



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Programa : PIMSEX

Propuesta de Intervención en mujeres con Trastorno de
interés/excitación sexual

Alumna

Elsa Gareta Fernandez

Directora

María del Mar Sánchez Fuentes

Grado de Psicología

Facultad de Ciencias Sociales y humanas de Teruel

Curso 2021-2022

Resumen

El deseo sexual según Kaplan es la base fundamental para comenzar la actividad sexual, se trata de una sensación específica que mueve a las personas a realizar o responder a una experiencia sexual. Se considera la fase de la respuesta sexual con mayor énfasis en los últimos modelos, debido a que las mujeres sufren de esta disfunción de manera mas frecuente. Debido a esto, el objetivo del presente trabajo es desarrollar una intervención para mujeres diagnosticadas del trastorno de interés/excitación sexual, solteras o en una relación de pareja, mayores de 18 años y residentes en Zaragoza. El programa PIMSEX utiliza la terapia sexual propuesta por Máster y Johnson haciendo uso de herramientas necesarias para disminuir la sintomatología y mejorar aspectos psicológicos relacionados con este trastorno como puede ser la falta de autoestima, comunicación, ansiedad y estrés, autoconocimiento etc.

Palabras clave: deseo sexual, terapia sexual, disfunción femenina, terapia de pareja, respuesta sexual.

Abstract

Sexual desire according to Kaplan is the fundamental basis for starting sexual activity, it is a specific sensation that moves people to perform or respond to a sexual experience. It is considered the phase of sexual response with greater emphasis in the latest models, because women suffer from this dysfunction more frequently. Therefore, the objective of this work is to develop an intervention for women diagnosed with the disorder sexual interest / arousal, single or in a relationship, over 18 years of age and residents in Zaragoza. The PIMSEX program uses the sex therapy proposed by Master and Johnson making use of necessary tools to reduce symptoms and improve psychological aspects related to this disorder such as lack of self-esteem, communication, anxiety and stress, self-knowledge, etc.

Keywords: sexual desire, sex therapy, female dysfunction, couples therapy, sexual response.

Marco teórico

La disfunción sexual según la definición de la Organización Mundial de la Salud es “la dificultad o imposibilidad del individuo de participar en las relaciones sexuales tal como lo desea” (Organización Mundial de la Salud, OMS 1992). Este tipo de trastornos sexuales son un problema muy complejo y desconcertante emocionalmente debido a que existen numerosas variaciones de categorías diagnósticas, recopilación de datos, composiciones de la muestra, así como definiciones (Clayton y Juarez, 2019).

La respuesta sexual humana no es únicamente una respuesta física, tiene un alcance emocional y psicológico que se produce cuando respondemos ante los estímulos que provocan el deseo. Desde el punto de vista emocional y psicológico las experiencias vividas son únicas y personales, formadas a raíz de las vivencias y aprendizajes a lo largo de la vida (Campos, Civera, Córdoba, Del amo, Díaz, Díaz y Ferri, 2006).

En los años 1960 Masters y Johnson distinguieron un modelo cíclico de respuesta sexual femenina comprendido en 4 fases distintas que incluyen excitación, meseta, orgasmo y resolución. Fue posteriormente Kaplan en 1970 quien transformó estas fases e introdujo la fase de deseo sexual, una fase psicológica definida como el interés procedente de nuestros pensamientos que muestra una persona sobre la sexualidad (Campos *et al.*, 2006). Ambos modelos recalcan la importancia de un continuo secuencial de fases que aparecen durante la respuesta sexual (Wright y O'Connor, 2015).

Las dificultades que tienen los individuos que padecen trastornos sexuales se deben a las alteraciones en una o varias fases de la respuesta sexual que impiden disfrutar de las relaciones sexuales y generan un malestar en la calidad de vida personal y en pareja, así como la imposibilidad de un disfrute pleno en su vida sexual.

Debido a la multitud de nomenclaturas utilizadas para definir los trastornos de disfunción sexual femenina, se han utilizado la clasificación y criterios diagnósticos del DSM-5. En este manual de diagnóstico los trastornos sexuales se dividen según género y momento afectado de la repuesta sexual, dolor génito-pélvico/penetración, Trastorno Orgásmico Femenino y por último Trastorno de Interés / Excitación Sexual (American Psychiatric Association, 2013). Literatura anterior demuestra que la disfunción sexual más prevalente en las mujeres es el trastorno de Interés/ Excitación sexual, Shifren, Monz,

Russo, Segreti y Johannes en 2008 encontraron que el 37,7% de las mujeres indicaron tener un bajo deseo sexual. El principal criterio de este trastorno es la reducción significativa del interés/excitación sexual femenina manifestado por un interés ausente o reducido en la actividad sexual, fantasías o pensamientos sexuales y un inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla con una duración mínima de seis meses y malestar clínico significativo (American Psychiatric Association, 2013).

Los problemas que implican este tipo de trastornos varían según persona y sexo, basándonos en la literatura existente las disfunciones sexuales afectan a un 22-43% de las mujeres y comparándola con las cifras en hombres (41%) se puede concluir que es más frecuente en el género femenino (De la Hoz, 2016). En la mayoría de las mujeres suelen ser varias y diversas las causas que dan lugar a trastornos en la respuesta sexual, asimismo pueden presentarse en cualquier edad, entorno cultural, religión y estado civil con diferentes síntomas y malestar asociado (De la Hoz, 2016). Algunos conflictos sexuales que sufren las mujeres son la reducción de la lubricación vaginal, la disminución de la capacidad para alcanzar el orgasmo, presencia de dolor sexual, disminución del deseo sexual etc. (Cabello- Santamaría y Palacios, 2012).

En las disfunciones sexuales existen factores fisiológicos, médicos, hormonales, farmacológicos, psicológicos y sociológicos que pueden ser el origen y mantenimiento de dichos trastornos. Existe una interrelación entre los factores que puede verse aumentada según la cultura, creencias y experiencias pasadas relacionadas con la sexualidad. Las mujeres experimentan continuos cambios físicos como, por ejemplo, niveles bajos de estrógenos, cambios ginecológicos en la vida reproductiva, trastornos del estado de ánimo, un nivel de vida estresante o comorbilidad con otros trastornos como trastorno de estrés postraumático o depresión que influyen directamente en el desarrollo y mantenimiento del trastorno de interés/excitación sexual (McLeod, 2006).

Aunque existan multitud de factores en su mayoría derivan a problemas psicológicos, por este motivo se va a utilizar una intervención psicológica ya que se ha demostrado que tiene eficacia en la mejora de la sintomatología y satisfacción sexual cuando los factores que predominan son de esta índole (López Jacob, 2021).

En el presente trabajo se desarrolla y propone una intervención para mujeres que padecen el trastorno de interés y excitación sexual mayores de 18 años ya que las personas

son seres sexuados desde que nacemos hasta que morimos, así pues, también es importante tratar y normalizar los cambios que experimentamos conforme envejecemos (Aguayo, Díaz, Espinoza, Orozco, Reyes, Ceballos y Legazpi, 2014). La intervención se realizará de manera grupal y en algunas sesiones si las mujeres tienen pareja se realizará la sesión individualmente con cada pareja, ya que una de las causas más importantes en la falta de deseo sexual son los problemas en la relación de pareja, falta de comunicación erótica, escasez de intimidad o sentimiento de desapego emocional (López Jacob, 2021).

Las disfunciones sexuales femeninas según literatura existente han constituido un campo de aplicación para el tratamiento psicológico, sin embargo, no se dispone todavía de intervenciones terapéuticas estructuradas ni tratamientos farmacológicos aprobados para el tratamiento de estos trastornos (Carvalheria, 2007). A la hora de realizar una intervención para el trastorno de interés/excitación sexual en la mujer se carecen de datos comparativos sobre la eficacia de tratamientos, este problema se debe a la obtención y selección de muestras, la evaluación, el diagnóstico y escasez de diseños experimentales (Bechara, Casabé y Bertolino, 2002).

Sin embargo, según Manzo y Yulis (2004), la evidencia experimental existente confirma la eficacia del tratamiento combinado de Hurlbert manteniéndose los buenos resultados hasta seis meses e incluso más si el tratamiento se realiza en pareja, pudiendo ser el único probablemente eficaz.

Justificación

Tras una revisión bibliográfica sobre disfunciones sexuales se puede concluir que la comprensión de la sexualidad humana conlleva un abordaje complejo. En algunos aspectos relacionados con el sexo existe cierta atracción que ha permitido realizar avances científicos, como por ejemplo satisfacción sexual, ETS y psicoeducación en adolescentes sobre prácticas sexuales seguras. Sin embargo, en cuanto al estudio sobre disfunciones sexuales se puede decir que quedó relegado tras la publicación de la terapia sexual propuesta por Masters y Jonson en 1966, un modelo de terapia pionero para el abordaje clínico de las disfunciones sexuales y en general para el avance de la sexualidad. Actualmente abordar esta cuestión es difícil debido a la intimidad que supone hablar de problemas sexuales, así como por la negligencia que existe sobre trastornos de disfunción sexual. Cabe destacar que en especial para las mujeres el enfoque de la respuesta sexual

es más complejo y por tanto el diagnóstico de las correspondientes disfunciones (Carvalheria, 2007).

El desarrollo de las sesiones que se van a realizar a lo largo de la intervención se ha basado en el programa de Masters y Johnson (1970), se trata de una terapia que incluye la educación sexual, intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad de rendimiento, focalización sensorial y entrenamiento en comunicación (Dow y Gallagher, 1989). Además, debido a la importancia de los factores psicológicos en el trastorno de interés/excitación sexual femenino se ha creído conveniente utilizar la terapia sexual para tratarlos, esta terapia tiene en cuenta factores psicológicos interpersonales como son la autoestima, bienestar emocional, emociones negativas, atracción por la pareja, calidad de la relación, entre otras (Linares, 2005).

Por último, las sesiones en pareja se han basado en un programa cognitivo conductual denominado “entrenamiento en consistencia del orgasmo” que busca aumentar el repertorio de técnicas y habilidades sexuales en pareja incrementar la satisfacción sexual mediante el uso de técnicas como el entrenamiento en masturbación directa o la focalización sensorial (Manzo y Yulis, 2004). Además, se trabaja la comunicación asertiva sexual con ambos miembros de la pareja para construir una base en la que ambos puedan llevar a cabo las herramientas propuestas por la terapia cognitivo-conductual.

