

# Matrimonios no consumados

Dra. Beatriz Literat

Médica Ginecóloga y Especialista en Disfunciones Sexuales Femeninas y Masculinas. Médica del Departamento de Disfunciones sexuales del Hospital Durand y del Instituto Halitus de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

bealite51@hotmail.com

## Matrimonios No Consumados

Reciben esta denominación las parejas de convivencia estable que no pueden incluir el coito en su actividad sexual. Se calcula que la prevalencia de las mismas sobre la población general alcanza el 3% y constituyen el 4% de las parejas infértiles por factores coitales <sup>(1)</sup>.

Esta condición puede afectar a personas de la más variada condición cultural y social. La prevalencia hospitalaria no es mayor que la privada y también se observa en profesionales de la salud y en sus cónyuges.

Las causas de esta condición sexual de la pareja pueden ser Femeninas, Masculinas y/o Mixtas.

A pesar de que existen causas anatómicas descriptas en la bibliografía, en nuestra experiencia la mayor prevalencia y dificultad de tratamiento las encontramos en las de origen funcional que es el motivo de este artículo.

## Causas Femeninas

**Vaginismo.** Es la más frecuente y la que constituye el principal motivo de consulta. Se produce por la contracción involuntaria y espasmódica de los músculos vaginales que impide la penetración.

Entre las causas conocidas se observa una condición fóbica de las pacientes provocada por un abuso o intento de abuso en su infancia o adolescencia, una iniciación sexual traumática, la falta de educación sexual en un ambiente de represión de índole familiar o religiosa o una educación a propósito atemorizante respecto de las relaciones sexuales, el temor al embarazo, la desvalorización del rol femenino y trastornos obsesivos con fantasías de muerte o lesión grave si pierden el control.

En oportunidades esta condición es selectiva y situacional, ya que algunas pacientes presentan vaginismo solamente

en oportunidad del coito, no así durante la realización de exámenes ginecológicos. En otros casos es al revés o total<sup>(3)</sup>.

Muchas pacientes solicitan procedimientos de inseminación para evitar el coito.

## Causas Masculinas

**Disfunción eréctil.** En un 60%<sup>(1)</sup> no aparecen causas clínicas; se trata de una disfunción reactiva al vaginismo de la compañera o a una genuina reacción fóbica. A veces resulta difícil determinar cuál de los miembros de la pareja fue el iniciador de este circuito de reacciones elusivas al contacto genital. En el resto de los pacientes hallamos etiología diabética u otras de origen orgánico.

En el caso de reacciones fóbicas, las causas son de lo más diversas, desde aversión a los genitales femeninos hasta temor al embarazo de la compañera, miedo a asumir el rol parental, fobias cruzadas (no sexuales que el paciente interpreta con connotación sexual), etc.

**Falta de control eyaculatorio.** Puede ser eyaculación anticipada o diferida. En el primer caso la eyaculación se produce "ante portas" de modo que la erección no dura lo suficiente como para realizarse la penetración; en el segundo caso, la eyaculación no se produce *nunca* dentro de la vagina, con la consiguiente dificultad para la fecundación.

Entre las causas podemos nombrar un hábito masturbatorio ultrarrápido desde la pubertad, que impide sincronizar con el ritmo de la mujer, las personalidades ansiosas, la ansiedad por el desempeño, el temor al embarazo de la pareja y una fobia enmascarada por un aparente aumento del deseo que no permite el control de la eyaculación y un juego sexual más prolongado.

En muchos casos la repetición de estos episodios a través del tiempo, con la frustración consiguiente, determinan una verdadera anulación progresiva de la libido. En esos casos el motivo de consulta es Disfunción del Deseo Sexual y el/la profesional actuante debe realizar una cuidadosa anamnesis para determinar si esta disfunción es primaria o secundaria, ya que el tratamiento es por completo diferente.

### Cuadro clínico

Las parejas consultantes concurren después de un largo periplo que puede durar entre 2 meses y 23 años<sup>(1)</sup> durante el cual recurrieron a diversos profesionales de la salud (médicos y psicólogos) infructuosamente. La mayoría de las veces mantienen el secreto ante sus familiares y amigos aparentando ser una pareja estéril, lo cual les resulta menos vergonzoso que el reconocimiento de una situación que viven como “única en el universo”. Generalmente son parejas con muy buena relación emocional y de convivencia y muchas de ellas, generalmente cuando la causa es a predominio femenino, con buen intercambio a nivel sexual, incluídos orgasmos en ambos, pero sin penetración.

Relatan reiterados e infructuosos intentos en lograr el coito, con mucho temor a causarse daño mutuamente en la vagina y el pene. Las mujeres tienen la fantasía de “una pared o tope” que cierra sus vaginas.

### Tratamiento

Debe realizarse un exhaustivo interrogatorio que implica varias entrevistas con el objeto de recabar información acerca de la educación e información sexual de los miembros de la pareja, hábitos sexuales, creencias familiares y religiosas, antecedentes de abuso, fobias y todo otro dato que permita acercarnos a un diagnóstico de origen de la disfunción. Para ello es indispensable el desarrollo de una muy buena relación médico paciente que permita un clima de confianza ante una situación que se expone ante un tercero, en muchas oportunidades, por primera vez. Utilizamos el FSFI (Female Sexual Function Index) y el FSDS (Female Sexual Distress Scale). A veces utilizamos técnicas diagnósticas como el Test de Roscharch.<sup>(2)</sup>

El tratamiento apuntará a la causa de la disfunción para lo cual se trabajará con el miembro de la pareja que se encuentre más afectado, sin descuidar al compañero, al cual debe incluirse a través de actividades específicas colaborativas ad hoc. De no hacerlo, se puede producir una ruptura en el “statu quo” de la pareja, que durante tantos años se mantuvo en ese estado y llegarse a la situación de que, solucionada la disfunción, la pareja se separe definitivamente.

Es muy importante eliminar el temor en la pareja hacia el/la médico tratante, ya que tienen la fantasía de que el/la profesional desflorará a la mujer con un bisturí, en parte porque esa ha sido la propuesta recibida en alguna consulta. De hecho, sabemos que no es la presencia o ausencia del himen lo que solucionará el vaginismo de la paciente; se trata de algo mucho más complejo que eso; que la paciente asuma el control de sus músculos, de su sexualidad y muchas veces de su rol femenino ante la vida a través de la elaboración de nuevas creencias que literalmente, deben *destituir* a las que sustentaba hasta el momento de la consulta.

Utilizamos, de acuerdo a cada causa específica, medicamentos del tipo del Clonazepam, Sertralina, Fluoxetina, Clomipramina y a veces Sildenafil, pero nuestra experiencia nos muestra que los mejores resultados se obtienen utilizando técnicas cognitivo-comportamentales, PNL y realidad virtual<sup>(4)</sup>.

La duración de los tratamientos es de 4 a 12 semanas. Los resultados son definitivos y no hemos tenido recidivas en los más de 700 casos tratados en los últimos 5 años. (Hospital Durand e Instituto Halitus)

La prevalencia de embarazos a posteriori del tratamiento ha sido del 60%.

### Bibliografía

1. B. Literat, V. Bertolino, S. Pasqualini; Factor Coital en Infertilidad – SOGIBA 2003.
2. B. Literat, V. Bertolino, S. Pasqualini, I. Vedoya; Utilización del Test de Roscharch en el diagnóstico de Disfunciones Sexuales- SOGIBA 2004.
3. L. Gindin; La nueva sexualidad de la mujer-Grupo editorial norma 2003.
4. H. Kaplan; Diagnóstico y Tratamiento de las Disfunciones Sexuales- Urano 1995.