

Trabajo Fin de Grado

Salud sexual inclusiva

Programa de prevención-intervención en Salud
Sexual de mujeres con TMG

Autora

Paula Gascón Germán

Director

Ángel Castro Vázquez

Grado en Psicología

2022/2023



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Introducción

La sexualidad es un aspecto fundamental en la vida de todas las personas. Se trata de una dimensión que abarca aspectos fisiológicos, psicológicos, sociales y que tiene influencia sobre las cogniciones, emociones y comportamientos de los individuos. En numerosas ocasiones, las intervenciones relacionadas con la salud sexual, se han enfocado a las consecuencias negativas de la expresión de la sexualidad, olvidando los aspectos positivos en el bienestar general de su desarrollo.

De la misma manera, en colectivos como las personas con trastorno mental grave (TMG), la sexualidad ha sido relegada a un segundo plano, o incluso totalmente ignorada. La falta de conocimiento y los tabús asociados, pueden desembocar en múltiples consecuencias negativas, como la emisión de conductas sexuales de riesgo que den lugar a embarazos no deseados o a infecciones de transmisión sexual, o al consumo de sustancias. También puede conllevar la aparición de estigmas relacionadas con la propia sexualidad, entre otros grupos en las mujeres con diagnóstico de TMG. Dada la relevancia de la sexualidad para el bienestar, el no trabajar e incidir en esta área puede ser un factor de riesgo en el curso de la enfermedad.

Por este motivo, la intervención que aquí se presenta tiene como objetivo principal el de mejorar la salud sexual de mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave, a partir del conocimiento de su propia sexualidad, el trabajo con la deconstrucción de estigmas y fomentando la autoestima. A través de este programa, se intentará desarrollar una salud sexual positiva en las mujeres con TMG y, a su vez, intentar prevenir conductas de riesgo.

En el programa participarán 30 mujeres, mayores de edad y con diagnóstico en trastorno mental grave. Estas mujeres serán seleccionadas, a través de un cuestionario de malestar asociado a la sexualidad, de la asociación ASAPME Zaragoza. Se dividirán en dos grupos; un grupo experimental y un grupo control. Todas ellas contestarán a una serie de cuestionarios previamente a la implementación del programa (pre-test) y posteriormente (post-test). Solo el grupo experimental participará en las sesiones del programa. El programa contará con 9 sesiones lo largo de 9 semanas con una duración entre una hora y media y dos. Se tratarán y trabajarán aspectos de salud sexual, autoestima, habilidades sociales, entre otros.

Con la implementación de este programa, se espera conseguir una mejora en la salud sexual de las mujeres con TMG, junto a un aumento en el conocimiento de su

propia sexualidad y una reducción tanto en el estigma asociado a la sexualidad de este colectivo como un descenso en la emisión de conductas sexuales de riesgo.

Justificación teórica

Cuando se habla de la sexualidad, no solo se hace referencia a los aspectos físicos, que incluyen las disfunciones y las posibles enfermedades que se pueden contraer. La sexualidad hace referencia al conocimiento, las actitudes, las creencias y los comportamientos de los individuos. Incluye las dimensiones físicas, psicológicas, sociales, culturales y emocionales. La sexualidad tiene un efecto sobre la salud física y mental de las personas (Chrastina y Večeřová, 2018). De acuerdo con Brand et al. (2022), la privación de una sexualidad positiva y el aislamiento, correlacionan positivamente con síntomas negativos como son la soledad, el estrés, la depresión y la alexitimia.

De la misma manera, la salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (2019) como el estado de bienestar psicológico, social y físico con respecto a la sexualidad de cada individuo. Se plantea el bienestar desde un enfoque positivo, donde no solo se centra la sexualidad en la evitación de conductas y consecuencias negativas, como pueden ser las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados, el uso de sustancias o la violencia sexual. También se trata la sexualidad desde el respeto y teniendo en cuenta las experiencias sexuales de placer y seguridad, lejos de la coacción, la discriminación y la violencia (Arranz López y Cantero Garlito, 2019).

Actualmente, cada vez se presta más atención al cuidado y promoción de la salud sexual, fomentándola principalmente desde programas de educación sexual. Sin embargo, la sexualidad de las personas con diagnóstico en trastornos mental grave, suele ignorarse o tratarse de manera incorrecta por parte de las estructuras organizacionales de los sistemas de salud mental y, en muchas ocasiones, también por parte de los familiares (Corbett et al., 2017).

El trastorno mental grave se entiende como el conjunto de alteraciones emocionales o mentales que empeoran el funcionamiento cotidiano (e.g., higiene personal, relaciones, habilidades sociales) de un individuo de manera prolongada, pudiendo llegar a cronificarse (Espinosa-López y Valiente-Ots, 2017) y conllevan altos grados de discapacidad. Dentro de esta categoría, se puede encontrar la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno depresivo y los trastornos de personalidad, entre otros.

El diagnóstico de TMG no conlleva una situación clínica anómala. En el mundo, se calcula que alrededor de 20 millones de personas tienen esquizofrenia y alrededor de 45 millones, trastorno bipolar (Hortal-Mas et al., 2022). En el estudio de Jager et al. (2018), quienes analizaron de forma cuantitativa a participantes que provenían de equipos comunitarios de salud mental, encontraron que el 79% de la muestra consideraba su sexualidad como un aspecto importante y básico de su vida.

A nivel psicológico, las personas con TMG pueden tener pensamientos intrusivos, que al igual que afectan a su día a día, pueden afectar a su funcionamiento sexual. En gran parte, tienden a tener rumiaciones sobre no ser merecedores de esas relaciones debido a su enfermedad. Además, en muchos casos tienen problemas para entender la comunicación no verbal, lo que les dificulta entender los juegos de seducción y las intenciones de otras personas. También tienen sentimientos de frustración, debido a las disfunciones sexuales que causan muchos de los medicamentos que toman para la sintomatología del trastorno. La dificultad para entender y adaptarse a estas situaciones puede desembocar en la finalización de relaciones íntimas con otras personas. Esto suele relacionarse con el sentimiento de soledad que tienen muchos individuos, debido a las dificultades para establecer y mantener relaciones cercanas (Horta-Mas et al., 2022; Yahyavi et al., 2022).

Los principales factores que afectan a la expresión sexual en personas con TMG, según de Jager et al. (2018), serían: los efectos secundarios de los medicamentos, que pueden suponer falta de deseo sexual o disfunción eréctil; las historias previas de abusos sexuales; las dificultades en las habilidades sociales provenientes del peor funcionamiento en la cognición social debido al curso de la enfermedad, o el estigma social asociado a este colectivo.

Por otro lado, existe una falta de espacios y opciones en las que estas personas puedan comunicarse, así como de una educación sexual para este colectivo, lo que implica más problemas en comparación con la población general (Íncedere y Küçük, 2017). De la misma manera, esto puede implicar una mayor participación en conductas sexuales de riesgo. Se ha observado que las prácticas sexuales de riesgo son comunes en personas con TMG (Stevens et al., 2020).

En el estudio de Gebeyehu y Mulatie (2021), el 49,8% de los participantes provenientes de una muestra clínica, indicaron haber tenido conductas sexuales de riesgo. Estas conductas incluyen el no uso del preservativo, el consumo de sustancias

previamente y durante las relaciones sexuales (Chemsex), la falta de establecimiento de límites en sus relaciones, o el tener numerosas parejas sexuales (Thompson et al., 2019).