Así, se cree conveniente realizar una propuesta de intervención centrada en el trastorno de interés/excitación sexual femenina para concienciar sobre las disfunciones sexuales y aumentar así su visibilidad, informar y facilitar herramientas y recursos para su tratamiento e incrementar la comprensión de su sintomatología. Además, este trabajo podría ser de utilidad para futuros psicólogos en el tratamiento de pacientes con diagnóstico similar al presentado.

Objetivos

El objetivo principal del presente trabajo fin de grado es desarrollar y proponer una intervención dirigida a mujeres que padezcan el trastorno de interés/excitación sexual y asistir en la mejoría de su sintomatología.

Los objetivos específicos del programa propuesto son: (1) mejorar la autoestima corporal de las mujeres y su autoconocimiento acerca de la vagina, (2) hacer uso de la psicoeducación para desmitificar, informar y visibilizar aspectos relacionados con la sexualidad, (3) presentar herramientas y estrategias para aumentar el deseo sexual e (4) impartir métodos y claves para una comunicación asertiva durante las relaciones sexuales con mayor comodidad y satisfacción.

Beneficiarios

Este programa va dirigido a mujeres mayores de 18 años actualmente solteras o en relación de pareja diagnosticadas de trastorno de interés/excitación sexual, residentes en Zaragoza. Más en concreto aquellas que tienen problemas en las relaciones sexuales debido a una ausencia de deseo sexual manifestada por: un interés reducido en la actividad sexual, escasez de fantasías e intentos de comenzar la actividad sexual o placer reducido en respuesta a cualquier invitación erótica.

Además de tratar la sintomatología relacionada con el trastorno de interés/excitación sexual, se favorecerá de manera secundaria posibles problemas relacionados con esta patología como, por ejemplo, trastornos del estado de ánimo, problemas en la relación de pareja o sensación disminuida de bienestar (Ragucci y Culhane, 2003). Se estima que las parejas de las participantes se beneficien de forma indirecta en su relación sexual debido a las pautas y herramientas que se presentan. Igualmente, el desarrollo de este programa de intervención puede ser útil para fomentar la comprensión de la heterogeneidad de respuestas sexuales femeninas, así como modelo a seguir para el tratamiento de este trastorno en ocasiones futuras.

Método

Participantes

En el presente programa de intervención, participaran 10 mujeres con una edad mínima de 18 años diagnosticadas de trastorno de interés/excitación sexual. Se trata de mujeres solteras o en relación de pareja, ya que para la intervención de este trastorno es apropiada tratar problemas individuales, situacionales y de pareja si es el caso.

Para la selección de las participantes se ha solicitado la ayuda del centro especializado en sexología AMALTEA, situado en Zaragoza. Se trata de un instituto focalizado en el tratamiento científico del sexo y la sexualidad humana donde abordan todas las dimensiones e implicaciones del sexo. Además de proponer educación sexual en prevención de embarazos, violencia de género, orientación y relaciones sexuales, se ocupan también de las disfunciones sexuales. Por este motivo se seleccionarán 10 mujeres que hayan acudido con anterioridad al centro AMALTEA en busca de ayuda para tratar el diagnóstico de trastorno de interés/excitación sexual, pero no hayan mejorado notablemente en la sintomatología presentada de dicho trastorno.

Instrumentos

Para la selección de las 10 mujeres, se utilizará el cuestionario "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF), consta de 19 preguntas que agrupan la función sexual en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Se trata de buscar a mujeres que no hayan mejorado en los síntomas del trastorno de interés/excitación sexual durante su estancia en el centro especializado AMALTEA. Las preguntas dirigidas al dominio deseo y excitación se agrupan en la posición 1-4, tienen un puntaje de 0-5 y se multiplican por el factor 0,6 y 0,3 respectivamente. Se seleccionarán a las mujeres que obtengan la puntuación más baja en estas preguntas (partiendo de un mínimo de 1,2). Posteriormente se tendrá en cuenta todos los dominios que incluye la función sexual femenina para comparar los resultados que obtuvieron las mujeres antes y después de su participación en el programa de intervención. En el *Anexo 1* se encuentra la tabla sobre el puntaje del Índice de Función Sexual Femenina.

Se ha seleccionado el cuestionario Sexual Assertiveness Scale ((Morokoff, Quina, Harlow, Whitmire, Grimley, Gibson, 1997) en su versión adaptada al castellano para comprobar la eficacia de las sesiones en pareja tras haber realizado las cinco sesiones con ellas. Esta escala está compuesta por 18 ítems que recogen los tres componentes de la asertividad sexual; la primera subescala (ítems 1-6) evalúa la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual de forma deseada, la segunda (ítems 7-12) mide la frecuencia con la que una persona es capaz de evitar relaciones sexuales no deseadas y por último (ítems 13-18) evalúa la frecuencia con la que se insiste en el uso de métodos anticonceptivos con la pareja. Todos los ítems se puntúan en una escala de respuesta tipo

Likert entre 0 (nunca) y 4 (siempre), se debe tener en cuenta que los ítems 3, 4, 6, 8, 10, 11, 13, 14 y 16 están redactados de forma inversa. Puntuaciones más altas indican una mayor asertividad sexual, en el *Anexo 2* se encuentran las preguntas del cuestionario (Santos- Iglesias y Sierra, 2010).

Por último, para las sesiones de terapia de pareja se utilizará el cuestionario Índice de Satisfacción Sexual propuesto por Hudson (1992) en su adaptación española llevada a cabo en México por Moral de la Rubia (2018), se trata de un instrumento que valora la satisfacción sexual en base a las expectativas, deseos y experiencias previas. Consta de 10 ítems con opciones de respuesta que van de *En ningún momento* =1 hasta *En todo momento* =7. Se puede consultar el cuestionario en el *Anexo 3* (Gómez Blancas de Rodríguez, 2021).

Con el fin de obtener los mejores resultados posibles en el programa, es conveniente que los terapeutas que trabajen en ella sean psicólogas especializadas en sexología. Las mujeres deben sentirse en un lugar seguro para participar en todas las sesiones, debido a que en ocasiones pueden ser temas personales es preferible que la terapeuta sea una mujer.

Procedimiento

El tratamiento completo se va a realizar en las instalaciones del Centro Cívico Pedro Laín Entralgo, este equipamiento municipal está diseñado para fomentar el desarrollo comunitario y la participación ciudadana. Se trata de un punto de encuentro sociocultural donde dan cabida a todo tipo de iniciativas y ciudadanos sin ningún tipo de restricción. Además, su localización céntrica en la ciudad de Zaragoza permite que el acceso desde otras zonas urbanas sea más asequible para las mujeres y por tanto puedan acudir continuamente a las sesiones.

La intervención se realizará de manera grupal y en algunas sesiones si las mujeres tienen pareja se realizará la sesión individualmente con cada pareja, ya que una de las causas más importantes en la falta de deseo sexual son los problemas en la relación de pareja como pueden ser la falta de comunicación erótica, la escasez de intimidad o el sentimiento de desapego emocional (López Jacob, 2021).

El tratamiento tiene una duración aproximada de tres meses y medio, en cada semana se aplicará una sesión grupal a todas las mujeres del tratamiento y a mitad del tratamiento se solapará una sesión grupal y otra en pareja a aquellas mujeres que la tengan. Al finalizar las sesiones, se dejarán 4 semanas sin tratamiento para aplicar nuevamente los cuestionarios utilizados y comprobar si se mantienen los resultados en los 6 y 12 meses siguientes.

Sesiones

La estructura del programa que se propone se divide en 15 sesiones, de las cuales 10 se aplican al grupo de mujeres en conjunto y 5 de manera individual a las mujeres y sus respectivas parejas. Al finalizar la intervención se realizará una sesión de evaluación, tanto a las mujeres que han recibido el tratamiento en solitario como a las que los han recibido en solitario y con sus parejas. Estas sesiones se dividen a lo largo de 10 semanas (Tabla 1.), y se puede consultar su duración en el cronograma de actividades (Tabla 2.) y (Tabla 3.).

Con el uso de la evaluación al principio y al final de la intervención el objetivo es obtener información sobre la eficacia del tratamiento en la mejoría de la sintomatología, así como comparar la efectividad que tiene el tratamiento en las mujeres que solo reciben terapia grupal y las que reciben terapia grupal y en pareja. Además, se ha añadido dos sesiones de seguimiento a los seis y doce meses para comprobar que los resultados se han mantenido en el tiempo.

SEMANAS														
Formato De las sesiones		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	14	6 MESES	12 MESES
	GRUPAL	SES. 1 Y 2	SES. 3	SES. 4	SES. 5	SES. 6	SES. 7	SES. 8	SES. 9	SES. 10		EVALUA.	SEGUIM.	SEGUIM.
	EN PAREJA						SES. 1	SES. 2	SES. 3	SES. 4	SES. 5	EVALUA.	SEGUIM.	SEGUIM.

Tabla 1. Formato y duración de las sesiones

INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE INTERES/EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO

SESIONES EN PAREJA		
SESION 1 Análisis funcional de problemas (Anexo 12)	Duración 90 minutos	Objetivo integración de variables causantes del problema en la mujer, conociendo variables sociales y comportamentales de ambos miembros de la pareja
SESION 2 Comunicación en pareja (Anexo 13)	Duración 90 minutos	Objetivo Enseñar técnicas de habilidades comunicativas a la pareja con el fin de mantener un ambiente positivo a la hora de expresar sentimientos, deseos y necesidades.
SESION 3 Expresión de sentimientos y pensamientos (Anexo 14)	Duración 60 minutos	Objetivo Enseñar la técnica <i>Focusing</i> para profundizar en los propios sentimientos y mejorar la intimidad en pareja
SESION 4 Comunicación asertiva (Anexo 15)	Duración 60 minutos	Objetivo Adquirir y reforzar habilidades asertivas en la pareja.
SESION 5 Resolución de conflictos (Anexo 16)	Duración 90 minutos	Objetivo Adquirir habilidades de escucha, resolución de conflictos y la técnica de negociación.

