



Una mirada relacional al placer y el deseo sexual a partir de un caso de vaginismo

Rosario Castaño Catalá

Instituto Palacios, Madrid

Se presenta el caso de Ana, una mujer de 29 años, independiente profesionalmente y con una situación social y económica suficientemente buena, que vive desde hace más de dos años con su pareja, un hombre de 35 años de edad. Dice no sentir ni placer ni deseo, solo dolor y malestar en las relaciones sexuales, no obstante quiere continuar con su actual pareja.

Palabras clave: Deseo sexual, vaginismo, autoestima, Psicoterapia Relacional.

The case of Ana is presented, a 29-year-old professionally independent and with sufficiently good social and economic situation, living for more than two years ago with his partner, a man of 35 years old. She says not feel neither pleasure nor desire, only pain and discomfort during sexual intercourse, however wants to continue with her current partner.

Key Words: Sexual desire, vaginismus, self-esteem, Relational Psychotherapy.

English Title: A relational look to pleasure and sexual desire from a case of vaginismus.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Castaño Catalá, R. (2015). Una mirada relacional al placer y el deseo sexual a partir de un caso de vaginismo. *Clínica e Investigación Relacional*, 9 (3): 678-686. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

“La importancia de la sexualidad no disminuye cuando se considera dentro de un contexto interactivo y relacional; más bien su importancia se comprende mejor”

Mitchell, 1993, pg. 146

Es cada vez más frecuente que en mi consulta atienda a personas que inician una psicoterapia por algún tipo de dificultad sexual que está afectando a su autoestima y a su relación de pareja.

Es el caso de Ana, una mujer de 29 años, independiente profesionalmente y con una situación social y económica suficientemente buena, que vive desde hace más de dos años con su pareja, un hombre de 35 años de edad. Dice no sentir ni placer ni deseo, solo dolor y malestar en las relaciones sexuales, no obstante quiere continuar con su actual pareja.

Ana presenta todos los síntomas que pueden configurar un diagnóstico de vaginismo, según los tratados oficiales (DSM-V de la APA y ICD de la OMS, y las definiciones de los sexólogos Masters y Johnson; 1978 Kaplan, 2002; Lucas, Cabello; 2007). Vaginismo es un término que se ha utilizado para describir no sólo un síntoma sino un proceso. La definición más completa, en mi opinión, es la que menciona la contracción persistente o recurrente de la vagina impidiendo la introducción del pene, un dedo o cualquier objeto que se desee. Existen a menudo fobias, miedo anticipado y dolor, con involuntarias y variables contracciones de la musculatura pélvica, debiendo descartarse anomalías físicas o estructurales (Basson, Leiblum, Brotto y al, 2003)¹.

Cualquier diagnóstico, intento de clasificación y/o definición nos enfrenta con numerosas dificultades, sin embargo, es habitual que personas como Ana, que sufren porque una parte importante de su vida no funciona, intenten por todos los medios dar un nombre clínico a sus síntomas, aunque, seguramente, ninguna “etiqueta” consiga aliviar su malestar. También nosotros como terapeutas -como afirma Carlos Rodríguez Sutil en su último libro sobre Psicopatología Psicoanalítica Relacional (2015)- hacemos un diagnóstico de forma automática

aunque no queramos, por lo tanto siempre será mejor realizarlo de forma explícita que no inconscientemente.

En general, los marcos teóricos presentan numerosas limitaciones: En el caso de las clasificaciones oficiales, porque se pone el énfasis en lo biológico, despreciando la evidencia de que el encuentro entre los sexos es el terreno en el que naturaleza y cultura se enfrentaron por primera vez, siendo punto de partida y origen de toda cultura; además, estas clasificaciones suelen separar deseo y excitación que, aunque suponen sistemas independientes de activación neurofisiológica, interactúan y se influyen mutuamente, por lo que en ocasiones se confunden.²

Para las terapias sexuales, el objeto clínico es primordialmente la misma relación sexual, no dando importancia a la estructura de personalidad individual. Por su parte, el Psicoanálisis clásico, se identifica con teorías principalmente intrasubjetivas, en las que la sexualidad es el centro de la personalidad, las demás dimensiones solo expresan o reflejan el desarrollo sexual fundamental. Si miramos, por otro lado, hacia la perspectiva intersubjetivista -Orange, Stolorow, Atwood, Brandchaft -nos encontramos con el hecho de que tendríamos que rechazar cualquier intento de diagnóstico o clasificación.

Y si atendemos a la paciente desde una mirada relacional –Mitchell, Ávila, Rodríguez Sutil- vemos que se requiere un cierto diagnóstico que nos permita ubicarnos ante los diferentes modos de sufrir, y nos aleje de una visión médica-organicista de la realidad humana.

