

Universidad Católica de Valencia
San Vicente Mártir
Facultad de Medicina y Odontología

GRADO EN MEDICINA

Trabajo de Fin de Grado

VAGINISMO:

**Una patología en estrecha relación con la salud
mental de la mujer**

Autora: D^a Maria Inês Grave Rodeia Espada Niza

Director: Dra. D. Carla López Martínez

Valencia, a 20 de mayo de 2024

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer y dedicar este trabajo a mis padres, porque sin ellos no hubiera sido posible estudiar Medicina. Ellos han sido, a lo largo de mi vida, mis pilares, mi fuente incansable de apoyo, ayuda, fortaleza y aliento. Fue gracias a ellos que, en el año 2018, con 23 años y ya con una titulación en otra área de la salud, me estimularon y motivaron a luchar por mi verdadero sueño de ser médica. Este sueño me llevó no sólo a cambiar dos veces de ciudad, sino también de país. Este bonito viaje que hice en los últimos 6 años, desde mi pueblo Azeitão, en el litoral centro de Portugal, pasando por Gandra en la región norte de Oporto, y finalizando en la otra punta de nuestra Península Ibérica en Valencia, no hubiera sido posible sin su apoyo, sacrificio y fuerza. Sin su soporte, y también el de mis hermanos y abuelos, no habría logrado todas las metas a que me propuse. Algo que hace varios años parecía sólo un sueño, hoy está casi a punto de hacerse realidad, y no hubiera sido posible sin ellos. Y por todo eso (y mucho más), todo mi eterno agradecimiento es para mi familia.

A mi tutora por la abertura en embarcar conmigo en este proyecto y toda la ayuda y orientación ofrecida a lo largo de estos meses.

A la Facultad de Medicina por la enseñanza y por ser la casa donde aprendí y me hice médica.

A todos los amigos que estuvieron a mi lado durante este largo viaje, que celebraron conmigo mis victorias y apoyaron mis caídas. Un agradecimiento especial a mis amigos Diogo y Madalena, por su amistad sincera y verdadera, por su apoyo incansable durante estos años, por sus risas y compañerismo, y por ser los mejores compañeros de carrera que podría pedir tener a mi lado.

A mi novio, por ser mi fuente diaria de fortaleza, motivación y amor. Por caminar a mi lado y tener la suerte de compartir juntos este bonito viaje y profesión.

A Dios, por todo lo que tengo y todo lo que soy.

RESUMEN

Fundamentos: El vaginismo es una enfermedad causada por un espasmo involuntario de los músculos vaginales, que imposibilita la penetración o provoca mucho dolor a la paciente. Se relaciona con una evitación fóbica, en ausencia de anomalías físicas o estructurales que puedan justificarlo. Tiene importantes consecuencias para el bienestar psicológico y emocional de la mujer.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es estudiar el impacto del vaginismo en la salud psicológica, emocional y psiquiátrica de la mujer, mediante la realización de una revisión sistemática de los resultados encontrados en la literatura actual.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica sistemática de estudios enfocados en la relación del vaginismo con ciertas comorbilidades psiquiátricas, rasgos de personalidad, estilos de apego emocional, antecedentes de trauma sexual y dinámica de pareja. La búsqueda bibliográfica se realiza a través de Medline (Pubmed) y Google Scholar. Partiendo de 270 registros, se examina el título y resumen de cada uno conforme a los criterios, y se analiza si cumplen los criterios de elección.

Resultados: En total se incluyen 28 artículos de los cuales 13 versan sobre las comorbilidades psiquiátricas, 3 sobre los estilos de apego emocional, 7 sobre los rasgos de personalidad, 5 sobre los antecedentes trauma sexual y 3 sobre la dinámica de pareja. Algunos artículos exploran simultáneamente más de un tema.

Conclusiones: Estas pacientes suelen ser ansiosas, deprimidas y temerosas. Presentan un elevado número de fobias, tienen estilos de apego emocional más inseguros y evitativos, personalidades más irritables, perfeccionistas y preocupadas. Sufren de baja autoestima, son más inestables emocionalmente y exhiben rasgos superpuestos con el trastorno ciclotímico, límite, histriónico y alexitimia. La relación con el temperamento hipertímico no es concluyente y se menciona la susceptibilidad al trastorno bipolar en resultados preliminares. Hay relación con un estilo de educación más autoritario y una pobre educación sexual. Hasta el momento no está clara la relación con el trauma sexual. La influencia de la pareja masculina contribuye al mantenimiento y mejoría de la sintomatología.

Palabras clave: Vaginismo, depresión, ansiedad, estilos de apego emocional, trauma sexual, rasgos de personalidad, dinámica de pareja.

ABSTRACT

Background: Vaginismus is a condition caused by an involuntary spasm of the vaginal muscles, which makes penetration impossible or causes significant pain for the patient. It's associated with phobic avoidance, in the absence of physical or structural abnormalities that could justify it. It has significant consequences for the psychological and emotional well-being of the woman.

Objective: The objective of this study is to investigate the impact of vaginismus on women's psychological, emotional, and psychiatric health, through conducting a systematic review of the findings in current literature.

Methods: A systematic review of studies focusing on the relationship between vaginismus and certain psychiatric comorbidities, personality traits, emotional attachment styles, history of sexual trauma, and couple dynamics is conducted. The literature search is carried out through Medline (Pubmed) and Google Scholar. Starting from 270 records, the title and abstract of each are examined according to the criteria, and it is analyzed whether they meet the selection criteria.

Results: In total, 28 articles are included, of which 13 focus on psychiatric comorbidities, 3 on emotional attachment styles, 7 on personality traits, 5 on history of sexual trauma, and 3 on couple dynamics. Some articles simultaneously explore more than one topic.

Conclusions: These patients tend to be anxious, depressed, and fearful. They exhibit a high number of phobias, have more insecure and avoidant emotional attachment styles and more irritable, perfectionistic, and worrisome personalities. They suffer from low self-esteem, are more emotionally unstable, and exhibit some overlapping traits with borderline, histrionic, and alexithymic disorders. The relationship with hyperthymic temperament is inconclusive and susceptibility to bipolar disorder is mentioned in preliminary results. There is a relationship with a more authoritarian parenting style and poor sexual education. So far, the relationship with sexual trauma is not clear. The influence of the male partner contributes to the maintenance and improvement of symptoms.

Keywords: Vaginismus, depression, anxiety, emotional attachment styles, sexual trauma, personality traits, couple dynamics.

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Introducción	1
1.1. Anatomía del sistema reproductor femenino	1
1.2. Vaginismo	4
1.2.1. Definición, etiología y diagnóstico	4
1.2.2. Clasificación	7
1.2.3. Epidemiología	8
1.2.4. Comorbilidades psiquiátricas	8
1.2.5. Dispareunia	9
1.2.6. Tratamiento	10
1.3. Somatización y enfermedades psicósomáticas	11
1.3.1. Vaginismo como una enfermedad psicósomática	14
1.4. Vaginismo y los estilos de apego emocional	15
1.5. Vaginismo y los rasgos de la personalidad	17
1.6. Trauma y abuso sexual	18
2. Justificación	20
3. Hipótesis	20
4. Objetivos	21
5. Material y métodos	22
5.1. Planteamiento metodológico	22
5.2. Estrategia de búsqueda	22
5.3. Criterios de inclusión y exclusión	24
5.4. Selección de documentos	25
5.5. Limitaciones del estudio	25
6. Resultados	26
6.1. Artículos incluidos en la revisión	26
6.2. Tablas de resultados	28
7. Discusión	46
8. Conclusión	56
9. Bibliografía	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Ilustración de la anatomía de los órganos genitales externos femeninos. Fuente: Hennekam R et al (3)	2
Figura 2. Ilustración de la anatomía de los órganos genitales internos femeninos. Fuente: Blausen.com staff (80)	4
Figura 3. Modelo de evitación-miedo. Fuente: Tetik S et al (9)	5
Figura 4. Diagrama de flujo. Proceso esquematizado de obtención de registros válidos de las bases de datos para integración en la revisión. Fuente: Elaboración propia a partir de PRISMA (81).	26

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Análisis del vaginismo y las diversas esferas psicológicas (comorbilidades psiquiátricas, estilos de apego emocional, trazos de personalidad, abuso o trauma sexual y dinámica de pareja).	28
--	----

ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

ASAD	Trastorno de ansiedad por separación en adultos
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DPGP	Trastorno de penetración y dolor genito-pélvico
DSM-IV-TR	4º Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DSM-V-TR	5º Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
OMS	Organización Mundial de Salud
SII	Síndrome del intestino irritable

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Anatomía del sistema reproductor femenino

El aparato reproductor femenino, situado en la zona pélvica, está formado por órganos genitales internos y externos. A nivel muscular, el suelo pélvico constituye una importante capa de soporte de los órganos genitales femeninos y estos músculos se disponen en diferentes planos, del superficial al profundo (1).

Con respecto a la porción genital externa, se menciona en primer lugar la vulva, formada por el montículo púbico, los labios mayores y menores, el vestíbulo (en el espacio interlabial), el meato urinario, el orificio vaginal y el himen, los órganos eréctiles, representados por el clítoris y los bulbos vestibulares, y las glándulas adjuntas, las glándulas parauretrales y las glándulas vestibulares o de Bartolino (1, 2) (Figura 1).

El montículo púbico o monte de Venus es una zona prominente en la sínfisis púbica, debido al depósito de tejido adiposo subcutáneo, recubierto de pelo en forma de triángulo invertido, y con abundantes glándulas sudoríparas y sebáceas (1, 3). La vulva está formada por los labios mayores y menores, el clítoris y el vestíbulo. Los labios mayores y menores son pliegues cutáneos, los mayores de los cuales están cubiertos de pelo, glándulas sebáceas, glándulas sudoríparas y tejido adiposo, mientras que los labios menores se sitúan medialmente a los anteriores y no tienen pelo, aunque son ricos en glándulas sebáceas (1). Los labios mayores recubren el bulbo vestibular y cuentan con glándulas de Bartolino (o glándulas vestibulares mayores), que son dos, encargadas a través de su producción exocrina de producir una secreción lubricante, importante para las relaciones sexuales (3). La porción anterior de los labios menores se abre en dos pilares que rodean el clítoris. Esto, junto con los bulbos vestibulares, forman la porción eréctil de la vulva, constituida por prepucio (formado por los pilares de los labios menores antes mencionados), glande, cuerpo y pilares, y altamente inervada (1, 3). De hecho, este tejido eréctil femenino se parece y es homólogo al tejido eréctil que se encuentra en los cuerpos esponjosos y cavernosos de los genitales masculinos (2). Por tanto, el clítoris es un órgano sensorial estrechamente relacionado con el placer de la

mujer durante las relaciones sexuales. El himen cubre total o parcialmente el límite inferior de la vagina y está formado por una fina membrana mucosa.

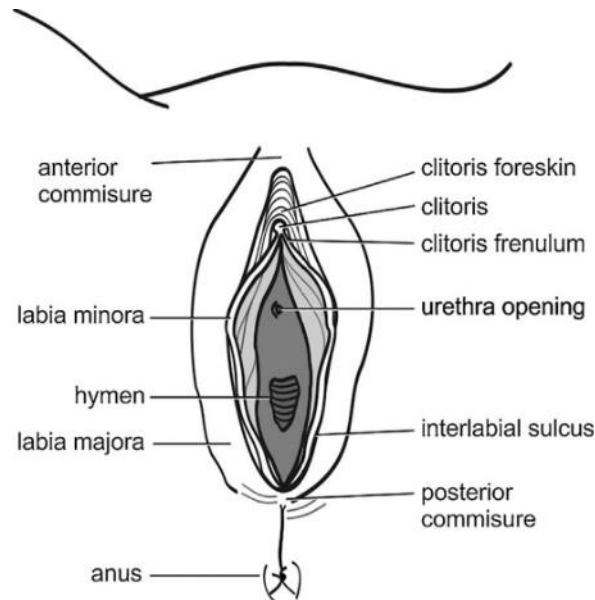


Figura 1: Ilustración de la anatomía de los órganos genitales externos femeninos. Fuente: Hennekam RCM, Allanson JE, Biesecker LG, Carey JC, Opitz JM, Vilain E. 2013. "Elements of morphology: Standard terminology for the external genitalia." *Am J Med Genet Part A* 161A:1238–1263. (3)

Esta membrana en la mayoría de los casos se rompe con el inicio de la actividad sexual, pudiendo ser posible encontrar presente en algunas mujeres remanentes de himen en el orificio vaginal, o restos de naturaleza más fibrosa y espesa que pueden dar lugar a casos de dispareunia introital (3).

La irrigación de los genitales externos la proporcionan las arterias pudendas interna y externa, la inervación simpática deriva del plexo de Lee-Frankenhauser y las fibras parasimpáticas preganglionares provienen de las raíces S2, S3, S4, que seguirán a los nervios pudendos (1).

Los órganos genitales internos están formados por la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios (Figura 2). La vagina es un canal musculo membranoso, sin glándulas y formado por una capa muscular longitudinal circular y la aponeurosis endopélvica perivaginal (1, 4). Esta estructura plana, tubular y de

cuatro paredes forma una cavidad virtual (3). Los niveles de estrógenos determinarán la lubricación de la mucosa vaginal, la elasticidad de sus paredes, su renovación y respuesta a los microtraumatismos sexuales, las propiedades tróficas del propio órgano y la respuesta vascular perivaginal, que juega un papel central en la respuesta sexual de la mujer, por su influencia sobre la lubricación y la congestión (3). Este órgano está irrigado por ramas de la arteria uterina, arterias vesicales inferiores y arterias hemorroidales pudendo interna y medial (1), con retorno venoso análogo al arterial.

El útero es un órgano muscular, con forma de pera y con una cavidad triangular en su interior (4), formado por cuerpo, istmo y cuello uterino (1, 3). En este órgano hay células, concretamente las de las criptas, que producen secreción (moco cervical) (1), que, dependiendo de la fase del ciclo en la que se encuentre la mujer, variará en cantidad, color y fluidez. Este moco será importante para la lubricación, incluso de los órganos genitales externos como la vulva, y así facilitará las relaciones sexuales y favorecerá (en determinadas etapas del mes) la concepción. Este órgano puede sufrir fluctuaciones de tamaño, orientación y forma, según la fase del ciclo menstrual, la presencia de embarazo y la edad (3). Las trompas de Falopio se originan en las astas uterinas y se dividen en diferentes porciones: infundíbulo, ampolla, istmo y porción uterina. Estos órganos están irrigados por la arteria uterina (que es una rama de la arteria ilíaca interna), la arteria ovárica (que es una rama de la aorta), y estas dos se anastomosarán y formarán las arterias arqueadas. (1) El drenaje venoso se realiza a través de la vena uterina hacia la vena ilíaca interna y a través del plexo pampiniforme que va a la vena ovárica (1).

Por último, pero no menos importante, tenemos los ovarios, que son dos órganos bilaterales con forma de almendra, a cada lado del útero, unidos a éste por las trompas de Falopio (4). Son los encargados de producir óvulos y también hormonas sexuales femeninas, por lo que los ovarios son considerados las gónadas femeninas e importantes glándulas endocrinas (3, 4).

El papel principal e importante del sistema reproductor femenino es crear las condiciones para que pueda recibir exitosamente los espermatozoides y así

generarse la fecundación, siendo que en este proceso interviene el ovario con la producción de hormonas sexuales femeninas y gametos (ovocitos) (1, 4). Este papel está guiado por la moderación del eje hipotalámico-pituitario y ocurre entre la menarquía (primera menstruación) y la menopausia (última menstruación). Durante la menopausia, los ovarios agotan su limitada reserva folicular, se atrofian, disminuyen de tamaño y dejan de responder a las hormonas pituitarias (1).

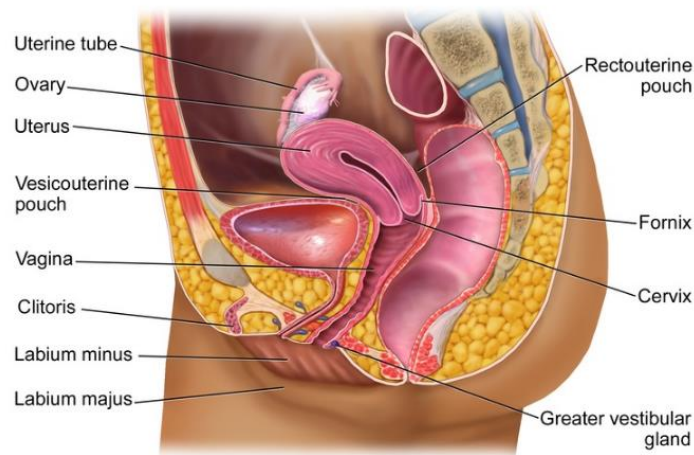


Figura 2: Ilustración de la anatomía de los órganos genitales internos femeninos. Fuente: Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". WikiJournal of Medicine 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436. (80)

1.2 Vaginismo

1.2.1 Definición, etiología y diagnóstico

El vaginismo, por definición, es un espasmo involuntario de los músculos vaginales, concretamente los músculos del tercio externo de la vagina, que imposibilita la penetración o provoca mucho dolor a la paciente (5, 6). Esta oclusión del canal vaginal puede ocurrir por la penetración con el pene, dedo, tampón absorbente o espéculo vaginal (5). Esta contracción muscular involuntaria se relaciona con una evitación fóbica y un componente anticipatorio debido al miedo y al dolor, en ausencia de anomalías físicas o estructurales que puedan

justificarlo (7). De hecho, por tener una etiología desconocida ha habido muchas teorías para tratar de explicar el mecanismo y la fisiopatología de esta enfermedad, creyéndose que el modelo de evitación-miedo pueda ser una de las mejores explicaciones actuales (6, 8, 9).