Una de las principales consecuencias asociadas a la emisión de conductas sexuales de riesgo es la mayor vulnerabilidad a la transmisión del VIH. La prevalencia dentro de este colectivo es del 10%, frente al 0,8% de la población general (Galarza-Tejada et al., 2017). Sin embargo, la falta de comunicación y trabajo de necesidades no solo implica la emisión de conductas sexuales de riesgo, sino que además puede ser un factor de riesgo en el deterioro de la autoestima de los individuos (Corbett et al., 2017).

En numerosas ocasiones, las conductas sexuales de riesgo están vinculadas estrechamente a la existencia de un estigma social sobre la sexualidad de las personas con TMG. Se entiende por estigma a un constructo social que es compartido por los miembros de una misma comunidad y que conlleva la producción y posterior reproducción de relaciones de control y poder donde a aquellos marcados con la condición, se les ve como inferiores (Galarza-Tejada et al., 2017). Este estigma puede conllevar una mayor soledad social y sexual. Mujeres con diagnóstico de TMG consideran que por su condición están limitadas para tener parejas románticas y/o sexuales, por lo que se encuentran envueltas en conductas que les ponen en riesgo. Poseen creencias provenientes de estigmas sociales, en las que consideran que la única forma por la que van a poder tener relaciones sexo-afectivas es implicándose en conductas de riesgo, muchas veces basadas en la coacción (Wainberg et al., 2016).

Así, se ha observado que la sexualidad de las mujeres con TMG está marcada por los estigmas y tabús, además de verse afectada por los efectos secundarios de la medicación que la gran mayoría de personas consume. Los tabús, los estigmas sociales y los que se interiorizan, la falta de conocimientos sobre el propio cuerpo y los deseos sexuales, exponen a las mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave a un contexto donde no hay placer en su sexualidad (Lamelas et al., 2022). Del mismo modo, se ha observado en mujeres mayores tasas de contagio de VIH y vulnerabilidad ante coacción sexual (McMahon et al., 2018).

En el estudio realizado por Arranz López y Cantero Garlito (2019), se observó que existe una relación estrecha entre el bienestar general de las personas y la salud sexual. Realizaron una encuesta a un grupo de personas con TMG y el 62,5% indicó que consideraban que una mejor vida y salud sexual podría llevarles a una mayor calidad de vida. Las personas con TMG, frecuentemente tenían necesidades no cubiertas en torno a

su sexualidad, lo cual impacta negativamente sobre su proceso de recuperación. Los autores del estudio indicaron que existe una relación entre el empeoramiento del funcionamiento sexual y algunos síntomas que se dan en trastornos depresivos y ansiosos. De la misma manera, estos autores plantearon que las personas con TMG tienen frecuentemente relaciones sexuales poco placenteras, con falta de autonomía y donde se conciben a sí mismos como individuos sin derechos.

Tras esta revisión teórica, se observa la necesidad de implementar un programa en salud sexual para mujeres con trastorno mental grave, en el que se promocionen conductas sanas y placenteras en su sexualidad, se trabaje sobre el estigma y la autoestima, a la vez que se previene la emisión de conductas sexuales de riesgo.

Objetivos

El objetivo principal de este programa de intervención es conseguir una mejora en la salud sexual de mujeres con un diagnóstico de trastorno mental grave, lo cual a su vez puede ayudar a conseguir una mejora en el bienestar general. Esto se abordará a través de la adquisición de conocimientos sobre la propia sexualidad, así como con herramientas para prevenir las consecuencias negativas, mejorar su autoestima y reducir los estigmas que han interiorizado.

Para conseguir cumplir ese objetivo principal, se establece una serie de objetivos específicos, que son los siguientes:

- Promocionar el conocimiento sobre la sexualidad humana desde una perspectiva positiva, donde no solo se centre la información en las consecuencias y aspectos negativos.
- Potenciar las prácticas sexuales seguras, en las que se participe de manera libre y lejos de la coacción, además de informar sobre las conductas sexuales de riesgo.
- Fortalecer la autoestima de las mujeres con TMG, para que puedan vivir una sexualidad plena, reduciendo los estigmas sociales y sexuales que han interiorizado y mejorando, así, su bienestar psicológico.
- Entrenar y mejorar las habilidades sociales, tanto verbales como no verbales de las participantes, para poder así fomentar el establecimiento de límites en las relaciones íntimas y el mantenimiento de las mismas.

- Dotar de los recursos necesarios para que las mujeres con TMG sean capaces de identificar sus necesidades con respecto a su sexualidad y bienestar general.
- Dotar también de herramientas para poder comunicarlas a los dispositivos de salud mental.
- Proporcionar información sobre los efectos secundarios de las medicaciones asociadas al TMG y dotar de herramientas para trabajar la frustración que pueda causar esos efectos adversos.

Localización y destinatarios

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la salud sexual de las mujeres con trastornos mental grave ha sido desplazada a un segundo plano y, en numerosas ocasiones, no tienen información suficiente, se ven involucradas en conductas sexuales de riesgo y no contemplan su sexualidad como algo positivo. Como consecuencia, su bienestar general también se ve afectado.

Por eso, el presente programa está destinado a mujeres mayores de edad y con un diagnóstico en trastorno mental grave. El grupo experimental estará formado por un máximo de 15 mujeres, y el grupo control por otras 15 mujeres, de características similares. Pandor et al. (2015), en su revisión sistemática sobre intervenciones cuyo objetivo principal era la reducción de la emisión de conductas sexuales de riesgo para personas con TMG, encontraron que aquellas que se desarrollaron con grupos pequeños eran las más efectivas.

Se seleccionará a las mujeres utilizando el cuestionario FSDS (Derogatis et al., 2002), compuesto por 12 ítems que evalúan el malestar generado por la sexualidad en mujeres. A través de él, se seleccionará a las 30 mujeres que indiquen tener malestar generado por su sexualidad. El cuestionario se pasará a mujeres que formen parte de ASAPME (Asociación Aragonesa Pro Salud Mental) Zaragoza, una asociación que trabaja la rehabilitación psicosocial de personas con TMG, por lo que se accederá directamente a este colectivo.

Una variable que se tendrá en cuenta a la hora de seleccionar a las participantes, será la ausencia de crisis o sintomatología aguda. Únicamente podrán participar en el programa aquellas mujeres que se encontraran en fases de eutimia. Una sintomatología muy aguda dificultaría el trabajo en la salud sexual y, al mismo tiempo, ciertos temas que se tratan en el programa podrían afectar al curso de la enfermedad si se encuentran

en estados críticos (e.g., sintomatología positiva en esquizofrenia, fases maníacas en bipolaridad donde se tiende a participar en más conductas de riesgo, fases muy distímicas en trastornos depresivos). Esta situación se valorará a partir de una puntuación mayor de 60 en la Escala de Evaluación Actividad Global (EEAG), además de por no haber sido internalizadas en una unidad de corta estancia (UCE) en los tres meses previos.

Las sesiones del programa se desarrollarán en el Centro Cívico de Delicias (Zaragoza). Se trata de una infraestructura que cuenta con diversas instalaciones (e.g., salas de dinámicas, seminarios), que permite el desarrollo de las sesiones. De la misma manera, se encuentra en el mismo barrio que la asociación de donde provendrán las participantes, maximizando así las posibilidades de asistencia.

Cronograma

La intervención se desarrollará a lo largo de 9 semanas, con una única sesión semanal. El día y la hora en la que se realizarán las sesiones se determinará con las participantes, de tal manera que se les propondrán varias fechas y ellas elegirán. Se seleccionará la que permita un mayor número de participantes a la hora seleccionada. La duración de las sesiones será de, aproximadamente, una hora y media. Sin embargo, la primera y la última sesión, al tratarse de presentación y de cierre, tendrá una duración más extensa, de aproximadamente dos horas. Por lo tanto, el programa tendrá una duración total de alrededor de 14 horas y media. La duración de las sesiones se ha determinado de forma acorde a los objetivos que se quieren desarrollar en ellas.

