ejercicio que no había podido completar. Y dos consultas después, nos relata que por primera vez se había excitado y estaba empezando a sentir más ganas de tener relaciones.

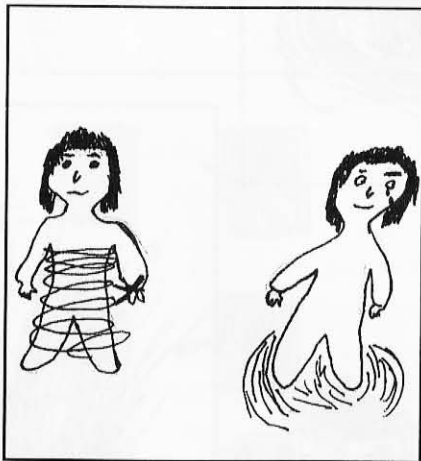
Con la tercera imagen atada fue más difícil.

Fig 11:



Las formas que eligió para desatarla fueron peculiares e infructuosas: con los dientes, moviéndose, frotando la cuerda contra "una pared" nos dice pero dibuja una puerta.

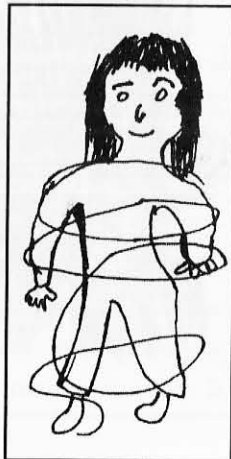
Fig 12 :



Decide entonces cortar las cuerdas con una tijera. Sin embargo no parece sentirse muy aliviada observen que en la mujer con las cuerdas cortadas dibuja dos lágrimas en la mejilla. Ansiosa por avanzar en el tratamiento intenta y logra una penetración parcial con mucho miedo. Este miedo la hace sentir que ha retrocedido, se deprime y se siente culpable.

Fig 13:

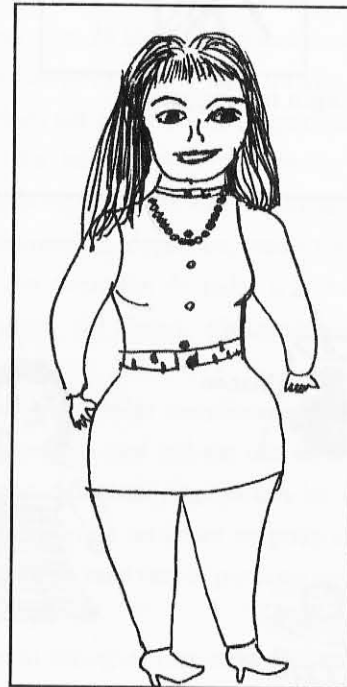
Vuelve a dibujar la mujer atada. Al comparar esta imagen con la primera, (Fig 5), vemos que son menos las cuerdas que la atan.



Ante la imposibilidad de elegir una forma eficaz de desatarla, se le insiste para determinar con que destruir las cuerdas. Y elige el fuego. La siguiente consigna es que lo haga. No puede. Entonces le pedimos que haga una fotocopia y la quemé y mire mientras las cuerdas se queman.

Relata que se sintió liberada al quemarla y no lo puede creer. Se sintió tan bien, que el miedo desapareció y tuvo una relación con penetración completa.

Fig 14 y 15:



"Esta es la mujer que liberé", nos dice.

Pueden observar la diferencia entre esta mujer maquillada, (usa rojo para los labios y mejillas y enmarca los ojos con azul, arre-

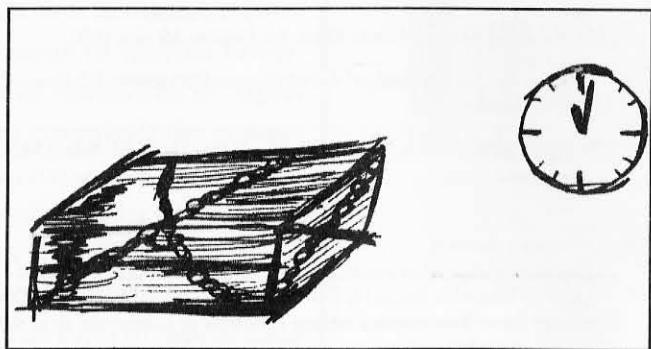
gladas y de formas claramente femeninas), con aquella primera que hizo, informe, atada y pequeña. Esta es grande usa dos hojas para hacerla y no le alcanzan. Hace seis meses que comenzó el tratamiento. Continúa el tratamiento, porque, si bien el vaginismo desapareció y las disfunciones del deseo y excitación mejoraron, logra pocos orgasmos. Empezó a trabajar, a maquillarse y vestirse como deseaba y nunca se había animado. Pero sobre todo su vida, en general, ha cambiado positivamente, ya que se siente más plena y libre de ser ella misma.

