
VAGINISMO. ENFOQUE DESDE LA CONSULTA DE SALUD SEXUAL.

Nuria García Calvo

20/01/2026

1. INTRODUCCIÓN

El vaginismo es un trastorno de la función sexual femenina caracterizado por la contracción involuntaria, persistente o recurrente de los músculos del tercio externo de la vagina, que provoca dificultad o imposibilidad para la penetración vaginal y, con frecuencia, dolor y ansiedad asociados.

Desde la publicación del DSM-5 (2013), el vaginismo dejó de considerarse un diagnóstico independiente y se incorporó al “trastorno de dolor genitopélvico/penetración” (GPPPD), que engloba el dolor, la dificultad para la penetración, el miedo anticipatorio y el aumento del tono muscular del suelo pélvico.

El vaginismo es el resultado de una interacción compleja entre factores psicológicos, físicos y relacionales. El miedo anticipatorio al dolor desencadena la contracción refleja de los músculos del suelo pélvico, lo que provoca un círculo vicioso de ansiedad, contracción y evitación.

Este trastorno no solo afecta la actividad sexual, sino que también tiene un impacto considerable en la autoestima, la calidad de vida y la relación de pareja. Su abordaje requiere una visión biopsicosocial y un enfoque multidisciplinario, que incluya educación sexual, terapia sexológica, terapia psicológica y fisioterapia del suelo pélvico.

La existencia de vaginismo no presupone ausencia de excitación, de hecho, los casos leves se caracterizan por un comportamiento sexual muy satisfactorio en cuanto a caricias y todo tipo de estimulación que no sea intravaginal, pudiendo alcanzar el orgasmo sin dificultad. No obstante, en la mayoría de las ocasiones suele ir acompañado de cierto grado de aversión sexual y, a veces, de un trastorno de excitabilidad.

La dispareunia se define como:

Dolor genital persistente o recurrente que ocurre antes, durante o después de las relaciones sexuales, ya sea con penetración vaginal u otras formas de actividad sexual.

2. EPIDEMIOLOGÍA

Prevalencia global

- La prevalencia del vaginismo en la población general oscila entre 0,4 % y 8 %, según revisiones sistemáticas y estudios epidemiológicos.
- En consultas de sexología y ginecología, la prevalencia es mayor, entre 5 % y 17 %, dado que son mujeres que consultan por disfunciones sexuales.

3. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO VITAMINA B12

Causas orgánicas

Cualquier patología de los órganos pélvicos que haga dolorosa la penetración o que causa dolor.

- Himen rígido e hipertrófico
- Endometriosis
- Inflamación de la pelvis (ovaritis, salpingitis)
- Relajación de los ligamentos uterinos, vesicales y/o rectales.
- Tumores pélvicos
- Estenosis de la vagina
- Hemorroides

Vaginismo idiopático

El vaginismo puede ser idiopático cuando no se identifica una causa orgánica, psicológica o relacional clara. En estos casos, la contracción involuntaria del suelo pélvico ocurre sin antecedentes evidentes, lo que se denomina vaginismo primario idiopático.

El vaginismo tiene un origen multifactorial:

1. Factores psicológicos

Son los más relevantes en la mayoría de los casos.

- **Miedo anticipatorio al dolor o a la penetración:** genera contracción involuntaria de los músculos del suelo pélvico.
- **Ansiedad, fobias o trastornos relacionados:** ansiedad generalizada, ansiedad de desempeño sexual.
- **Experiencias traumáticas:** historia de abuso sexual, físico o emocional.

- **Educación sexual restrictiva o basada en culpa:** creencias negativas sobre el sexo, temor al pecado, al embarazo o al dolor.
- **Alteraciones en la autoimagen corporal o disfunciones del deseo sexual.**

2. Factores físicos / biológicos

Aunque menos frecuentes como causa primaria, pueden actuar como desencadenantes del dolor y perpetuar el trastorno.

- Infecciones vaginales recurrentes (vaginitis, candida, ITS).
- Trastornos dolorosos vulvovaginales: **vulvodinia**, vestibulodinia.
- Cicatrices o alteraciones anatómicas (episiotomía, partos traumáticos, cirugías).
- Dispareunia (menopausia, endometriosis, postparto traumático)

3. Factores relacionales

- Conflictos de pareja, comunicación deficiente.
- Falta de confianza o intimidad.
- Pareja con disfunción sexual (disfunción eréctil, eyaculación precoz) que aumenta la ansiedad en la mujer.
- Presión de la pareja o de la familia para tener relaciones sexuales.