Las sesiones serán impartidas principalmente por una psicóloga, quien trabajará los distintos objetivos planteados. Aquellas sesiones más relacionadas con la sexualidad, como son la sesión 2 o la 4 (véase Tabla 1), serán guiadas por una sexóloga. En consecuencia, el equipo de profesionales estará formado por dos psicólogas, siendo una de ellas experta en sexualidad. Ambas profesionales estarán presentes tanto en la primera sesión de presentación como en la última, de cierre.

Junto a estas dos profesionales, colaborarán los profesionales de los dispositivos de salud mental del que acuden las participantes. Se mantendrá contacto con ellos de forma semanal y se realizará una reunión a mitad de implementación del programa, para valorar si en algún caso está habiendo algún problema con alguna de las participantes.

Metodología

Participantes

En este programa participarán treinta mujeres, mayores de edad y con un diagnóstico de TMG, estando en un periodo no agudo del curso de su trastorno. Se dividirán en dos grupos, uno experimental y otro control:

- Grupo experimental: estará formado por 15 mujeres, mayores de edad y con un diagnóstico en TMG, que su sexualidad les genere malestar, no se encuentren en una fase crítica del curso de su enfermedad y a las que se les aplicará el programa descrito.
- Grupo control: estará formado por 15 mujeres que compartirán características con las participantes del grupo experimental. Este grupo no recibirá el programa, pero si se observa que su aplicación conlleva mejorías en las participantes y es eficaz, se les podría aplicar posteriormente.

Instrumentos

Para la selección de las participantes en el programa, se utilizarían dos cuestionarios y una escala de evaluación. El primero de ellos, de elaboración propia, se trata de un cuestionario para caracterizar a la muestra, por lo que está compuesto de preguntas sociodemográficas (disponible en el Anexo 1). El segundo cuestionario se utilizaría para evaluar el grado de malestar asociado a la sexualidad que tienen las mujeres participantes. Se les pedirá que rellenaran una traducción al castellano de la *Female Sexual Distress Scale* (FSDS; Derogatis et al., 2002), una escala de 12 ítems (véase Anexo 1) que evalúa el malestar relacionado con la sexualidad en mujeres. Además, a través de la Escala de Evaluación de Actividad Global (EEAG), se seleccionará únicamente a participantes que no se encuentren en fases críticas.

Para evaluar la eficacia del programa, se utilizarán diversos cuestionarios que se analizarán tanto al comienzo (pre-test) como al finalizar el programa (post-test) y en ambos grupos. En primer lugar, se evaluará los conocimientos y creencias de las participantes sobre la sexualidad y la salud sexual, a través de la traducción al castellano del cuestionario *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (SDBQ; Nobre et al., 2003), disponible en el Anexo 2. En segundo lugar, se evaluarán distintas áreas que van a ser trabajadas a partir de los objetivos y sesiones propuestos en el programa y que están vinculados con la mejoría de la salud sexual. Por lo tanto, se evaluará la

autoestima de las participantes a través de la escala de Rosenberg (1965), usando la validación al castellano en población general y clínica de Góngora y Casullo (2009). Se evaluarán las habilidades sociales de las participantes a través de la escala Multidimensional de Expresión Social (Caballo et al., 1984). Y, además, se evaluará la tolerancia a la frustración a partir de la adaptación argentina (Medrano et al., 2018) de la Escala de Intolerancia a la Frustración (EIF), desarrollada por Harrington (2005).

Al finalizar el programa, las participantes realizarán la evaluación de su satisfacción con la intervención realizada (Anexo 3).

Procedimiento

La selección de participantes se realizará de forma conjunta con la asociación ASAPME Zaragoza, donde se trabaja la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave. Desde la asociación, se administrará el cuestionario a las mujeres que deseen participar, siempre que se ajusten a los criterios de inclusión (ser mayores de edad, tener un diagnóstico de trastorno mental grave y no encontrarse en una fase crítica del curso de su enfermedad). Para determinar que no se encuentran en fases críticas del curso del trastorno, se establece como criterio de inclusión el no haber estado hospitalizada en una UEC (agudos) en un periodo mínimo de tres meses, además de una puntuación de 60 o más en la escala EEAG.

Una vez se haya seleccionado a las treinta mujeres que cumplan los criterios mencionados, se les dividirá de manera aleatoria en los dos grupos descritos, el grupo experimental y el grupo control. Las participantes de ambos grupos llenarán los cuestionarios en el pre-test; posteriormente, las mujeres del grupo experimental recibirán las sesiones del programa y, al finalizar las nueve sesiones, todas las participantes de ambos grupos volverán a llenar los cuestionarios (post-test), permitiendo evaluar si el programa cumple sus objetivos y, por tanto, es eficaz.

Sesiones

La estructura del programa planteado consta de nueve sesiones, distribuidas a lo largo de nueve semanas y con una duración de aproximadamente una hora y media, a excepción de la primera y la última sesión, que durarán aproximadamente dos horas. Esto supone una duración total de catorce horas y media. En las sesiones, se trabajarán distintos contenidos, guiados tanto por la psicóloga como la sexóloga, quienes

desarrollarán el programa, todo con el objetivo final de mejorar la salud sexual y el bienestar de las participantes.

En la Tabla 1, que se muestra a continuación, se muestra la estructura del programa, las sesiones que lo componen, su temática y contenidos.

Tabla 1. *Cronograma de las sesiones del programa.*

<i>Sesión</i>	<i>Tema</i>	<i>Contenidos</i>
Sesión 1	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> -Presentaciones del equipo. -Explicación de los objetivos y dinámicas del programa. -Actividad. -Cuestionarios (pre-test). -Dudas.
Sesión 2	Salud sexual	<ul style="list-style-type: none"> -Actividad. -Salud sexual: definición e implicaciones. -Sexualidad: definición en implicaciones. -Dudas.
Sesión 3	Desmontando estigmas	<ul style="list-style-type: none"> -Estigmas asociados a TMG. -Herramientas para bienestar. -Actividad. -Dudas.
Sesión 4	Conductas de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> -Conductas de riesgo: definición. -Consecuencias sobre salud física. -Consecuencias sobre salud mental. -Prevención -Dudas.
Sesión 5	Autoestima	<ul style="list-style-type: none"> -Autoestima y autoestima sexual. -Diálogo interno -Actividad. -Dudas.
Sesión 6	Habilidades sociales	<ul style="list-style-type: none"> -Habilidades sociales: importancia. -Acercamiento a establecimiento límites. -Asertividad. -Actividad. -Dudas.
Sesión 7	Información	<ul style="list-style-type: none"> -Efectos secundarios de la medicación. -Comunicación con personal sanitario. -Dudas.
Sesión 8	Manejo frustración	<ul style="list-style-type: none"> -Frustración: definición e implicaciones. -Técnicas relajación. -Actividad. -Dudas.
Sesión 9	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> -Resumen de las actividades previas. -Actividad final. -Cuestionarios (post-test). -Conclusiones y sugerencias.

Sesión 1. Rompemos el hielo

Objetivos: el objetivo principal de esta sesión introductoria es la creación de una atmósfera de confianza y comprensión, donde las participantes en el programa se sientan cómodas permitiendo el funcionamiento óptimo del grupo. En esta primera sesión, se presentará el equipo que trabajará en la intervención (la psicóloga y la sexóloga) y el programa.