Tabla 2. Sesiones grupales del programa de intervención

INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE INTERES/EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO

CRONOGRAMA SESIONES GRUPALES		
SESION 1 Y 2 Conociendo el programa y las mujeres (Anexo 4)	Duración 45 minutos cada una	Objetivos <ul style="list-style-type: none"> - Conocer el funcionamiento del programa de intervención - Favorecer el ambiente de cooperación entre las mujeres
SESION 3 Educación sexual (Anexo 5)	Duración 2 horas (45 minutos la primera parte y 1 hora y 15 minutos la segunda)	Objetivos Conocer aspectos de la sexualidad humana y relacionar la respuesta sexual con el trastorno de interés/excitación sexual
SESION 4 Anatomía y fisiología reproductiva (Anexo 6)	Duración 90 minutos	Objetivos Conocer la anatomía de la vagina, ser conscientes de los cambios que experimenta la mujer a lo largo de los años y conocer multitud de vulvas y vaginas diferentes
SESION 5 Mitos sobre sexualidad (Anexo 7)	Duración 90 minutos	Objetivos Conocer las consecuencias de caer en los mitos románticos, informar sobre las fases de la respuesta sexual y desmontar mitos relacionados con el placer sexual.
SESION 6 Autoimagen (Anexo 8)	Duración 60 minutos	Objetivos Ayudar a las mujeres a darse cuenta de como se ignoran y distorsionan las cualidades positivas (autoestima), trabajar los pensamientos disfuncionales.
SESION 7 Neutralizar ansiedad y estrés (Anexo 9)	Duración 60 minutos	Objetivos Enseñar técnicas de relajación y manejo de la ansiedad y estrés, conocer la relación positiva entre salud física y aumento del deseo sexual.
SESION 8 Mundo erótico (Anexo 10)	Duración 90 minutos	Objetivos Abordar el tema “fantasías sexuales” y como utilizarlas para mejorar la sintomatología, enseñar el uso de juguetes sexuales para aplicarlos en la masturbación.
SESION 9	Duración 90 minutos	Objetivos

(Anexo 11) Entrenamiento en habilidades conductuales		Utilizar técnicas de focalización sensorial y entrenamiento en masturbación directa para enseñar de forma progresiva sensaciones estimulantes que pueden producir placer.
SESION 10 Comunicación en el sexo (Anexo 12)	Duración 60 minutos	Objetivos Conocer los tipos de comunicación en el sexo y ponerlo en práctica mediante un role-playing.

Tabla 3. Sesiones de pareja del programa de intervención

Evaluación

Con el fin de medir la eficacia del programa se administrarán tres pruebas de evaluación, una de ellas se llevará a cabo con todo el grupo de mujeres y las otras dos se utilizarán con las participantes en la terapia de pareja. Se administrará el cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF) al comienzo del programa a todas las mujeres, posteriormente se utilizarán las versiones adaptadas al castellano del Sexual Assertiveness Scale (Morokoff et al., 1997) y el cuestionario Índice de Satisfacción Sexual propuesto por Hudson (1992) en las sesiones de pareja.

Al finalizar el programa se administrarán nuevamente las tres pruebas para comprobar si se han visto potenciadas la satisfacción sexual en pareja y la asertividad sexual, así como la mejora de la sintomatología del trastorno de interés/excitación sexual. Además, se realizará un seguimiento a los seis y doce meses para constatar que las habilidades trabajadas durante el programa se siguen empleando de forma conveniente por parte de las mujeres participantes.

Resultados esperados

Los resultados que se esperan conseguir con esta propuesta de intervención son a grandes rasgos un aumento del deseo sexual y mejora de la sintomatología característica del trastorno de interés/excitación sexual femenina en las mujeres participantes. Las participantes en esta intervención se consideran mujeres diagnosticadas de trastorno de interés/ excitación sexual, todas ellas cumplen los criterios de este trastorno y puntúan alto en la prueba “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF). Por esta razón tienen

problemas en las relaciones afectivo-sexuales que crean un malestar clínicamente significativo a la hora de iniciar o mantener relaciones sexuales.

Con esta propuesta de intervención se pretende mejorar los siguientes aspectos: las mujeres conocerán cómo funciona la respuesta sexual femenina, que etapas la conforman y que relación tienen con su trastorno. Se mostrará la anatomía de la zona vulvo-vaginal, así como los diferentes cambios que pueden existir a lo largo de los años mejorando la autoestima de las mujeres y desestructurando la ideología de la vulva perfecta. Por otro lado, se trabajará con ellas la focalización sensorial y masturbación directa con el objetivo de aumentar el propio conocimiento sobre su cuerpo y sus gustos sexuales. Por último, conocerán la importancia de la comunicación asertiva sexual con sus parejas y se propondrán prácticas para disminuir los niveles de estrés y ansiedad que puede provocar los encuentros sexuales.

Debido a la escasez de estudios que promueven programas e intervenciones efectivas en este trastorno se espera que los resultados en la prueba sean cualitativamente mejores al finalizar el programa y que las mujeres presenten una remisión parcial de su sintomatología. Además, se han establecido dos sesiones de seguimiento donde se espera que las participantes mantengan los niveles establecidos al finalizar la intervención.

Conclusión

Las disfunciones sexuales se manifiestan frecuentemente tanto en hombres como mujeres y constituyen un problema para la salud de los individuos. Es necesario realizar un abordaje más allá de la respuesta sexual humana, debido a que en ocasiones estos trastornos sexuales se deben a problemas emocionales, falta de autoestima y comunicación, desinformación acerca de la educación sexual etc. (Sánchez Bravo, Carreño Meléndez, Martínez Ramírez y Gómez López, 2005).

En el seno de las disfunciones sexuales, los trastornos del deseo son los más complejos no solo por la multitud de variaciones en su manifestación (aversión por la sexualidad, poco interés en los encuentros sexuales, escasos pensamientos eróticos...), sino también porque son la expresión de numerosas alteraciones, disfunciones y conflictos (Icoba, García, Giralda y San Martín, 2004). Debido a la cantidad de factores causantes del trastorno de interés/excitación femenina, el presente programa de

intervención propone potenciar las fantasías sexuales y su relación con sensaciones positivas, trabajar la comunicación en pareja y la autoaceptación como individuo y ser sexual, además de utilizar el entrenamiento en focalización sensorial con masturbación mutua.

El principal interés que se ha depositado en este trabajo ha sido la propuesta de utilizar tanto la terapia sexual grupal como en pareja. La terapia sexual contiene varios modelos terapéuticos, siendo el Modelo de Kaplan el más importante y en el que se ha basado el programa de intervención. Así pues, se ha querido utilizar la terapia grupal porque ayuda a descubrir individuos con circunstancias similares, disminuyendo la sensación de aislamiento y aumentando el sentimiento de autoeficacia y pertenencia a un grupo (Carvalho, 2007). Por otro lado, mediante la terapia sexual de pareja se pretende involucrar a la pareja dado que se trata de una figura fundamental en el proceso de mejora y fomentar los recursos y herramientas positivos para que la pareja se focalice en la dinámica relacional (Montesano, 2015).

El uso de ambas terapias se ha realizado para comprobar cuál de ellas logra un mayor efecto en la disminución de la sintomatología del trastorno. Esto se podrá comprobar únicamente en las mujeres que tengan pareja, ya que serán las que reciban ambos tipos de terapia sexual. Al finalizar el programa se comprobará si estas mujeres que han recibido los dos tipos de terapia obtienen mejores puntuaciones y muestran una disminución mayor en la sintomatología del trastorno que aquellas que solo han recibido la terapia sexual grupal.

Me gustaría remarcar la necesidad de investigación científica en el campo de las disfunciones sexuales femeninas y en la eficacia de las técnicas de intervención en el tratamiento de estas. De este modo el presente trabajo pretende visibilizar las disfunciones femeninas y dar a conocer un tratamiento existente para ellas, además de favorecer el diagnóstico y tratamiento del trastorno de interés/excitación femenina de manera precoz y efectiva.

Bibliografía

- Aguayo Rivas, V. F., Díaz Madrueño, M. E., Espinoza Ruiz, N. S., Orozco Aguirre, F., Reyes Lomelí, M. F., Ceballos Rodríguez, J. G., & Legaspi Barajas, R. E. (2014). Uso de la información sobre sexualidad en alumnos de enfermería de primer semestre de CUALTOS. *5ta. Jornada de Investigación Universitaria*, 215-218.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC
- Amodeo, J. (2007). El uso del focusing en la terapia de parejas. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, 65(127), 783-800.
- Barker, M. (2014). The “problem” of sexual fantasies. *Porn Studies*, 1(1-2), 143–160
- Bechara, A., Casabé, A., & Bertolino, V. (2002). Disfuncion sexual femenina. *Revista Argentina de Urología*, 67(4), 187-200.
- Birnbaum, G. E., Kanat-Maymon, Y., Mizrahi, M., Recanati, M., & Orr, R. (2018). What Fantasies Can Do to Your Relationship: The Effects of Sexual Fantasies on Couple Interactions. *Personality and Social Psychology Bulletin*,
- Both, S., & Laan, E. (2008). Directed masturbation: A treatment of female orgasmic disorder. *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*, 158-166
- Breckman, B. (2007). Overcoming Low Self-esteem Self-help Course: A 3-part Programme Based on Cognitive Behavioural Techniques. *Melanie Fennell. Nursing standard*, 21, 30.
- Cabello, F. (2007). Respuesta sexual femenina. *Apuntes del Máster en Sexología del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología*.
- Cabello-Santamaría, F., & Palacios, S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, vol 55, núm. 6, pp. 289-295.
- Capafons, J. I., & Sosa, C. D. (2015). Relaciones de pareja y habilidades sociales: el respeto interpersonal. *Behavioral Psychology*, 23(1).

- Carvalho, A. A. (2007). Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psico sexológica. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 88-91. doi:10.1016/S1698-031X(07)74038-4
- Civera, I., Córdoba, L., Del Amo, S., Díaz, A., Díaz, A., & Ferri, S. (2006). *Respuesta Sexual Humana*. Mural. Universidad de Valencia. España
- Clayton, A. H., & Juarez, E. M. V. (2019). Female sexual dysfunction. *Medical Clinics*, 103(4), 681-698.
- de la Cruz, C. Á. (2010). Comunicación y sexualidad. *Enfermería global*, 9(2).
- De La Hoz, F. J. E. (2016). Prevalencia de disfunción sexual en mujeres del Eje Cafetero. *Revista Ciencias Biomédicas*, 7(1), 25-33
- Dow, M. G., & Gallagher, J. (1989). A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *British Journal of Clinical Psychology*, 28(3), 201–212. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1989.tb01370.x>
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational emotive therapy. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 9(3), 139-172.
- Fernando Rodríguez. [Psicología animada]. (22 de octubre de 2021) *¿Falta de deseo? Podría ser Trastorno de interés sexual en la mujer (Causas, Síntomas y Tratamiento)*. [Archivo de video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=3qrmxLzyiZQ>
- Ferrer, V. A., Bosch, E., & Navarro, C. (2010). Los mitos románticos en España. *Boletín de psicología*, 99(7), 31.
- Flores, D. I. R. (2021). El amor romántico. Una aproximación desde la neurobiología y la psicología. *Ensayos de Filosofía*, 13(1).
- Flores, M. M. (2011). Comunicación y conflicto: ¿qué tanto impactan en la satisfacción marital? *Acta de investigación psicológica*, 1, 216-232
- García Palma, M.E., Garnica Fernández, M.C, González Muñoz, N., Márquez Gómez, M., Martín Parrado, M., Pérez Rivas, M.M.T., y Vico Rodríguez, M.N. (2012).