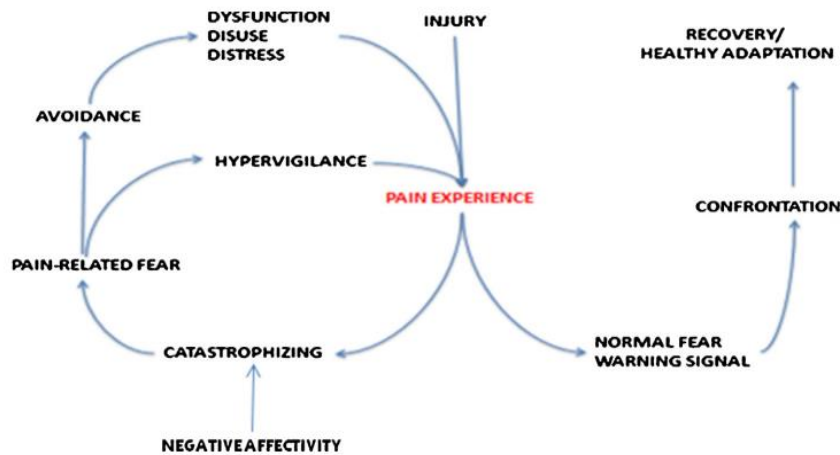


Figura 3: Modelo de evitación-miedo. Fuente: Tetik S, Unlubilgin E, Kayikcioglu F, Bolat Meric N, Boran N, Moraloglu Tekin O. *The Role of Anxiety and Childhood Trauma on Vaginismus and Its Comorbidity with Other Female Sexual Dysfunctions. International Journal of Sexual Health. 2020 Jul 2;32(3):225–35. (Adaptado de Vlaeyen y Linton).*(9)

Según este modelo, una visión o percepción catastrófica de la sexualidad y del acto sexual conduce a un aumento de la sensación de miedo; así, durante el acto sexual ocurre una hiperatención e hipervigilancia de los síntomas físicos y potenciales molestias o dolores, lo que puede desencadenar contracciones musculares, que en consecuencia pueden generar más dolor y una mayor sensación de dolor percibido; el aumento en el número de intentos fallidos alimenta los pensamientos negativos en las pacientes y conduce a una evitación e instalación de disfunción sexual, que se entiende como un mecanismo de compensación utilizado por las mujeres para evitar experimentar miedos y emociones negativas (10) (Figura 3). El desarrollo e instalación del miedo precipita el desencadenamiento de otros síntomas autonómicos, como taquicardia, sudoración y náuseas, que pueden empeorar el estado general y provocar más contracciones y malestar (11, 12).

Otros factores que parecen influir en la etiología de esta enfermedad son la falta de educación y conocimiento sobre la sexualidad (tanto femenina como masculina), traumas o abusos sexuales en la infancia, problemas en la dinámica de pareja, presencia de trastornos psiquiátricos como ansiedad y falsas creencias sobre la anatomía y las relaciones sexuales (10). Curiosamente, un estudio observó una mayor prevalencia entre mujeres de mayor nivel socioeconómico (22) En cuanto a las causas orgánicas que pueden precipitar el desarrollo de la enfermedad, podemos enumerar anomalías congénitas, himen no perforado, atrofia vaginal, infecciones ginecológicas, enfermedades de transmisión sexual, presencia de tumores, endometriosis, entre otros (13).

Es una enfermedad con importantes consecuencias para la vida íntima de la mujer, especialmente para su dinámica relacional y sexual, con profundos daños a su bienestar psicológico y emocional (7, 14, 15). Incluso parece haber una correlación moderada con los niveles de estrés (16).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)-10, el diagnóstico de vaginismo se propone como un trastorno de dolor y una enfermedad sexual (5, 17). Algunos autores refieren la importancia de utilizar la electromiografía y el examen pélvico para evaluar el espasmo muscular vaginal y así llegar al diagnóstico de vaginismo, mientras que otros se basan en la suficiencia de la clínica referida por la paciente como hallazgo suficiente (5). Esta débil estandarización del diagnóstico médico puede estar relacionada con el infra diagnóstico de la enfermedad y su mal manejo por parte de los profesionales de la salud.

El DSM-IV-TR (1994-2000) (Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de los Trastornos Mentales), es decir, el 4º Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, reporta el vaginismo como un trastorno sexual (“trastorno de dolor sexual”) aunque no incluye el dolor como criterio diagnóstico (5). A diferencia de otras definiciones, como las defendidas por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la Organización Mundial de Salud (OMS) y Lamont, que ya incluyen este síntoma (5, 17, 18, 19). También es interesante señalar que existe poco consenso

sobre si el dolor es consecuencia o causa del espasmo de los músculos vaginales (5). Además, no está bien caracterizado el componente doloroso de esta enfermedad, así como el esclarecimiento sobre su localización, irradiación, intensidad y duración (5). Sin embargo, con la publicación del 5º Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V-TR), el vaginismo y la dispareunia, que hasta entonces eran dos trastornos distintos y separados, se combinaron en esta nueva edición en una sola categoría "trastorno del dolor/penetración genitopélvico" (15). Sin embargo, se espera que en la publicación del nuevo CIE-11 estas dos patologías figuren como entidades separadas, ya que tienen diferentes etiologías, poblaciones diana y tratamientos (15, 20).

El trastorno descrito por la DSM-V-TR se define por la presentación de dificultad en al menos uno de los siguientes factores: penetración vaginal, dolor genitopélvico, miedo a la penetración vaginal o al dolor en sí, aumento de la tensión del músculo genitopélvico durante el intento de penetración vaginal (21). Según los criterios diagnósticos del DSM-V-TR, los síntomas deben persistir durante al menos 6 meses y provocar un trastorno significativo en la calidad de vida del paciente (9). Este criterio ha sido objeto de algunas dudas y objeciones, ya que el dolor crónico generalmente se define por la presencia de dolor durante más de 3 meses y en este caso específico el diagnóstico se define solo después de 6 meses, retrasando así la detección, el diagnóstico precoz, bien como la implementación del tratamiento (9).

1.2.2 Clasificación

El vaginismo se puede clasificar en primario o secundario (13). El tipo primario son las mujeres que siempre han experimentado este espasmo de los músculos vaginales durante la penetración vaginal, imposibilitándola (13). Mientras que el tipo secundario son mujeres que no tuvieron vaginismo, pero que en algún momento de su vida comenzaron a desarrollar síntomas (16). El vaginismo primario se considera la principal forma de disfunción sexual en las mujeres (11, 13). El vaginismo secundario suele estar relacionado con la

dispareunia, otra patología ginecológica muy prevalente y que se desarrollará en otro capítulo de este trabajo.

1.2.3 Epidemiología

Se desconoce la prevalencia actual de esta enfermedad (13). Aun así, se observa cierta prevalencia en algunos países de la Europa del Norte, como en Irlanda, Europa del Este y América Latina, y menos en Europa Occidental y América del Norte (9, 22). Por otra parte, su tasa oscila entre el 6,2% y el 43% en países musulmanes (9). Se cree que esto puede deberse a los estigmas culturales y religiosos que rodean los temas de la sexualidad, los diversos sistemas de creencias y los diferentes estilos de pareja y educación sexual asociados a las distintas culturas (9). Pero a nivel epidemiológico no parece haber datos congruentes ya que algunos autores señalan la falta de datos a este nivel poblacional, mientras que otros estiman una prevalencia en el contexto de consultas médicas del orden del 5-17% (5). Estas cifras pueden ser fácilmente subdiagnosticadas debido al posible estigma de que las mujeres no se sientan cómodas hablando sobre el tema y, por lo tanto, no busquen ayuda médica. Un estudio británico informó que de las mujeres que buscan ayuda médica, la inmensa mayoría lo hace a través de su médico de cabecera, reportando bajos niveles de satisfacción y resolución de problemas (5, 23). A pesar de ello, desde hace varias décadas el vaginismo se reporta como una enfermedad tratable con respuesta satisfactoria al tratamiento médico (5).

Es un trastorno que sigue el modelo biopsicosocial de salud, involucrando componentes psicológicos, físicos, emocionales, sociales y culturales. De hecho, se piensa que el desarrollo de la enfermedad tiene una fuerte asociación e influencia por el contexto sociocultural y demográfico de la mujer (7).

1.2.4 Comorbilidades psiquiátricas

La evidencia científica más reciente respalda que las enfermedades psiquiátricas más frecuentemente asociadas con trastornos y disfunciones sexuales son la ansiedad y la depresión (6, 24). Además, las mujeres que sufren de vaginismo tienden a tener mayor riesgo de tener relaciones disruptivas y baja

autoestima (16). Y se estima que esta enfermedad es una de las disfunciones psicosexuales más comunes en las mujeres, especialmente en las más jóvenes, revelando altas tasas de matrimonios no consumados y divorcios (16, 22). Asimismo, estas mujeres parecen ser más propensas a sufrir de catastrofismo relacionado con su experiencia de dolor, a tener una peor relación con su cuerpo y apariencia física, a sentir una mayor preocupación por el temor de perder el control y poseer creencias sobre su incapacidad para lograr la penetración vaginal (22).

Un factor común importante entre las mujeres que padecen de vaginismo es su percepción del miedo (5). Estas pacientes, debido a las molestias y el dolor que provoca el espasmo, suelen mostrarse más ansiosas y temerosas ante la penetración vaginal (5). Aún no se ha demostrado si el miedo que sienten es una estrategia de evitación del dolor, un mecanismo de fobia desarrollado por una secuencia de experiencias negativas, o ambas (5). Sin embargo, es interesante observar que las pacientes con experiencias dolorosas de dispareunia no parecen tener un comportamiento tan evitativo hacia la penetración como aquellas que presentan vaginismo (5), cuestionando si el dolor es realmente el mecanismo subyacente. Además, estas pacientes suelen sufrir de ansiedad severa y altos niveles de estrés durante la penetración, ejecutando estrategias de evitación como empujar, cerrar las piernas o gritar (22). De hecho, la ansiedad parece ser un factor predisponente para el desarrollo de esta enfermedad (10). En estas mujeres es común presentar también, como ya se mencionó previamente, depresión de moderada a grave, seguida de distimia y trastorno de adaptación (11). En un estudio publicado por Hartmann (2007), de 126 mujeres con disfunción sexual, las puntuaciones más altas de depresión las reportaron aquellas diagnosticadas con vaginismo y dispareunia (11, 25). La depresión manifestada por estas pacientes afecta a todos los ámbitos de sus vidas íntimas, personales, sociales y profesionales (12).

1.2.5 Dispareunia

La dispareunia se define por la presencia de dolor genital recurrente durante las relaciones sexuales (5) que puede ocurrir en ambos sexos (aunque

más común en mujeres). Existen varias causas posibles para esta manifestación de dolor genital, desde endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, infección del tracto urinario, miomas uterinos, malformaciones del tracto genital, sequedad vaginal, siendo la más común en mujeres premenopáusicas la vestibulodinia provocada (26). La dispareunia se caracteriza por un dolor persistente, que dura al menos más de 3 meses, en la región del vestíbulo vaginal, al tocar o a la actividad sexual y en ausencia de otra causa identificable (27). Es una enfermedad muy común que puede surgir en mujeres de todas las edades, con una prevalencia estimada del 7% en la población general (5) y puede afectar a las mujeres en algún momento de su vida entre un 6 y un 25% (27).

Al igual que ocurre con el vaginismo, el dolor puede aparecer durante las relaciones sexuales, durante un examen ginecológico o durante la inserción de un tampón menstrual. El vaginismo es una de las principales causas de dispareunia, aunque también pueda ser una consecuencia del dolor (12, 13, 26). Por ejemplo, una mujer que sufre de dispareunia por una infección del tracto urinario puede desarrollar vaginismo debido al miedo anticipado al dolor que pueda experimentar durante las relaciones sexuales. Así, lo que sucede frecuentemente es que incluso después de resolver la causa precipitante, la paciente puede seguir quejándose de dispareunia por vaginismo secundario. Por tanto, son entidades estrechamente interconectadas y a menudo se confunden.

El tratamiento de la dispareunia irá dirigido a su causa, pudiendo abarcar desde lubricantes, antifúngicos, antiinflamatorios, terapia de reemplazo hormonal, terapia cognitivo-conductual, terapia de pareja, entre otros.

1.2.6 Tratamiento

El tratamiento actual utilizado para el vaginismo abarca desde la fisioterapia pélvica, hasta la medicación oral y local, la terapia cognitiva y conductual y la psicoterapia. El tratamiento ideal sería actuar sobre los diferentes aspectos que componen la vida personal y conyugal de la mujer, es decir, actuar a nivel biológico, psicológico, emocional y relacional (16).

A nivel fisioterapéutico, parece haber una variedad de estrategias posibles a adoptar, como la dilatación vaginal, técnicas de relajación, desensibilización local y técnicas de biofeedback del suelo pélvico (5, 13). Este último parece ser uno de los mecanismos con mejor respuesta hasta la fecha, sin embargo, no existen suficientes estudios para validar esta hipótesis (5). El tratamiento farmacológico puede ir desde ansiolíticos a relajantes musculares (como las inyecciones de toxina botulínica) y/o anestésicos locales (como la lidocaína) (28). La mayoría de estos tratamientos carece de la solidez para demostrar su eficacia, una vez que muchos de los estudios no son controlados ni aleatorizados, el tamaño de la muestra es pequeña y el periodo de *follow-up* reducido (5). Las terapias psicológicas combinan una variedad de técnicas, como el método desarrollado por Masters y Johnson en el que, mediante el uso de dilatadores vaginales insertados en el orificio vaginal, los músculos se irán desensibilizando progresivamente permitiendo una posterior penetración; educación sexual a través de terapia sexual (individual o de pareja); hipnoterapia y psicoterapia; terapias de pareja y técnicas de relajación (16, 28). El uso de antidepresivos (tricíclicos y venlafaxina) y anticonvulsivos (como gabapentina o carbamazepina) tiene bajas tasas de éxito (16). La terapia que reveló ser bien tolerada y es actualmente la más utilizada, consiste en la combinación de terapia psicológica y medicamentosa, sobre todo, la toma de ansiolíticos (por ejemplo, diazepam) (16).

1.3 Somatización y enfermedades psicosomáticas

La somatización se refiere a una condición compleja en la que el paciente manifiesta un síntoma físico que en realidad proviene de una causa psicológica subyacente. Los pacientes suelen consultar a su médico debido a sus síntomas somáticos, atribuyéndoles la causa a una enfermedad orgánica (29). Sin embargo, esto se excluye mediante el examen físico y los métodos complementarios de diagnóstico. Las enfermedades con una base somática en psiquiatría se estudian como trastornos psicosomáticos, en que la morbilidad parece estar asociada con ciertos síntomas somáticos (29). Estos, presentan un impacto muy importante en la calidad de vida del paciente debido al sufrimiento psicológico asociado (30). En estos casos no existe una patología orgánica y estructural bien definida responsable de los síntomas manifestados, por lo que se

define como una causa funcional (31). Además, es importante señalar que los síntomas por causas funcionales están más estrechamente relacionados con la depresión y la ansiedad que síntomas iguales asociados a causas orgánicas (como síndrome del intestino irritable (SII) *versus* enfermedad inflamatoria intestinal, o fibromialgia *versus* artritis reumatoide) (31).

Según algunos autores, la somatización por causas psiquiátricas es muy prevalente en atención primaria, estimándose que el 30% de los pacientes que acuden a su médico de familia con molestias físicas se deben en realidad a trastornos psiquiátricos (29). Otros autores reportan una incidencia más baja, situada entre 0,8 y 5,9%, con mayor impacto entre los 30 y 45 años en personas que trabajan (30). Aun así, las enfermedades psicósomáticas han experimentado un crecimiento exponencial en los últimos años (31).

