

Vaginismo y dispareunia: Descripción de un caso clínico

PILAR ARRIBAS SAIZ
J. JOAQUIN MARTINEZ SANCHEZ

DOSSIER

RESUMEN

El caso que presentamos revela la importancia en el tratamiento de la dispareunia y vaginismo tanto del entrenamiento en técnicas sexuales específicas (D. S. en vivo, entrenamiento muscular vaginal) como procedimientos de modificación cognitiva (información sobre la naturaleza del trastorno, entrenamiento en imaginación, entrenamiento en autoinstrucciones, control y detección de pensamientos ansiógenos, etc.) tan importantes en todos los problemas en los que el dolor, ya de origen psicológico o somático, sea un componente importante del trastorno y lleve asociadas respuestas de evitación.

INTRODUCCION

A la hora de abordar el tema de las disfunciones sexuales nos encontramos con una dificultad, que es la categorización de los mismos (Carroble, 1955). Pensamos que tal dificultad se debe, por una parte, al frecuente solapamiento de síntomas entre los distintos trastornos sexuales; por otra, a que en casi todos ellos las causas psicológicas desencadenantes son similares y además, tal como señalan Ullman y Krasner (1969), las conductas sexuales no pueden estar incluidas en categorías excluyentes entre sí, siendo frecuente que una misma persona presente diferentes comportamientos sexuales.

Una revisión de la distinta literatura sobre las diversas disfunciones sexuales nos revela, además, que esta misma falta de acuerdo en torno a las distintas categorías clínicas en los trastornos sexuales se da también en cuanto al tratamiento de las mismas, así LoPiccolo y Stock (1986), Marks (1976), señalan en las revisiones que realizan de la literatura sobre tratamientos sexuales haber encontrado problemas metodológicos, como muestras muy pequeñas —generalmente estudios

de n.º 1—, deficiente rigor metodológico, confusión en los tratamientos y problemas en la objetivación de los resultados.

En la actualidad existen numerosas clasificaciones de los trastornos sexuales atendiendo a distintos criterios. Es de destacar la propuesta por Carroble (1985; cuadro 1), que se basa en la revisión y análisis de los más recientes e importantes sistemas clasificatorios (Masters y Johnson, 1970; Kaplan, 1974, 1977; Annon, 1976; Haslam, 1974; Sharpe, Kuriansky y O'Connor, 1976; Loppiccolo, 1977; DSM - III, 1980).

En el caso que nos ocupa (dispareunia y vaginismo) esta dificultad de categorización se hace aún más patente. Hay autores que sólo nombran el vaginismo, considerando la dispareunia como síntoma o como una manifestación más leve del mismo, y otros que distinguen entre ambos fundamentalmente por el carácter orgánico de la dispareunia. El vaginismo se define como el resultado de un espasmo muscular muy fuerte y a veces doloroso de la musculatura pelviana del primer tercio de la vagina. Esta contracción puede en algunos casos retardar o hacer difícil la penetración en la vagina, y en otros impedir la completamente o hacerla extremadamente dolorosa; de hecho, hay autores que sólo admiten el diagnóstico de vaginismo cuando la contracción de la musculatura perivaginal es tal que impide totalmente la penetración (Kaplan, 1974), mientras que otros siguen admitiendo el diagnóstico de vaginismo cuando la contracción es más leve y si permite (aunque con dolor y dificultad) la penetración y el coito. La dispareunia es definida por la presencia de dolores de origen fisiológico y psicológico (ocurre con frecuencia que desaparecida causa orgánica original la respuesta aprendida de dolor en la dispareunia persiste (Granger, 1977) durante el desarrollo del coito, y en general, este dolor coital puede constituir la base para que se establezca la respuesta de vaginismo (Kaplan, 1974). La mayoría de los autores asocian la dispareunia con problemas de origen fisiológico (ver cuadro 2) y el vaginismo con causas psicológicas (ver cuadro 3). La presencia del dolor como síntoma fundamental en ambos trastornos, así como la contracción del músculo perivaginal (que también suele presentarse en la dispareunia) y el hecho de que con frecuencia la dispareunia derive en vaginismo, hace difícil el diagnóstico diferencial entre ambos, motivo por el cual, tal como aprecian LoPiccolo y Stock (1986), con fre-