En primer lugar, se llevará a cabo la actividad “Mi fortaleza” (Anexo 4), para fomentar la cohesión del grupo, en la que participarán tanto las mujeres del grupo experimental como las dos profesionales encargadas de la implementación. En la actividad, se da un aspecto positivo de sí mismas, se pedirá a las mujeres que durante el resto de sesiones continúen buscando aspectos positivos de ellas mismas. A lo largo de las nueve semanas que durará la intervención, se trabajará en mantener un clima positivo. Posteriormente, se pasará a presentar el programa, haciendo uso de una presentación en la que aparecerá el cronograma y los diversos objetivos que se persiguen. Si surge alguna duda, se podrán resolver al finalizar la presentación, o al término de la sesión, donde se guarda tiempo para que las participantes puedan preguntar lo que necesiten. Antes de finalizar la sesión, se explicará la actividad “Mis metas” (Anexo 4), que se llevará a cabo durante todo el programa.

Finalmente, se administrarán a las participantes los cuestionarios (mencionados en el apartado de instrumentos de este programa) que tienen que llenar antes de comenzar y al finalizar la intervención.

Sesión 2. Hablemos de Sexualidad

Objetivos: el objetivo de esta sesión es dar una visión amplia y multidimensional de lo que es la sexualidad y la salud sexual. Además, se informará de las implicaciones que tiene el tener una vida sexual plena en su bienestar general.

La sesión comenzará con la dinámica “Los cimientos de la sexualidad” (Anexo 5), cuyo fin principal es valorar lo que las participantes entienden por sexualidad. Posteriormente, la sexóloga dará una explicación sobre la sexualidad, incluyendo todas sus dimensiones (e.g., físicas, psicológicas, sociales, culturales, relacional) y tomando un enfoque positivo, tratando temas como el placer, las partes erógenas del cuerpo, las relaciones interpersonales, o los derechos sexuales y reproductivos, entre otros. Tras esta explicación, se realizará la segunda dinámica, “Las zonas de placer” (Anexo 5).

Además, se desarrollará el concepto de salud sexual y sus beneficios en el bienestar general (e.g., mejoría de autoestima, habilidades sociales, relaciones placenteras). Finalmente, y como sucederá en cada sesión, se dedicará un espacio a dudas que hayan podido surgir o a sugerencias que las participantes tengan.

Sesión 3. De-construimos nuestra sexualidad

Objetivos: dar a conocer los estigmas sociales asociados a las mujeres con TMG; los efectos negativos sobre su salud sexual y su bienestar psicológico. Además, ofrecer herramientas para detectarlos y poder tomar decisiones desmintiendo las creencias asociadas a los prejuicios.

Para ello, se comenzará realizando la dinámica “¿Dónde te sitúas?”, disponible en el Anexo 6. Posteriormente, la psicóloga realizará una presentación sobre lo que son los estigmas sociales, cómo afectan al bienestar y a la sexualidad (e.g., el no-derecho a la maternidad, no sentirse merecedoras de relaciones amorosas). Además, se explicará la “Metáfora de la Gárgola”, con el fin de que las participantes aprendan a identificar esos estigmas internalizados y dejen de guiarse por ellos (véase Anexo 6). Al terminar, se fomentará un debate donde las mujeres puedan compartir, si lo consideran oportuno, sus experiencias personales, sobre cómo los estigmas les han podido afectar tanto en su día a día como en aspectos relacionados con su sexualidad.

Sesión 4. Nos protegemos

Objetivos: proporcionar información a las mujeres sobre las prácticas sexuales de riesgo, cuáles son sus consecuencias y cómo se pueden prevenir.

La sexóloga hará una presentación sobre las prácticas sexuales de riesgo (e.g., no uso de preservativo, consumo de sustancias antes y durante las relaciones sexuales - Chemsex-, no establecimiento de límites, tener múltiples parejas sexuales). Además, proporcionará información sobre las consecuencias negativas de la emisión de conductas sexuales de riesgo, como poder contraer una infección/enfermedad de transmisión sexual (ITS/ETS), embarazos no deseados o coacción sexual (prácticas sexuales no deseadas). Posteriormente, informará sobre las medidas preventivas que se pueden tomar para no verse involucradas en esas conductas, así como medidas de protección frente a sus consecuencias negativas, fomentando un mayor conocimiento de los propios deseos sexuales, necesidades, preferencias y métodos de protección (e.g.,

pastillas anticonceptivas, preservativos, DIUs). Finalmente, y como en todas las sesiones, se dejará un espacio para resolver dudas que puedan surgir.

Sesión 5. Me valoro

Objetivos: fortalecer la autoestima de las participantes para mejorar su bienestar psicológico y sexualidad. Trabajar con las participantes la estima a su propio cuerpo, sus deseos sexuales, su placer y un mejor diálogo interno.

Para ello, la psicóloga dará una explicación de qué es la autoestima y sus efectos en el bienestar psicológico. Además, destacará la asociación con la sexualidad y la autoestima sexual, donde se explicarán las diferencias corporales, la escucha a los deseos, y se destacará el papel del placer en la sexualidad femenina. Seguidamente, se informará de la importancia del diálogo interno en relación a la autoestima. Para terminar, se realizará la dinámica “Cómo le hablaría a una amiga” (Anexo 7), que busca potenciar la autoestima de las mujeres a través de la mejora del diálogo interno. Esta actividad se desarrollará de manera transversal durante el resto de semanas.

Sesión 6. Yo importo

Objetivos: mejorar las habilidades sociales y fomentar el establecimiento de límites que permitan relaciones sanas con otras personas. En esta sesión, se trabajará la identificación de las necesidades individuales y de cómo comunicarlas a otras personas.

Para ello, la psicóloga dará una explicación sobre qué son las habilidades sociales y su importancia en el establecimiento y mantenimiento de relaciones interpersonales. Se dará una breve explicación sobre las técnicas de comunicación asertiva y su aplicación. Además, se desarrollará el concepto de los límites: qué son, para qué sirven y por qué son importantes en las relaciones sexuales. Posteriormente, se realizará la dinámica “Tu historia y la mía” (Anexo 8), que promueve que las mujeres identifiquen necesidades, formas asertivas de comunicarlas y establecimiento de límites.

Sesión 7. Medicación y equipos sanitarios

Objetivos: dar información sobre los efectos secundarios que pueden tener los medicamentos prescritos para los distintos trastornos mentales en la sexualidad de las mujeres, así como dotarles de herramientas de comunicación para hablar con el personal sanitario.

Para ello, la psicóloga dará una explicación sobre cuáles son los efectos secundarios más comunes y que pueden dar lugar a distintas disfunciones sexuales (e.g., anorgasmia, disminución del deseo sexual, falta de lubricación vaginal). Dotándoles de información sobre las disfunciones sexuales, se facilita también la comunicación de sus necesidades a los dispositivos de salud. Por ello, también se transmitirán herramientas para mejorar la comunicación con los distintos recursos sanitarios que están a su alcance. Finalmente, se realizará un *role-play* en parejas, donde simularán una situación real de conversación con un profesional.

Sesión 8. Gestionando la frustración

Objetivos: potenciar estrategias de gestión de la frustración generada por situaciones relacionadas con su sexualidad, así como dotarles de recursos para relajarse en situaciones que les produzcan malestar.

La psicóloga dará una breve explicación sobre las emociones, centrándose principalmente en la frustración que proviene de los estigmas sociales, que se les han asociado, así como de los efectos secundarios que les provoca su medicación. Seguidamente, la psicóloga proporcionará información sobre distintas técnicas de relajación que puedan utilizar las participantes ante situaciones de frustración u otras emociones que les generen malestar (disponible en el Anexo 9). Finalmente, se realizará la dinámica “Nos relajamos” (Anexo 9).