Las mujeres viven la relación romántica diferente al hombre. *Revista Electrónica de Investigación Docencia Creativa*, 1, 95- 100.

García, A. R. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania. Estudios y propuestas socioeducativos*, (44), 241-257.

García, M. R. T., Basilio, V. J. C., & Santos, S. C. (2003). Conductas sexuales durante el embarazo. *Santiago*, (101), 213-231.

Godoy Peña, P. S. (2020). *Masturbación y uso de vibradores relacionados con el Índice de Función Sexual Femenino durante el confinamiento por Covid-19*. [Trabajo Final de Máster, Universidad de Almería]

Gomez Blancas de Rodriguez, F. Y. (2021). *Validez y confiabilidad del Índice de satisfacción sexual (ISS) en adultos de Lima*. [Tesis de doctorado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV.

Gordillo Andrade, M. V. (2020). *La técnica de relajación progresiva de Jacobson en personas con ansiedad* [Tesis doctoral, Universidad central de Ecuador]

Hicks, T. V., & Leitenberg, H. (2001). Sexual fantasies about one's partner versus someone else: Gender differences in incidence and frequency. *Journal of Sex Research*, 38(1), 43–50. doi:10.1080/00224490109552069

Hudson, W.W. (1992). *The WALMYR Assessment Scales Scoring Manual*. Tempe: WALMYR Publishing

Joyal, C. C., Cossette, A., & Lapierre, V. (2015). What Exactly Is an Unusual Sexual Fantasy?. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(2), 328–340. doi:10.1111/jsm.12734

Kaplan HS. (1974). The new sex therapy. *Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Times Book Co

Labrador, F. (1987). Tratamiento psicológico de las disfunciones sexuales. *Parejas en conflicto: Estrategias psicológicas de intervención*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.

- Icoba, S., García-Giralda, L. y San Martín, C. (2004). *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*. Madrid: International Marketing & Communications.
- Leitenberg, H., & Henning, K. (1995). Sexual fantasy. *Psychological Bulletin*, 117(3), 469–496. doi:10.1037/0033-2909.117.3.469
- Linares, E. T. (2005). Tratamientos de la disfunción eréctil. *Revista Interpsiquis*, vol 4
- Litschi, G. [Gabriela Litschi]. (20 de mayo de 2021). *RELAJACIÓN PROGRESIVA de Jacobson / Relajación muscular 10 minutos Gabriela Litschi*. [Archivo de vídeo]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8&t=43s
- López Jacob, V. (2021). *Propuesta de intervención. Caso único con trastorno del interés/excitación sexual*. [Trabajo Final de Máster, Universidad de Alcalá]. <http://hdl.handle.net/10017/47799>
- Luterek, J. L., Eng, W., & Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- Luzón Encabo, J.M., Ramos Matos, E., Recio Saboya, P., y De La Peña Palacios, E.M (2011). *Proyecto Detecta Andalucía. Factores de riesgo y de protección en la prevención contra la violencia de género en la pareja*. España: Instituto Andaluz de la Mujer, Ministerio de Igualdad
- Manzo y Yulis (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22(2), 193-203.
- Manzo, C., & Yulis, C. (2004). Actualizaciones en terapia sexual. *Terapia Psicológica*, 22(2), 193-203
- Mas, M. (2007). Fisiología de la respuesta sexual femenina: actualización. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 11-21
- McLeod, D.C. (2006). Contribution of the Annals of Pharmacotherapy to the development of clinical pharmacy. *Ann Pharmacother*, 40(1), 109-11. doi: 10.1345/aph.1G547
- Montesano, A. (2015). Claves fundamentales en terapia de pareja: Una guía de navegación para la práctica. *Revista de psicoterapia*, 26(102), 161-174.

- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Burkholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: development and validation. *Journal of personality and social psychology*, 73(4), 790
- Nayara Malnero. [Sexperimentando con Nayara Malnero]. (24 de mayo de 2013). *¿Qué tipos de vulvas existen? TIPOS DE VAGINAS de Nayara Malnero*. [Archivo de vídeo]. YouTube.
<https://www.youtube.com/watch?v=ZEXwVKCYG1A&list=LL&index=18>
- Nebot-García, J.E., García-Barba, M., Ruíz-Palomino, E., y Giménez-García, C. (2018). Sexo y amor: cuando la forma de entender el amor se convierte en un riesgo para la salud sexual de los jóvenes. *Ágora de Salud*, 5, 401-409
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Construcción 1946., 1992.
- Parrondo, P., & Heros, J. (2009). Anatomía del aparato genital femenino. Fundamentos de obstetricia (SEGO). 1ª ed. Madrid, 15-27.
- Quiroga Quiroga, L. L. (2021). *Sexualidad y Comunicación en la Pareja*. [Trabajo fin de Grado Psicología, Universidad Antonio Nariño]
- Ragucci, K. R., & Culhane, N. S. (2003). Treatment of female sexual dysfunction. *Annals of Pharmacotherapy*, 37(4), 546-555.
- Redorta, J. (2004). Cómo analizar los conflictos. *La tipología de conflictos como herramienta de mediación*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Rodríguez Biglieri, R., Vetere, G., Beck, A. T., Baños, R. M., Botella Arbona, C., Bunge, E., Rothbaum, B. (2011). (Ed.) Polemos. *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*.
- Sánchez Bravo, C., Corres Ayala, N. P., Blum Grynberg, B., Carreño Meléndez, J. (2009). Perfil de la relación de factores psicológicos del deseo sexual hipoactivo femenino y masculino. *Salud Mental*, 32(1),43-51.
- Sánchez Raja, E. (2015). Salud Sexual y Calidad de Vida en personas con Traumatismo craneoencefálico moderado (TCEM). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, vol. 3, núm. 1, pp. 287-298

- Santamaría, F. C. (2007). Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Revista Internacional de Andrologia*, 5(1), 29-37.
- Santamaría, M. (2017) Programa de intervención para mejorar la satisfacción sexual de parejas. [Trabajo fin de grado, Universitat Miguel Hernandez]. Elche. Recuperado de: <http://dspace.umh.es/handle/11000/6157>
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Shifren, J. L., Monz, B. U., Russo, P. A., Segreti, A., y Johannes, C. B. (2008) Sexual problems and distress in United States women. Prevalence and correlates. *Obstetrics & Gynecology*, 112(5), 970-978.
- Valero Aguayo, L., & Bernet Carrero, J. (2015). Tratamiento de un caso de disfunción eréctil mediante terapia de pareja y terapia sexual. *Escritos de Psicología (Internet)*, 8(3), 48-57.
- Viedma, M. I., Gutiérrez, P., Ortega, V., & Sierra, J. C. (2005). Escala de Ensoñaciones Sexuales: primeros datos psicométricos en muestras españolas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31(138)
- Wright, J. J., & O'Connor, K. M. (2015). Female sexual dysfunction. *Medical Clinics*, 99(3), 607-628.
- Yazmín Chávez Galeas, A. [SAFESZ – MC]. (28 de febrero de 2021). Mitos sobre la sexualidad [Archivo de vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com>.
- Zambrano, C., Ceballos, A. K., & Rosero, D. E. O. (2017). Reconocimiento de la orientación sexual homosexual. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(19), 67-83.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario índice de función sexual femenina

Instrucciones: Estas preguntas son sobre su sexualidad durante las últimas 4 semanas. Por favor responda las siguientes preguntas lo más honesta y claramente posible. Sus respuestas serán mantenidas completamente confidenciales.

Definiciones

- Actividad sexual: se refiere a caricias, juegos sexuales, masturbación y relaciones sexuales.
- Relación sexual: se define como penetración del pene en la vagina.
- Estimulación sexual: incluye juegos sexuales con la pareja, autoestimulación (masturbación) o fantasías sexuales.

Marque sólo una alternativa por pregunta

Deseo o interés sexual es la sensación que incluye deseo de tener una experiencia sexual, sentirse receptiva a la incitación sexual de la pareja y pensamientos o fantasías sobre tener sexo.

1. En las últimas 4 semanas, ¿Cuán a menudo usted sintió deseo o interés sexual?

- – Siempre o casi siempre
- – La mayoría de las veces (más que la mitad)
- – A veces (alrededor de la mitad)
- – Pocas veces (menos que la mitad)
- – Casi nunca o nunca

2. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de deseo o interés sexual?

- – Muy alto
- – Alto
- – Moderado
- – Bajo
- – Muy bajo o nada
- Excitación sexual es una sensación que incluye aspectos físicos y mentales de la sexualidad. Puede incluir sensación de calor o latidos en los genitales, lubricación vaginal (humedad) o contracciones musculares

3. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió excitación sexual durante la actividad sexual?

- – No tengo actividad sexual
- – Siempre o casi siempre
- – La mayoría de las veces (más que la mitad)
- – A veces (alrededor de la mitad)
- – Pocas veces (menos que la mitad)
- – Casi nunca o nunca

4. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel de excitación sexual durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto
- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Muy bajo o nada
- ☐

5. En las últimas 4 semanas, ¿Cuánta confianza tiene usted de excitarse durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alta confianza
- ☐ Alta confianza
- ☐ Moderada confianza
- ☐ Baja confianza
- ☐ Muy baja o nada de confianza

6. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con su excitación durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

7. En las últimas 4 semanas, ¿Con cuanta frecuencia usted sintió lubricación o humedad vaginal durante la

- ☐ actividad sexual?
- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

8. En las últimas 4 semanas, ¿le es difícil lubricarse (humedecerse) durante la actividad sexual?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Extremadamente difícil o imposible
- ☐ Muy difícil
- ☐ Difícil
- ☐ Poco difícil
- ☐ No me es difícil

9. En las últimas 4 semanas, ¿Con qué frecuencia mantiene su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad sexual?