CUADRO CLASIFICATORIO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

TIPOS O CATEGORIAS		DISFUNCIONES ESPECIFICAS		Dimensión temporal	Dimensión situacional	Grado de severidad
		Hombre	Mujer			
TRASTORNOS EN EL CICLO PSICO-FISIOLOGICO DE LA RESPUESTA SEXUAL	Disfunciones de la fase perceptiva o de «deseo sexual»	Hiposexualidad Hiposexualidad	Hiposexualidad Hiposexualidad	Primaria Secundaria	Generalizada Selectiva o situacional	Total Parcial
	Disfunciones de la fase de excitación	Problemas de erección (impotencia)	Disfunción sexual general (déficits en excitación, vasocongestión y lubricación) Vaginismo	Primaria Secundaria	Generalizada Selectiva o situacional	Total Parcial
	Disfunciones de la fase orgásmica	Ausencia de eyacuación	Ausencia de orgasmo	Primaria	Generalizada	Total
		Eyacuación precoz Eyacuación retardada	Orgasmo prematuro Orgasmo retardado	Secundaria	Selectiva o situacional	Parcial
	Disfunciones de la fase resolutive	Resolución retardada				
Dispareunia	Dolor en el pene	Dolor durante la penetración				
	Dolor en la región genital	Dolor durante el coito				

cuencia se diagnostica erróneamente un vaginismo donde hay una dispau-
renia (dolor coital de origen fisiológico).

Este problema de diagnóstico diferencial entre el vaginismo y la dispau-
renia puede quedar subsanado de cara al tratamiento mediante la realización de un riguroso análisis funcional donde se esclarezcan, además de las respuestas que caracterizan al trastorno, los diferentes antecedentes (tanto fisiológicos como psicológicos) y consecuentes, atendiendo a las dimensiones temporal, situacional y grado de severidad. Naturalmente, esto supone que las disfunciones sexuales consisten en unas perturbaciones aprendidas de la respuesta psicofisiológica que acompaña al comportamiento sexual. Estas perturbaciones pueden haberse aprendido de manera directa (coito doloroso por causa física) o de manera indirecta (en este caso la ansiedad se asocia a la situación sexual a causa de todo el contexto aversivo que puede rodear a esta actividad). El tratamiento conductual se centrará en la eliminación de la ansiedad asociada a las situaciones sexuales y al aprendizaje de respuestas adaptativas específicas para cada trastorno.

DESCRIPCION DE UN CASO CLINICO

La paciente, soltera y de veintitrés



años de edad, mantenía relaciones desde hacía tres años y presentaba problemas de dispareunia y vaginismo desde el principio de sus relaciones heterosexuales, incluso en un comienzo, cuando la práctica de las mismas no incluía más que caricias genitales. La pareja mantenía unas buenas relaciones afectivas, ambos eran de un nivel cultural alto —estudiantes universitarios— y poseían una buena información acerca de la sexualidad y unas actitudes positivas hacia la misma (buen nivel de comunicación en torno a temas sexuales, ausencia de prejuicios en sus prácticas sexuales, etc.).

La paciente llegó a nuestra consulta remitida por el ginecólogo, al que acudió en primera instancia para consultarle por su problema. De la exploración ginecológica quedó descartada cualquier etiología orgánica del trastorno (el tamaño de la entrada y conducto vaginal eran normales, ausencia de restos himenianos y varices o cicatrices vaginales, etc.), que, según autores (Kaplan, 1974; LoPiccolo, 1978; Masters y Johnson, 1970), suelen ser causa frecuente de este trastorno.