El Psicoanálisis ha tenido una gran influencia social sobre la concepción que se tiene hoy de la sexualidad como una invención moderna, resultante por un lado de los discursos científicos –médico, psicológico, y psicoanalítico- y por otro lado de las reglas y las normas de los poderes –médico, religioso o judicial- (Foucault, Mitchell).

Sin embargo, conceptos clásicos como pulsión y teoría de la libido dejan de ser la base de la sexualidad, y el complejo de Edipo no nos sirve tampoco tal como lo concibió Freud. Desde la perspectiva Relacional, se mantienen conceptos del Psicoanálisis clásico como: el reconocimiento de la sexualidad desde la infancia, se acepta que existe una sexualidad

infantil, y se sigue reconociendo la sexualidad como algo enigmático, algo que no pertenece al saber de todos los días, sino al saber sobre uno mismo y sobre los otros.

Se trabaja con conceptos clásicos que han ido sufriendo transformaciones como es el caso de las fantasías, el pasado y la memoria. Las fantasías basadas no en estados reprimidos, en deseos insatisfechos como plantea el marco clásico, sino en el funcionamiento de esquemas inconscientes preformados y formados en la matriz intersubjetiva niño-cuidador y a partir de las cuales se asimilan las experiencias actuales; incorporándose además, los conceptos de identidad, género y apego al estudio de la esfera sexual.

Mi trabajo consiste fundamentalmente en el desarrollo del vínculo con cada paciente. Me pregunto, no solo cual es el dolor de la paciente, o de qué se está defendiendo, me centro en los síntomas y signos de la psicopatología clásica pero, esencialmente, en los patrones de relación, enfocando la atención en la organización de la personalidad en su conjunto - *Psychodynamic Diagnostic Manual* (2006) donde no hay una distinción categórica entre normalidad y anormalidad. Desde el contexto relacional descarto la sexualidad y la represión de la misma como causa de patologías o perturbaciones.

Los hallazgos sobre la estructura diádica de la mente del infante³ (Fonagy 1991) y las relaciones tempranas (Stern, 1995; Beebe, 1997) demuestran la importancia que juega la relación con el adulto y los mensajes que este transmite. Muestra la importancia del inconsciente del Otro, y del papel de la seducción, una forma pues, como explica Lichtenberg, de entender la formación del psiquismo y la entrada en el mundo de los deseos y la subjetividad, en el que hay varios y distintos sistemas motivacionales en paralelo a lo largo del ciclo vital, donde se dan estrechas interacciones que generan nuevas dimensiones del psiquismo.

Me cuestiono cual es la capacidad evolutiva de la paciente para experimentar lo erótico a lo largo del ciclo vital, cómo ha llegado a ser una persona sexual que integra emociones, sentimientos, y pensamientos que le permitan sostener el placer físico, y la excitación sexual; cómo logra integrar las dos dimensiones de la sexualidad: la sensual y la sexual; en definitiva, cuales son los factores relacionales a tener en cuenta en el estudio del vaginismo.

Atiendo tanto a los patrones de relación de la paciente como a la relación con su pareja, en la que predomina un orden establecido por la propia dinámica de esa relación, con sus propias normas explícitas e implícitas, pero no me olvido, como dice Carlos Castilla del Pino, que todos los síntomas son síntomas corporales, porque nadie sabe del otro más que a través de sus manifestaciones corporales. Esto nos permiten ubicar al paciente y ubicarnos a nosotros mismos como terapeutas en el círculo cuerpo-emociones/sentimientos-vínculo.

El cuerpo es una construcción que hace cada uno a partir de la experiencia vivida, es el vehículo para el despliegue de nuestros deseos y fantasías y donde se materializan de forma más perceptiva los distintos acontecimientos de nuestra existencia. El ser humano es un animal relacional. (Mitchell, 1993) Desde que nace experimenta impulsos físicos cargados de tensiones y excitaciones aunque no busca el placer sino el contacto, a lo largo de la vida va donde están los afectos.

El cuerpo se va convirtiendo en el órgano del placer y el deseo, con impulsos que se localizan en todo el cuerpo en general, con sensaciones de goce y de plenitud, y también en la zona genital, con excitaciones sexuales más intensas y localizadas.⁴

Por una parte -la dimensión sensual- la necesidad de goce sensual activa el impulso para la ternura, y esta relacionada con la empatía, el apego, y la resiliencia.

Por otra parte -la dimensión sexual- la excitación sexual activa el sentimiento de ímpetu, y el impulso para la acción. El acto sexual es un encuentro agresivo en el sentido de que cada uno busca al otro impulsado por deseos intensos de unión, ninguno de los dos puede ser pasivo, los dos permiten, dejan, incitan a un contacto en una decisión conjunta -consciente e inconsciente- de penetrarse mutuamente ya sea en relaciones heterosexuales como homosexuales.