- – No tengo actividad sexual
- – Siempre o casi siempre la mantengo
- – La mayoría de las veces la mantengo (más que la mitad)
- – A veces la mantengo (alrededor de la mitad)
- – Pocas veces la mantengo (menos que la mitad)
- – Casi nunca o nunca mantengo la lubricación vaginal hasta el final

10. En las últimas 4 semanas, ¿Le es difícil mantener su lubricación (humedad) vaginal hasta finalizar la actividad

- sexual?
- – No tengo actividad sexual
- – Extremadamente difícil o imposible
- – Muy difícil
- – Difícil
- – Poco difícil
- – No me es difícil

11. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo o clímax?

- – No tengo actividad sexual
- – Siempre o casi siempre
- – La mayoría de las veces (más que la mitad)
- – A veces (alrededor de la mitad)
- – Pocas veces (menos que la mitad)
- – Casi nunca o nunca

12. En las últimas 4 semanas, cuando usted tiene estimulación sexual o relaciones, ¿Le es difícil alcanzar el orgasmo o clímax?

- – No tengo actividad sexual
- – Extremadamente difícil o imposible
- – Muy difícil
- – Difícil
- – Poco difícil
- – No me es difícil

13. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su capacidad para alcanzar el orgasmo (clímax) durante la actividad sexual?

- – No tengo actividad sexual
- – Muy satisfecha
- – Moderadamente satisfecha
- – Ni satisfecha ni insatisfecha
- – Moderadamente insatisfecha
- – Muy insatisfecha

14. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con la cercanía emocional existente durante la actividad sexual entre usted y su pareja?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

15. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su relación sexual con su pareja?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

16. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan satisfecha está con su vida sexual en general?

- ☐ Muy satisfecha
- ☐ Moderadamente satisfecha
- ☐ Ni satisfecha ni insatisfecha
- ☐ Moderadamente insatisfecha
- ☐ Muy insatisfecha

17. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor durante la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

18. En las últimas 4 semanas, ¿Cuan a menudo siente discomfort o dolor después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Siempre o casi siempre
- ☐ La mayoría de las veces (más que la mitad)
- ☐ A veces (alrededor de la mitad)
- ☐ Pocas veces (menos que la mitad)
- ☐ Casi nunca o nunca

19. En las últimas 4 semanas, ¿Cómo clasifica su nivel (intensidad) de discomfort o dolor durante o después de la penetración vaginal?

- ☐ No tengo actividad sexual
- ☐ Muy alto

INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE INTERES/EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO

- –Alto
- –Moderado
- –Bajo
- –Muy bajo o nada

PUNTAJE DEL INDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

<i>Dominio</i>	<i>Preguntas</i>	<i>Puntaje</i>	<i>Factor</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
Deseo	1 - 2	1 - 5	0,6	1,2	6
Excitación	3 - 6	0 - 5	0,3	0	6
Lubricación	7 - 10	0 - 5	0,3	0	6
Orgasmo	11 - 13	0 - 5	0,4	0	6
Satisfacción	14 - 16	0 - 5	0,4	0,8	6
Dolor	17 - 19	0 - 5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Anexo 2. Versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS).

Esta escala está diseñada para evaluar algunos aspectos de las relaciones sexuales con su pareja. No es una prueba, por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas. Por favor responda a cada afirmación de forma honesta y precisa, seleccionando un número de los que siguen.

- 0 = Nunca
 1 = A veces (en un 25% de las ocasiones, aproximadamente)
 2 = La mitad de las veces (en un 50% de las ocasiones, aproximadamente)
 3 = Casi siempre (en un 75% de las ocasiones, aproximadamente)
 4 = Siempre

	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Inicio las relaciones sexuales con mi pareja cuando lo deseo	0	1	2	3	4
2. Le indico a mi pareja que me toque los genitales cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
3*. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que me toque los genitales	0	1	2	3	4
4*. En vez de indicarle lo que quiero a mi pareja, espero a que acaricie mi cuerpo	0	1	2	3	4
5. Le indico a mi pareja que me estimule los genitales con su boca cuando así lo deseo	0	1	2	3	4
6*. Espero a que mi pareja inicie el acercamiento sexual, como por ejemplo acariciar mi cuerpo	0	1	2	3	4
7*. Si mi pareja me presiona, cedo y le beso, incluso si ya le he dicho que no	0	1	2	3	4
8*. Si mi pareja lo desea, estimo sus genitales con mi boca, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
9. Me niego a dejar que mi pareja acaricie mi cuerpo si no lo deseo, incluso cuando insiste	0	1	2	3	4
10*. Tengo relaciones sexuales si mi pareja lo desea, incluso cuando no me apetece	0	1	2	3	4
11. Si he dicho que no, no dejo que mi pareja me toque los genitales aunque me presione	0	1	2	3	4
12. Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste	0	1	2	3	4
13*. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	0	1	2	3	4
14*. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
15. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
16*. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
17. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	0	1	2	3	4
18. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4

* Items inversos.

Anexo 3. Formato de instrumento del Índice de Satisfacción Sexual (ISS)**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Esta investigación tiene como objetivo determinar las propiedades Psicométricas del Índice de Satisfacción Sexual. Para ello requerimos de la participación de adultos de Lima. Su participación consistirá en responder de forma anónima el cuestionario adjunto.

Respuesta del participante:

He leído el documento y acepto participar en esta investigación, conociendo que podré dejar de responder cuando lo considere pertinente. Al ser voluntaria, no existirá ninguna recompensa o beneficio, ni se entregarán resultados.

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____ O. sexual: _____

Lee atentamente y marca con una (X) respecto a la frecuencia con la que consideras los siguientes enunciados con la mayor sinceridad posible:

En ningún momento (1)	En muy raras ocasiones (2)	Algunas veces (3)	Parte del tiempo (4)	Buena parte del tiempo (5)	La mayor parte del tiempo (6)	En todo momento (7)
--------------------------	-------------------------------	----------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------------	------------------------

		1	2	3	4	5	6	7
1	Creo que mi pareja disfruta de nuestra vida sexual							
2	Nuestra vida sexual es muy excitante							
3	Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado.							
4	Creo que mi vida sexual es de mala calidad.							
5	Mi pareja es sexualmente muy excitante.							
6	Disfruto de las técnicas sexuales que mi pareja usa o le gustan.							
7	Creo que nuestra vida sexual es maravillosa.							
8	Mi pareja es un/a amante maravilloso/a.							
9	Creo que mi pareja está satisfecho/a sexualmente conmigo.							
10	Creo que mi vida sexual es aburrida.							

Sesiones terapia grupal

Anexo 4.

Sesión 1. Conociendo el programa.

Duración: 45 minutos

Objetivo: conocer el funcionamiento del programa de intervención.

En la aplicación de un programa de intervención es conveniente que los participantes se familiaricen con los objetivos generales, las actividades que se van a realizar y la duración completa del tratamiento. Se citará a las mujeres en el centro cívico Pedro Laín Entralgo, lugar donde se realizarán posteriormente las demás sesiones.

Para llevar a cabo esta sesión, es necesario que con anterioridad se imprima las tablas vistas anteriormente (Tabla 1, 2 y 3) y se depositen en las mesas. De este modo cuando lleguen las mujeres podrán sentarse y tener a su disposición información donde encontrarán: el horario y día seleccionado para cada sesión, los objetivos generales del tratamiento, las actividades que se llevarán a cabo y su duración.

Seguidamente a la llegada de las mujeres, las psicólogas se presentarán y comentarán la importancia que tiene la asistencia y compromiso con el programa. En consecuencia, se utilizará un registro de asistencia en cada sesión a lo largo de todo el tratamiento. Se debe concienciar a las mujeres sobre la importancia de la sinceridad, colaboración y participación continua en el programa para su eficacia. Con el fin de aumentar la confianza de las participantes se comentarán las bases del acuerdo de confidencialidad, de este modo se quiere recalcar que en ningún momento van a ser juzgadas y que cualquier dato que se tenga sobre ellas será protegido y no se revelará a terceros.

Por último, se proyectarán las tablas que tienen las mujeres en la mesa para explicarlas con más detenimiento y se dejará al final de la sesión unos minutos dirigidos a resolver dudas que puedan surgir tras su presentación.

Materiales:

- Sala habilitada con mesas.
- Proyector y portátil.
- Información sobre las semanas, sesiones y respectivos objetivos

- Acuerdo de confidencialidad

Sesión 2. Conociéndonos entre mujeres

Duración: 45 minutos

Objetivo: favorecer el ambiente de cooperación entre las mujeres.

En la segunda sesión las mujeres adoptarán un papel más participativo y deberán presentarse delante del grupo. Se sentarán en círculo en medio de la sala y por orden irán respondiendo a unas preguntas previamente proyectadas en la pizarra:

- ¿Cómo me llamo?
- ¿Qué edad tengo?
- ¿Soltera o en pareja?
- ¿Por qué no tengo deseo sexual?

La última pregunta se incluye con el propósito de aumentar el sentimiento de pertenencia, compartir experiencias es primordial para que exista una armonía en el grupo que haga que las mujeres se sientan escuchadas y comprendidas. Además, de este modo se darán a conocer motivos que provocan o mantienen el trastorno de interés/ excitación sexual y las participantes podrán sentirse reflejadas o ser conscientes de la variedad de causas que originan y mantienen este trastorno.

Por último, tras finalizar la presentación, las mujeres se colocarán de nuevo en las mesas y se repartirá el cuestionario de evaluación "Índice de Función Sexual Femenina" (IFSF) y una hoja con una serie de preguntas que responderán individualmente. Estas preguntas junto con el cuestionario ayudaran al psicólogo a conocer a las participantes y hacerse una idea general sobre su conocimiento acerca de su información relacionada con el tratamiento del trastorno de interés/excitación:

- ¿Es recomendable contar nuestras fantasías sexuales a la pareja?
- ¿Has descubierto los gustos sexuales de tu pareja sexual?
- ¿Qué son exactamente los preliminares?
- ¿Se acaba el sexo para las mujeres con la menopausia?
- ¿Introduces elementos nuevos en la relación para no caer en la monotonía (posturas diferentes, juegos, música, ambiente, etc)

INTERVENCIÓN PARA EL TRASTORNO DE INTERES/EXCITACIÓN SEXUAL FEMENINO

Materials:

- Cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF). Anexo 1
- Preguntas iniciales
- Papel y bolígrafo
- Sala habilitada con mesas

Ejemplo de registro de asistencia

PROGRAMA:

PSICÓLOGOS: _____ **AÑO:** _____

MES:

[illegible]☐

Anexo 5.