4. Factores socioculturales

- Normas culturales o religiosas que restringen la sexualidad femenina.
- Estigmatización de la sexualidad, mitos sobre la penetración y el dolor.
- Falta de educación sexual y desinformación.
- Experiencias negativas en la primera relación sexual.

4. CLASIFICACIÓN

Según el momento de aparición

- **Vaginismo primario:**
 - Presente desde el inicio de la vida sexual activa.
 - La mujer nunca ha podido tolerar la penetración vaginal (relación sexual, examen ginecológico, tampones).
 - Suele estar más asociado a ansiedad anticipatoria, educación sexual restrictiva o experiencias traumáticas tempranas.

- **Vaginismo secundario:**

- Aparece después de un período de relaciones sexuales con penetración sin dificultad.
- A menudo se asocia a eventos desencadenantes: parto traumático, infecciones recurrentes, cirugía ginecológica, dolor pélvico crónico, conflictos de pareja.

Según la extensión del problema

- **Generalizado:**

- Es la forma más frecuente, donde la mujer no puede ser penetrada bajo ninguna circunstancia.
- Incluso la introducción de un espéculo o un dedo puede ser imposible.

- **Situacional:**

- La penetración puede ser posible en algunas ocasiones y no en otras; puede lograrse con determinadas parejas o únicamente en ciertas posturas.

5. ANAMNESIS

PROCEDENCIA: Campo obligatorio

MOTIVO DE CONSULTA

- Dolor en las relaciones sexuales
- Imposibilidad de penetración
- Problemas relacionados con el deseo
- Problemas relacionados con la excitación
- Problemas relacionados con el orgasmo
- Otros:

- Observaciones:

ANAMNESIS OBSTÉTRICA/ GINECOLÓGICA/ SEXUAL

Método anticonceptivo actual: _____

Menstruación/Menopausia: _____

Fórmula obstétrica: _____

Edad actual de los hijos: _____

Hábitos de higiene menstrual: _____

Hábito intestinal: _____

Fármacos: _____

¿Tiene pareja actualmente? SI/NO

¿Acude a consulta con su pareja? SI/NO

DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

SINTOMATOLOGÍA REFERIDA

Deseo: Dificultades

Excitación: Dificultades

Lubricación: Dificultades

Orgasmo: Dificultades

Satisfacción: Dificultades

ANAMNESIS PSICOSEXUAL

Orientación sexual: Homosexual / Heterosexual

Primeras experiencias sexuales:

Otras parejas / experiencias sexuales anteriores:

Ideas sobre la sexualidad:

Conductas y repertorio erótico actual:

Educación sexual recibida:

Gestión de la intimidad:

Masturbación: SI / NO

Tipo:

- Estimulación externa
- Ducha
- Vibradores
- Penetración en vagina (dedos o vibradores)

Uso de recursos eróticos: SI / NO

¿Considera que tiene fantasías sexuales? SI / NO

Pensamientos antes, durante y después de las relaciones sexuales. ¿Sentimientos de culpa?

Expectativas de sexualidad ideal:

Motivación para resolver su situación:

EXPLORACIÓN FÍSICA

¿Dolor en las relaciones sexuales? SI / NO

Localización:

Resistencia o defensa a la exploración: SI / NO

Cicatriz perineal externa: SI / NO

Cicatriz internas: SI / NO

Observaciones sobre las cicatrices:

NPC (Núcleo Central del Periné):

Identifica musculatura del suelo pélvico: SI / NO

Evaluación según escala de Oxford modificada

Índice de evaluación PERFECT:

Fuerza (P):

Resistencia (E):

Repeticiones (R):

Rápidas (F):

Cada contracción medida (ECT):

Test Índice de función sexual femenina:

Observaciones:

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

PLAN TERAPÉUTICO

6. EVALUACIÓN

Anamnesis + exploración.

7. EXPLORACIÓN

Intervención diagnóstica: Examen pélvico.

Previo desde consulta desde ginecología. Esta consulta es muy importante para descartar si la causa es orgánica.

EXPLORACIÓN EN LA CONSULTA DE SALUD SEXUAL

- Se le ofrece una telita para poder taparse.
- Se utiliza también un espejo.
- La matrona se posiciona en un lateral.
- Ella es la que dirige.