Hay una variedad de factores que parecen tener una correlación importante en la susceptibilidad individual al desarrollo de enfermedades psicósomáticas, como la edad, la clase social baja, los antecedentes personales y familiares de enfermedad, grupos culturales donde la expresión emocional no es bien vista o fomentada, circunstancias vividas en la infancia, la separación temprana entre madre e hijo, o una historia de trauma o abuso sexual (29, 32). De hecho, la evidencia científica actual apunta para una relación entre episodios vitales estresantes y alteraciones en diversos sistemas del cuerpo, como afectar ciertas respuestas inmunes neuroendocrinas (32). Los síntomas físicos pueden instalarse o prolongarse según el tipo de personalidad del paciente, su resiliencia mental, sus creencias psicológicas, apoyo de los médicos y su entorno. La relación entre algunos síntomas que no tienen una causa orgánica establecida (por ejemplo, disnea, cansancio o diarrea) y los niveles de ansiedad parecen estar bien establecidos (33).

Los síntomas somáticos pueden ser muy variados y afectar a cualquier sistema del cuerpo. Algunos ejemplos pueden ser: dolor de cabeza, dolor muscular, palpitaciones, opresión en el pecho, cansancio o mareos. Algunos pacientes presentan múltiples y variadas molestias a lo largo del tiempo, mientras que para otros el síntoma será siempre el mismo de forma persistente (31). La

gravedad de los síntomas también puede variar desde leves, con poco impacto en la calidad de vida, hasta moderadas o a graves. Una de las formas en que las enfermedades psicosomáticas producen síntomas es alterando el sistema autónomo. La presencia de determinados factores y predisposiciones, por ejemplo, un trastorno emocional o estresante, puede provocar un aumento excesivo de la respuesta autonómica, lo que en consecuencia conduce a determinados síntomas, más o menos incapacitantes, e incluso a daños en órganos diana sensibles a la acción de dicho sistema (34). La literatura científica señala la relación entre determinados síntomas y enfermedades somáticas que tienen un fuerte componente ansioso subyacente. Al actuarse en su reducción, la actividad autonómica relacionada también disminuirá y en consecuencia los síntomas (34).

En psiquiatría existe una clasificación amplia para abarcar diferentes entidades clínicas donde la somatización juega un papel central en su patogénesis. Tenemos así el trastorno de síntomas somáticos (“Somatic Symptom Disorder”), el trastorno somatomórfico (“Somatoform Disorders”) o el trastorno dismórfico corporal (“Bodily Distress Disorder”), además de otras enfermedades de alta prevalencia observadas en el contexto de las consultas de diferentes especialidades médicas en las que el componente psicosomático es central (como el SII o la fibromialgia) (31).

Estos pacientes suelen sentir mucha frustración por el retraso en establecer un diagnóstico correcto. Frecuentemente presentan quejas recurrentes y/o persistentes, pasando por un largo proceso de pruebas diagnósticas complementarias o incluso de escepticismo médico por los resultados negativos, generando retraso en la resolución de su problema. Además de una deteriorada calidad de vida, los tratamientos generalmente son ineficaces y los profesionales de la salud se sienten agotados en sus estrategias de acción. Todo este proceso, además de costoso en recursos y dinero, resulta agotador e ineficaz tanto para el médico como, sobre todo, para el paciente. Es importante enfatizar que la somatización esconde un trastorno psiquiátrico subyacente y como tal debe investigarse rápidamente para que la condición psiquiátrica pueda diagnosticarse, tratarse y reducir su morbilidad. Asimismo, las enfermedades psicosomáticas

enfrentan una notable connotación peyorativa, particularmente entre la sociedad. Es decir, las enfermedades que tienen un fuerte componente somático asociado suelen considerarse “menos graves” o importantes desde el principio. Como sostiene Stone J. (2004), esta idea errónea y despectiva representa un grave problema en su aceptación (35). Esto refleja los estigmas sociales que rodean las enfermedades psiquiátricas y la creencia de que estos tipos de trastornos son “inventados” o son menos importantes que otros tipos de enfermedades médicas (35). Este tipo de prejuicios, no sólo sociales sino también dentro del ámbito médico, pueden generar vergüenza o sentimientos de rechazo en el paciente.

1.3.1 Vaginismo como una enfermedad psicosomática

La propuesta de muchos autores y las conclusiones de varios estudios es que los factores psicológicos parecen jugar un papel central en la etiología de esta enfermedad (7, 12, 15, 36). Los factores emocionales parecen ejercer una causa sólida para los mecanismos fisiopatológicos del espasmo genitopélvico, a menudo sin causas orgánicas adyacentes. Estos factores estrechamente relacionados con la salud mental de las mujeres pueden ser, por ejemplo, problemas/dificultades conyugales o de relación con la pareja, antecedentes personales de abuso o trauma sexual, miedos o experiencias sexuales negativas, traumas físicos o psicológicos, entre otros (5). De hecho, parece existir cierta relación entre el vaginismo y una educación sexual reducida o débil, estigmas y prejuicios sexuales y creencias negativas sobre la actividad sexual, que podrían interferir con el componente psicosomático de la enfermedad. Sin embargo, los estudios que parecen desarrollar estos conceptos carecen de robustez estadística y metodológica para contribuir y validar claramente estas hipótesis (5, 37, 38, 39, 40).

Al tratarse de una entidad con un importante componente psicosomático, se cree que la dinámica de pareja pueda tener un papel relevante en la salud mental y la consecuente fisiopatología de la enfermedad (12, 41, 42). Por lo tanto, se acepta que una relación amorosa problemática o con dificultades evidentes en términos de intimidad y vida sexual pueden ser factores contribuyentes como posible causa o consecuencia del vaginismo. Sin embargo, todavía no existen

evidencias sólidas que apunten en esta dirección. Algunos estudios reportan que las parejas con vaginismo tienen una mejor comunicación y ayuda mutua en comparación con otras parejas que sufren otros tipos de disfunción sexual (5, 43), y otros apuntan a una menor tendencia a involucrarse en actividades sexuales, generalmente a través de conductas evitativas, en comparación con las parejas control (5, 44, 45). Toda la controversia anteriormente descrita podría acompañarse de estudios poco concluyentes.

Actualmente se reconoce la influencia que algunos factores psicológicos o emocionales pueden ejercer sobre la salud mental de las mujeres y así condicionar o ser el detonante para la instalación de una enfermedad con raíces psicosomáticas.

1.4 Vaginismo y los estilos de apego emocional

Varios estilos de apego emocional han sido estudiados como un factor importante a contribuir en la sexualidad de una pareja y en enfermedades que tienen un componente somático subyacente. Se sabe que el tipo de apego se desarrolla temprano en el desarrollo del niño y refleja los vínculos creados entre los padres (generalmente la madre) y su hijo (49). Es un sistema innato y adaptativo determinante en el desarrollo de afinidad y cercanía entre el niño y sus padres, sobre todo importante en situaciones de inseguridad o amenaza (50). El tipo de apego desarrollado tendrá un papel determinante en las representaciones mentales del niño, respecto de su percepción de sí mismo y de los demás, como consecuencia de la dinámica establecida con su progenitor (50). Esto condicionará la forma en que este niño como adulto responderá en sus relaciones, especialmente las románticas, y en definir su personalidad (49, 51). Los comportamientos de desinterés materno en bebés de 18 meses se reflejan en procesos de somatización en niños de 5 años y respuestas de apego emocional inseguro en adultos, resultando en una mayor posibilidad de somatización y desarrollo de conductas y trastornos ansiosos (31, 52).

En los adultos, son cuatro los principales estilos de apego: evitativo, ansioso, temeroso y seguro (50, 51). Los evitativos generalmente tienen dificultad para confiar en los demás, evitan y temen las relaciones íntimas y adoptan una

postura distante en las relaciones. El tipo ansioso, en cambio, suele presentar miedo al abandono y al rechazo y, consecuentemente, tiende a temer la ausencia de la pareja, o que no esté disponible emocionalmente o su falta en tiempos de necesidad (50). El estilo temeroso presenta altos niveles de ansiedad, asociados con niveles exagerados de evitación (51). Los individuos que demuestran baja identificación con los estilos de apego previos generalmente exhiben un estilo seguro, es decir, son personas con alta autoestima, seguras y optimistas, y con menores niveles de ansiedad y estrés (50). Los estilos de apego más seguros son evidentes en personalidades con un mayor espíritu de confianza para la exploración y la aventura, mientras que los estilos de apego más inseguros suelen adoptar posturas más protectoras y evitativas (50). La intimidad sexual, ya sea a nivel de proximidad física, sea a nivel emocional y psicológica, está significativamente relacionada con el estilo de apego emocional y romántico del individuo (53). Los estilos de apego más inseguros se asocian más frecuentemente en la edad adulta con patología psicológica, mientras que el estilo seguro se relaciona con procesos de desarrollo más saludables (49, 51, 54). Se ha observado que las personas con estilos de apego emocional ansioso y evitativo presentan con mayor frecuencia trastornos de disfunción sexual y relaciones sexuales menos satisfactorias que los individuos con estilos de apego seguro (49, 51). Además, el apego inseguro también se asocia con una mayor sensibilidad e hipervigilancia al dolor (están más alertas a la presencia de dolor física), creencias hipocondríacas, miedos, dificultad para afrontar el dolor y una reducción del umbral del dolor (53, 55-57). Un estudio reciente ha logrado observar la relación entre mujeres que sufren de dolor genital asociado a dispareunia, trastornos psicósomáticos y estilos de apego emocional inseguros (49, 58, 59). Esto es importante, ya que en pacientes con vaginismo se observan estilos de apego típicamente más inseguros y ansiosos (51, 60). De hecho, otros trabajos también han observado que un estilo de apego más inseguro, temeroso y ansioso se asocia a mayor intensidad de dolor, mientras que el estilo de apego evitativo se asocia con menores (53). La literatura explica este evento por el hecho de que los individuos más ansiosos y preocupados sienten una mayor necesidad de ver sus emociones reconfortadas. Por lo tanto, se concentran más

activamente en su experiencia dolorosa, expresándose de una forma más exagerada, para poder ver sus sentimientos y necesidades de apego satisfechas (53). Mientras que los individuos con apegos evitativos y medrosos buscan independencia, o sea intentan evitar y alejarse de la implicación y dependencia de los demás, debido a una falta de confianza en ellos y miedo a la cercanía, respectivamente. Por consecuencia, minimizan su experiencia y expresión del dolor (53).

1.5 Vaginismo y los rasgos de la personalidad

Se sabe que los rasgos y tipos de personalidad tanto de las mujeres que padecen de vaginismo como de sus parejas son un factor importante en la etiología, instalación, mantenimiento y manejo de la enfermedad (15, 61, 62). La personalidad de la pareja masculina, reflejada en sus actitudes y comportamientos más negativos o positivos, condicionará la respuesta de la mujer que experimenta dolor genital (15, 63).

Algunos estudios han revelado la interesante interconexión entre personalidades más perfeccionistas y disfunción sexual. Se considera un individuo con rasgos perfeccionistas cuando tiene el deseo de que sus metas, tareas y expectativas se alcancen de forma total, perfecta y absoluta. Fue sugerido que personas con este tipo de personalidad pueden tener una mayor predisposición a ciertas enfermedades psiquiátricas, como trastorno obsesivo-compulsivo, depresión y/o ansiedad social, así como tener mayores problemas de relación con su pareja (11). Asimismo, algunos autores han informado que los hombres perfeccionistas tienen mayores niveles de disfunción eréctil, mientras que las mujeres perfeccionistas experimentan menores niveles de satisfacción sexual (11). También es interesante observar que los individuos con tendencia a actitudes y comportamientos más obsesivos y controladores tienen una peor vida sexual debido al miedo a cometer errores y, por tanto, a fracasar (11).

Otros estudios han tenido como objetivo comprender el papel de la pareja masculina en el desarrollo del vaginismo y si existe relación. Algunos autores han observado que las parejas masculinas de estas mujeres tienden a tener personalidades menos asertivas (5, 46). Son a menudo reconocidos como

hombres dulces y gentiles, aunque, por otro lado, también son más pasivos, menos asertivos, ansiosos, cautelosos y sobreprotectores, razón por la cual pueden ser elegidos más fácilmente como parejas para estas mujeres (15, 61, 64). Sin embargo, parece ser controvertido por otros trabajos que no encontraron relación con los tipos de personalidad de la pareja masculina (5, 39, 47, 48). El hecho de este tipo de hombres se debatiera más frecuentemente con problemas de disfunción sexual y, por esta misma razón, evitaren con mayor frecuencia el contacto sexual, puede justificar su elección (15, 61, 65). Curiosamente, se piensa que la disfunción eréctil masculina puede ser una de las principales causas de disfunción sexual en la pareja y que el vaginismo aparece como secundario y como estrategia protectora para que la pareja no afronte ni asuma el problema masculino (15, 66). Aunque otros autores apunten para la disfunción sexual masculina más bien como la consecuencia del vaginismo y no tanto como su causa (5, 39).

Según los tipos de personalidad más observados en mujeres con disfunción sexual, los rasgos más frecuentes son los de los grupos de personalidad tipos A y C (6, 67), siendo en el tipo A individuos con personalidades más extrañas o excéntricas, y en el C más ansiosos e individuos temerosos.

1.6 Trauma y abuso sexual

Uno de los factores que se encuentran en la posible etiología del desarrollo de una patología sexual, como el vaginismo, es una historia o antecedentes personales de agresión o abuso sexual. Sin embargo, la literatura científica ha sido poco concluyente y contradictoria sobre este tema. Algunos estudios apuntan a una correlación entre la patología y estos antecedentes personales (68-70), mientras que otros estudios no reportan ningún acuerdo o asociación directa (43, 47, 71, 72, 73, 74).

Incluso hay estudios que indican que el estilo de apego emocional evitativo puede ser consecuencia de una historia de trauma (75, 76). Se cree que esto podría deberse a las diferentes metodologías de estudio aplicadas en la realización del respectivo trabajo científico (75, 77).

La infancia es una etapa de la vida especialmente vulnerable y cuando el trauma sexual ocurre en esta etapa, se sabe que el impacto psicológico será mayor, ya que el niño aún no ha desarrollado adecuadamente sus habilidades emocionales y psicológicas para afrontar un evento traumático de tal magnitud y dimensión (75).

Un trauma sexual puede ser la causa principal para el desarrollo del vaginismo, clasificándose así la patología como adquirido o secundario, a pesar de la posibilidad de la mujer haber experimentado relaciones sexuales normales en el pasado, antes del trauma (78).

Se sabe que los niños que sufren abuso sexual suelen desarrollar posteriormente un trastorno de estrés postraumático (9, 79). La víctima, al exponerse a situaciones o ambientes que pueden ser similares a su trauma, en este caso específico algún tipo de contacto sexual puede activar miedos y reacciones exacerbadas al ser un detonante para volver a experimentar mentalmente el trauma al que fue sometido. Y de esta manera surgen las conductas de evitación y ansiedad que observamos típicamente en estas pacientes (9).

2. JUSTIFICACIÓN

El vaginismo es una enfermedad infradiagnosticada y tratada, ya sea por los estigmas sociales y personales que rodean las enfermedades sexuales y psicológicas, o por una mala preparación médica en el desempeño y manejo de esta enfermedad. Es un trastorno que afecta significativamente al bienestar psicológico de la mujer y a su vida íntima, y puede ser tanto causa como consecuencia de conflictos de pareja. Aunque se cree que su incidencia es superior a la reportada, es un tema de importancia marcada tanto por la significativa carga en la vida de las mujeres, como por existir actualmente un crecimiento exponencial de las enfermedades psicosomáticas. Así, parece importante y necesario invertir en conocimientos sobre el vaginismo, tanto en la mejora del conocimiento médico, como en estrategias de diagnóstico y terapéutica.

Por las razones mencionadas anteriormente, desarrollamos este trabajo final de curso con las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuál es el impacto del vaginismo en la salud mental de las mujeres? ¿Existe una relación establecida entre las comorbilidades psiquiátricas, como la ansiedad y la depresión, con el vaginismo? ¿Se ha estudiado alguna correlación entre esta enfermedad y los estilos de apego emocional, antecedentes personales de trauma sexual, así como algún tipo de rasgo de personalidad? ¿Existe relación entre el vaginismo y la dinámica de pareja?

3. HIPÓTESIS

Se hipotetiza una asociación significativa entre el vaginismo y ciertas comorbilidades psiquiátricas como la ansiedad, estilos de apego emocional inseguros, antecedentes personales de trauma y/o abuso sexual, dinámicas disfuncionales de pareja, y ciertos rasgos de personalidad, como la evitación.

4. OBJETIVOS

Para dar respuesta a las preguntas de investigación formuladas, se definieron para este trabajo los siguientes objetivos:

Objetivo principal:

- Comprender la contribución y el impacto del vaginismo en la salud psicológica, emocional y psiquiátrica de la mujer, mediante la realización de una revisión sistemática de los resultados encontrados en la literatura actual.