Caso 3:

Rita, 34 años, sexo femenino, profesional universitaria, educación religiosa y represiva donde se jerarquizaba la virginidad y la maternidad como lo único importante, casada hace 6 años, sin consumir el mismo por la presencia de un vaginismo primario que le preocupa, no por la respuesta sexual que considera buena, sino por que quiere tener un hijo. Es enviada por el ginecólogo que descarta patología orgánica y es quien hace el diagnóstico primario de vaginismo.

Tiene 5 años de psicoterapia previa con otro terapeuta, que, en este plano ha resultado infructuosa. Se constata que su respuesta sexual es adecuada en todas las fases, siempre y cuando no se intente una penetración de ningún tipo. Se realiza un trabajo similar al relatado en los casos anteriores y se pasa al uso del dibujo cuando, a pesar de haber completado el uso de los dilataadores, y tolerar la introducción de dos dedos del esposo y el dilatador mayor, no logra pasar a la penetración propiamente dicha. Su ansiedad por sentir que su reloj biológico corría y desear una solución rápida del problema si bien la motiva a cumplir todas las tareas también interferiría generando ira y angustia, elementos estos que también fueron trabajados.

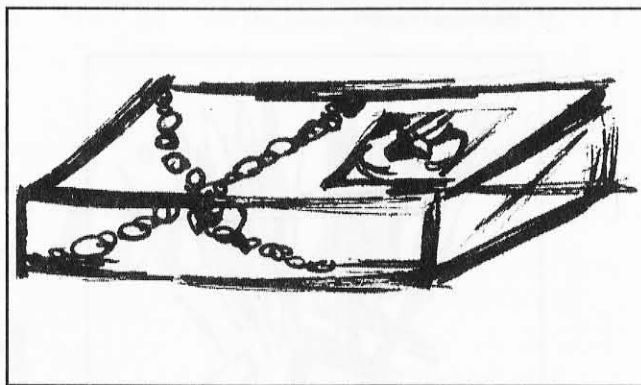
Fig 16:



El primer dibujo nos muestra un reloj, un cajón cerrado, que dice contiene algo que no sabe qué es y le angustia. Le pedimos que trate de dibujar el contenido.

Manifiesta que eso la asusta. Usamos técnicas de imaginaria para debilitar el cajón y afrontar ese temor.

Fig 17.



Cuando puede dibujar, se asombra de que el contenido, sea un feto. La siguiente consigna es que abra o destruya el cajón. Lo hace en tres etapas.

Fig 18:

En la primera saca al bebé para ponerlo a salvo.

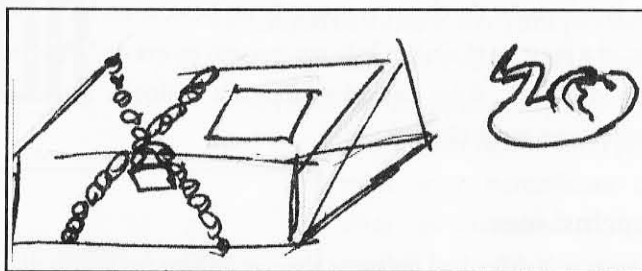


Fig 19:

En la segunda rompe el cajón con un hacha.

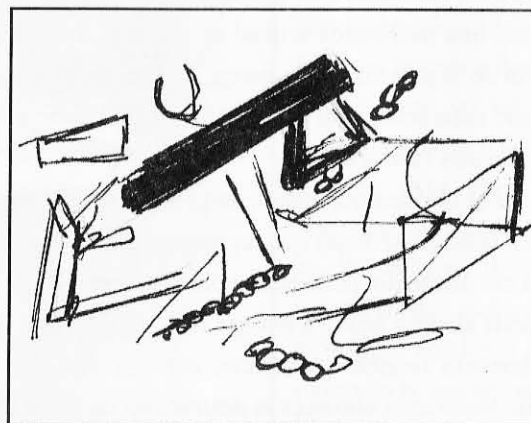
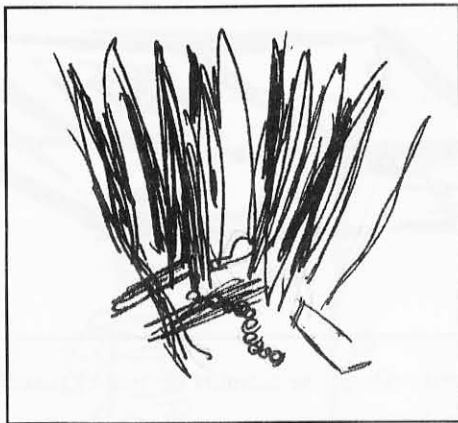


Fig 20:

Y en la tercera quema los restos que quedaron. Relata que al terminar de hacerlo sintió como que se hubiera sacado un gran peso de encima.

A la semana siguiente había tenido una penetración parcial y a la siguiente había tenido una penetración completa y sen-

ría que había alcanzado su meta por lo que planteo terminar las sesiones. Y nos llamó unas semanas después para contarnos que las relaciones seguían incluyendo juegos sexuales con penetración y el examen de embarazo le había dado positivo.