La capacidad de integrar estas dos dimensiones -la sensual y la sexual- denotan madurez del desarrollo erótico y capacidad para expresar la potencia genital -pene y vagina/clítoris- una potencia que se transforma en vitalidad y en capacidad para la supervivencia en el juego erótico, que siempre es un juego de satisfacciones desiguales (Castaño, 2011).

El erotismo se sitúa fuera de la vida corriente y al margen de la comunicación normal de

las emociones, destacando emociones intensas y desestabilizadoras. La vida erótica siempre empieza con idealizaciones y proyecciones, en las que se fantasea al otro pero también se fantasea sobre uno mismo, se desarrolla a través de gestos espontáneos aunque, siempre es una espontaneidad impregnada de patrones relacionales.

El erotismo nos lanza a una paradoja porque nos enfrenta a la soledad y el aislamiento a pesar de ser eminentemente relacional, tal vez porque las idealizaciones en este terreno tienden a borrar los límites, produciéndose un temor intenso a la desintegración del *self*.

El cuerpo del otro se convierte en una oportunidad para conocerse a sí mismo, pero también es un obstáculo que pone en marcha emociones contradictorias y ambivalentes, en un juego de espejos siempre desigual, entre la satisfacción de poder y la necesidad de confiar, la capacidad para entregarse y descubrirse y la necesidad de escapar y esconderse.

Esa capacidad para el juego erótico exige exponerse y diferenciarse, y Ana mi paciente, no puede diferenciarse de las figuras significativas de apego, no puede expresarse en la intimidad tal como imagina, no en una fantasía creativa, sino en un fantaseo como propone Winnicott, que la aleja de la realidad y la deja aislada en sus idealizaciones.

El dolor mental de Ana es algo más profundo que el sufrimiento, es percibido como sensaciones de anhelo, malestar, desesperanza; sensaciones que no pueden ser pensadas, representadas o comunicadas (Ávila, 2011) y que entrañan un miedo a la dependencia emocional, un miedo que se transforma en estrategias para evitarlo, le aterra el dolor físico pero, se queda enganchado a ese dolor para evitar otro que ella percibe como muy peligroso.

El juego erótico exige también sostener la vergüenza –de ser uno mismo- así como la culpa – que siempre surge con la alteridad. En este caso, en vez del sentimiento de culpa subjetiva del que habla Winnicott, se instala la envidia inconsciente, un sentimiento de estar enferma, que aparece con el hecho de sentirse indefensa ante las figuras de apego a las que vive como poderosas y de las que no ha recibido un reconocimiento como persona con deseos propios.

Y ya para terminar, vemos que el placer físico va acompañado de la satisfacción moral, la satisfacción de desarrollar la curiosidad, de explorar y de saber, la satisfacción de poder, de

poseer o de ser poseído, la necesidad de sentirse necesitado o de necesitar. En definitiva, el placer y el orgasmo es una experiencia emocional, pero también una decisión que se toma y en la que tienen una influencia significativa los significados culturales, los de género y las experiencias vitales a lo largo de la vida.

Por lo tanto intentemos realizar un diagnóstico relacional y dinámico, que aunque parta de una clasificación oficial, siempre puede dar lugar a la palabra, a los silencios, a la incertidumbre, al encuentro humano lleno de calidez y también de limitaciones, de manera que nos sirva de referencia para que podamos olvidarnos de ese diagnóstico y nos centremos en la persona que busca maneras de abordar cualquier tipo de dolor y/o sufrimiento, sea en la esfera sexual o en cualquier otro aspecto de su vida.

REFERENCIAS

- Ávila Espada, A. (2011). Dolor y sufrimiento psíquico. *Clínica e Investigación Relacional* dirigida por el Instituto Psicoterapia Relacional. Madrid. Vol. 5 (2). febrero 2011. Pp. 129-145.
- Basson. R; Leiblum. SL; Brotto. L; et al. (2003) Definitions of Wome's sexual dysfuntions reconsidered: advocating expansion and revision. *J. Psychhosom Obstet Gynecol.* 24:221-229.
- Cabello, F, Lucas, M. (2007). *Introducción a la sexología*. Madrid. Elsevier.
- Castaño, R. (2011) *La terapia sexual, una mirada relacional*. Colección Pensamiento relacional Vol. 4. Madrid.
- Castilla del Pino, C. (2000). *Teoría de los sentimientos*. Barcelona: Tusquest
- Castilla del Pino, C, citado en Segarra Valls, J.J. (2010). *Léxico psico(pato)lógico en la obra de Carlos Castilla del Pino*. Valencia: PUV.
- Fonagy, P (2004). *Teoría del apego y Psicoanálisis*, del título en inglés *Attachmet theory and Psychoanalysis*, 2001. Barcelona, Espasa.
- Foucault, M. (2009). *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Vol. 1. Ediciones siglo XXI Madrid. Primera edición en español 1977; de la primera edición en francés 1976.