Objetivos específicos:

- Estudiar si el vaginismo puede ser entendido como una enfermedad psicosomática en estrecha relación con el estado psicológico de la mujer.
- Comprender la relación entre el vaginismo y las comorbilidades psiquiátricas, como la ansiedad y la depresión.
- Comprobar cual la relación entre esta enfermedad y los rasgos de personalidad y estilos de apego emocional.
- Investigar si el vaginismo se correlaciona con antecedentes personales de trauma sexual.
- Entender el impacto del vaginismo en la dinámica de pareja.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Planteamiento metodológico

Este trabajo final de grado es un estudio descriptivo transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica.

Esta revisión sigue la metodología PRISMA, conocida como “Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses”, que se trata de una herramienta metodológica ampliamente utilizada para llevar a cabo revisiones bibliográficas sistemáticas con rigor y transparencia. Diseñada para garantizar la coherencia y la exhaustividad en la recopilación y síntesis de evidencia científica, PRISMA establece directrices claras y detalladas para la planificación, ejecución y presentación de revisiones sistemáticas (81). Al seguir las directrices de PRISMA, se promueve la reproducibilidad y la fiabilidad de las revisiones bibliográficas. Así, y aplicando esa metodología en nuestra revisión, primero se definió claramente la pregunta de investigación, los objetivos y los criterios de inclusión y exclusión. Luego, se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática en bases de datos pertinentes y empleando términos de búsqueda específicos. Posteriormente, se seleccionó los estudios de acuerdo con criterios predefinidos y se evaluó su calidad metodológica. Una vez seleccionados, se ha extraído y analizado los datos pertinentes, y elaborado, bien como presentado, esos resultados y hallazgos de forma detallada siguiendo las directrices PRISMA.

5.2. Estrategia de búsqueda

Se utilizaron las bases de datos científicas Medline (PubMed) y Google Scholar para adquirir artículos científicos relevantes para la realización de este estudio.

La estrategia de búsqueda en Medline (Pubmed) se realizó combinando terminología controlada (MESH thesaurus) con la búsqueda de términos en inglés como: “vaginismus”, “mental health”, “psychiatry”, “somatization”, “anxiety”, “marital problems”, “relationship problems”, “relationships”, “depression”, “phobia”, “attachment styles”, “temperaments”, “trauma” y “abuse”. Además, se utilizaron los operadores booleanos (AND) o (+) para conjugar las palabras anteriormente

mencionadas, de la siguiente forma: “vaginismus + anxiety + depression”, “vaginismus + phobia”, “vaginismus + attachment styles”, “vaginismus + temperaments”, “vaginismus + trauma”, “vaginismus + abuse”, “vaginismus + mental health”, “vaginismus + psychiatry”, “vaginismus + somatization”, “vaginismus + marital problems”, “vaginismus + relationships”, “vaginismus + relationship problems”.

A continuación, se realizó el mismo proceso de búsqueda, pero utilizando los términos en portugués: “vaginismo + ansiedade”, “vaginismo + depressão”, “vaginismo + apego emocional”, “vaginismo + traços de personalidade”, “vaginismo + trauma”, “vaginismo + abuso”, “vaginismo + fobia”, “vaginismo + saúde mental”, “vaginismo + psiquiatria”, “vaginismo + somatização” e “vaginismo + relações”.

Por cierto, el mismo proceso se llevó a cabo con las terminaciones en español: “vaginismo + ansiedad”, “vaginismo + depresión”, “vaginismo + apego emocional”, “vaginismo + personalidad”, “vaginismo + trauma”, “vaginismo + abuso”, “vaginismo + fobia”, “vaginismo + salud mental”, “vaginismo + psiquiatría”, “vaginismo + somatización” y “vaginismo + relaciones”.

Otra estrategia utilizada y digna de mención fue la realización de una búsqueda manual en referencias bibliográficas de artículos de interés, con el fin de incluir la mayoría de los estudios sobre el tema, que podría haber escapado a la búsqueda inicial y agregarían importancia a la revisión.

Se utilizó como fuente secundaria y adicional la búsqueda de artículos científicos en la base de datos Google Scholar. Debido a la gran cantidad de artículos encontrados mediante este programa, se implementó una estrategia de selección, consistente en la integración de artículos de los últimos 10 años, con criterios de relevancia para la búsqueda y con un límite de 5 páginas (10 resultados por página) para cada conjunto de palabras clave buscadas (“vaginismo + salud mental + psiquiatría + somatización” y “vaginismo + problemas maritales + problemas de relación + relaciones”).

La investigación y selección de artículos se realizó entre octubre de 2023 y marzo de 2024.

5.3. Los criterios de inclusión y exclusión

5.3.1 Criterios de inclusión

Los artículos considerados comprendieron:

- Vaginismo y salud mental
- Vaginismo y somatización
- Vaginismo y psiquiatría
- Vaginismo y ansiedad
- Vaginismo y depresión
- Vaginismo y problemas maritales
- Vaginismo y problemas de pareja
- Vaginismo y estilos de apego emocional
- Vaginismo y comorbilidades psiquiátricas
- Vaginismo trauma y/o abuso sexual
- Vaginismo y rasgos de personalidad
- Publicados en los últimos 10 años
- Publicados en inglés y/o español y/o portugués
- Texto completo disponibles para consulta

5.3.2 Criterios de exclusión

Artículos considerados rechazados:

- Relación incompleta o inadecuada con los objetivos predefinidos
- No disponibles para lectura completa y gratuita
- No relacionados directamente con el vaginismo y alguna de las esferas de interés, como el estilo de apego emocional, comorbilidades psiquiátricas, trauma y/o abuso sexual, rasgos de personalidad e/o dinámica de pareja
- Publicados hace más de 10 años

5.4. Selección de documentos

Se seleccionaron artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y ofrecieron un interés claro al tema de estudio, las preguntas de investigación y los objetivos planteados. Este trabajo se realizó evaluando los títulos, palabras clave y respectivos resúmenes.

5.5. Limitaciones del estudio

Una vez que es un tema poco investigado las publicaciones son escasas. De esta manera, y como una forma de superar esta limitación, se implementó la estrategia de estudiar algunos aspectos del vaginismo, con la intención de obtener más información sobre esta patología. La necesidad de alargar este estudio, que en un momento inicial solo se iría a centrar en la somatización, condujo al logro de una visión más holística del vaginismo, integrando la relación de la enfermedad con otras esferas de la salud mental como las comorbilidades psiquiátricas, los estilos de apego emocional, los antecedentes personales de trauma sexual y los rasgos de personalidad.

Se intentó minimizar la pérdida de artículos relevantes para el trabajo actual mediante el uso de varios sinónimos y términos similares durante el proceso de investigación, así como extender el método de búsqueda de artículos científicos a tres idiomas diferentes. Sin embargo, se supone que no todos los artículos que podrían ser relevantes para esta revisión fueron detectados debido a fallas en el sistema de búsqueda implementado.

6. RESULTADOS

6.1. Artículos incluidos en la revisión

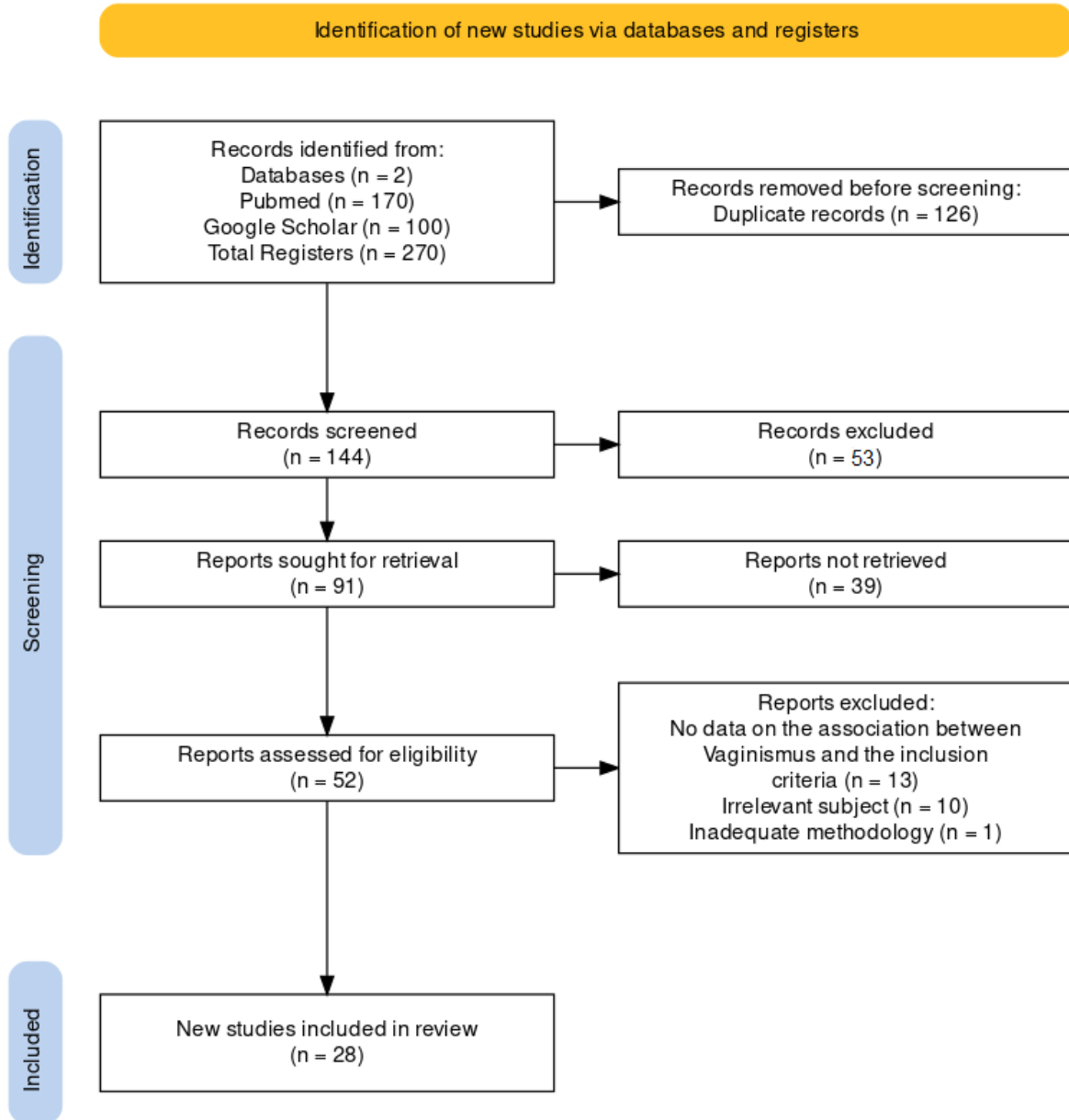


Figura 4: Diagrama de flujo. Proceso esquematizado de obtención de registros válidos de las bases de datos para integración en la revisión. Fuente: Elaboración propia a partir de PRISMA (81).

Como se ha indicado en el diagrama de flujo anterior, esta revisión bibliográfica ha abarcado un total de 28 artículos. Del total de artículos incluidos, 13 versan sobre las comorbilidades psiquiátricas, 3 sobre los estilos de apego emocional, 7 sobre los trazos y rasgos de personalidad, 5 sobre los antecedentes personales de trauma y/o abuso sexual y 3 sobre la dinámica de pareja. Algunos artículos exploran simultáneamente más de un tema. Cada artículo ha sido examinado de forma individualizada. Además, se han resumido y presentado los resultados y conclusiones de cada estudio en la tabla que viene a continuación (Tabla 1).

6.2 Tablas de resultados

Tabla 1: Análisis del vaginismo y las diversas esferas psicológicas (comorbilidades psiquiátricas, estilos de apego emocional, rasgos de personalidad, abuso o trauma sexual y dinámica de pareja).

	Título	Autor	Año	Tipo de trabajo	Muestra (n)	Resultados	Conclusiones
1	“Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample” (7)	Farna m F et al.	2014	Estudio de casos y controles	22 pacientes con vaginismo + 22 individuos sanos (grupo control)	El grupo de estudio mostró mayores niveles de fobia, en comparación con las mujeres del grupo sano, así como una puntuación de angustia sexual significativamente más alta, bien como problemas para defecar u orinar, ansiedad generalizada, mayor escolaridad y baja autoestima.	Afirma la existencia de una fuerte correlación entre vaginismo, fobia y ansiedad. No encontraron diferencias en los antecedentes personales de abuso sexual entre ambos grupos.
2	“Psychological factors in genital pain: The role of	Thomtén J et al.	2014	Estudio de base poblacional	944 mujeres	Las mujeres con dolor genital presentaron niveles elevados de ansiedad, creencias de evitación por miedo y catastrofismo asociado al	Los autores concluyeron que el dolor genital es común y se asocia con la presencia de miedo y

	fear-avoidance, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among women living in Sweden” (90)					dolor. Los resultados también indicaron que la satisfacción sexual está relacionada con un miedo específico relacionado con el dolor, más que con un alto nivel de ansiedad generalizada.	evitación por parte de las pacientes, así como con el aumento de los niveles de ansiedad.
3	“Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality” (49)	G Ciocca et al.	2015	Estudio de casos y controles	21 mujeres + 23 hombres con disfunción sexual; 21 mujeres + 20 hombres sanos (grupo control)	Se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos con respecto a: deseo, satisfacción, dolor y lubricación sexual. El grupo con vaginismo tuvo puntuaciones bajas para los estilos de apego seguro y niveles más altos de inseguridad, miedo, preocupación y evitación, en comparación con la muestra control.	Las mujeres con disfunción sexual a menudo presentan posturas de evitación, rechazo, miedo y estilos de apego emocional más inseguros y preocupados.

4	“Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder” (21)	Lahaie MA et al.	2015	Estudio de casos y controles	50 pacientes con vaginismo + 50 pacientes con dispareunia; 43 participantes sanos (grupo control)	Las mujeres con vaginismo obtuvieron puntuaciones más altas para la presencia de miedo y tensión muscular que las mujeres en los grupos con dispareunia y control. El grupo con vaginismo y dispareunia tuvieron puntuaciones significativamente más altas para la presencia de dolor genital que las mujeres del grupo sano. Se observó una gran superposición entre el vaginismo y la dispareunia.	Apoya la elevada prevalencia de miedo en mujeres con vaginismo.
5	“Sexual	Klein V	2015	Estudio	17 parejas	La mayoría de los hombres tenían	Apoya de forma

	history of male partners of women with the diagnosis vaginismos” (41)	et al.		transversal	heterosexual es en que las mujeres padecían de vaginismo	poca o ninguna experiencia sexual antes de su relación actual y recibió una pobre educación sexual en la infancia. La disfunción eréctil fue el diagnóstico más reportado entre los hombres, seguido de la eyaculación precoz.	preliminar la disfunción sexual masculina de las parejas de mujeres con vaginismo. Propone el involucramiento de esos hombres en el proceso terapéutico.
6	“Attachment styles in women with vaginismus” (53)	Özcan O et al.	2015	Estudio de casos y controles	56 mujeres con vaginismo + 51 mujeres sanas (grupo control)	Las puntuaciones del grupo de estudio para el estilo de apego seguro fueron significativamente más bajas que las del grupo control. El grupo con vaginismo presentaba un mayor nivel de inseguridad, ansiedad y miedo que el grupo control.	Apoya la relación entre los estilos de apego emocional y el vaginismo.
7	“Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among	Iglesias-Rios L et al.	2015	Estudio transversal	1795 mujeres	Las mujeres con depresión presentaron una prevalencia de un 53% más alta para sufrir de vulvodinia, en comparación con las mujeres sin depresión. Mujeres que acusaron positivo para presentar	Indica una fuerte asociación entre la presentación de estrés postraumático o depresión y la vulvodinia.

	Women with Vulvodynia: Evidence from the Population-Based Woman to Woman Health Study” (94)					estrés postraumático tuvieron un aumento de más del doble en la prevalencia de vulvodinia, en comparación con las sin esa perturbación.	
8	“Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study” (95)	Muamar T et al.	2015	Estudio descriptivo retrospectivo	100 parejas heterosexuales, en las que las mujeres padecían vaginismo primario por fobia sexual	La razón reportada por las parejas para el desarrollo de su fobia fue la falta de educación sexual. El estudio informó que se obtuvo una mejoría en la condición con solo 2 a 3 sesiones de terapia. Se observó una relación sexual con penetración exitosa, con ausencia de miedo, en 87 pacientes (87% de éxito) después de completar el programa de tratamiento. Y un 96% del grupo tuvo un resultado exitoso	Soporta la participación de las parejas sexuales, así como destaca la buena respuesta del tratamiento dirigido a la terapia de pareja, educación sexual y desensibilización de los miedos.

						después de un promedio de 4 sesiones. En las mujeres que tenían infertilidad concomitante, esta mejoró después del final de las sesiones (77,8% de embarazos logrados en parejas infértiles).	
9	“Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus”	Şafak Öztürk et al.	2016	Estudio transversal	26 parejas heterosexuales	El grupo de estudio se sometió a terapia cognitivo-conductual y se observó diferencias significativas a favor de la recuperación en todas las subescalas de la función sexual. Después del tratamiento, se observó una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión de las mujeres con vaginismo. En los hombres, también se observaron mejoras después del tratamiento, especialmente en términos de puntuaciones totales y en las subescalas de satisfacción, evitación	Apunta la terapia de pareja como un enfoque apropiado para tratar a las mujeres con vaginismo y a sus parejas.