Análisis conductual

Descripción y evolución del trastorno

El dolor es descrito por la paciente como de carácter irritativo y punzante, que suele localizarse la mayoría de las veces en las paredes del primer tercio vaginal, aunque hay ocasiones en que comienza en la entrada vaginal con una fuerte «sensación de desgarrar» que posteriormente se extiende al conducto vaginal. En algunas ocasiones habían aparecido síntomas de vaginismo, en las que la penetración había sido imposible, bien por falta de lubricación suficiente como consecuencia de haber continuado insistiendo en el coito una vez que ya había aparecido el dolor. La paciente manifestó durante la entrevista la aparición esporádica de una pequeña herida en la entrada vaginal, consecuencia de haber persistido en los intentos de coito.

Un síntoma de particular interés, por el valor explicativo que posee en torno a la aparición del trastorno en nuestra paciente, es el que se refiere a la sensación de presión en la vejiga de la orina, que cedía una vez que la paciente orinaba, aunque fuera en muy poca cantidad. En efecto, en la historia clínica sólo un dato posee especial interés, y es el que a la paciente le fuese aplicada una sonda uretral por padecer infección de orina cuando tenía siete años, hecho que vivió con gran desagrado. Nuestra cliente relata que a menudo la sensa-

ción de dolor o de presión en la vejiga que aparece durante el coito es similar a la que tenía cuando padeció la infección.

Otros aspectos importantes que reveló el análisis funcional son:

— **Carácter primario del trastorno:** La paciente lo sufría desde siempre, incluso antes de su primer coito las caricias heterosexuales le producían desagradables molestias en forma de quemazón y escozor en los genitales. La aparición de estos síntomas fue progresivamente dependiendo exclusivamente del coito, no apareciendo

con la estimulación clitoridiana, con la que si obtenía una buena respuesta orgásmica.

— **Carácter no situacional del mismo:** Las molestias aparecen de forma generalizada en todas las situaciones (tanto ambientales como de pareja) donde se desarrolla la conducta sexual.

— **La pauta típica de las relaciones sexuales comenzaba con un juego previo en el que a través de la estimulación del clitoris ella alcanzaba el orgasmo y posteriormente iniciaban el coito. Esta secuencia podía estar**

CAUSAS FÍSICAS DE DISPAREUNIA EN LA MUJER

Vaginismo o espasmo de los músculos vaginales: El espasmo de los músculos perivaginales causa dolor a su penetración.

Infecciones e irritaciones de las genitales externas: Dolor al contacto y con la fricción.

Infecciones, herpes genital, quistes labiales infectados, forúnculos.

Infección de las glándulas de Bartholino.

Fimosis clitoriana: Dolor a la estimulación del clitoris.

Infecciones e irritaciones vaginales: Dolor en la vagina durante el coito.

Vaginitis infecciosas: herpes genital, *Candida albicans*, etc.

Dermatitis químicas causadas por duchas y anticonceptivos.

Reacciones alérgicas a duchas, anticonceptivos y al semen.

Vaginitis atrófica.

Irritaciones causadas por brusquedad durante el coito, contacto sexual sin suficiente lubricación, inserción de objetos extraños, puntos hipersensibles.

Himen imperforado, himen rígido, bordes himeniales sensibles: Dolor a la penetración.

Agnesia de la vagina: Dolor al intento de penetración.

Lesiones de los órganos genitales y reproductores debidas al parto: El dolor depende de la localización.

Cicatrices sensibles de episiotomías.

Desgarro.

Prolapso uterino, etc.

Traumas quirúrgicos de los órganos reproductores: El dolor depende de la localización.

Cicatriz resultante de histerectomía.

Aproximación de los ovarios a la vagina después de la histerectomía.

Acortamiento de la vagina.

Patología pélvica: Dolor a la penetración profunda.

Inflamación de la pelvis.

Embarazo ectópico.

Endometriosis.

Quistes y tumores ováricos.

Otros tumores pélvicos.

Complicaciones provocadas por el DIU (dispositivo intrauterino): dolor a la penetración profunda, perforación, infección.

Calambres uterinos debidos a deficiencia de estrógenos: Calambres durante el orgasmo, reacción vaginal dolorosa a la fricción.