Sesión 9. Hacemos balance

Objetivos: se revisará que las participantes hayan seguido completando la actividad de autoafirmaciones positivas sobre ellas mismas que se planteó en la sesión 1. Además, se pedirá que saquen las hojas donde tengan apuntados los objetivos que se han ido planteando (dinámica propuesta en la sesión 2, “Mis metas”) dado que, vinculada a esa dinámica, se les planteará la última, “El progreso” (Anexo 10), donde podrán comunicar cómo se sentían al llegar, los objetivos que han logrado y lo que les gustaría alcanzar. De esta manera, harán balance de lo conseguido a lo largo de las sesiones. Seguidamente, se hará un resumen de los aspectos trabajados en las sesiones del programa, resolviendo cualquier duda que haya podido surgir a lo largo de las semanas. Más tarde, se les volverán a administrar los cuestionarios que realizaron en la primera sesión (post-test), así como el cuestionario de satisfacción con el programa.

(Anexo3). Para finalizar, el equipo y las participantes se despedirán y se les agradecerá su participación en el programa.

Recursos

Recursos humanos

Para la implementación del programa, se contará principalmente con dos profesionales. En primer lugar, una psicóloga encargada de impartir todas las sesiones, a excepción de aquellas en las que se trabaja únicamente contenidos relacionados con la sexualidad. Estas sesiones serán impartidas por una sexóloga especializada. Además, también se contará con la colaboración de las profesionales de ASAPME Zaragoza, quienes participarán en la selección de las participantes y a quienes se les mantendrá informadas en todo momento del progreso del programa.

Recursos materiales

En relación al material, para poder implementar el programa, se contará primeramente con las instalaciones del Centro Cívico de Delicias (Zaragoza). Dicho centro proporciona el mobiliario para el desarrollo de las distintas sesiones. Además, se contará con material fungible (papel, bolígrafos, lápices, cinta adhesiva, cartulinas, photocopias, tizas, cinta americana) y material electrónico (pantalla de ordenador, altavoces, proyector).

Evaluación

Con el fin de mejorar el programa propuesto, de comprobar el cumplimiento de los objetivos propuestos e incrementar los conocimientos sobre la sexualidad y la salud sexual en mujeres con TMG, se realizará una evaluación dividida en tres momentos temporales: previa a la puesta en marcha del programa, lo que facilita el diseño de objetivos; a lo largo de la implementación, lo que asegura que se está llevando a cabo de forma óptima; y tras la finalización del programa, donde se valora si se han cumplido los objetivos. De la misma manera, será una evaluación mixta en cuanto a quién la realiza, dado que será hecha tanto por la profesional que la ha diseñado, por las personas que la imparten y por profesionales externos. Al realizar la evaluación de esta manera, se esperaría conseguir mantener la información inicial (gracias a la psicóloga que la

diseña), así como una mayor objetividad en la evaluación, aportada por los profesionales externos (Ubillos Landa y Molero Alonso, 2011).

Antes: se realizará una evaluación del estudio, de la planificación, de las metodologías utilizadas y de la organización de las sesiones que componen el programa. Para llevar a cabo esta evaluación, se contará con la opinión de un grupo de profesionales expertos en sexualidad y externos al programa. Además, también se contará con profesionales de ASAPME especialistas en TMG que colaborarán con la evaluación previa de las participantes.

Durante: se realizará una evaluación del ambiente, el desarrollo del programa, del desempeño, del rendimiento de las profesionales. Para ello, tanto las profesionales que imparten las sesiones (psicóloga y sexóloga) como las mujeres participantes en él, llenarán una batería de cuestionarios. El equipo de profesionales realizará distintas reuniones a lo largo del programa para dar feedback de las sesiones y valorar aspectos a mejorar y/o modificar. Además, se realizará una reunión a mitad de implementación del programa para informar a las profesionales de ASAPME del curso del mismo.

Después: al finalizar la intervención, se realizará la evaluación de la eficacia y la satisfacción con el programa. La evaluación de la eficacia se realizará a través del diseño pre-post test. Se compararán los resultados de los cuestionarios aplicados antes de comenzar el programa y al finalizarlo, de manera que se pueda observar si ha habido una mejoría en las áreas evaluadas. Posteriormente, estos resultados serán comparados con los obtenidos por el grupo control. Además, se evaluará la satisfacción de las participantes con el programa, a través del cuestionario diseñado para ello (Anexo 3), en el que se les pedirá que evalúen distintos aspectos del programa, así como su valoración general.

Resultados esperados

Tras la implementación del programa, se esperan cumplir el objetivo general y los objetivos específicos planteados. Es decir, conseguir una mejoría en la salud sexual de las mujeres con TMG y mayor conocimiento sobre qué implica la sexualidad y cómo desarrollarla en plenitud. La información aportada por la psicóloga y la sexóloga acerca de las dimensiones implicadas en la sexualidad, sus aspectos positivos y placenteros, y el mayor conocimiento del propio cuerpo (sesión 2), ayudarán a que se alcance este objetivo.

Se espera también que las herramientas trabajadas durante las sesiones sean de utilidad para promover una mejoría en la autoestima de las mujeres (trabajado en la sesión 5), en sus relaciones interpersonales (sesión 6) y en la gestión de la frustración (sesión 8). De la misma manera, se prevé que la información sobre las conductas sexuales de riesgo, sus consecuencias y su prevención (sesión 4), haciéndolas conocedoras también de las consecuencias negativas de ciertas prácticas, pueda fomentar una mayor conciencia y, por tanto, una reducción de su emisión. También se espera que tras el trabajo sobre los estigmas (sesión 3), las participantes puedan aprender a detectarlos y actuar más alejadas de su influencia.

En cuanto a las dinámicas que se realizan de manera más transversal durante las sesiones (“Mis metas” y “Mis fortalezas”), junto con la última dinámica propuesta (“El progreso”), se espera que promuevan la autonomía y la toma de decisiones en las participantes. Ambas áreas suelen estar afectadas por el curso de los TMG, y son áreas que están vinculadas con la mejoría de la sexualidad y de las relaciones interpersonales.

Con todo esto, se aspira a que mejore el bienestar y la calidad de vida general de las participantes, cumpliendo así el objetivo final de la intervención propuesta en el programa.

Se prevé, además, que el programa proporcione a las participantes una red de apoyo en la que se sientan cómodas, acompañadas y comprendidas; un ambiente donde puedan expresar con naturalidad sus necesidades, inquietudes y dudas y que, además, obtengan herramientas para trasladar esto a otros agentes, como sus familias y los dispositivos de salud mental.

Se espera que al inicio del programa no haya diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control en las áreas evaluadas con los cuestionarios seleccionados (pre-test): autoestima, creencias sexuales, malestar asociado a la sexualidad y habilidades sociales. De manera que si, como se espera, el programa es eficaz, se observarán diferencias, traducidas en mejoría en el grupo experimental en la segunda evaluación (post-test).

Así, si el programa muestra eficacia a través de la mejoría en las áreas evaluadas en el grupo experimental, se implementará esta intervención en las participantes del grupo control, para que puedan beneficiarse de los beneficios del programa y de la mejoría en su bienestar y calidad de vida.

Conclusiones

En la actualidad, la sexualidad de las mujeres con TMG se encuentra relegada a un segundo plano de sus vidas. No existe un espacio para que comuniquen sus necesidades, no hay una educación sexual adecuada a su población y están estigmatizadas. Todo esto, puede derivar en consecuencias como el no-desarrollo de una sexualidad plena, el aumento de la emisión de conductas sexuales de riesgo, la falta de conocimientos sobre su propio cuerpo, la interiorización de estigmas sociales y sexuales, mayor vulnerabilidad ante la coacción sexual, el aislamiento y síntomas depresivos, lo que implica, en todos los casos, un menor bienestar general.