Editions Gallimard, Paris.

Foucault, M (2009). *La historia de la sexualidad. El uso de los placeres*. Vol. 2. Ediciones siglo XXI. Madrid, de la primera edición en castellano 1984, primera edición en francés 1984. Editions Gallimard, París.

Freud, S. (1981). *Obras completas* 4ª edición. Biblioteca Nueva. Traducción del alemán de Luis López Ballesteros y de Torees. Tomos I, II, III.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*.

Freud, S. (1906). *Mis opiniones acerca de la etiología del rol de la sexualidad en la etiología de las neurosis*.

Freud, S. (1908). *La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna*.

Kaplan S. H. (2002). *La nueva terapia sexual*, Tomos 1 y 2; Ed. Alianza, Medicina y Salud. del título original *The New Therapy-Active Treatment of Sexual Dysfunctions*, 1974 by Singer Kaplan, M.C.Ph. D; Edición en castellano Alianza Editorial, Madrid, 1978)

Lichtenberg, J, D. (2004). Sistemas motivacionales y escenas modelos con especial referencia a la experiencia corporal. *Aperturas psicoanalíticas*; nº 017. 05/07/2004. Motivational systems and model scenes with special references to bodily experience fue publicado originariamente en *Psychoanalytic Inquiry*, 2001, 21, 3, pp. 430-447. Copyright 2001 de Analytic Press, Inc. Traducido por Marta González Baz y publicado con autorización de The Analytic Press, Inc.

Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1978). *Incompatibilidad humana*. Buenos Aires, Editorial Intermédica (del título original en inglés *Human sexual inadequacy* en 1970).

Mitchell, S.A. (1993). *Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración*. Traducción de Mercedes Córdoba. Siglo XXI. Original: *Relational concepts in psychoanalysis: an integration*, 1988. Harvard University press.

Orange, D.M. (2013). *El desconocido que sufre. Hermenéutica para la práctica clínica*. Traducción de Francisco Huneeus y André Sassenfeld. Editorial Cuatro Vientos. del original *The suffering stranger. Hermeneutic for everyday clinical practice*. Taylor and Francis Group, 2011.

- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Rodríguez Sutil, C. (2014). *Psicopatología psicoanalítica relacional. La persona en relación y sus problemas*. Madrid: Ágora Relacional. [*Relational Psychoanalytic Psychopathology: Persons in Relationship and Their Problems*].
- Stern, D (1991). *El mundo interpersonal del infante*. Barcelona: Paidós.
- Stolorow, R.D., Brandchaft, B., and Atwood, R.D. (1987). *Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Stolorow, R.D., Orange, D.M., and Atwood, G.E. (2001). Cartesian and post-Cartesian trends in relational psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 468-484.
- Winnicott, D.W. (1997). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa. (Del título original *Playing and reality*, 1971, Londres).

Original recibido con fecha: 1-10-2015 Revisado: 23-10-2015 Aceptado para publicación: 30-10-2015

NOTAS

¹ Esta definición se ajusta más a la realidad de los últimos tiempos porque en consulta se atienden a mujeres con vaginismo que mantienen relaciones heterosexuales y también, aunque con muy poca frecuencia, mujeres que mantienen relaciones homosexuales y presentan este tipo de síntomas. El vaginismo puede ser primario, cuando no es debido a causas orgánicas -supone el noventa por ciento de los casos que se consultan- o secundario, cuando es consecuencia de algún tipo de dispareunia.

² Estas clasificaciones tienen una gran influencia a nivel global, utilizan un lenguaje común y sirven para la comunicación entre profesionales y para estandarizar programas de investigación y además tienen una gran repercusión en la autoestima individual y de la pareja porque suelen responder a la moral social –hace años nada se decía, por ejemplo del deseo sexual hipoactivo y ahora es una de las disfunciones sexuales más frecuentes en consulta de medicina de familia, ginecología, sexología y psicología.

³ La intersubjetividad se ha establecido como paradigma del origen y estructuración del psiquismo a partir de las investigaciones sobre el apego que establece los fundamentos de la estructura diádica de la mente del infante (Fonagy, 1991) y las relaciones tempranas (Stern, 1995; Beebe, 1997).

⁴ El placer se va descubriendo desde la infancia en la intimidad del cuerpo con otros cuerpos. Las excitaciones físicas se van transformando en placer sensual y sexual a la vez que se mueven entre el sentimiento de seguridad, que libra de miedos y capacita para las relaciones personales, y el sentimiento de plenitud, que tiene que ver con el sentimiento de ser capaz, de ser y sentirse vital para desarrollarse o vivir con ganas, con ánimo (Marina, 1999).