Trastornos vesicales: Dolor durante el coito.

Cistitis.

Uretritis.

Prolapso uretral.

«Cistitis de la luna de miel» (presión sobre la uretra durante el coito en ciertas posiciones).

(Kaplan, H. S., 1979.)

muy bien manteniendo e intensificando los síntomas, puesto que durante el coito ella había perdido ya la excitación, lo que conlleva por una parte el prestar atención a los síntomas displacenteros, y por otra, la ausencia de lubricación suficiente para que éstos no surgieran.

— La variable psicológica de anticipación del dolor, productora a su vez de una respuesta de ansiedad anticipatoria ante el coito (en forma de contracción del músculo perivaginal) jugaba un papel importante en la aparición de los síntomas, puesto que la paciente, a pesar de no evitar el coito (por considerar que era una forma deseable de «posesión» del compañero), lo hacía siempre esperando el dolor adoptando actitudes de resignación ante el mismo. De igual modo, era evidente que esta reacción de temor era producida ante la idea de introducción de cualquier objeto en vagina (tampones, dedos,...), ante lo que reaccionaba con una visible contracción del introito vaginal, tal como quedó de manifiesto en la exploración que llevó a cabo la terapeuta cuando le introdujo un solo dedo, molestia que cedió gradualmente utilizando la distracción y los comentarios tranquilizadores.

HIPOTESIS EXPLICATIVA

El origen de la dispaurenia y las

reacciones de contracción vaginal en el caso que nos ocupa obedece a la punta típica de condicionamiento clásico mediante la cual se instauró una respuesta condicionada de contracción del músculo perivaginal ante cualquier estímulo similar a la sonda uretral que le fue aplicada de niña. Esquemáticamente reflejado sería:

El sonda, RI (molestias en la zona genital y contracción músculo perivaginal).

EC (pene, tampones, dedos...), RC (molestias en la zona genital y contracción músculo perivaginal)

Posteriormente, la dispaurenia es mantenida por un esquema típico de evitación, en el que la interrupción del coito cuando aparece el dolor hace que éste desaparezca. El alivio del dolor a través de la evitación o interrupción de la situación que lo produce es una pauta sumamente reforzante. En el caso que nos ocupa, sin embargo, no había llegado a generalizarse la pauta típica de evitación de estos trastornos a toda la actividad sexual, precisamente porque la paciente obtenía placer a través de la masturbación y esto siempre antecedía al coito.

La ansiedad anticipatoria ante la penetración es también de suma importancia, en tanto que predispone al sujeto a contraer aún más el músculo pubocóccigeo, dificultando así la penetración y favoreciendo la aparición

de los dolores. A su vez, el dolor suele seguirse de contracción muscular, la cual, si es continuada, también produce dolor por sí misma.