Sesión 3. Educación sexual

Duración: 2 horas (primera parte 45 min/ segunda parte 1 hora y 15 minutos).

Objetivo: conocer aspectos de la sexualidad humana; relacionar la respuesta sexual con el trastorno de interés/excitación sexual.

En esta tercera sesión comienza la intervención, hasta ahora se ha informado a las mujeres de los objetivos y las sesiones que se van a impartir de manera general. También, se conocen un poco más entre ellas y los psicólogos han recogido las puntuaciones obtenidas en el cuestionario “Índice de Función Sexual Femenina” (IFSF). Por estos motivos al comienzo de la sesión se resaltarán que la asistencia a las sesiones posteriores es clave para su eficacia y que, además, deben colaborar en las actividades que se realizan.

La tercera sesión del tratamiento se divide en dos partes, la primera parte trata de dar una visión más general sobre la sexualidad con términos clave para su conocimiento. La segunda, tiene como finalidad presentar a las mujeres las fases de la respuesta sexual y su relación con el trastorno que padecen.

En primer lugar, para poner a las mujeres en contexto, se explicarán conceptos generales de salud sexual, de este modo conocerán varios aspectos y dimensiones de la sexualidad como parte esencial del ser humano. La actividad consiste en proyectar una serie de palabras y posteriormente abrir un debate en el que entre todas las mujeres deberán definir los conceptos con ejemplos, palabras o definiciones concretas. A continuación, se presentará la definición correcta y se corregirán con argumentos los errores que hayan cometido.

En la segunda parte de la sesión se mostrará un esquema de las fases de la respuesta sexual, una secuencia cíclica de etapas cuyos mecanismos funcionan interactuando o inhibiéndose recíprocamente (Mas, 2007. Para la explicación del esquema consultar *Anexo 3*. Seguidamente, se visualizará el video “¿Falta de deseo? Podría ser Trastorno de interés sexual en la mujer” (Rodríguez, 2021) en los minutos indicados en el *anexo*. Con este video se realizará una actividad donde las mujeres por grupos (dos grupos de 3 y uno de 4) deberán debatir y extraer una respuesta a la pregunta ¿Por qué crees que la mujer no tiene apetito sexual?, de esta manera utilizarán la información recibida en la explicación del esquema anterior para la aplicación en un caso concreto.

Por último, como tarea individual a realizar en casa, deberán responder a las preguntas que aparecen en el documento “en las disfunciones debemos evaluar...”, de este modo se fomentará el trabajo en casa y el compromiso de las mujeres con el programa. Además, ellas mismas harán una autoevaluación sobre factores personales, situacionales y temporales que pueden estar influyendo en el curso de su trastorno y más adelante si les apetece en alguna sesión, pueden compartir las respuestas.

Materiales:

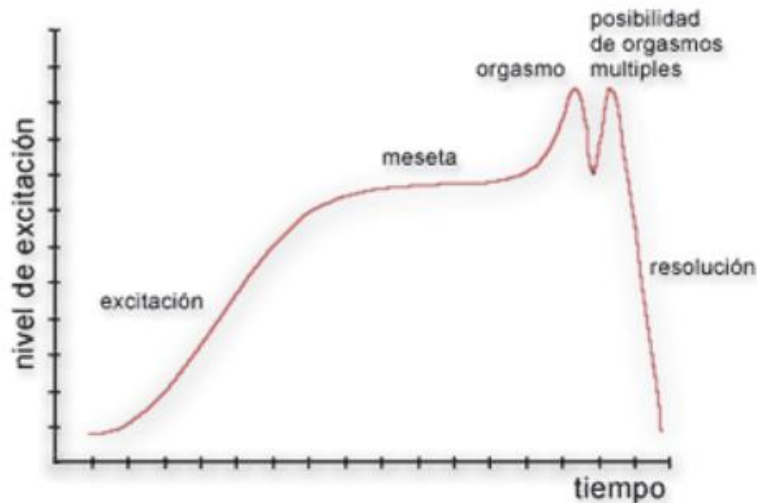
- Sala habilitada
- Proyector
- Ordenador
- Información fases de la respuesta sexual humana
- Vídeo “¿Falta de deseo? Podría ser Trastorno de interés sexual en la mujer” e información fases de la respuesta sexual

Materiales sesión 3:

1. *Palabras para definir* (Zambrano, Ceballos y Rosero, 2017):
 - **Sexualidad:** Es un elemento básico de la personalidad, un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano. → Incluye los valores respeto, tolerancia y honestidad.
 - **Salud sexual:** La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad.
 - **Sexo:** Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias corporales.
 - **Género:** Manera en la que la persona ejerce su sexualidad y que se presupone puede ser diversa, definen a lo masculino y a lo femenino dentro de una sociedad.
 - **Orientación sexual:** La orientación sexual es definida como la atracción física y emocional de una persona hacia otra del sexo opuesto (heterosexualismo), del mismo sexo (homosexualismo) o de ambos sexos (bisexualismo)

- **Identidad sexual:** Conciencia de pertenecer a uno sexo en función de los atributos corporales en especial los genitales.

2. *Fases de la respuesta sexual femenina* (Cabello, 2007):



FASE DE DESEO: se define como el interés que tiene una persona sobre la sexualidad, la estimulación de los impulsos sexuales procede de nuestros pensamientos. Estos pensamientos se producen debido a los órganos de los sentidos como por ejemplo la visión; la visión estimula zonas de ensoñación y fantasía en el cerebro.

Además, estos pensamientos activaran conexiones con centros de control hormonal, que segregan especialmente testosterona y luteína aumentando el deseo sexual. En el cuerpo no se observan cambios visibles en el cuerpo ya que se trata únicamente de un proceso mental.

FASE DE EXCITACIÓN: Esta fase comprende la respuesta anatómica y fisiológica que se produce como resultado de una estimulación sexual bien física o psíquica mediante pensamientos. Se trata de un reflejo tipo neurovascular, es decir los cambios que se producen se deben a un mayor flujo de sangre en los órganos genitales. Además de estos cambios en los genitales se producen otros cambios como en el cuerpo como lubricación vaginal, expansión de la parte interna de la vagina, aumento del tamaño del

clítoris, los pezones se ponen rígidos pudiendo producirse un agrandamiento en los pechos etc.

FASE DE MESETA: se trata de una fase de alta excitación sexual se suele producir una nivelación en el grado de excitación necesario para que se desencadene el orgasmo, con una duración muy variable. Se da un aumento de la respuesta nerviosa simpática, provocando una elevación de la tensión muscular, respiración, presión y ritmo cardiaco. Otros cambios que se producen en la mujer es el estrechamiento de la abertura de la vagina, elevación del útero y retracción del clítoris. Los labios menores y la areola mamaria se agrandan y aparece el rubor sexual en el pecho y cara (aumento de la circulación de la sangre bajo la piel debajo de esas zonas).

FASE DE ORGASMO: es esta fase se da tras la fase más avanzada de la excitación, por lo que si se pretende llegar al orgasmo no se debe detener esta estimulación. La respuesta física se caracteriza por contracciones rítmicas simultaneas en el útero (tercio exterior de la vagina) y el esfínter anal, además las pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad. Se trata de la fase más corta del ciclo de respuesta sexual con una duración de 3 a 15 segundos. Por último, se produce una respuesta emocional muy variada, que aparte de sentimientos de placer, bienestar y satisfacción.

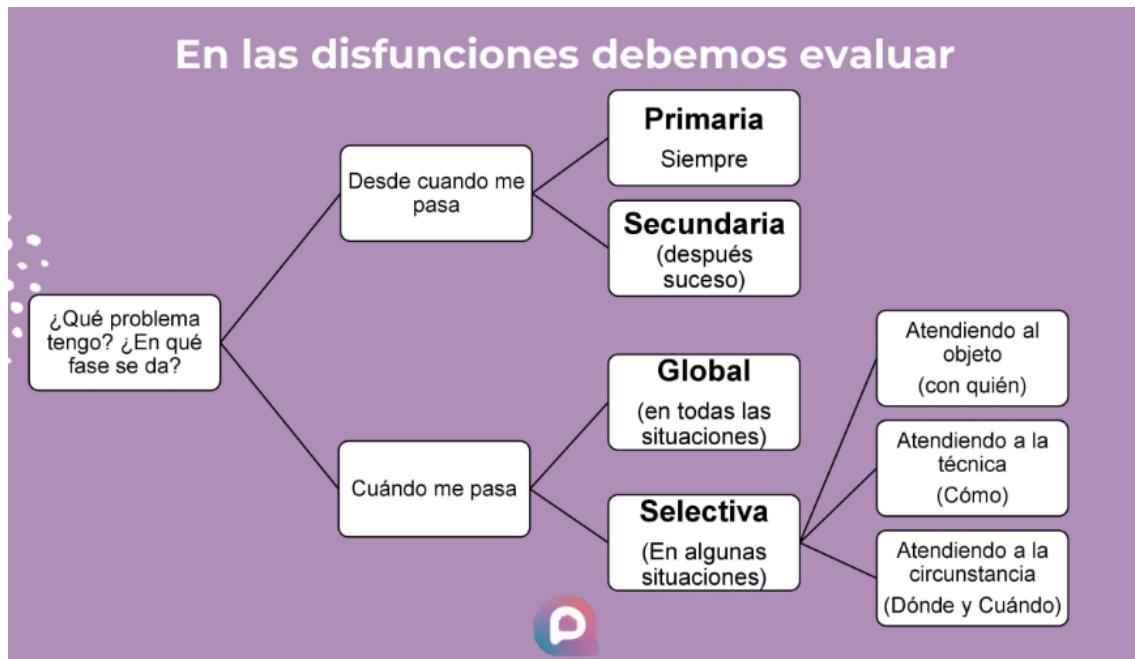
En las mujeres existe la posibilidad de alcanzar uno o varios orgasmos sucesivos en breve lapso de tiempo y manteniéndose en la fase de meseta o en la última fase de la excitación sexual, considerándose aptitud multiorgásmica.

FASE DE RESOLUCION: a lo largo de esta fase los cambios fisiológicos, anatómicos que aparecieron en las otras fases vuelven a su estado normal previo y esto se acompaña de una sensación de relajación y de bienestar. La duración de esta fase depende según la naturaleza del resto del ciclo de respuesta sexual y otros factores como puede ser la edad.