	(42)					e impotencia.	
10	“Hippocampus and amygdala volumes in patients with vaginismus” (93)	Atmac a M et al.	2016	Estudio casos y controles	10 pacientes con vaginismo + 10 individuos saludables (grupo control)	El volumen medio de la amígdala derecha fue menor en los pacientes con vaginismo que en los controles sanos. Los volúmenes medios del hipocampo izquierdo y derecho fueron menores en los pacientes con vaginismo que en los controles sanos.	Se sugiere que puede haber anomalías estructurales en el hipocampo y la amígdala de los pacientes con vaginismo. Puede apoyar la hipótesis de que el vaginismo puede ser una condición estrechamente relacionada con la sensación de miedo.
11	“Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory	Maser oli E et al.	2017	Estudio retrospectivo	255 mujeres con disfunción sexual	Las mujeres con vaginismo presentaban síntomas y rasgos histriónico-histéricos significativamente más altos en comparación con los individuos con otras disfunciones sexuales.	Afirma la asociación con rasgos histriónico-histéricos y el vaginismo, así como una mayor percepción del dolor y un mayor

	Analysis” (92)					Las mujeres del grupo de estudio mostraron una peor función sexual y un mayor malestar relacionado con su sexualidad. No se encontraron diferencias en cuanto a antecedentes personales de abuso sexual, enfermedades ginecológicas u otros cambios neurológicos, hormonales y metabólicos.	grado de malestar durante las relaciones sexuales.
12	“Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder” (75)	Beliz Özen et al.	2018	Estudio de casos y controles	55 mujeres con trastorno de penetración genital pélvico + 61 mujeres sanas (grupo control)	El abuso sexual y emocional, así como de negligencia emocional, fue superior en el grupo de estudio que en el grupo control.	Apoya la exploración de las condiciones psiquiátricas, sobre todo el trauma infantil, en estas pacientes.
13	“Female Genito-Pelvic	Dias-Amaral	2018	Revisión no sistemática	36 artículos	Mujeres con Trastorno de Penetración y Dolor Genito-Pélvico	Apoya el abordaje en casal y propone la

	Pain/Penetrati on Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach” (88)	A et al.		de artículos		(DPGP) tienen más probabilidad a tener antecedentes de abuso sexual, físico o emocional. Las quejas de dolor son más frecuentes en mujeres con antecedentes de trastorno depresivo o de ansiedad. En estas pacientes, hay una baja implicación afectiva, mayor evitación y ansiedad por miedo al abandono. Tienden a interpretar los eventos sexuales negativos como un signo de incompetencia y fracaso personal. Las estrategias de afrontamiento adaptativas y refuerzos en los intentos sexuales se asocian con tasas más bajas de dolor y un mejor funcionamiento sexual.	identificación de los factores que contribuyen a sus síntomas, una vez que mejora el cuadro, las estrategias de adaptación y la prevención.
14	“Prevalence of Depression and Anxiety	Yildırı m EA et al.	2019	Estudio transversal	144 mujeres con vaginismo	Un 79,9% de la muestra tenía un diagnóstico de ansiedad y/o depresión. El 63,9% sufría de fobias,	La incidencia de comorbilidades psiquiátricas fue

	Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus” (82)					el 35,4% tenía depresión mayor, el 9% padecía de ansiedad social, el 6,9% tenía trastorno de pánico, el 3,5% sobrellevaba trastorno obsesivo-compulsivo, el 2,8% sufría de trastorno de estrés postraumático y el 4,1% tenía ansiedad generalizada.	significativamente elevada en pacientes con vaginismo.
15	“Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study” (10)	Fadul R et al.	2019	Estudio de casos y controles	40 mujeres con vaginismo + 80 mujeres sin vaginismo (grupo control)	Mujeres con miedo de perder el control presentaban 29,6 veces más probabilidad de desarrollar vaginismo. Esas pacientes presentaron resultados superiores para un estilo educativo autoritario, miedo a sufrir una lesión por las relaciones sexuales, miedo de sentir dolor relacionado con el coito y a sufrir de	Corrobora la idea de que las mujeres con vaginismo tienen más posturas de evitación, miedos relacionados con la vida sexual, temores a perder el control, miedo a sufrir de un ataque de pánico

						un ataque de pánico. No hubo diferencias significativas entre las mujeres con y sin vaginismo en cuanto a los antecedentes personales de abuso sexual.	y a sufrir daño vaginal.
16	“Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners” (15)	Senol Tura et al.	2020	Estudio de casos y controles	56 mujeres con vaginismo + 56 parejas masculinas; 44 parejas heterosexuales sanas (grupo control)	Las mujeres con vaginismo tenían niveles más altos de ansiedad y depresión en comparación con el grupo de control. Sus parejas masculinas también presentaban niveles más altos de ansiedad que los hombres sanos. El grupo de estudio tenía niveles más altos de disfunción sexual, así como temperamentos más ansiosos, depresivos, ciclotímicos e irritables, que las mujeres del grupo control. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el temperamento hipertímico entre estos dos grupos de	Apoya la alta prevalencia de ansiedad y depresión en mujeres con vaginismo, así como altos niveles de ansiedad en sus parejas. Además, se verifican temperamentos más depresivos, ciclotímicos, ansiosos e irritables entre estas pacientes.

						mujeres.	
17	“Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis.” (85)	Tayla Hassam et al.	2020	Metaanálisis	38 estudios	Víctimas de agresión sexual tienen aproximadamente un 42% más de riesgo de experimentar síntomas ginecológicos. El riesgo de dolor pélvico fue un 60% más alto entre las mujeres con antecedentes de agresión sexual. Estas víctimas tienen aumentado el riesgo de vaginismo, dispareunia, dismenorrea, sangrado menstrual anormal, incontinencia urinaria, prolapso y vulvodinia.	Demuestra fuertes asociaciones entre antecedentes de agresión sexual y morbilidad ginecológica.
18	“The Role of Anxiety and Childhood Trauma on Vaginismus and Its	Tetik Set al.	2020	Estudio de casos y controles	50 mujeres con vaginismo + 50 mujeres sanas (grupo control)	Los parámetros de disfunción sexual y ansiedad fueron superiores en el grupo de estudio. Sin embargo, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a la experiencia de trauma sexual. El	Afirma la asociación entre el vaginismo y altos niveles de ansiedad y disfunción sexual.

	Comorbidity with Other Female Sexual Dysfunctions” (9)					grupo con vaginismo manifestó resultados significativamente mayores para evitación, insatisfacción sexual y anorgasmia.	
19	“Comparing Positive and Negative Emotional Experiences between Women with and without Vaginismus” (36)	Sadati Kiadehi S et al.	2020	Estudio causal comparativo retrospectivo	100 mujeres con vaginismo + 100 mujeres sin vaginismo (grupo control)	Se observó una diferencia significativa entre los dos grupos en relación con las emociones negativas, o sea, las mujeres con vaginismo experimentaron más emociones negativas que las mujeres sin vaginismo.	Apunta para la relación entre el vaginismo y la experiencia de emociones negativas.
20	“Relationship Between Adult Separation	Eylem Unlubigin et al.	2021	Estudio de casos y controles	60 mujeres con vaginismo + 60 mujeres	El número de participantes con trastorno de ansiedad por separación en adultos (ASAD, por sus siglas en inglés) en el grupo con vaginismo fue	El grupo de estudio mostró estilos de apego emocional más evitativos y temerosos y

	Anxiety and Attachment Styles and Vaginismus” (51)				sanas (grupo control)	significativamente mayor que en el grupo control, así como los comportamientos de evitación por miedo.	un menor desempeño en los dominios de la excitación, satisfacción y dolor sexual, que el grupo control.
21	“Assessing psychodynamic conflicts and level of personality functioning in women diagnosed with vaginismus and dyspareunia.” (83)	Koops TU et al.	2021	Estudio piloto de casos y controles	24 mujeres con dispareunia o vaginismo + 24 mujeres sanas (grupo control)	El grupo de estudio mostró niveles más altos de preocupación y sensibilidad interpersonal, así como más afectación de la autopercepción, autorregulación y comunicación interna, que el grupo sano. Más de la mitad de la muestra reportó una falta persistente y angustiosa de interés sexual.	Mayor propensión de las pacientes a la auto invalidación, a la internalización emocional y a una percepción negativa de sí mismas.
22	“Altered Affective	Erson Aksu	2021	Estudio de casos y	48 mujeres con	El grupo con vaginismo mostró resultados significativamente	Sugiere susceptibilidad al desarrollo de

	Temperaments in Women With Vaginismus” (84)	et al.		controles	vaginismo + 42 mujeres sanas (grupo control)	mayores con respecto al temperamento depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso, en comparación con el grupo control.	trastorno bipolar en mujeres con vaginismo.
23	“Bio- psychosocial factor of vaginismus in Iranian women” (87)	Banaei M et al.	2021	Estudio descriptivo transversal	180 mujeres con vaginismo	Relación, a través de puntuaciones más altas, entre el miedo al contacto sexual y autoimagen negativa y el vaginismo. Las variables interpersonales: intimidad sexual, calidad de vida sexual y escolaridad fueron predictoras para el diagnóstico de vaginismo.	Apoya las variables miedo al contacto sexual, autoimagen negativa, peor intimidad sexual, pobre calidad de vida sexual y baja escolaridad como predictores para el diagnóstico de vaginismo.
24	“The treatment analysis of	Kurban D et al.	2021	Estudio transversal	482 mujeres con vaginismo	En el grupo de estudio se observó la presencia de diversas fobias, numerosas creencias y mitos sobre el	Apunta la importancia de las creencias e información falsa y/o

	the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues” (78)					acto sexual. El 74,7% de las parejas masculinas fueron referidos como extremadamente comprensivos y pacientes y el 10,6% como nerviosos. Además, un 22,6% presentaba algún tipo de disfunción sexual.	exagerada sobre la sexualidad, traumas y supersticiones como factores responsables del desarrollo del vaginismo.
25	“Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder” (86)	Ozdemir YO et al.	2022	Estudio de casos y controles	64 pacientes con DPGP + 60 pacientes sanos (grupo control)	Las características alexitímicas fueron estadísticamente superiores en el grupo de estudio en comparación con el grupo control. En el grupo de estudio, el 15,6% se clasificó como alexitímico, el 32,8% como alexitímico limítrofe y el 51,6% como no alexitímico. Además, obtuvo puntuaciones más altas tanto para el control como sobreprotección materna.	Sugiere los rasgos alexitímicos en los pacientes con DPGP. Sin embargo, aunque estos pacientes pueden tener dificultades asociadas con el vínculo parental, este factor no parece ser un predictor de enfermedad.
26	“Comparison	Rastgo	2022	Estudio	30 mujeres	Las mujeres con deseo sexual	Apoya la relación entre

	of Irrational Beliefs, Decision - Making Style, and Dysfunctional Thoughts in Women with Vaginismus, Or Undersexed Women.” (89)	oee M		descriptivo comparativo	con vaginismo + 30 mujeres con deseo sexual reducido	reducido obtuvieron mejores puntuaciones para las creencias irracionales que las mujeres con vaginismo. Del mismo modo, los resultados para los pensamientos disfuncionales fueron mayores en las mujeres con libido reducida que en las mujeres con vaginismo. Hubo una diferencia significativa entre los dos grupos en los parámetros de creencias irracionales y pensamientos disfuncionales.	disfunción sexual, los pensamientos disfuncionales y la actitud evitativa hacia la toma de decisiones.
27	“Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus” (6)	Elrassas H et al.	2022	Estudio observacional de casos y controles	30 mujeres con vaginismo + 30 mujeres sin vaginismo (grupo control)	Mujeres con vaginismo tuvieron niveles más altos de alexitimia, trastorno de ansiedad y/o depresión en comparación con el grupo control. Además, los rasgos límite y evitativos de la personalidad fueron significativamente más frecuentes en el grupo de estudio.	Afirma que pacientes con vaginismo tienen niveles aumentados de ansiedad, alexitimia y trastornos depresivos, así como pueden asociarse a ciertos rasgos de personalidad.

28	<p>“Mental Health in Women with Vaginismus“ (91)</p>	Vakilia n K et al.	2022	Estudio transversal	30 mujeres con vaginismo + 30 mujeres sin vaginismo (grupo control)	Las mujeres con vaginismo presentaron una autoestima más baja que el grupo control. Los parámetros medios de depresión sexual, ansiedad sexual y miedo fueron más altos en el grupo de estudio.	Apoya la hipótesis que mujeres con vaginismo tienen autoestima más baja, alta ansiedad y son más depresivas. Además, sienten más miedo a tener relaciones sexuales y presentan menor satisfacción sexual.
----	---	--------------------	------	---------------------	---	---	---

7. DISCUSIÓN

La relación entre el vaginismo y la salud mental es un área de interés significativo en la investigación médica y psicológica, ya que esta juega un papel importante en la etiología, manifestación y tratamiento de esta disfunción sexual. Un estudio analizó pacientes con vaginismo y encontró que el 79,9% de la muestra tenía un diagnóstico de ansiedad y/o depresión (82). Además, el 63,9% tenía fobias, el 35,4% sufría de depresión mayor, el 9% padecía de ansiedad social, el 6,9% sufría de trastorno de pánico, el 3,5% experimentaba trastorno obsesivo-compulsivo, el 2,8% tenía trastorno de estrés postraumático y el 4,1% padecía de ansiedad generalizada (82). Según este trabajo, estas mujeres suelen presentar no solo fobia en el contexto sexual, sino un componente fóbico generalizado. De forma similar, varias investigaciones corroboran la relación entre vaginismo, dolor genital, fobia y ansiedad (7, 9, 15, 90, 91). Algunos autores ponen de manifiesto la duda de si la ansiedad es la causa o consecuencia del vaginismo, sugiriendo que las personalidades más ansiosas podrían experimentar una afectación más pronunciada en su función sexual, predisponiéndolas así a la aparición de la enfermedad (15). Es relevante destacar que la literatura científica respalda la correlación entre determinados rasgos de personalidad, trastornos de ansiedad y la aparición de enfermedades psicosomáticas, las cuales se manifiestan en síntomas físicos. Dado que el vaginismo es una enfermedad con un componente psicosomático asociado, estos hallazgos están alineados con la evidencia científica actual. Se reconoce que una estrategia eficaz para mitigar los síntomas en estos pacientes puede implicar la intervención dirigida a reducir la ansiedad, con el fin de disminuir la actividad autonómica asociada (34).

Según Kaplan, la respuesta masculina a la disfunción sexual de su pareja femenina parece estar relacionada con el grado de vulnerabilidad que este exhibe, tanto sexual como psicológicamente (96). Se observó que las parejas masculinas de las mujeres con vaginismo sentían mayores niveles de ansiedad en comparación con los hombres del grupo control (15). Los autores postulan que la ansiedad de los compañeros masculinos puede estar asociada al acto de evitar las relaciones sexuales, lo que puede contribuir indirectamente al mantenimiento

de la enfermedad en la mujer (15) y al posible agravamiento de los conflictos y la falta de armonía en la pareja.

La relación entre el vaginismo y la depresión es un área de investigación vital, ya que esta última puede exacerbar los síntomas y dificultar el tratamiento del vaginismo, afectando significativamente la calidad de vida de las pacientes. Fue demostrado que la presencia de esta comorbilidad es cinco veces mayor en las mujeres con vaginismo que en la población general y que la gravedad de la enfermedad puede estar asociada a la mala comunicación de la pareja sobre temas sexuales y a la presencia de trastornos fóbicos (82). Asimismo, otras investigaciones resaltaron la estrecha correlación entre personalidades depresivas y la manifestación de vaginismo, además de la asociación y predisposición a la somatización, el deterioro de la función sexual y una percepción más negativa del dolor (15, 91). Igualmente, se observó que estas pacientes experimentaron más emociones negativas que aquellas sin la condición. De hecho, las personas con un estado de ánimo más decaído y más pesimistas o negativas tienden a presentar síntomas más severos y debilitantes, y a buscar menos soluciones efectivas para su mejoría (36). En general, los estudios parecen apuntar en la dirección de que las personas que tienden a ser más felices no parecen prestar tanta atención e importancia a los síntomas físicos desagradables, buscando menos asistencia médica y tratamiento, mientras que las personas más tristes se vuelven más alertas y sensibles, manifestando con más frecuencia quejas, síntomas y buscando tratamiento médico (36).