Sin embargo, a pesar de que la literatura muestra que existe una alta incidencia en problemas asociados a la sexualidad de las mujeres con TMG, únicamente se encuentran intervenciones relacionadas con la disminución del VIH en este colectivo, que no incluyen otros factores de riesgo ni se centran en la mejoría general de la salud sexual, incluyendo aspectos positivos. Esta es la razón por la que es necesaria la implementación de programas de prevención e intervención como el aquí descrito, que busquen la mejoría multidimensional de la salud sexual y la sexualidad general de las mujeres con TMG.

La incorporación de programas desde los sistemas sanitarios en los que se dé espacio a las mujeres con TMG para comunicar sus necesidades, se trabaje y se asesore sobre las dimensiones descritas, es de gran importancia y, además, generaría beneficios positivos en su calidad de vida.

Una vez finalizado el programa, se espera que las herramientas y conocimientos proporcionados a las mujeres en las distintas sesiones puedan ser trasladados a su día a día, manteniendo así su mejora en la calidad de vida y en su salud sexual. Es decir, se espera que los beneficios se mantengan a largo plazo.

Por último, se espera que cuando se demuestre la eficacia de la intervención para la mejoría de la salud sexual y el bienestar psicológico de las mujeres con TMG, eso les permita un funcionamiento más óptimo y una mayor calidad de vida.

Referencias

- Arranz López, J. G. y Cantero Garlito, P. A. (2019). Explorando la relación entre la satisfacción sexual y la calidad de vida en personas con trastorno mental grave. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 16(30), 134-142.
- Brand, E., Ratsch, A., Nagaraj, D. y Hefferman, E. (2022). The sexuality and sexual experiences of forensic mental health patients: An integrative review of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 13.
- Caballo, V., Godoy, F. J. y Carrobles, J. A. (1984). Evaluación de las habilidades sociales por medio de un cuestionario multimodal. Primeros datos. *Comunicación presentada en el I Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid.
- Chrastina, J. y Večeřová, H. (2018). Supporting sexuality in adults with intellectual disability – A short review. *Sexuality and Disability*, 38, 285-298.
- Corbett, R., Elson, S., Sands, N. y Prematunga, R. (2017). An exploratory investigation of sexual health screening in the first 12 weeks of case management in populations with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(2), 160-169.
- de Jager, J., van Greevenbroek, R., Nugter, A. y van Os, J. (2018). Sexual expression and its determinants, in people diagnosed with psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 54, 1082-1088.
- Derogatis, L. R., Rosen, R., Leiblum, S. Burnett, A. y Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexuality related personal distress in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28(4), 317-330.
- Espinosa-López, R. y Valiente-Ots, C. (2017). ¿Qué es el trastorno mental grave y duradero? *Edupsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 16(1), 4-14.
- Fuenmayor, J. A. (2017). 7 técnicas para garantizar una comunicación asertiva. Recuperado de <https://jesusfuenmayor.com/2017/11/24/7-tecnicas-para-garantizar-una-comunicacion-asertiva/>.
- Galarza-Tejada, D., Caballero-Hoyos, R. y Ramos-Lira, L. (2017). Factors associated with HIV transmission risk in people with a severe mental illness. A narrative review. *Salud Mental*, 40(1), 29-42.

- Gebeyehu, D. A. y Mulatie, M. (2021). Risky sexual behavior and its associated factors among patients with severe mental disorder in University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, 2018. *BMC Psychiatry*, 21, 1-10.
- Góngora, V. C. y Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e*, 1(27), 179-194.
- Harrington, N. (2005). The Frustration Discomfort Scale: development and psychometric properties. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 374-387.
- Hortal-Mas, R., Moreno-Poyato, A. R., Granel-Giménez, N., Roviralta-Vilella, M., Watson-Badía, C., Gómez-Ibáñez, R., ... y Leyva-Moral, J. M. (2022). Sexuality in people living with a serious mental illness: A meta-synthesis of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(1), 130-146.
- Íncedere, A. y Küçük, L. (2017). Sexual life and associated factors in psychiatric patients. *Sexuality and Disability*, 35, 89-106.
- Lamelas, V. S., Maurel, B. L., del Carmen Peñaranda-Cólera, M., de la Torre, L., Gresle, A. S. y Pinazo, M. J. (2022). Derechos sexuales y reproductivos en mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave: argumentos y consenso de profesionales en salud mental comunitaria. *Anuario de Psicología*, 51(1).
- McMahon, R. C., Abbamonte, J. M. y Dévieux, J. G. (2018). Psychopathology subgroups and HIV-risk among women in psychiatric treatment. *AIDS and Behavior*, 22, 1446-1460.
- Medrano, L. A., Franco, P. y Mustaca, A. E. (2018). Adaptación argentina de la “Escala de Intolerancia a la Frustración”. *Psicología Conductual*, 26(2).
- Nobre, P., Gouveia, J. P. y Gomes, F. A. (2003). Sexual dysfunction beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18(2), 171-204.
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Trastornos mentales*. Recuperado de <https://who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es>.
- Pandor, A., Kalenthaler, E., Higgins, A., Lorimer, K., Smith, S., Wylie, K. y Wong, R. (2015). Sexual health risk-reduction interventions for people with severe mental illness: A systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1-13.

- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg Self-Esteem Scale (RES). *Acceptament and Commitment Therapy: Measures package*, 6, 18.
- Stevens, M., Ratheesh, A., Watson, A., Filia, K., Donoghue, B. O. y Cotton, S. M. (2020). Rates, types and associations of sexual risk behaviors and sexually transmitted infections in those with severe mental illness: A scoping review. *Psychiatric Research*, 290, 112946.
- Soriano, M. C. L. y Salas, M. S. M. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Thompson, K. N., Betts, J., Jovev, M., Nyathi, Y., McDougall, E. y Chanen, A. M. (2019). Sexuality and sexual health among female youth with borderline personality disorder pathology. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 502-508.
- Ubillos Landa, S. y Molero Alonso, F. (2011). Evaluación de programas en Psicología Comunitaria. *Psicología de la Intervención Comunitaria*, 411-449.
- Wainberg, M. L., Cournos, F., Wall, M. M., Norcini Pala, A., Mann, C. G., Pinto, D., ... y McKinnon, K. (2016). Mental illness sexual stigma: Implications for health and recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 90.
- Yahyavi, S., Raisi, F., Firoozikhajastefar, R., Shahvari, Z. y Mirsepassi, Z. (2022). Sex education for patients with severe mental illness in Iran: A qualitative study. *PEC Innovation*, 1, 100016.

Anexo 1

Cuestionario Sociodemográfico.

Nombre y Apellidos: _____

Edad: _____

Estado civil: _____

Lugar de residencia (ciudad, pueblo, provincia): _____

Orientación sexual: _____

Ocupación: _____

Female Sexual Distress Scale (FSDF;DeRogatis et al.).

Se utilizará una traducción al castellano de esta escala para la selección de participantes del programa. Las participantes leerán las siguientes afirmaciones y marcarán con una “X” la alternativa que más se ajuste a cómo se sienten, actúan, piensan.

0	Nunca
1	Raramente
2	Ocasionalmente
3	Frecuentemente
4	Siempre

Ítem	Afirmación	0	1	2	3	4
1	Distressed about your sex life.					
2	Unhappy about your sexual relationship.					
3	Guilty about your sexual difficulties.					
4	Frustrated by your sexual problems.					
5	Stressed about sex.					
6	Inferior because of sexual problems.					
7	Worried about sex.					
8	Sexually inadequate.					
9	Regrets about your sexuality.					
10	Embarrassed about sexual problems.					
11	Disssatisfied with your sex life.					
12	Angry with your sex life.					