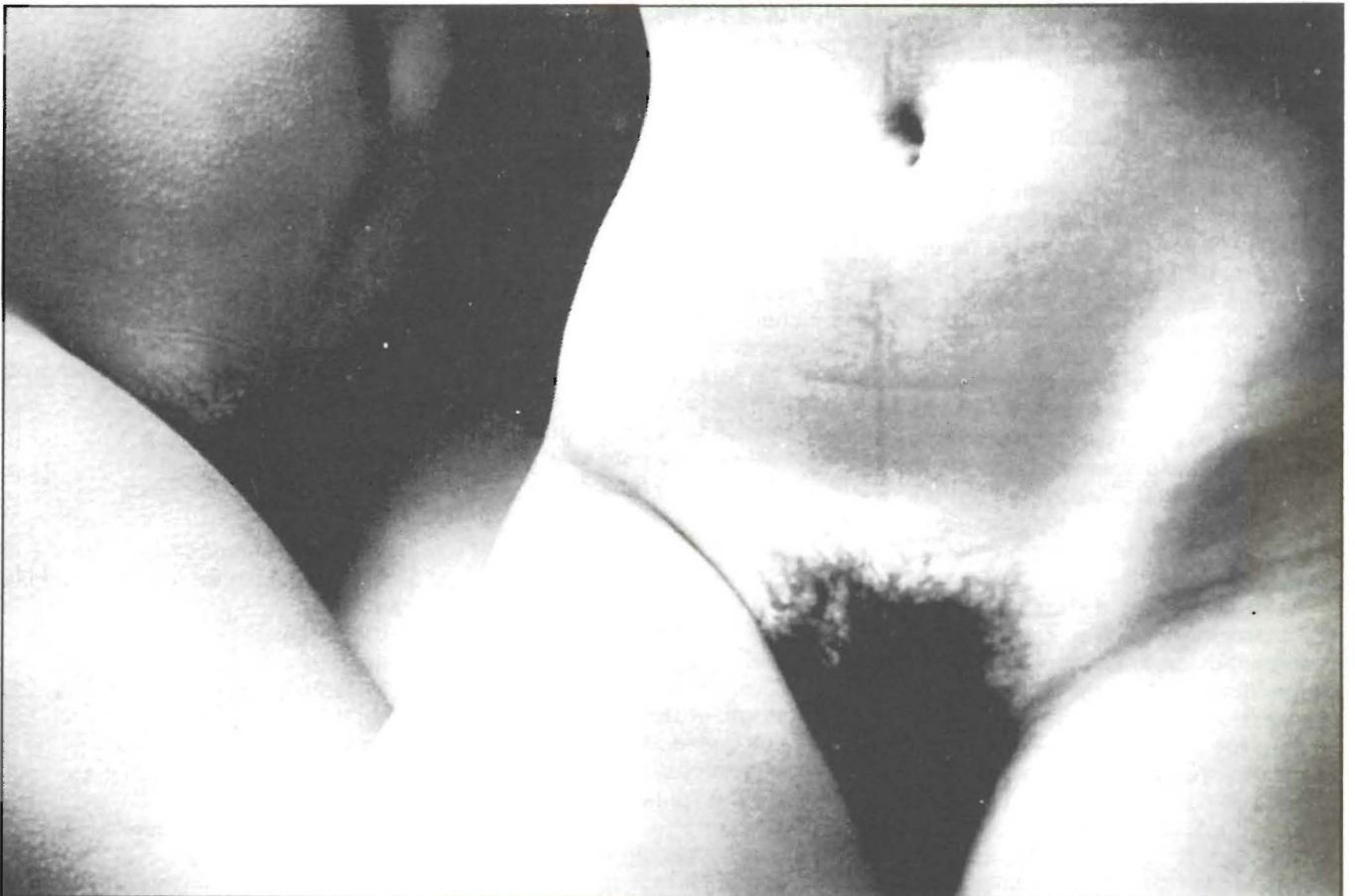
Objetos y estrategias terapéuticas

En el tratamiento se siguieron los objetivos generales del tratamiento de todos los trastornos sexuales (Marks, 1976; Carrobbles, 1985): información acerca de la naturaleza del problema y eliminación de actitudes erróneas ante el mismo, entrenamiento en técnicas sexuales específicas para la superación del trastorno.

Los objetivos y estrategias terapéuticas fueron:

1) Incrementar el control voluntario del músculo pubocóccigeo: para aumentar las sensaciones placenteras durante el coito, debido a que los ejercicios que se realizan producen una mayor irrigación en la zona vaginal que favorecen las sensaciones placenteras (Chambless et al., 1984). Este objetivo se consiguió mediante unos ejercicios de contracción y distensión del músculo pubocóccigeo. Al mismo tiempo, el realizar estos ejercicios permite que la paciente discrimine entre la tensión y la relajación del músculo perivaginal, pudiendo de esta forma relajarlo antes del coito.

Se recomendó a la paciente el fantasear actividades de contenido se-



xual al mismo tiempo que realizaba estos ejercicios, con el fin de que el control del músculo perivaginal se asociase a una actividad propiciatoria de excitación sexual.