Un trabajo enfocado en el estudio de la depresión, estrés postraumático y vulvodinia, o sea dolor crónico en la vulva, observó que las mujeres depresivas presentaron una prevalencia de un 53% más alta para sufrir de vulvodinia, en comparación con las mujeres sin depresión (94). También las mujeres que acusaron positivo para presentar estrés postraumático tuvieron un aumento de más del doble en la prevalencia de vulvodinia, en comparación con las sin esa perturbación. Sin embargo, un otro estudio verificó que la presencia de dolor genital se asocia principalmente a un perfil temeroso/ansioso y no tanto depresivo (90). Este resultado parece contradictorio con los resultados de estudios previos, incluido un realizado en mujeres egipcias que comprobó que estas pacientes

tenían niveles más altos de trastorno depresivo que el grupo control, así como niveles más altos de ansiedad y alexitimia (6). Varios son los factores que pueden contribuir para la relación entre la depresión y el vaginismo, como la baja autoestima e imagen corporal negativa, lo que puede interferir en la capacidad de una mujer para relajarse y disfrutar de la intimidad sexual; bien como los desequilibrios hormonales asociados con la enfermedad, que pueden afectar la libido, la lubricación vaginal y la respuesta sexual, o incluso algunos medicamentos antidepresivos que pueden tener efectos secundarios sexuales, como disminución del deseo sexual.

La relación entre el vaginismo y el miedo es fundamental en la comprensión de esta disfunción sexual, ya que el miedo anticipado a la penetración vaginal puede desencadenar y mantener los síntomas característicos del vaginismo, afectando la vida íntima y emocional de las mujeres afectadas. Un estudio exploró la relación entre el vaginismo y la experiencia del miedo, revelando que las mujeres con vaginismo experimentan mayor temor y presentan una tensión muscular vaginal más pronunciada en comparación con mujeres evaluadas en grupos de dispareunia y control (21). Así, y del mismo modo, otros trabajos científicos también concluyeron que los pacientes que sufren de dolor genital sienten más miedo, tienen un componente fóbico más marcado y adoptan posturas más evitativas (7, 89, 90). De hecho, fue publicado en un artículo reciente que el 65% de las mujeres diagnosticadas con vaginismo mostraron miedo específico a lesionarse durante las relaciones sexuales, 97,5% a experimentar dolor relacionado con el coito, y 82,5% a perder el control y sufrir un ataque de pánico (10). Estas mujeres manifiestan un miedo anticipado y desproporcionado ante el intento de penetración vaginal (relacionado con el contacto sexual o la exploración ginecológica) por temor a experimentar dolor. No está claro si es la conducta temerosa y evitativa la que influye en la aparición de tensión muscular vaginal, si, por el contrario, ya existe una predisposición a una tensión anormal de la musculatura pélvica y vaginal que en consecuencia produce una penetración vaginal ineficaz y dolorosa y como consecuencia genera miedo y ansiedad en la paciente (21). Siendo así, aún se desconoce si el miedo precede a los síntomas convirtiéndose en una estrategia aprendida y desarrollada por una acumulación

de experiencias negativas (5). La hipótesis del papel del miedo, y la consiguiente ansiedad, como claves en la etiología del vaginismo, se describe mediante el modelo de evitación del miedo, y es una de las explicaciones más defendidas en la actualidad (6, 8, 9). La visión negativa y catastrófica de la sexualidad condicionará la aparición del miedo. De este modo, durante una relación sexual, surgirán estos pensamientos y sensaciones y con ellos se asociará una hipervigilancia y atención exagerada a las sensaciones físicas, sobre todo a la sensación de malestar y dolor (10, 89). Estas posibles sensaciones incómodas pueden desencadenar contracciones musculares vaginales, que por cierto generan más dolor y malestar, lo que se traduce en un aumento de los pensamientos catastróficos y el miedo asociado, alimentando los pensamientos negativos preexistentes y dando lugar a una postura evitativa y la consecuente disfunción sexual (10). Cuando el estímulo sexual está condicionado por el miedo, se manifiesta una perturbación de la respuesta sexual, que conduce a la falta de deseo, pudiendo verse tanto como una consecuencia (del miedo) como un factor de mantenimiento, aumentando la predisposición al dolor, debido a la falta de libido y baja motivación sexual, condicionando una menor lubricación vaginal y una mayor tensión de los músculos pélvicos y vaginales (90). Este miedo a menudo tiene sus raíces en creencias poco realistas y falsas sobre la propia anatomía, historias de miedo escuchadas por familiares o amigos y el miedo a que algo malo pueda suceder (7, 9, 89). Aunque esta relación no es clara, debido a la falta de robustez estadística y metodológica de varios estudios para validar esta hipótesis, es sugerida por varios estudios (5, 37, 38, 39, 40). De hecho, un estudio observó que mujeres con dolor genital tenían una mayor prevalencia de pensamientos catastróficos, creencias limitantes alimentadas por el miedo y, en general, una mayor angustia emocional (90). Actualmente, se estudia el papel del hipocampo y amígdala, como centros cerebrales importantes en la regulación emocional y en la modulación de la ansiedad y del miedo. Hallazgos preliminares de un trabajo enfocado en la análisis estructural y anatómica de estas estructuras en mujeres con vaginismo, sugieren que puede haber anomalías estructurales en el hipocampo y la amígdala de estas pacientes, apoyando la hipótesis de que el

vaginismo puede efectivamente ser una condición estrechamente relacionada con la respuesta ansiosa y la sensación de miedo (93).

Un estudio analizó específicamente el miedo a perder el control y encontró que las mujeres que lo experimentaron durante las relaciones sexuales tenían 29,6 veces más probabilidades de desarrollar vaginismo (10). Esto puede ser por la asociación de la penetración sexual con una sensación de vulnerabilidad o pérdida de autonomía, lo que desencadena una respuesta de ansiedad y tensión muscular que dificulta el coito.

El vínculo entre el vaginismo y los estilos de apego emocional es crucial para comprender esta disfunción sexual, ya que los patrones de apego inseguro pueden influir en el desarrollo y la persistencia del vaginismo, así como en la respuesta al tratamiento. El estilo de apego emocional parental que se ofrece en la infancia puede impactar fuertemente y condicionar la vida futura, particularmente cuando predomina la inseguridad, y puede traducirse negativamente como un predictor de disfunciones en las relaciones futuras y, por lo tanto, disfunción en las relaciones sexuales (49). Un estudio de caso-contróles encontró que el número de participantes con ASAD en el grupo de mujeres con vaginismo, fue significativamente mayor que en el grupo de control (51). Los resultados mostraron también que, en cuanto a los estilos de apego emocional, la evitación por miedo fue significativamente mayor y la evitación por desprecio fue significativamente menor entre las mujeres con vaginismo que entre las mujeres del grupo control (51). Además, las mujeres con vaginismo mostraron mayor afectación en cuanto a la excitación sexual, la satisfacción y el dolor. Es interesante señalar que este estudio se realizó con mujeres turcas, y como señalan los autores, culturalmente en ese país las chicas solo abandonan el hogar de sus padres después de casarse, marcando el momento de transición a la edad adulta. De esta manera, esa fase puede ser un inductor de ansiedad por separación, ya que las figuras parentales juegan un papel importante en sus vidas y son sus primeras figuras de apego (51). Similarmente, otros trabajos observaron que las mujeres con vaginismo tenían puntuaciones bajas en estilos de apego emocional seguro y niveles más altos de inseguridad y evitación en comparación con el grupo control, así como puntuaciones más altas para la inseguridad

percibida, el miedo, la ansiedad y la preocupación (49, 53). La construcción de una autoestima sana y de una seguridad emocional parece prevenir la aparición de ciertas disfunciones sexuales, como el vaginismo, la dispareunia y la anorgasmia en las mujeres, y la disfunción eréctil en los hombres (49). Además, pacientes con disfunción sexual, que tienen un estilo de apego emocional inseguro, tienen una mayor necesidad de aprobación externa, lo que por cierto puede jugar un factor predictivo de la propia disfunción (49). Estos hallazgos corroboran una vez más el papel central de la ansiedad y el miedo en la etiología y fisiopatología de la enfermedad (53).

La relación entre el vaginismo y los rasgos de personalidad es esencial para comprender esta disfunción sexual, ya que ciertos rasgos de personalidad pueden influir en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento del vaginismo, destacando la importancia de considerar estos aspectos en la evaluación clínica y la intervención terapéutica. Una investigación científica encontró que las mujeres con esta patología tenían puntuaciones más bajas en los rasgos de arrogancia en comparación con el grupo sano (51). Otro estudio verificó que estas mujeres tenían temperamentos más ansiosos, depresivos, ciclotímicos e irritables que las del grupo de control (15). En cuanto a la relación con el temperamento hipertímico, en este trabajo, no hubo diferencias significativas entre estos dos grupos. Cuanto a los rasgos de personalidad ciclotímicos, se verifica que están relacionados con posturas evitativas al dolor (15, 97). Por otro lado, la observación de temperamentos más irritables en mujeres con vaginismo crónico puede ser consecuencia del impacto de la disfunción sexual y la falta de intimidad con la pareja sexual (15). Habiendo sido defendido que los temperamentos altamente irritables son consecuencia de una reactividad a eventos adversos en la vida del individuo (98).

Resultados similares fueron encontrados en otro proyecto de investigación, con el grupo de estudio revelando niveles más altos de preocupación y sensibilidad interpersonal, así como una alteración en su autopercepción, autorregulación emocional y comunicación interna (83). Además, más de la mitad de la muestra del mismo artículo reportó falta de interés sexual y casi un tercio mostró dificultades en cuanto al interés, orgasmo y dolor (83). De hecho, la

evidencia científica actual apunta a que la somatización, inherentemente relacionada con diversas enfermedades sexuales, está relacionada con la presencia de dificultades en la autopercepción, el manejo y la regulación de las emociones (83, 99, 100, 101). Otros resultados encontrados por este equipo y dignos de mención fueron los sentimientos de inferioridad, invalidación y una mayor tendencia a interiorizar las emociones (83). En concordancia, un otro trabajo apoya y defiende las mismas conclusiones, exponiendo resultados significativamente superiores con respecto al temperamento depresivo, ciclotímico, hipertímico, irritable y ansioso en mujeres con esta patología en comparación con el grupo control (84). Sus resultados preliminares también sugieren cierta asociación y susceptibilidad entre el trastorno bipolar y esta enfermedad (84). En verdad, la relación entre el vaginismo y una cierta propensión a la inestabilidad y labilidad emocional puede, por lo tanto, estar relacionado a una predisposición al trastorno bipolar (84).

Se observó que el trastorno límite de la personalidad y los rasgos de personalidad evitativos eran significativamente más comunes en las pacientes diagnosticadas con vaginismo (6). No obstante, en esta investigación no han sido identificados trastornos psicóticos, tales como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, en estas mujeres, lo que imposibilita establecer asociaciones con dichas patologías ni refutarlas (6). Sin embargo, hubo una mayor presencia de trastorno límite de la personalidad en el grupo de estudio que en el grupo de control. Con todo, no se estudió la asociación del vaginismo con los antecedentes personales de trauma y/o abuso sexual (o de otro tipo) (6). Los autores también notaron que estas mujeres exhibían personalidades más evitativas y mostraban diferencias significativas en rasgos de personalidad caracterizados por perfeccionismo, rigidez, dramatismo, cambios de humor marcados e impulsividad, sugiriendo que algunos de estos rasgos podrían estar relacionados con el vaginismo (6), tal como se había hipotetizado en el estudio previo (84).

Una publicación reciente señaló por primera vez la correlación entre el vaginismo y el tipo de personalidad histérico-histriónico (92). De hecho, las mujeres con vaginismo estudiadas en este trabajo mostraron síntomas y rasgos histéricos-histriónico significativamente más altos en comparación con los

individuos con otras disfunciones sexuales. Resultados similares han sido encontrados para las personalidades con rasgos alexitímicos, siendo estadísticamente superiores en el grupo de pacientes con vaginismo (aproximadamente 50%) en comparación con el grupo control sano (25%) (86). El mismo ensayo observó aún puntuaciones más altas en el grupo de estudio tanto en los parámetros relacionados con el control parental materno, como en la sobreprotección materna (86). Estos hallazgos parecen sugerir que estos pacientes tuvieron una educación más estricta y controladora, especialmente por su figura materna (86). Este resultado es corroborado por otra investigación, que observó que el 82,5% de las mujeres con vaginismo tuvieron un estilo educativo autoritario y 3/4 partes del grupo no ha recibido educación sexual durante los años de la infancia y la adolescencia (10). Parece existir una relación entre la disfunción del vínculo parental en la infancia y el desarrollo en la edad adulta de diversas patologías como las enfermedades psicosomáticas, el dolor crónico, los trastornos gastrointestinales, etc (86, 102, 103, 104, 105). Sin embargo, el vínculo parental no parece ser un predictor para el desarrollo del vaginismo (86). Las conductas parentales sobreprotectoras y excesivamente controladoras pueden influir en que el niño, y en consecuencia el futuro adulto, ignore más fácilmente sus propias emociones, facilitando que el individuo sea menos consciente de ellas y condicionando así la instalación de la alexitimia (86). Se sabe que las dificultades en la regulación emocional hacen que el individuo sea hipersensible y excesivamente reactivo a los estímulos negativos, como el dolor y los conflictos sexuales, y puede conducir a la aparición de disfunción y patología sexuales (86, 106, 107).

La relación entre el vaginismo y los antecedentes de trauma sexual es objeto de creciente interés en la investigación científica, ya que el impacto psicológico del trauma puede influir en el desarrollo y la manifestación de esta disfunción sexual, destacando la importancia de explorar esta asociación en el ámbito clínico y académico. Un metaanálisis encontró que las mujeres que habían sido víctimas de agresión sexual en el pasado tenían un riesgo 42% mayor de experimentar síntomas ginecológicos (85). El riesgo de presentar dolor pélvico fue aproximadamente un 60% más alto entre las mujeres con antecedentes de

agresión sexual en comparación con las mujeres sin antecedentes de agresión sexual. Del mismo modo, las mujeres con antecedentes de este tipo de agresión tienen un mayor riesgo de desarrollar vaginismo, dispareunia, dismenorrea, sangrado menstrual anormal, incontinencia urinaria, prolapso y vulvodinia. Los autores resaltan la relevancia de estos hallazgos, dado que posibilitan establecer una vigilancia específica en mujeres que manifiestan esta sintomatología, con el propósito de llevar a cabo un cribado y descartar la presencia de un historial sexual traumático subyacente, orientando así a la paciente hacia la atención sanitaria apropiada, tanto desde una perspectiva médica, psicológica como legal (85). Un estudio de casos y controles encontró en sus resultados que las puntuaciones para abuso sexual y emocional, así como para negligencia emocional, fueron más altas en el grupo de estudio con vaginismo que en el grupo de control (75). Sin embargo, este resultado es controvertido, ya que otros estudios no han encontrado una asociación positiva entre el vaginismo y los antecedentes personales de trauma o abuso sexual (7, 9, 10). Se especula que una de las razones de esta discrepancia puede estar en la disparidad de la metodología aplicada entre los diferentes trabajos científicos (75, 77). La literatura indica que una historia personal de trauma y abuso sexual en la infancia predispone a la aparición de disfunción sexual en adultos, aunque existen resultados contradictorios para los resultados específicos con vaginismo (9, 108-112).

La dinámica de pareja juega un papel fundamental en la comprensión del vaginismo, ya que los conflictos relacionales, la comunicación deficiente y las experiencias negativas pueden contribuir al desarrollo y mantenimiento de esta disfunción sexual. Explorar esta interacción entre el vaginismo y la dinámica de pareja es crucial para mejorar el abordaje terapéutico y promover relaciones sexuales saludables. Se observó que las parejas masculinas que alientan a sus parejas a estrategias de afrontamiento adaptativas y refuerzan los intentos sexuales se asocian con menores tasas de dolor en las mujeres y un mejor funcionamiento sexual en general (88). Curiosamente, y en contraste, los hombres más solícitos, que detienen toda actividad sexual a la primera señal de malestar de su pareja, se asocian a mujeres con un mayor dolor, más síntomas

depresivos y menor satisfacción marital. Se sabe que una comunicación efectiva entre la pareja mejora la función sexual, y se especula que las parejas excesivamente complacientes pueden empeorar la respuesta adaptativa de la mujer a su problema, al no estimular soluciones adaptativas y, en cambio, apoyar la interrupción y evitación de la actividad sexual (88, 113).