8. TRATAMIENTO

Modelo de desensibilización in vitro

○ Exploración genital

El examen comienza con una inspección ocular de los genitales externos, observando la posible rigidez en los músculos de la parte interna de los muslos o a lo largo del periné. En el caso de que se observe dicha rigidez muscular, se procede a relajar a la paciente, hablando, utilizando técnicas respiratorias, etc. Posteriormente se le enseña la mano y se le explica que se van a separar suavemente los labios mayores y menores, es importante que se acostumbre al contacto físico, dar la sensación de no tener prisa, insistir en que no se va a hacer nada por sorpresa y que ella dirigirá verbalmente la exploración. Se explorarán labios, clítoris, meato y se introducirá el dedo en el interior de la vagina lentamente, indagando si se siente incómoda.

Se le pide a la paciente que practique los ejercicios de Kegel (1952) y se le enseñan técnicas de relajación. En todo momento se advierte a la paciente que es ella quien dirige la operación y que se detendrá la exploración cuando ella lo considere oportuno.

Si dejan introducir un dedo se explican los ejercicios de kegel para la relajación. Si no se comienza con dilatador 1, estando entre el 1-2 hasta que deje introducir dedo para poder explicar los ejercicios de kegel.

Se intenta que en la primera consulta ellas sientan que a pesar del miedo o fobia que pueden sentir hayan avanzado. Por eso se insiste en que en dicha consulta se vayan con alguno de estos dos puntos conseguidos.

○ Permeabilización vaginal con dilatadores.

Si no dificultades para la exploración genital en consulta. Introducción de dilatadores vaginales, aumentando poco a poco el número.

Permeabilización vaginal con dilatadores en pareja:

Introducción de dilatadores vaginales, siendo ella la que guía en todo momento.

Se pasa a la introducción de un/dos dedo por parte del compañero.

Se aconseja a la paciente que se introduzca los dilatadores en diferentes posiciones (sentándose sobre el dilatador, de pie, en DL).

Relaciones sexuales en pareja sí, pero no intentar la penetración todavía.

○ **Capacitación coital**

Se pasa a la introducción del pene en reposo sin movimientos pélvicos, después con movimientos de ella (incluso estimulación digital del clítoris), pasaríamos a movimientos realizamos por la pareja pero guiados por ella y por último la realización de movimientos libres.

SEGUIMIENTO

Seguimiento de semana en semana. En dos/tres meses.

- No existe un único “tiempo estándar universal” para la desensibilización con dilatadores en la literatura científica actual.
- Estudios clínicos recientes ofrecen un marco concreto de aproximadamente 6 semanas cuando se combina con otras terapias.
- Revisiones más generales y guías clínicas sugieren que puede extenderse durante varios meses o hasta un año en función de las características individuales del caso.

9. CONCLUSIONES

El vaginismo es un **trastorno frecuente pero subdiagnosticado**.

Afecta de manera importante la **salud sexual, emocional y la relación de pareja**.

La **detección temprana y el tratamiento multidisciplinario** son clave para una recuperación exitosa.

10. CONCLUSIONES

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (DSM-5), 2013.
2. Reissing ED, Binik YM, Khalifé S, et al. Etiological correlates of vaginismus: sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *J Sex Med*. 2004.
3. Brotto LA, Basson R, Gehring D. Psychological profiles among women with sexual arousal disorder vs. vaginismus. *J Sex Med*. 2010.
4. ter Kuile MM, Both S, van Lankveld JJDM. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Sexual and Relationship Therapy*. 2010.
5. Shafik AM et al. Prevalence of vaginismus in rural and urban populations. *Menoufia Medical Journal*. 2021.
6. American Psychiatric Association. *DSM-5*, 2013.
7. Reissing ED et al. Etiological correlates of vaginismus. *J Sex Med*. 2004.
8. Brotto LA et al. Psychological profiles among women with vaginismus. *J Sex Med*. 2010.
9. *Menoufia Medical Journal*. 2021.
10. Meta-análisis en España: *Prevalence of genito-pelvic pain/penetration disorder in Spain*.
11. Mohammadi K et al. *Prevalence of genito-pelvic pain/penetration disorder in Tehran, J Sex Med*, 2019.
12. GeSiD Study. *Int J Clin Health Psychol*, 2024.
13. Jokar F, Fani M, Isfahani NT, Sabahi R. Effectiveness of Biofeedback with Dilator Therapy for Sexual Function in Women with Primary Vaginismus: Randomized Controlled Trial Study. *Int Urogynecol J*. 2025 Mar;36(3):557-565. doi: 10.1007/s00192-024-06011-y.
14. Kiremitli S, Kiremitli T. Examination of Treatment Duration, Treatment Success and Obstetric Results According to the Vaginismus Grades. *Sex Med*. 2021 Oct;9(5):100407. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100407. Epub 2021 Aug 5.
15. Cabello F. *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis; 2018.