Anexo 2

Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire (SDBQ; Nobre et al.).

Se utilizará una traducción al castellano de este cuestionario para la valoración de la eficacia del programa (pre y post-test). Las participantes leerán las siguientes afirmaciones y marcarán con una “X” la alternativa que más se ajuste. Se trata de un cuestionario de 40 ítems medido con una escala Likert.

1	No estoy en absoluto de acuerdo
2	No estoy de acuerdo
3	Algo en desacuerdo
4	De acuerdo
5	Estoy muy de acuerdo

Afirmación	1	2	3	4	5
Love and affection from partner are necessary for good sex.					
Masturbation is wrong and sinful.					
The most important component of sex is mutual affection.					
The best gift woman could bring to marriage is her virginity.					
After menopause women lose their sexual desire.					
Women who have sexual fantasies are perverted.					
Masturbation is not proper activity for respectable women.					
After menopause women can't reach orgasm.					
Women who aren't physically attractive can't be sexually satisfied.					
In the bedroom man is the boss.					
A good mother can't be sexually active.					
Reaching orgasm is acceptable for men but not for women.					
Sexual activity must be initiated by man.					
Sex is dirty and sinful.					
Orgasm is possible only by vaginal intercourse.					
The goal of sex is for men to be satisfied.					
As women age the pleasure they get from sex decreases.					
Sex is a beautiful and pure activity.					
Sex without love is like food without flavor.					
As long as both consent agree anything goes.					

Sex is meant only for procreation.				
Sexual intercourse during menstruation can cause health problems.				
Oral sex is one of the biggest perversions.				
Being nice and smiling at men can be dangerous.				
The most wonderful emotions that a woman can experience are maternal.				
Anal sex is a perverted activity.				
In the bedroom the woman is the boss.				
Sex should happen only if a man initiates.				
There is just one acceptable way of having sex (missionary)				
Exper. pleasure during sexual act. is not acceptable in a virtuous woman.				
A good mother must control her sexual urges.				
An ugly woman is not capable of sexually satisfying her partner.				
Woman who only derives sex pleasure through clitoris stimulation is sick.				
Pure girls don't engage in sexual activity.				

Anexo 3

Cuestionario de satisfacción con el programa.

Este cuestionario está diseñado para valorar la eficacia del programa y poder realizar las mejoras que sean pertinentes para futuras implementaciones. Tus respuestas son de gran ayuda.

En la primera parte del cuestionario marca con una X la respuesta que consideres más adecuada, siendo las posibilidades: 1=Nada adecuado; 2=Algo adecuado; 3=No puedo decidir; 4=Adecuado; 5=Muy adecuado.

	1	2	3	4	5
Valoración general del programa.					
Valoración de los contenidos trabajados.					
Valoración de las instalaciones.					
Valoración del material utilizado.					
Valoración de la actuación de las profesionales.					
Valoración del clima del grupo.					
Valoración de la participación propia.					

1. ¿Cuál/es han sido los contenidos que más interesantes y relevantes te han parecido para el programa? ¿Por qué?

2. ¿Cuál/es han sido los contenidos que menos te han gustado y que consideras menos relevantes para el programa? ¿Por qué?

3. ¿Qué otros aspectos te gustaría haber trabajado e incluirías en futuras implementaciones del programa?

4. Otros comentarios/sugerencias:

Anexo 4

Dinámica: “Mi fortaleza”

Las participantes se dividen en dos grupos, formando dos círculos. Uno de los círculos se encontrará dentro del otro. Las participantes del grupo interno mirarán hacia fuera, dándose la espalda entre ellas, y las participantes del grupo externo mirarán hacia dentro. De esta manera, habrá una mujer delante de otra. Tras dos minutos, se les pedirá que se presenten respondiendo varias preguntas (nombre, lugar de nacimiento, aficiones y fortaleza), haciendo especial hincapié en que mencionen una característica positiva sobre ellas. Una vez pasados los dos minutos, el grupo de fuera se desplazará una posición, de forma que todas se presenten entre ellas.

Al finalizar, se les pedirá que apunten la fortaleza mencionada en una hoja de registro que se repartirá. Semanalmente, se les pedirá que apunte una fortaleza más que vayan encontrando. Esta actividad será comentada en la sesión final.

Registro de “Mis Fortalezas”	
Nombre y Apellido: Sesión 1: _____ Sesión 2: _____ Sesión 3: _____ Sesión 4: _____ Sesión 5: _____ Sesión 6: _____ Sesión 7: _____ Sesión 8: _____	

Dinámica: “Mis metas”

Se repartirá a cada participante una hoja donde semanalmente tendrán que proponerse un objetivo relacionado con los contenidos que se están trabajando (e.g., hablar mejor, pedir cita en el ginecólogo). El registro de objetivos contiene varios aspectos que estarán en la ficha. Esta ficha se traerá a la última sesión, ya que se vinculará con la última dinámica (“El progreso”). Las profesionales se asegurarán de dar a entender que el no logro de los objetivos no significa fracaso, dado que el trabajo en él ya es un logro.

-MIS METAS-

Semanalmente, nos proponemos un objetivo e indicamos el motivo por el cual queremos alcanzarlo, cómo vamos a trabajar en él y al finalizar la semana el resultado obtenido.

	Objetivo	Para qué	Cómo	Resultado
<i>Semana 1</i>				
<i>Semana 2</i>				
<i>Semana 3</i>				
<i>Semana 4</i>				
<i>Semana 5</i>				
<i>Semana 6</i>				
<i>Semana 7</i>				
<i>Semana 8</i>				



Imagen recuperada de: <https://dichoamano.com/visualizar-objetivos/>

Anexo 5

Dinámica: “Los cimientos de la sexualidad”

(<https://salutsexual.sidastudi.org/es/dinamica/170126-qu-entendemos->)

Se dividirá a las mujeres en dos grupos. A cada grupo se les pedirá que hagan una lluvia de ideas y escriban en un trozo de folio (que se les proporcionará) conceptos relacionados con la sexualidad. Estos conceptos se pondrán en la pared, pegándolos con cinta adhesiva. Mientras los grupos trabajan en escribir las palabras, la psicóloga hará preguntas fomentando que aparezcan términos relacionados con la autoestima, placer, límites, entre otros. Una vez ambos grupos han terminado, se les pide que colectivamente clasifiquen todas las palabras en cuatro grupos: placer, emociones, vivencias, riesgos.

Dinámica: “Las zonas de placer”

Tres participantes voluntarias saldrán a una pizarra a dibujar; la primera de ellas trazará un cuello y cabeza; la segunda un torso; la tercera, el tronco inferior masculino y femenino. Para la representación del aparato la vulva y el pene se utilizarán dos imágenes. Una vez dibujado, en grupo se genera un debate sobre qué zonas son erógenas en el cuerpo y pueden generar placer. Se promueve a través de esta actividad el mayor conocimiento de las partes del cuerpo femenino/masculino y dar información sobre cómo estimularlas para que la sexualidad sea placentera. Se incluye la anatomía masculina en esta actividad dado que existen diversidades sexuales y se tiene en cuenta tanto el placer de las mujeres CIS como de las mujeres TRANS que no hayan transicionado anatómicamente. Asimismo, se decide que las participantes dibujen las partes del cuerpo, dado que las imágenes predeterminadas tienden a representar únicamente cuerpos normativos, pudiendo esto afectar la autoestima física de alguna de las participantes.



Imagen 1 recuperada de: <https://bebloomers.com/tu-cuerpo/anatomia/partes-vulva/>

Imagen 2 recuperada de: <https://www.unprofesor.com/ciencias-naturales/partes-del-pene-4432.html>

Anexo 6

Dinámica: ¿Dónde te sitúas?