Un trabajo enfocado en el estudio de las parejas reveló que la mayoría de las parejas masculinas de mujeres con vaginismo tienen poca o ninguna experiencia sexual previa a su relación actual (41). Además, este mismo grupo reconocía la sexualidad como tabú y admitió que la educación sexual recibida en la infancia, sobre todo en el seno de la familia, había sido casi inexistente. La disfunción eréctil fue el diagnóstico más reportado entre los hombres, seguido de la eyaculación precoz. Sin embargo, parece que la disfunción masculina no es una causa, sino más bien una consecuencia del vaginismo, y parece que ambos elementos de la pareja con vaginismo evitan el contacto sexual (41). Además, una baja autoestima, un concepto deteriorado de la masculinidad, una escasa educación sexual, un ambiente familiar poco estimulante, receptivo y educativo para este tipo de temas, pueden dar lugar a una percepción y actitudes negativas sobre la sexualidad en los hombres (41). La participación de las parejas masculinas en el proceso terapéutico parece ser importante para obtener buenos resultados terapéuticos, como ha sido demostrado en una investigación que recurrió a la terapia de pareja. En el grupo de mujeres con vaginismo que se sometieron a terapia cognitivo-conductual, se observaron diferencias significativas a favor de la recuperación en todas las subescalas de la función sexual (como frecuencia, comunicación, satisfacción, evitación, sensualidad, vaginismo y anorgasmia). Fue observado, después del tratamiento, una disminución significativa en los niveles de ansiedad y depresión en estas mujeres. También los hombres han beneficiado de la terapéutica, lo que se reflejó, especialmente, tanto en las puntuaciones totales como en las subescalas de satisfacción, evitación e impotencia (42).

8. CONCLUSIÓN

La relación entre el vaginismo y ciertas comorbilidades psiquiátricas como la depresión, la ansiedad y las fobias está bien estudiada en la literatura científica y de hecho en esta revisión bibliográfica encontramos varios estudios que apuntan positivamente en esa dirección. Las mujeres que padecen de esta patología sexual suelen ser más ansiosas y deprimidas, así como tener un mayor número de fobias asociadas. De acuerdo con nuestros resultados, estas pacientes son también más temerosas y evitativas, debido a causas subyacentes, como las creencias negativas sobre la sexualidad, historias escuchadas de terceros, estigmas y la pobre educación sexual. Estas mujeres tienen estilos de apego emocional más inseguros y evitativos. Trabajos recientes sugieren que pueden incluso tener personalidades más irritables, perfeccionistas y preocupadas, sufrir de baja autoestima, ser más inestables emocionalmente y exhibir algunos rasgos superpuestos con el trastorno ciclotímico, límite e histriónico. También características de alexitimia y relación con un estilo de educación más autoritario durante la infancia se mostraron importantes. La relación con el temperamento hipertímico aún no parece concluyente y la susceptibilidad para el trastorno bipolar es mencionado en resultados todavía preliminares. Hasta el momento no está claro si los antecedentes personales de abuso o trauma sexual están relacionados con el vaginismo, con estudios a favor y otros en contra. El papel y la influencia de la pareja masculina contribuye significativamente al mantenimiento y/o mejoría de la sintomatología. Así, el reconocimiento y manejo de las dificultades matrimoniales de estas parejas durante el tratamiento proporciona un aumento de la compatibilidad, la armonía y la calidad de la relación.

Se observó así el importante impacto del bienestar mental en los diversos ámbitos de la vida humana, específicamente en la vida sexual. El mejor tratamiento del vaginismo pasa asimismo por un abordaje multidisciplinar, incluido evaluación clínica, psicológica, fisioterápica, terapia de casal y recurso a medicación farmacológica, cuando necesario, con anestésicos, ansiolíticos y/o vasodilatadores vaginales.

La pobre estandarización del diagnóstico médico puede estar relacionada con el infra diagnóstico de la enfermedad y su mal manejo por parte de los profesionales de la salud. Consecuentemente, reforzar el apoyo médico ofrecido a estos pacientes parece crucial para el éxito de una comunicación y relación médico-paciente efectiva y para que más pacientes se sientan cómodos hablando de problemas de origen sexual, para que puedan ser diagnosticados y tratados adecuadamente. Aún quedan muchos aspectos por aclarar, ya sea desde el punto de vista de su etiología, definición o tratamientos más eficientes. No obstante, al tratarse de una enfermedad con una prevalencia significativa, y dado las enfermedades psicosomáticas presentaren un crecimiento exponencial, existe la necesidad de invertirse más en el estudio del vaginismo.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Alcázar Zambrano JL. Obstetricia y ginecología: En la formación de grado. 1st ed. Panamericana M, editor. Vol. 1. 2021.
2. Beja A. Visão de Enfermagem nas Patologias Peno-Escrotiais nos Serviços de Urgência. In: Mearini A, editor. Manual de Medicina Sexual [Internet]. Portugal; 2014 [cited 2024 Feb 6]. p. 197–200. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281273040_Visao_de_Enfermagem_nas_Patologias_Peno-Escrotiais_nos_Servicos_de_Urgencia
3. Hennekam RCM, Allanson JE, Biesecker LG, Carey JC, Opitz JM, Vilain E. Elements of morphology: Standard terminology for the external genitalia. *American Journal of Medical Genetics Part A*. 2013 May 6;161(6):1238–63.
4. Iveson-Iveson J. Anatomy and physiology: the female reproductive system. *Nursing Mirror* [Internet]. 1979 Mar 29;148(13):35–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/254205/>
5. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Women's Health*. 2010 Sep;6(5):705–19.
6. Elrassas H, Saad A, Fekry M, Elkholy H, Mansour O, Azzam L. Psychiatric comorbidity in a sample of Egyptian women with vaginismus. *Middle East Current Psychiatry*. 2022 May 23;29(1).
7. Farnam F, Janghorbani M, Merghati-Khoei E, Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International Journal of Impotence Research*. 2014 May 15;26(6):230–4.
8. Leeuw M, Goossens MEJB, Linton SJ, Crombez G, Boersma K, Vlaeyen JWS. The Fear-Avoidance Model of Musculoskeletal Pain: Current State of Scientific Evidence. *Journal of Behavioral Medicine* [Internet]. 2007 Dec 20;30(1):77–94. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10865-006-9085-0>
9. Tetik S, Unlubilgin E, Kayikcioglu F, Bolat Meric N, Boran N, Moraloglu Tekin O. The Role of Anxiety and Childhood Trauma on Vaginismus and

- Its Comorbidity with Other Female Sexual Dysfunctions. *International Journal of Sexual Health*. 2020 Jul 2;32(3):225–35.
10. Fadul R, Garcia R, Zapata-Boluda R, Aranda-Pastor C, Brotto L, Parron-Carreño T, et al. Psychosocial Correlates of Vaginismus Diagnosis: A Case-Control Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2019 Feb 7;45(1):1–11.
 11. Özdel K, Yılmaz Özpolat A, Çeri Ö, Kumbasar H. Factors that might be predictive of completion of vaginismus treatment. *Türk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry [Internet]*. 2012 [cited 2024 Feb 24];23(4):248–53. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23225125>
 12. Pardini JMPM, Azevedo YDS de, Ferreira JB. Função Sexual de Mulheres com Vaginismo: Uma Revisão Integrativa da Literatura / Sexual Function of Women with Vaginismus: An Integrative Literature Review. *ID on line Revista de psicologia*. 2021 Dec 30;15(58):669–78.
 13. Aveiro MC, Garcia APU, Driusso P. Efetividade de intervenções fisioterapêuticas para o vaginismo: uma revisão da literatura. *Fisioterapia e Pesquisa*. 2009 Sep;16(3):279–83.
 14. Özdemir Ö, Şimşek F, Özkardeş S, İncesu C, Karakoç B. The Unconsummated Marriage: Its Frequency and Clinical Characteristics in a Sexual Dysfunction Clinic. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2008 Apr 11;34(3):268–79.
 15. Turan Ş, Usta Sağlam NG, Bakay H, Gökler ME. Levels of Depression and Anxiety, Sexual Functions, and Affective Temperaments in Women With Lifelong Vaginismus and Their Male Partners. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020 Sep;
 16. Melnik T, Hawton K, McGuire H. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012 Dec 12;
 17. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. www.who.int. 1992. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>

18. Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain; 1994.
19. Lamont JA. Vaginismus. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 1978 Jul 15;131(6):633–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/686049/>
20. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. World Psychiatry. 2016 Sep 22;15(3):205–21.
21. Lahaie MA, Amsel R, Khalifé S, Boyer S, Faaborg-Andersen M, Binik YM. Can Fear, Pain, and Muscle Tension Discriminate Vaginismus from Dyspareunia/Provoked Vestibulodynia? Implications for the New DSM-5 Diagnosis of Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder. Archives of Sexual Behavior [Internet]. 2014 Nov 15;44(6):1537–50. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-014-0430-z>
22. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. Reproductive Health. 2021 Oct 18;18(1).
23. Ogden J, Ward E. Help-seeking behaviour in sufferers of vaginismus. Sexual and Marital Therapy. 1995 Apr;10(1):23–30.
24. Reynaert C, Zdanowicz N, Janne P, Jacques D. Depression and sexuality. Psychiatria Danubina [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2024 May 9];22 Suppl 1:S111-113. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21057415/>
25. Hartmann U. Depressionen und sexuelle Funktionsstörungen: Aspekte eines vielschichtigen Zusammenhangs. 2007 Sep 1;34(S 3):314–7.
26. Steege JF, Zolnoun DA. Evaluation and Treatment of Dyspareunia. Obstetrics & Gynecology. 2009 May;113(5):1124–36.
27. Henzell H, Berzins K, Langford J. Provoked vestibulodynia: current perspectives. International Journal of Women's Health. 2017 Sep;Volume 9:631–42.

28. Moreira RLBD. Vaginismo. Rev méd Minas Gerais [Internet]. 2013; Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-702906>
29. Lloyd G. Somatization: A psychiatrist's perspective. Journal of Psychosomatic Research. 1989 Jan;33(6):665–9.
30. Chander KR, Manjunatha N, Binukumar B, Kumar CN, Bada Math S, Janardhan Reddy YC. The prevalence and its correlates of somatization disorder at a quaternary mental health centre. Asian Journal of Psychiatry [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2021 Feb 23];42:24–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1876201818310700>
31. Henningsen P. Management of somatic symptom disorder. Dialogues in clinical neuroscience [Internet]. 2018;20(1):23–31. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016049/>
32. Fava GA, Cosci F, Sonino N. Current Psychosomatic Practice. Psychotherapy and Psychosomatics. 2016 Nov 25;86(1):13–30.
33. Frank JB, Weihs K, Minerva E, Lieberman DZ. WOMEN'S MENTAL HEALTH IN PRIMARY CARE. Medical Clinics of North America [Internet]. 1998 Mar [cited 2022 Mar 18];82(2):359–89. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712505706118>
34. Wolpe J. Behavior therapy for psychosomatic disorders. Psychosomatics. 1980 May;21(5):379–85.
35. Stone J, Colyer M, Feltbower S, Carson A, Sharpe M. “Psychosomatic”: A Systematic Review of Its Meaning in Newspaper Articles. Psychosomatics. 2004 Jul;45(4):287–90.
36. SadatiKiadehi SM, Pazira R, Alavijeh FS. Comparing Positive and Negative Emotional Experiences between Women with and without Vaginismus. Archives of Pharmacy Practice [Internet]. 2020;11(1-2020):138–43. Available from: <https://archivepp.com/article/comparing-positive-and-negative-emotional-experiences-between-women-with-and-without-vaginismus>

37. Basson R. Lifelong Vaginismus: A Clinical Study of 60 Consecutive Cases. *Journal SOGC*. 1996 Jun;18(6):551–61.
38. Silverstein JL. Origins of Psychogenic Vaginismus. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1989;52(4):197–204.
39. Kennedy P, Doherty N, Barnes J. Primary vaginismus: A psychometric study of both partners. *Sex Marital Ther* [Internet]. 1995;10(1):9–22. Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1995-44528-001.pdf>
40. Ellison, C. Vaginismus. *Medical Aspects of Human Sexuality*. 1972 Aug; 34.
41. Klein V, Koops T, Lange C, Briken P. Sexual history of male partners of women with the diagnosis vaginismus. *Sexual and Relationship Therapy*. 2015 Mar 30;30(3):376–84.
42. Şafak Öztürk C, Arkar H. [Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus]. *Turk Psikiyatri Dergisi = Turkish Journal of Psychiatry* [Internet]. 2017 [cited 2024 May 9];28(3):172–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28936816/>
43. Hawton K, Catalan J. Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*. 1990 Jan;5(1):39–48.
44. Tuğrul C, Kabakci E. Vaginismus and its correlates. *Sexual and Marital Therapy*. 1997 Feb;12(1):23–34.
45. REISSING ED, BINIK YM, KHALIF S, COHEN D, AMSEL R. Etiological Correlates of Vaginismus: Sexual and Physical Abuse, Sexual Knowledge, Sexual Self-Schema, and Relationship Adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003 Jan;29(1):47–59.
46. Titchener JL. *Human sexual inadequacy*. By W. H. Masters and V. E. Johnson. Little, Brown, Boston. 487 pp. 1970. *Teratology*. 1971 Nov;4(4):465–7.
47. Van Lankveld JJDM, Brewaeys AMA, Ter Kuile MM, Weijnenborg PThM. Difficulties in the Differential Diagnosis of Vaginismus, Dyspareunia and

- Mixed Sexual Pain Disorder. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1995 Jan;16(4):201–9.
48. Duddle M. Etiological factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*. 1977 Jan;21(2):157–60.
49. Ciocca G, Limoncin E, Di Tommaso S, Mollaioli D, Gravina GL, Marcozzi A, et al. Attachment styles and sexual dysfunctions: a case–control study of female and male sexuality. *International Journal of Impotence Research*. 2014 Aug 14;27(3):81–5.
50. Dosch A, Rochat L, Ghisletta P, Favez N, Van der Linden M. Psychological Factors Involved in Sexual Desire, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction: A Multi-factorial Perspective. *Archives of Sexual Behavior*. 2015 Mar 19;45(8):2029–45.
51. Unlubilgin E, Tetik S, Aksoy I, Yuksel D, Tekin OM. Relationship Between Adult Separation Anxiety and Attachment Styles and Vaginismus. *The Journal of Sexual Medicine*. 2021 Oct;18(10):1752–8.
52. Maunder RG, Hunter JJ, Atkinson L, Steiner M, Wazana A, Fleming AS, et al. An Attachment-Based Model of the Relationship Between Childhood Adversity and Somatization in Children and Adults. *Psychosomatic Medicine* [Internet]. 2017 Jun;79(5):506–13. Available from:
https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/Abstract/2017/06000/An_Attachment_Based_Model_of_the_Relationship.3.aspx
53. Ozcan O, Cumurcu B, Karlidag R, nal S, Mutlu E, Kartalci S. Attachment styles in women with vaginismus. *Anatolian Journal of Psychiatry*. 2015;16(1):37.
54. Bowlby J. *Attachment and loss*. New York: Basic Books; 1973 Oct;34(5): 1-429.
55. Wearden A, Perryman K, Ward V. Adult Attachment, Reassurance Seeking and Hypochondriacal Concerns in College Students. *Journal of Health Psychology*. 2006 Dec;11(6):877–86.

56. McWilliams LA, Asmundson GJG. The relationship of adult attachment dimensions to pain-related fear, hypervigilance, and catastrophizing. *Pain*. 2007 Jan;127(1):27–34.
57. Meredith P, Strong J, Feeney JA. Adult attachment, anxiety, and pain self-efficacy as predictors of pain intensity and disability. *Pain*. 2006 Jul;123(1):146–54.
58. Granot M, Zisman-Ilani Y, Ram E, Goldstick O, Yovell Y. Characteristics of Attachment Style in Women With Dyspareunia. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2010 Dec 30;37(1):1–16.
59. Stefanou C, McCabe MP. Adult Attachment and Sexual Functioning: A Review of Past Research. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Oct;9(10):2499–507.
60. Stefanou C, McCabe MP. Adult Attachment and Sexual Functioning: A Review of Past Research. *The Journal of Sexual Medicine*. 2012 Oct;9(10):2499–507.
61. Taiwanese JO, Gynecol. THE PATHOPHYSIOLOGY AND ETIOLOGY OF VAGINISMUS. 2004;43(1). Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/81973139.pdf>
62. Davis HJ, Reissing ED. Relationship adjustment and dyadic interaction in couples with sexual pain disorders: a critical review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*. 2007 May;22(2):245–54.
63. Rihmer Z, Akiskal KK, Rihmer A, Akiskal HS. Current research on affective temperaments. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010 Jan;23(1):12–8.
64. Lahaie MA, Boyer SC, Amsel R, Khalifé S, Binik YM. Vaginismus: A Review of the Literature on the Classification/Diagnosis, Etiology and Treatment. *Women's Health*. 2010 Sep;6(5):705–19.
65. Silverstein JL. Origins of Psychogenic Vaginismus. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 1989;52(4):197–204.
66. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy*. New York: Ishi Press; 2010.