2) La evitación de la respuesta vaginal condicionada se llevó a cabo a través de dos procedimientos: por una parte, una desensibilización sistemática en vivo, que consistió en la introducción gradual de los propios dedos de la paciente, así como de tampones, dentro de la vagina. Esto se realizó de una forma totalmente estructurada a través de la siguiente jerarquía:

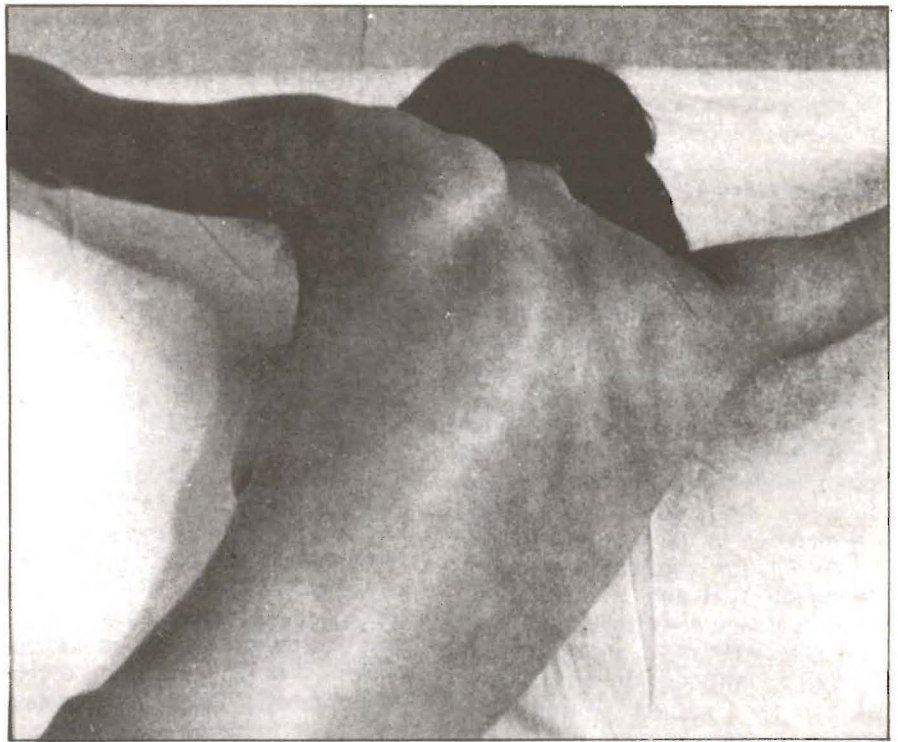
a) Introducción progresiva de los dedos de la paciente (primero un solo dedo en el primer tercio vaginal, sin movimientos, con movimientos dentro-fuera, movimientos rotatorios, etc., después dos dedos con la misma secuencia y así hasta que no surgiese ninguna molestia.

En esta fase del tratamiento también se le recomendó que ejercitase el músculo pubocógeo tal como se le había entrenado cuando tuviese los dedos dentro y que fantasease escenas de contenido erótico. Estas escenas en un comienzo nunca incluían el pene o el coito, y estos dos elementos se fueron incluyendo en las escenas imaginadas conforme iba progresando la terapia. El objetivo que perseguíamos utilizando este tipo de técnicas era por una parte conseguir un mayor nivel de excitación que conllevaba un mayor grado de lubricación, y por otra parte, ir desensibilizando de forma encubierta la ansiedad ante el coito. En un principio se le dijo a la paciente, a fin de corregir expectativas erróneas, que lo más importante no era obtener placer, sino que el dolor no apareciera.