Previamente a la explicación de lo que son los estigmas sociales y sus consecuencias en el bienestar general y sexual de las mujeres con TMG se realizará esta dinámica. Se dividirá parte de la habitación en dos con cinta americana en el suelo. Posteriormente, la profesional encargada de la actividad comenzará a leer afirmaciones, algunas de ellas serán estigmas y otras realidades sobre la sexualidad y el TMG. Se pedirá a las mujeres que se sitúen o en el lado de “Verdad” o en el de “Falso” tras la lectura de cada afirmación. Una vez se haya realizado con cada afirmación, se irán aclarando los enunciados junto a una explicación.

Enunciados:

- Las mujeres con TMG no deberían ser madres ya que no pueden cuidar de otros (*falso*).
- El no-establecimiento de límites en las relaciones sexuales pueden llevar a malentendidos (*verdad*).
- Los antipsicóticos pueden tener consecuencias en la sexualidad (*verdad*).
- Las mujeres con TMG no tienen relaciones sexuales (*falso*).
- Las mujeres con TMG sólo deberían tener relaciones íntimas con otras personas con TMG (*falso*).
- Cualquier persona puede contagiarse con el VIH (*verdad*).
- Las mujeres con TMG ya tienen suficiente con mejorar su salud mental, su salud sexual debería estar relegada a un segundo plano (*falso*).
- Los dispositivos sanitarios deberían encargarse de tratar cuestiones relacionadas con la sexualidad (*verdad*).
- Las mujeres con TMG no tienen fantasías y deseos sexuales (*falso*).

Dinámica: “Metáfora de la Gárgola”

La Terapia de Aceptación y Compromiso (terapia contextual) hace uso de distintas metáforas para ayudar a los pacientes a identificar sus eventos privados, trabajar en aceptarlos y en aprender a distanciarse de ellos sin evitarlos (Soriano y Salas, 2006). En relación con los estigmas, como se menciona en la justificación teórica, en numerosas ocasiones se interiorizan y tienen consecuencias negativas sobre la sexualidad de las mujeres. Por lo tanto, a través de esta metáfora se trabaja el detectarlos para poder decidir. La metáfora es la siguiente:

Imagínate una gárgola en tu hombro. Como las gárgolas son de piedra y, por lo tanto pesadas, hace que se te dificulte moverte para realizar cualquier tipo de actividad. Además, te habla al oído y te da mensajes negativos, humillantes, te culpabiliza de todo. Si te encuentras mal, la gárgola te afirma rotundamente que así te sentirás siempre. Y lo peor es que tú te crees todo lo que te susurra.

En las próximas semanas deberás aprender a identificar cuáles son estos mensajes y ser consciente que vienen de la gárgola. Es imposible no escucharla pero, si aprendes a identificar cuáles son sus mensajes, sabrás que son opiniones de la gárgola y dejarás de creer en ellos. La gárgola gritará más para convencerte pero, con el tiempo, si no se siente escuchada, tal vez se marche de tu hombro.

Recuperada de: <https://psicologoscordoba.org/las-metáforas-en-las-terapias-de-aceptación-y-compromiso/>.

Anexo 7

Dinámica: “Como le hablaría a una amiga”

La psicóloga narrará una historia donde una mujer cuenta una historia personal. Se les repartirá a las mujeres la narración escrita en una hoja:

Tu amiga Raquel llega ayer a vuestro encuentro y te cuenta la siguiente situación: “El otro día estaba manteniendo relaciones sexuales con Juan (su pareja) y estaba un poco dispersa y preocupada por una situación en el trabajo. Total, no podía llegar al orgasmo y, además, sentía que lo estaba haciendo todo fatal. La verdad es que fui un desastre y no me extrañaría que Juan me quisiera dejar, fue todo mi culpa, podría hacer las cosas mejores”.

Tras la lectura de esta breve historia, se promueve una conversación con las participantes. Se les pregunta qué le dirían a esta amiga que, ante una situación que es muy común, se habla de esta manera. La psicóloga buscará que las participantes hagan comentarios como “no debería hablarse así”, “se trataba de una situación normal, no era culpa de nadie”. Una vez conseguidos estos comentarios, la psicóloga pasaría a hablar de la importancia del diálogo interno y les pediría a las participantes que realicen la siguiente dinámica.

Rellenarán una ficha donde escribirán situaciones en las que no se hayan tratado bien a ellas mismas, y cambiarán estos mensajes por otros más cariñosos (como si le estuvieran hablando a una amiga). Se tratará de fomentar una mejoría en el diálogo interno.

Mi lado amable	
Situación	Dialogo Interno Positivo

Anexo 8

Dinámica: “Tu historia y la mía”

Se realizará una explicación previa a la dinámica de las 7 técnicas de comunicación asertiva que fomentan el respeto y pueden utilizarse a la hora de establecer límites (Fuenmayor, 2017):

1. Técnica del disco rayado: consiste en repetir en varias ocasiones el mismo mensaje, con el mismo tono, ritmo y volumen para que la persona con la que hablas capte tu mensaje.
2. Técnica del banco de niebla: cuando encuentres una situación en la que puede llegar a confrontación, dar la razón con precaución.
3. Técnica para el cambio: dar una visión general de la discusión.
4. Técnica del acuerdo asertivo: llegar a un punto medio, sin comprometer tu propio bienestar.
5. Técnica de la pregunta asertiva: contestar haciendo una pregunta en forma positiva.
6. Técnica de ignorar: ante una discusión con un interlocutor que está muy enfadado y no se consigue hablar con él es mejor ignorar y aplazar la conversación.

Una vez se han explicado las diferentes técnicas de comunicación, se pasará a la dinámica. Se hacen seis grupos de dos personas cada uno y un grupo de tres. A cada grupo, se le asigna una técnica de comunicación asertiva y se les pide que en 10 minutos preparen un *role-playing* donde utilicen la técnica en una situación donde están intentando establecer límites con una pareja afectivo-sexual. El resto de participantes observarán la actuación y, posteriormente, comentará cuál creen que era. Al finalizar la dinámica, se fomentará un debate donde las participantes comenten qué técnica creen que les funcionaría mejor a ellas.

Anexo 9

Instrucción en técnicas de relajación

Se hará una explicación a las participantes sobre las principales técnicas de relajación que pueden utilizar cuando sientan malestar ante situaciones cotidianas y/o relacionadas con su sexualidad

1. Relajación Autógena de Schultz: consiste en la relajación del cuerpo a partir de concentrarse en las sensaciones que existen de pesadez y calidez. Tratando de liberar tensiones. Incluye 6 ejercicios distintos (pesadez, calor, pulsación, respiratorio, abdominal y cabeza).
2. Relajación muscular progresiva de Jacobson: consiste en reconocer qué músculos del cuerpo tienen tensión e ir destensándolos poco a poco. Se realiza un *screening* del cuerpo.
3. Mindfulness: aunque no se trate de una técnica únicamente de relajación, el mindfulness beneficia la atención al momento presente y el trabajo en la conciencia plena. Nos permite relajarnos y no elaborar juicios.

Dinámica: “Nos relajamos”

Se pone en práctica una meditación guiada que se puede utilizar cuando sensaciones como la frustración nos superan: <https://youtu.be/Q-Ivc3EFU2Q>.

Anexo 10

Dinámica: “El progreso”

Se colocarán en el suelo tres cruces de distintos colores con cinta adhesiva. Cada participante se posicionará en estas tres cruces, en la primera de ellas (amarilla) explicarán como se sentían antes de comenzar el programa, en la segunda de ellas (verde) qué objetivos han logrado a lo largo de las sesiones y en la última de ellas (azul) que les gustaría conseguir ahora que ha finalizado.