67. Grauvogl A, Pelzer B, Radder V, van Lankveld J. Associations Between Personality Disorder Characteristics, Psychological Symptoms, and Sexual Functioning in Young Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 2018 Feb;15(2):192–200.
68. Malleson J. Vaginismus: Its Management and Psychogenesis. *BMJ*. 1942 Aug 22;2(4259):213–6.
69. Biswas A, Ratnam SS. Vaginismus and outcome of treatment. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore* [Internet]. 1995 Sep 1 [cited 2022 Jul 16];24(5):755–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8579326/>
70. Dupree Jones K, Tyler Lehr S, Hewell SW. PRINCIPLES & PRACTICE: Dyspareunia: Three Case Reports. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 1997 Jan;26(1):19–23.
71. O'Sullivan K. Observations on Vaginismus in Irish Women. *Archives of General Psychiatry* [Internet]. 1979 Jul 1 [cited 2020 Sep 9];36(7):824–6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/492147>
72. Barnes J. Primary vaginismus (Part 1): Social and clinical features. *Irish Medical Journal* [Internet]. 1986 Mar 1 [cited 2024 Feb 24];79(3):59–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3700068/>
73. Basson R. Lifelong Vaginismus: A Clinical Study of 60 Consecutive Cases. *Journal SOGC*. 1996 Jun;18(6):551–61.
74. Nasab MM, Farnoosh Z. Management of vaginismus with cognitive-behavioral therapy, self-finger approach: a study of 70 cases. *Iran J Med Sci*. 2003;28(2):69–71.
75. Ozen B, Özdemir YO, Bestepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018 Feb;Volume 14:641–6.
76. Abraham, Karl. Manifestations of The Female Castration Complex, *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 3, 1922, 1-29 | PDF [Internet]. Scribd. [cited 2024 May 1]. Available from: <https://pt.scribd.com/document/38635735/Abraham-Karl-Manifestations->

of-the-Female-Castration-Complex-International-Journal-of-
Psychoanalysis-Vol-3-1922-1-29

77. Reissing Ed, Binik Ym, Khalif S, Cohen D, Amsel R. Etiological Correlates of Vaginismus: Sexual and Physical Abuse, Sexual Knowledge, Sexual Self-Schema, and Relationship Adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy*. 2003 Jan;29(1):47–59.
78. Kurban D, Eserdag S, Yakut E, Mishra PC. The treatment analysis of the patients suffering from vaginismus and the correlation with the psychological issues. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2021 Mar 24;10(4):1328–36. Available from: <https://www.ijrcog.org/index.php/ijrcog/article/view/9796>
79. Roesler TA, McKENZIE N. Effects of Childhood Trauma on Psychological Functioning in Adults Sexually Abused as Children. *The Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 1994 Mar 1;182(3):145–50. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/abstract/1994/03000/effects_of_childhood_trauma_on_psychological.3.aspx
80. Blausen.com staff (2014). "Medical gallery of Blausen Medical 2014". *WikiJournal of Medicine* 1 (2). DOI:10.15347/wjm/2014.010. ISSN 2002-4436.
81. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine* [Internet]. 2009 Jul 21;6(7):e1000100. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000100>
82. Yıldırım EA, Hacıoğlu Yıldırım M, Karış H. [Prevalence of Depression and Anxiety Disorders and Their Relationship with Sexual Functions in Women Diagnosed with Lifelong Vaginismus]. *Türk Psikiyatri Dergisi* =

- Turkish Journal of Psychiatry [Internet]. 2019;30(1):9–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31170302/>
83. Koops TU, Wiessner C, Ehrental JC, Briken P. Assessing Psychodynamic Conflicts and Level of Personality Functioning in Women Diagnosed With Vaginismus and Dyspareunia. *Frontiers in Psychology*. 2021 Jun 24;12.
84. Aksu E, Beyazyüz E, Albayrak Y, Potas N, Kumandaş G, Bağ İ, et al. Altered Affective Temperaments in Women With Vaginismus. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. 2021 Feb 18;23(1).
85. Hassam T, Kelso E, Chowdary P, Yisma E, Mol BW, Han A. Sexual assault as a risk factor for gynaecological morbidity: An exploratory systematic review and meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Dec;255:222–30.
86. Y Ozay Ozdemir, Mine Ergelen, Ozen B, I Fuat Akgul, E Emrem Bestepe. Alexithymia and Parental Bonding in Women with Genitopelvic Pain/Penetration Disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* [Internet]. 2022 Dec 1; Volume 18:3023–33. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9793779/>
87. Banaei M, Kariman N, Ozgoli G, Nasiri M. Bio-psychosocial factor of vaginismus in Iranian women. *Reproductive Health*. 2021 Oct 18;18(1).
88. Dias-Amaral A, Marques-Pinto A. Female Genito-Pelvic Pain/Penetration Disorder: Review of the Related Factors and Overall Approach. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics* [Internet]. 2018 Nov 14;40(12):787–93. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v40n12/0100-7203-rbgo-40-12-00787.pdf>
89. Rastgoee M. Comparison Of Irrational Beliefs, Decision-Making Style, And Dysfunctional Thoughts In Women With Vaginismus, Or Undersexed Women. *International Journal of Medical Investigation* [Internet]. 2022 Oct 10;11(3):134–44. Available from: <https://intjmi.com/article-1-858-en.html>

90. Thomtén J, Karlsson A. Psychological factors in genital pain: The role of fear-avoidance, pain catastrophizing and anxiety sensitivity among women living in Sweden. *Scandinavian Journal of Pain*. 2014 Jul 1;5(3):193–9.
91. Vakilian K, Jahangiri MM, Ahangaran S. Mental Health in Women with Vaginismus. *The Open Public Health Journal*. 2022 Dec 30;15(1).
92. Maseroli E, Scavello I, Cipriani S, Palma M, Fambrini M, Corona G, et al. Psychobiological Correlates of Vaginismus: An Exploratory Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*. 2017 Nov;14(11):1392–402.
93. Atmaca M, Baykara S, Ozer O, Korkmaz S, Akaslan U, Yildirim H. Hippocampus and amygdala volumes in patients with vaginismus. *World Journal of Psychiatry*. 2016;6(2):221.
94. Iglesias-Rios L, Harlow SD, Reed BD. Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among Women with Vulvodynia: Evidence from the Population-Based Woman to Woman Health Study. *Journal of Women's Health*. 2015 Jul;24(7):557–62.
95. Muammar T, McWalter P, Alkhenizan A, Shoukri M, Gabr A, Muammar AAB. Management of vaginal penetration phobia in Arab women: a retrospective study. *Annals of Saudi Medicine*. 2015 Mar;35(2):120–6.
96. Kaplan HS. *New Sex Therapy : Active Treatment Of Sexual Dysfunctions*. Hoboken: Taylor and Francis; 2013 Jan;29(1): 412-428.
97. Maremmani I, Akiskal HS, Signoretta S, Liguori A, Perugi G, Cloninger R. The relationship of Kraepelian affective temperaments (as measured by TEMPS-I) to the tridimensional personality questionnaire (TPQ). *Journal of Affective Disorders*. 2005 Mar;85(1-2):17–27.
98. Akiskal HS, Mallya G. Criteria for the “soft” bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin* [Internet]. 1987 [cited 2024 Apr 30];23(1):68–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3602332/>
99. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*. 2006 Jan;18(1):13–24.

100. Bailey PE, Henry JD. Alexithymia, somatization and negative affect in a community sample. *Psychiatry Research*. 2007 Feb;150(1):13–20.
101. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, et al. Alexithymia and Somatization in General Population. *Psychosomatic Medicine*. 2008 Jul;70(6):716–22.
102. Bargiota A, Dimitropoulos K, Mouzas O, Melekos M, Tzortzis V, Koukoulis G. The Impact of Parental Bonding on Sexual Distress in Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *The Journal of Sexual Medicine*. 2013 Feb;10(2):378–85.
103. Romeo A, Di Tella M, Ghiggia A, Tesio V, Fusaro E, Geminiani GC, et al. Attachment style and parental bonding: Relationships with fibromyalgia and alexithymia. Luciano JV, editor. *PLOS ONE*. 2020 Apr 14;15(4):e0231674.
104. Gil FP, Weigl M, Wessels T, Irnich D, Baumüller E, Winkelmann A. Parental Bonding and Alexithymia in Adults With Fibromyalgia. *Psychosomatics*. 2008 Mar;49(2):115–22.
105. Agostini A, Rizzello F, Gianni Ravegnani, Paolo Gionchetti, Tambasco R, Ercolani M, et al. Parental Bonding and Inflammatory Bowel Disease. *Psychosomatics*. 2010 Jan 1;51(1):14–21.
106. Rosen NO, Bergeron S. Genito-Pelvic Pain Through a Dyadic Lens: Moving Toward an Interpersonal Emotion Regulation Model of Women’s Sexual Dysfunction. *The Journal of Sex Research*. 2018 Sep 25;56(4-5):440–61.
107. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology* [Internet]. 2002 May;39(3):281–91. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1017/S0048577201393198>
108. Easton SD, Coohy C, O’leary P, Zhang Y, Hua L. The Effect of Childhood Sexual Abuse on Psychosexual Functioning During Adulthood. *Journal of Family Violence*. 2010 Nov 24;26(1):41–50.

109. Fleming J, Mullen PE, Sibthorpe B, Bammer G. The long-term impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse & Neglect*. 1999 Feb;23(2):145–59.
110. Leclerc B, Bergeron S, Binik YM, Khalifé S. History of Sexual and Physical Abuse in Women with Dyspareunia: Association with Pain, Psychosocial Adjustment, and Sexual Functioning. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010 Feb;7(2):971–80.
111. Najman JM, Dunne MP, Purdie DM, Boyle FM, Coxeter PD. Sexual Abuse in Childhood and Sexual Dysfunction in Adulthood: An Australian Population-Based Study. *Archives of Sexual Behavior*. 2005 Oct;34(5):517–26.
112. Sarwer DB, Durlak JA. Childhood sexual abuse as a predictor of adult female sexual dysfunction: A study of couples seeking sex therapy. *Child Abuse & Neglect*. 1996 Oct;20(10):963–72.
113. Rosen NO, Bergeron S, Sadikaj G, Glowacka M, Delisle I, Baxter ML. Impact of male partner responses on sexual function in women with vulvodynia and their partners: A dyadic daily experience study. *Health Psychology*. 2014;33(8):823–31.

VAGINISMO:

Una patología en estrecha relación con la salud mental de la mujer

Autora: Maria Inês Grave Rodeia Espada Niza¹
Tutor: Dra. Carla Martínez López²

¹Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir

²Unidad Salud Mental. Centro de Salud de Mislata

01. INTRODUCCIÓN

El vaginismo es una enfermedad causada por un **espasmo involuntario** de los **músculos vaginales**, que imposibilita la penetración o provoca mucho dolor. Se relaciona con una evitación fóbica y un componente anticipatorio debido al miedo y al dolor, **en ausencia de anomalías físicas o estructurales** que puedan justificarlo. Tiene importantes consecuencias para la vida íntima de la mujer, su bienestar psicológico y emocional.

03. MATERIAL Y MÉTODOS

- a) **TIPO DE ESTUDIO:** Estudio descriptivo transversal bibliográfico.
b) **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO:** Metodología y directrices PRISMA Working Group (1) .
c) **BASE DE DADOS:** Medline (Pubmed) y Google Scholar.
d) **BÚSQUEDA:** Según recomendaciones PRISMA.

e) CRITERIOS EXCLUSIÓN

Relación **incompleta o inadecuada con los objetivos**. **No disponibles** para lectura completa. **No relacionados** directamente con el vaginismo y nuestros temas de interés.
Publicados **> 10 años**.

f) CRITERIOS INCLUSIÓN

VAGINISMO Y: Salud mental, Somatización, Psiquiatría, Ansiedad, Depresión, Problemas maritales, Problemas de pareja, Apego emocional, Comorbilidades psiquiátricas, Trauma sexual, Rasgos de personalidad

+

Publicados en los **últimos 10 años**
Publicados en **inglés y/o español y/o portugués**
Texto completo **disponibles para consulta**

04. RESULTADOS

En total se incluyeron **28 artículos**, algunos de los cuales exploraron simultáneamente más de un tema.

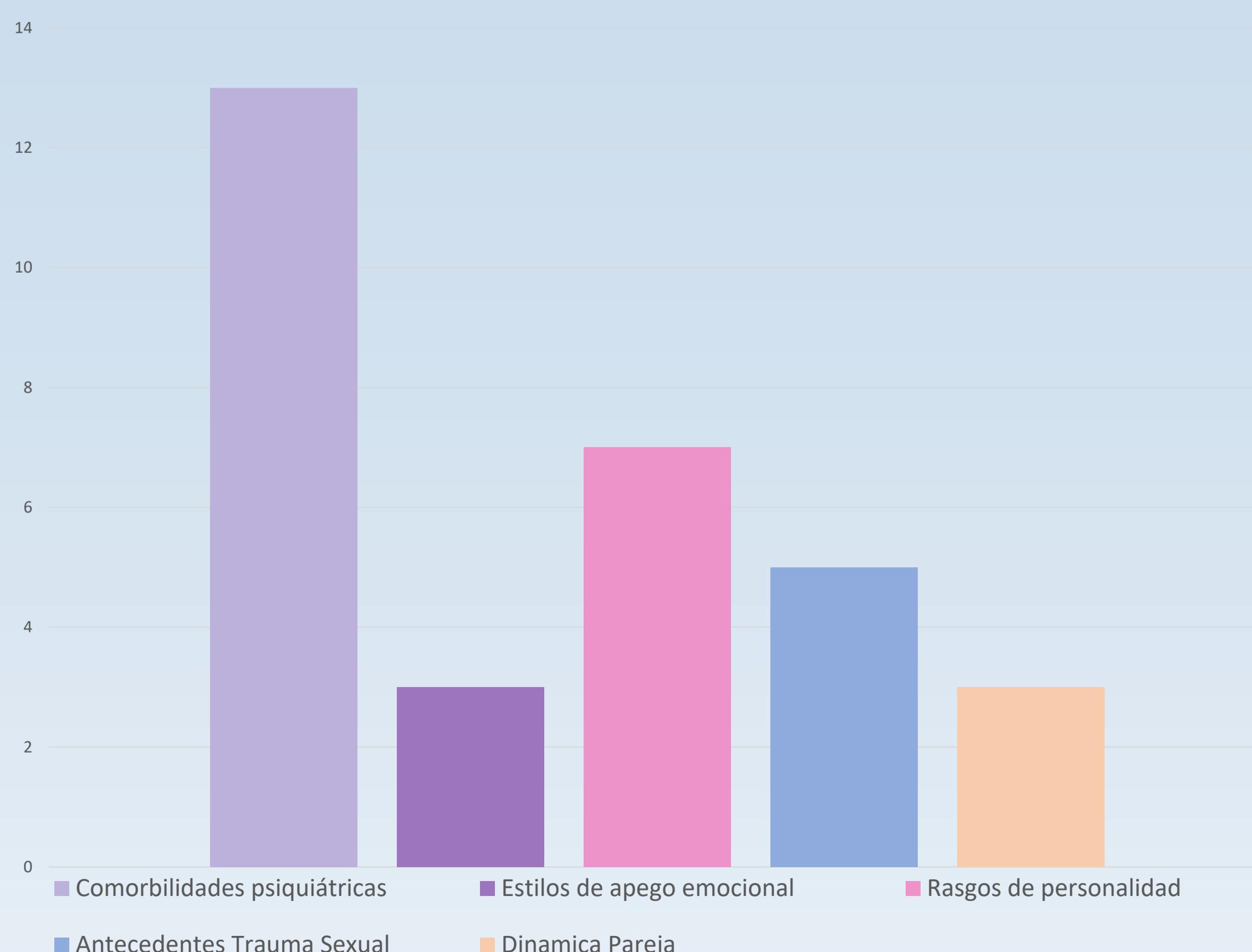


Tabla 1. Distribución de los artículos incluidos.

05. CONCLUSIONES

1. Estas pacientes suelen ser **más ansiosas, deprimidas, temerosas** y tener un **mayor número de fobias** asociadas.
2. Presentan estilos de apego **más inseguros y evitativos**.
3. Tienen personalidades **más irritables, perfeccionistas y preocupadas** y exhiben algunos rasgos superpuestos con el trastorno ciclotímico, límite, histriónico y alexitimia.
4. Suelen sufrir de **baja autoestima y labilidad emocional**.
5. Hay relación con un **estilo de educación más autoritario**, así como con una **pobre educación sexual**.
6. No está clara la relación con abuso o trauma sexual.
7. La **influencia de la pareja masculina** contribuye al mantenimiento y mejoría de la sintomatología femenina.
8. Es importante fortalecer el apoyo médico ofrecido, para que puedan ser diagnosticadas y tratadas adecuadamente.