Igualmente importante en esta fase era eliminar las respuestas de ansiedad anticipatoria ante la posible aparición de las molestias, por lo que se la instruyó en detectar los pensamientos negativos y aplicar la técnica de detección del pensamiento y su sustitución por verbalizaciones no ansiógenas, y de esta forma aprendió a verbalizar expresiones tales como «puedo controlar la aparición del dolor, los ejercicios que realizo me permiten controlar la aparición de las molestias»..., etc.

b) Realización de los ejercicios de dilatación vaginal en presencia del compañero, creando un clima erótico distendido en la pareja, para lo que se le instruyó a que realizasen previamente los ejercicios de focalización sensorial, hiciesen uso de verbalizaciones de contenido excitante, etc.

c) Manipulación por parte del compañero de la vagina, introduciendo los dedos siguiendo la misma se-



cuencia que había realizado ella y siempre bajo las indicaciones que ésta hacía.

d) Introducción progresiva del pene en la vagina siguiendo también una jerarquía: manipulación del mismo estando cercano a sus genitales, estimulación clitoridiana, con el pene, introducción progresiva del mismo en la vagina aumentando los movimientos y el grado de penetración de forma gradual.

Una instrucción importante para ser aplicada en todas las fases del tratamiento fue la de parar inmediatamente si aparecía alguna molestia y retroceder al ejercicio anterior con el fin de evitar que las sesiones acabasen con sensación de disconfort y el consiguiente desaliento.

El tratamiento requirió de 12 sesiones. El hecho de que la pareja no conviviese junta retrasó notablemente el avance de la terapia, pues sólo podían practicar los ejercicios los fines de semana. Actualmente se está en período de seguimiento y al mes del alta no informan de recaídas.

PROBLEMAS QUE PUEDEN ALTERAR LA RESPUESTA SEXUAL NORMAL

1. Falta de información o mala interpretación de la información sexual.
2. Sentimientos negativos sobre el sexo o sus consecuencias:
 - Miedo al embarazo o al dolor.
 - Miedo a ser «pillado», escuchado o interrumpido.
 - Miedo a no hacerlo de forma normal o aceptable.

Miedo a perder el control.
Miedo a que el compañero pierda el control.

Culpabilidad (pensar que el sexo es algo sucio o repugnante).

3. Problemas en la relación:
Sentimiento de enfado, amargura o resentimiento con la pareja.

Sentimiento de inseguridad o miedo a ser dañado.

4. Sentimientos negativos sobre uno mismo:

Sentirse deprimido, inútil o sin derecho a sentir placer.

Sentirse poco atractivo, a disgusto con el propio cuerpo.

5. Circunstancias poco favorables:
Cansancio, preocupación.
Falta de comodidad, ternura o intimidad.

6. El uso de drogas o medicamentos.

7. Estar en baja forma.
(Judy Greenwood y John Bancroft, 1977.)

CAUSAS PSICOLÓGICAS DEL VAGINISMO

Influencia religiosa negativa.
Experiencias sexuales traumáticas:

- Violación.
- Incesto.
- Molestias sexuales repetidas durante la infancia.
- Orientación homosexual.
- Examen pelviano traumático.
- Temor al embarazo.
- Enfermedades venéreas o cancerofobia.
- Rechazo del papel maternal.