Queremos hacer notar que, en todos los casos, se observa una educación sexual represiva al extremo. Así por ejemplo, les apagaban la televisión de chicas si aparecía un beso, o no las dejaban salir, ni a jugar, ni al ningún lado por que eso no era de "niñas buenas y decentes", o las castigaban frente a cualquier intento de manifestarse espontáneamente.

Conclusiones

Se aprecia la dificultad para que algunas pacientes asuman el uso de dilatadores vaginales, o en otras ocasiones, a pesar de haberlos usado no logran pasar al coito; se hace necesario instrumentar nuevas técnicas que nos permitan abordar esas dificultades.

Por otro lado, todos sabemos que modificar los valores sexuales que generan una inadecuada actitud sexual, con el consiguiente sufrimiento de la persona y/o su pareja, es una de las tareas más difíciles que enfrentamos los terapeutas. Es allí donde el dibujo nos aporta su más valiosa ayuda.

Poder ver el bloqueo que impide la penetración por medio de una imagen concreta (dibujo) que represente la emoción real que acompaña ese momento, permite abordar directamente el problema al ponerlo afuera y frente a nuestra vista. Es más fácil trabajar con un elemento tangible y concreto, que con algo abstracto e indefinido. Afrontamos entonces la destrucción de dicha imagen, y cuando se logra, observamos la remisión del síntoma y por tanto el éxito en el tratamiento.

El dibujo nos permite un abordaje rápido, profundo y exitoso de la esencia de la dificultad para llegar al coito y/o al ejercicio de una sexualidad plena.

Y es justamente en aquellos casos resistentes a otras terapéuticas donde podemos obtener sus mejores beneficios.

Llegamos a concluir que, cuanto más profundos son los mitos, prejuicios y tabúes adquiridos en la infancia, cuanto más arraigados estén estos elementos, tanto más eficaces se tornan los usos del dibujo para enfrentarlos □

BIBLIOGRAFÍA

1. "REVISTA URUGUAYA DE SEXOLOGÍA" Año 9 No.4 Agosto 1994 "Terapia sexual multifocal" V Congreso Uruguayo de Sexología. Psic. Elena Rozada.
2. "REVISTA URUGUAYA DE SEXOLOGÍA" año 10 No.2 Mayo 1995 "El dibujo como elemento terapéutico en las disfunciones sexuales" Psic. Elena Rozada - VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual. La Habana - Cuba.
3. "Terapia gestáltica", ERVING Y MIRIAM POLSTER AMORRORTU De. , 1976.
4. ANDRÉS FLORES COLOMBINO, COMPILADOS - "Catalogo Latinoamericano de Publicaciones Sexológicas", FLASSES Tómo 8, Tradinco S.A., 1993.
5. "Técnicas terapéuticas conductistas", M.R. GOLDFRIED Y G.C. DAVISON - Paidós DE., 1981.
6. "El enfoque gestáltico, Testimonios de Terapia", FRITZ PERLS Cuatro Vientos Ed., 1976.
7. "El darse cuenta", JOHN O. STEVENS Cuatro Vientos De. , 1976.
8. "Tratado de medicina sexual" R. KOLODNY, W MASTERS Y V. JOHNSON. Ed. Salvat. España. 1985.
9. "Respuesta sexual humana" W. MASTERS Y V. JOHNSON. Ed. Intermédica. Buenos Aires. 1981.
10. "Incompatibilidad sexual humana" W. MASTERS Y V. JOHNSON. Ed. Intermédica. Buenos Aires. 19981.
11. "Las técnicas sexuales de Masters y Johnson" NAT LEHRMAN Ed. Gedisa. Barcelona. 1979
12. "Manual ilustrado de terapia sexual" HELEN S. KAPLAN. Ed. Grijalbo. Barcelona. 1978.
13. "Evaluación de los trastornos sexuales" HELEN S. KAPLAN. De. Grijalbo. Barcelona. 1985
14. "Human Sexuality" SPANER A. RATHUS. CBS College Publishing. New York. 1983
15. "Arte y técnicas del amor" ALBERT ELLIS. Ed. Grijalbo. México. 1970.
16. "Colección Cuadernos de Sexología" ANDRÉS FLORES COLOMBINO. Ed. Forum Gráfica. Montevideo. 1985
17. "Geografía del sexo" ARNALDO GOMENSORO Y EIVIRA LUTZ. Ed. Nuevo Mundo. Montevideo. 1989.

* Psicóloga y Sexóloga

Educadora y orientadora sexual; psico y sexoterapeuta. Supervisora en el Programa de Educación Sexual No Formal para la Ciudad de Montevideo. Directora del Curso "Fundamentos teóricos - prácticos de la sexología" de la Sociedad Uruguaya de Sexología.

Integrante de Departamento de Educación Sexual de S.U.S. Integrante del Departamento de Docencia de S.U.S. Secretaria de la Sociedad Uruguaya de Sexología. Psicóloga y Sexóloga Clínica del Hospital Pereira Rossell. Miembro Fundador de Servicio de Orientación Sexual (S.O.S)