3. Visualización del vídeo “¿Falta de deseo? Podría ser Trastorno de interés sexual en la mujer”. Minutos: 0:38 – 1:32

<https://www.youtube.com/watch?v=3qrmxLzyiZQ>

4. “En las disfunciones debemos evaluar”



Anexo 6.

Sesión 4. Anatomía y fisiología reproductiva

Duración: 90 minutos.

Objetivo: conocer la anatomía de la vagina; ser conscientes de los cambios que las mujeres experimentan a lo largo de los años y conocer multitud de vulvas y vaginas diferentes.

La sesión 4 tiene como objetivo aumentar el conocimiento sobre la morfología de la vulva y los cambios que se producen en la vagina a lo largo del tiempo, además de mostrar la variedad física que existe entre aparatos genitales femeninos. De este modo se pretende eliminar pensamientos distorsionados y negativos que puedan estar inhibiendo el deseo sexual como pueden ser la vergüenza, autoestima, insatisfacción con su propio cuerpo o la falta de información sobre sus vaginas. Se trabajará información acerca de los genitales externos y las estructuras que lo forman, los cambios físicos que se presentan a lo largo de los años en las diferentes etapas de la vida y que pueden estar relacionados con el trastorno de interés/excitación femenina y por último se trabajara mediante una actividad la gran diversidad que existe entre las vulvas y vaginas de las mujeres del mundo.

En primer lugar, las mujeres deberán sentarse en su mesa y atender a las explicaciones que realizara el psicólogo sobre la fisiología de la vulva. Para ello se utilizarán las fotografías donde se muestra la morfología de los genitales externos y se completara con las explicaciones que aparecen en el mismo anexo.

En segundo lugar, la sesión se centrará en los cambios que experimenta la vagina a lo largo de los años. Para comenzar con esta parte de la sesión se debe destacar que la zona vulvo-vaginal va a sufrir cambios al igual que cualquier otra parte de nuestro cuerpo y que estos cambios no son iguales en todas las mujeres. Existen muchos factores que afectan a estas variaciones y es muy complicado establecer un patrón predictivo común, por este motivo estos cambios se deben tomar como algo natural que sucede en todas las personas y no preocuparse si no existe ninguna afección médica. Posteriormente se nombrarán algunos de los factores influyentes en estos cambios como, por ejemplo:

- Las condiciones ambientales y la carga genética.
- La existencia de un parto en la vida de la mujer.
- El estilo de vida, dietas, deporte...
- Posibles intervenciones o patologías que la mujer puede padecer.

Los cambios que sufren las mujeres los hemos dividido en varias etapas:

1. La adolescencia: en esta primera etapa llega la madurez sexual, se inicia un proceso de desarrollo endocrino y corporal que trae consigo cambios físicos llamado pubertad. Este cambio en ocasiones puede producir ansiedad cuando los cambios no son como las expectativas esperadas, además pueden surgir conflictos en cuanto a la identidad y orientación sexual.
2. En la edad adulta: la persona sufre multitud de cambios psicológicos, en relación con la sexualidad es un momento de buscar y profundizar en la propia expresión sexual, adquiriendo la posibilidad de desarrollar la esfera sexual y de vivir la sexualidad de un modo pleno.
3. En los ancianos el envejecimiento hace que la actividad sexual disminuya, pero no desaparezca, en función de cómo se haya vivido las primeras sexualidades más rica será en la última etapa de la vida. Las personas mayores deben combatir los prejuicios socioculturales respecto a su sexualidad, ya que la necesidad de recibir afecto o

expresar sentimientos no se pierde con la edad y puede expresarse la actividad sexual de muchas otras maneras que no incluyan coito.

Los últimos veinte minutos de la sesión se utilizarán para la visualización del video *¿Qué tipos de vulvas existen? TIPOS DE VAGINAS* (Malnero, 2013). Este video muestra la variedad de vulvas que existen y sus estructuras, como son el clítoris labios mayores, menores, color y tamaños. Establece una clasificación para ver a grandes rasgos que tipos de vulva existen y, recalca que todas ellas están receptivas al placer tanto para darlo como recibirlo. También señala que el cuerpo de la mujer no tiene por qué encajar exactamente en uno de los tipos, sino que puede tener características de varios de ellos, por último, comenta la importancia de conocerse, aceptarse y quererse a una misma.

Para acabar de completar la información del video las mujeres participaran en una actividad donde el psicólogo escribirá en la pizarra las siguientes palabras y serán las mujeres quienes completen con diferentes posibilidades. Las palabras son: labios menores, labios mayores, clítoris y color de la vulva. Con esta actividad las mujeres son participes y conscientes de la variedad que existe con relación a los genitales femeninos, entre ellas se pueden dar cuenta de que ninguna vulva es igual que otra y que no existe una “perfecta” sino que todas son igual de validas y bonitas. Para finalizar hablar de los cánones de belleza femeninos que nos ha impuesto la sociedad y recordad que las vulvas que se ven en las películas o en el porno solo representan 1 de los millones de vulvas que pueden existir.

Materiales:

- Sala habilitada
- Proyector
- Anatomía de la zona vulvo-vaginal
- Información acerca de los cambios que se producen en la zona vulvo- vaginal
- Pizarra
- Vídeo “*¿Qué tipos de vulvas existen? TIPOS DE VAGINAS*”

Anatomía de la zona vulvo-vaginal (Parrondo y Heros, 2009)

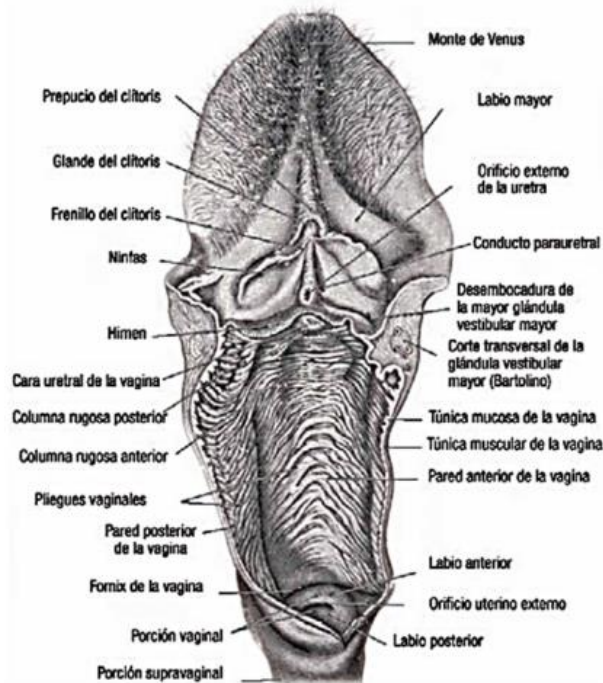


Figura 1. Clítoris.



Figura 1: genitales externos

El monte de Venus es una prominencia adiposa que está situada por encima de la sínfisis del pubis a partir de la cual se originan dos pliegues longitudinales de piel constituyendo los labios mayores, que rodean a su vez a los labios menores.

El clítoris es un órgano eréctil de pequeño tamaño situado en el borde inferior de la sínfisis del pubis, formado por los cuerpos cavernosos y sus envolturas.

El himen es una membrana cutáneo-mucosa, delgada y vascularizada, que separa la vagina del vestíbulo, presentando una gran variabilidad respecto a su grosor, forma y tamaño.

La vagina es un músculo membranoso situado entre la vejiga y el recto con una longitud media de 10-12cm (figura 7). Atraviesa el suelo pélvico y acaba abriéndose en el vestíbulo entre los labios menores.

La vejiga urinaria está situada por detrás de la sínfisis del pubis y por delante del útero y de la vagina. Los uréteres llegan a la misma por los dos ángulos posterolaterales mientras que su ángulo inferior se prolonga a la uretra.

Enlace vídeo *¿Qué tipos de vulvas existen? TIPOS DE VAGINAS* (Malnero, 2013):
<https://www.youtube.com/watch?v=ZEXwVKCYG1A&t=29s>

Anexo 7.

Sesión 5. Desmitificando mitos sobre la sexualidad y roles de genero

Duración: 90 minutos.

Objetivo: conocer las consecuencias de caer en los mitos románticos; informar sobre las fases de respuesta sexual en las mujeres y desmontar mitos relacionados con el placer sexual.

En primer lugar, para hacer una pequeña introducción al tema que vamos a tratar en esta sesión, se informara a las mujeres de que uno de los factores que provocan una falta de deseo sexual es la desinformación acerca de los mitos sobre los roles de género y su desempeño sexual. Se debe informar a las mujeres acerca de la existencia de una cultura sexista con una construcción de esquemas de género basados en la dualidad y los estereotipos de género y por tanto bajo la influencia de los mitos románticos. El objetivo de esta información es que las mujeres sean conscientes de las consecuencias que puedan tener la creencia de estos y su influencia en las relaciones afectivo-sexuales.

La actividad comienza con la definición de mito, para ello se utilizará la definición propuesta por Flores en 2021. “Los mitos se han definido como una serie de creencias interiorizadas en la sociedad, que permiten acentuar el sexismo y perpetuar los roles de género, caracterizados por la dominancia-sumisión. Toda la sociedad está bajo la influencia de dichas creencias, aunque no afecta a todas las personas por igual, entendiendo la autoestima como factor modulador”. A continuación, se proyectarán una serie de mitos románticos para que las mujeres reflexionen acerca de ellos. Según Ferrer, Bosch y Navarro (2010) algunos de los mitos más relevantes y que más consecuencias producen son:

1. El mito de la media naranja o idea romántica según la cual escogemos aquella pareja que nos estaba predestinada. Consecuencias: la creencia de este mito hace

que las personas busquemos una pareja perfecta, idealizando a las personas y cometiendo el error de dar importancia a las consideraciones que la otra persona tiene de nosotros mismos siendo esta la base de relaciones dependientes y tóxicas (Ferrer, Bosh y Navarro, 2010).