- ANNON, J. S.: The behavioral treatment of sexual problems: Brief therapy. Harper and Row, 1976.
- CARROBLES J. A.: «Evaluación de las disfunciones sexuales.» En Fernández Ballesteros R. y Carrobles J. A.: *Evaluación conductual, concepto, metodología y aplicaciones*. Ed. Pirámide. 1981.
- CARROBLES, J. A.: «Disfunciones sexuales.» En: Carrobles J. A. (dir). *Análisis y modificación de la conducta* (tomo II). UNED. Madrid 1985.
- GALINDO, P., Y UDINA C.: «Aplicación de la terapia de conducta a los problemas sexuales: Análisis y modificación conductual de dos casos clínicos.» *Análisis y modificación de conducta*. N.º 7. Vol. 4. 1978.
- CHAMBLESS ET AL.: «Effect of pubococcygeal exercise on coital orgasm in women.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 52, n.º 1, 1985, p. 114.
- GRANGER, L.: «Disfunciones sexuales.» En: Ladoucer, Bouchard y Granger (eds): *Principios y aplicaciones de la terapia de conducta*. Ed. Debate 1981. (Primera edición francesa 1977).
- GREENWOOD, J., Y BANCROFT, J.: *Terapia de problemas sexuales*. (1977). *Manuscrito sin publicar*.
- HASLAM M. T.: «Psycho-sexual disorders and their treatment. Part. I.» *Current Medical Research Opinions*, 2, 240, 1974.
- KAPLAN, H. S.: *La nueva terapia sexual*. Alianza Editorial 1978 (primera edición inglesa 1974).
- KAPLAN, H. H.: «Hypoactive sexual desire.» *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3 (1), pp. 3 -9, 1977.
- KAPLAN, H. S.: *Trastornos del deseo sexual*. Grijalbo, 1982 (primera edición inglesa 1979).
- LOPICCOLO, J., Y STOCK, W. E.: «Treatment of sexual dysfunction.» *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54, n.º 2, pp. 158 - 167. 1986.
- MARKS, I.: «Tratamiento de trastornos sexuales.» En: Leitemberg, N. (ed.). *Modificación y terapia de conducta*. Tomo I. Eds. Morata, 1982. (primera edición en inglés 1976).
- MASTERS, W. H. Y JOHNSON, V. E.: *Incompatibilidad sexual humana*. Ed. Intermédica. Buenos Aires, 1981. (Primera edición inglesa, 1970.)
- MIRA, J.: «Recogida de datos y evaluación en orientación familiar.» *Información Psicológica*, n.º 23, pp. 29 - 43. 1985.
- SHARPE, L.; KURIANSKY, J. B., y O'CONNOR, J. F.: «A preliminary classification of human functional sexual disorders.» *Journal of sex and Marital Therapy*, 2 (2), pp. 106 -114, 1976.

NORMES DE PUBLICACIÓ

«Informació Psicològica» acceptarà per a la seua publicació treballs relacionats amb la Psicologia en tots els aspectes i àrees d'intervenció professional.

A) TREBALLS ORIGINALS

1. Els originals es remetran a la Secretaria de Redacció mecanografiats a doble espai, per una sola cara i en format DIN A-4, numerats a l'angle superior dret, no excediran de divuit A-4, s'admetran fins a sis figures i sis taules.

2. En la primera pàgina s'indicaran: el títol de l'article, el nom i els cognoms dels autors, el nom complet del centre i la seua adreça, així com també l'adreça per a la correspondència.

3. Fotografies: 9 x 12 cm. de grangària, o múltiple major, de bona qualitat, màxim sis fotos, numerades per darrere amb el nom de l'autor; els peus han d'anar mecanografiats en un full a banda.

4. Gràfiques: fins a un màxim de sis, en tinta negra (format 9 x 12 cm. o un múltiple), numerades com si foren figures.

5. Taules: presentar-les en uns fulls a part, amb el número de taules en números aràbics, el títol, una sola taula per full, les sigles i les abreviatures s'acompanyaran d'una nota explicativa al peu de la pàgina.

S'acusarà un rebut dels treballs enviats i s'informarà de la seua acceptació.

El Consell de Redacció es reserva el dret de rebutjar els originals que no jutge apropiats o de poder proposar modificacions d'aquests.

Els originals es remetran a Secretaria de Redacció de «Informació Psicològica». Col·legi Oficial de Psicòlegs. C/ Comte d'Olcou, 1. 46003 VALÈNCIA.

B) OPINIÓ I DIVULGACIÓ

1. L'extensió dels articles d'opinió no sobrepassarà de sis fulls.

2. L'extensió dels articles de divulgació i/o estudi no sobrepassarà de deu fulls.

C) CRÍTICA D'ARTICLES, REVISTES I LLIBRES

1. La crítica de llibres s'efectuarà pels membres del Consell de Redacció o aquells que la Redacció delegue.

2. La revista publicarà la ressenya crítica dels llibres rebuts.

3. Una vegada publicada la crítica s'enviarà un exemplar a l'autor o a la direcció de l'editorial.

D) INTERCANVIS

La revista acceptarà intercanvis amb altres revistes o publicacions periòdiques tècniques, tant a nivell nacional com internacional.