2. El mito de la pasión eterna, creencia basada en que el amor romántico y pasional típico del inicio de la relación debe perdurar a lo largo de esta. Consecuencias: Afecta en la estabilidad emocional de la persona y en la estabilidad de la pareja, las personas acaban centrándose en dar placer a la otra persona y dejan de lado sus propias necesidades (García Palma., Garnica Fernández, González Muñoz, Márquez Gómez, Martín Parrado, Pérez Rivas y Vico Rodríguez, 2012).
3. El mito de la omnipotencia, basado en la idea de que “el amor lo puede todo”, y cualquier obstáculo o problema en la relación se solucionarán si hay amor. Consecuencias: la creencia de este mito afecta a normalizar y aceptar conductas o negativas, negar posibles conflictos y no cambiar posibles actitudes desfavorables para mantener una buena relación de pareja (Luzón Encabo, Ramos Matos, Recio Saboya y De La Peña Palacios, 2011).
4. El mito de los celos, o creencia de que los celos son una muestra de amor, y de que la presencia de estos demuestra que el amor es verdadero. Consecuencias: Con la aceptación de este mito se justifican comportamientos represivos o violentos, y constituye un problema primordial en la violencia de género. Se terminan justificando conductas como la vigilancia o el control, siendo en muchas ocasiones las mujeres el género que más lo sufren en las relaciones (García Palma *et al.*, 2012).
5. El mito del matrimonio, según el cual el amor romántico y pasional debe conducir a la unión estable y duradera de la pareja: el matrimonio. Consecuencias: Este mito relaciona la perdurabilidad del matrimonio y de la pasión, la cual cosa es difícil de mantener y puede conducir a la depresión (Nebot-García, García-Barba, Ruíz-Palomino y Giménez-García, 2018).

La sesión continuara de nuevo con la explicación de las fases en la respuesta sexual femenina. Para ver si las mujeres atienden en las sesiones se les dirá el nombre de la fase de la respuesta sexual y entre todas deberán explicar que ocurre durante esa fase. Al acabar con las fases, comenzara el turno de la actividad relacionada con los mitos sobre la sexualidad relacionados con la fase de deseo sexual. Para ello se repartirán cartulinas rojas y verdes a las participantes, y se les explicara que deberán subir la tarjeta verde si están de acuerdo con la frase que verán en la pizarra o por el contrario la roja si no están de acuerdo. Las oraciones que se han seleccionado son las siguientes, debajo se encuentra información para explicar si la afirmación es un mito o no.

1. Un pene grande es importante para el placer sexual femenino: MITO

El tamaño del pene no es realmente importante a la hora de satisfacer sexualmente, lo importante es como se utilice antes y después de la penetración. El hecho de que un pene mida más o menos centímetros no es relevante para el placer ya que la sensibilidad de la vagina y el ano no se encuentran en un punto muy profundo, generalmente se encuentran en el tercio externo. Las sensaciones que pueden cambiar relacionadas con el tamaño es la excitación que este puede causar en la mujer, pero no afecta en el placer femenino.

2. La auténtica satisfacción sexual se consigue con el orgasmo simultaneo: MITO

Es importante saber que la focalización en obtener el clímax puede provocar frustración en la pareja, además de influir en el pensamiento de reducir el acto sexual únicamente al coito en busca del orgasmo. El tiempo que tarda el hombre y la mujer en llegar al orgasmo son diferentes y el placer se puede encontrar en muchas otras prácticas sexuales que no incluyen el coito y no necesariamente se necesita llegar al clímax para tener relaciones sexuales placenteras (Yazmín Chávez Galeas, 2021).

3. Durante el embarazo disminuye el deseo sexual: MITO

Aunque en términos generales se pueda pensar que siempre es así, existen distintas etapas relacionadas con la libido por las que pasan las mujeres en el embarazo. En primer lugar, dependiendo de los síntomas “gravídicos” que tengan las mujeres en el primer trimestre se podrá tener una disminución de la libido. Sin embargo, para otras parejas este momento puede favorecer el deseo sexual ya que los genitales se encuentran más sensibles y aumenta la cantidad de hormonas en el cuerpo de la mujer. Durante el segundo trimestre cuando estos síntomas cesan puede aparecer una etapa de equilibrio donde el interés por

el sexo generalmente aumenta, o en algunos casos la aparición de consecuencias físicas en su cuerpo puede hacer que la mujer se sienta menos atractiva y que esto repercuta en la relación de pareja. Por último, en el tercer trimestre el crecimiento del feto, la falta de sueño, las ganas constantes de orinar y una respiración dificultosa puede afectar en la disminución del deseo sexual, aunque no siempre en todas las mujeres (García, Basilio y Santos, 2003).

4. Las mujeres son multiorgásmicas: VERDAD

Todas las mujeres son multiorgásmicas debido a que no tenemos periodo refractario, es decir el tiempo que se necesita desde la eyaculación hasta que se vuelve a sentir excitación. Sin embargo, no todas sabemos estimularlos bien. No se debe caer en la presión de tener metas en la cama, debido a que existen muchos factores que influyen a la hora de vivir un orgasmo, además de que la satisfacción es subjetiva y no necesariamente se necesita llegar al clímax para disfrutar de un bienestar sexual (Campos, Civera, Córdoba, Del Amo, Díaz, Díaz, y Ferri, 2006).

Materiales:

- Sala habilitada
- Enunciados “Mitos y verdades”
- Información sobre mitos románticos
- Cartulinas verdes y rojas
- Fases de la respuesta sexual femenina (*Anexo 5*)

Anexo 8.

Sesión 6. Autoimagen

Duración: 60 minutos.

Objetivo: ayudar a las mujeres a darse cuenta de cómo se ignoran y distorsionan las cualidades positivas (autoestima); trabajar los pensamientos disfuncionales negativos.

Las mujeres que padecen alguna disfunción sexual tienen un marcado malestar tanto en la relación de pareja como en su propia sexualidad por lo que se presume que existe cierta relación entre las disfunciones sexuales y autoestima. Las mujeres con trastorno de deseo/excitación sexual, muestran una baja y frágil autorregulación y autoestima, tienden

a preocuparse más, ser más ansiosas e introvertidas (Sánchez Bravo, Corres Ayala, Blum Grynberg, Carreño Meléndez, 2009).

Por estos motivos en la sesión seis se trabajará mediante la Terapia cognitivo conductual la autoestima de las participantes. El objetivo es que las mujeres dejen de sobreestimar e infravalorar sus capacidades, adoptando una visión más realista de ellas mismas que reduzca la ansiedad al afrontar situaciones sexuales.

En primer lugar, se mostrará la definición de autoestima según García (2013) concibiéndose como “la actitud de la persona respecto a si misma que constituye el componente evaluativo del autoconcepto que tenemos de nosotros mismos” y se trabajará en ella mediante un ejercicio llamado “Listado y autorregistro de cualidades positivas”. Las mujeres deberán escribir en un folio 10 cualidades que recuerden que les hayan dicho o que ellas consideren que tienen en relación con la sexualidad (aspecto físico del cuerpo, comportamientos eróticos, sexo oral, situaciones de excitación etc.). Si alguna mujer no puede completar esta lista, preguntarle qué ocurriría si la lista fuera de cualidades negativas, con este ejercicio se trata de enseñarles como están ignorando y distorsionando sus cualidades positivas.

Después de realizar el ejercicio, se enseñará a las mujeres una herramienta de la terapia cognitiva denominada “registro de pensamientos disfuncionales”, esta actividad se explicará en clase, pero las mujeres deberán utilizarla en casa cuando se encuentren en una situación que les cause pensamientos negativos automáticos. En el registro de pensamientos disfuncionales se debe analizar (Breckman, 2007):

- Situación que vas/ has tenido que afrontar, por ejemplo: mi pareja me ha pedido que esta noche mantengamos relaciones sexuales
- Predicción negativa y porcentaje de creencia, siguiendo con el mismo ejemplo: no tendré ganas de hacerlo 90%, a mi pareja no le va a gustar 50%...
- ¿Qué ocurrió realmente?, en este caso, por ejemplo: mi pareja entendió que no me apetecería en ese momento, no llegamos al coito, pero nos excitamos con caricias y besos...

A continuación, se utilizará el modelo ABC de Albert Ellis para explicar a las mujeres, como, aunque dos personas vivan un mismo evento podemos desarrollar respuestas diferentes en función de las propias creencias (Ellis, 1991). Este modelo tiene tres

componentes principales los cuales son 1) Acontecimiento activador, puede ser una situación externa o algo interno como un pensamiento, fantasía, conducta etc. 2) Sistema de creencias que forman la forma de ser y ver el mundo de la persona, estos pensamientos suelen ser automáticos y en muchas ocasiones irracionales, es decir formadas en base a cosas poco lógicas o exageraciones 3) Consecuencias emocionales y conductuales. El ejercicio que deberán realizar las mujeres es buscar una situación que les ocurra en su vida cotidiana y descomponerlo en estos tres componentes del modelo, el terapeuta dará el siguiente ejemplo:

- Acontecimiento: que mi pareja me diga que esta noche deberíamos tener relaciones sexuales (activador externo)
- Creencias: pensar que por la noche no tendré ganas de tener relaciones y por tanto mi pareja se va a enfadar conmigo
- Consecuencias emocionales y conductuales: ansiedad, frustración, baja autoestima, no intentar otras prácticas sexuales que pueden excitarnos.

Después de que las mujeres comenten su ejemplo en voz alta, deberán individualmente responder a estas preguntas:

- ¿Por qué tengo esta creencia?
- ¿Ocurrió realmente lo que pensábamos que iba a ocurrir?
- ¿Qué puedo hacer la próxima vez que me ocurra la misma situación?

De esta manera las mujeres podrán darse cuenta de que ante un acontecimiento no se generan las consecuencias emocionales, sino que son las creencias las que harán que surjan estas emociones. Por lo que trabajando en estas distorsiones cognitivas que tienen acerca de la sexualidad, podrán disminuir las emociones negativas que las situaciones les provocan. Por último, se les entregará una fotocopia de los tipos de procesamiento más frecuentes para que sea más fácil darse cuenta si alguno de sus propios pensamientos no está basado en argumentos lógicos.

Materiales:

- Sala habilitada con mesas
- Papel y bolígrafo
- Tipos de procesamiento sin argumentos lógicos

Tipos de procesamiento disfuncionales (Rodríguez Biglieri Vetere, Beck, Baños, Botella Arbona, Bunge y Rothbaum, 2011).

Procesamiento disfuncional	Característica
Lectura de mente	Presuponer las intenciones, emociones y/o pensamientos de los demás.
Predicción del futuro	Vaticinar la ocurrencia de eventos futuros.
Catastrofización	Tendencia a suponer el peor resultado o consecuencia posible de una situación.
Etiquetamiento	Asignar rasgos globales negativos a una persona, conducta o situación.
Generalización excesiva	Tomar casos aislados y desarrollar una regla general a partir de ellos, la cual es aplicada a diferentes tipos de situaciones.
Pensamiento dicotómico	Evaluar las situaciones o personas en términos absolutos, mediante una escala polarizada de tipo blanco o negro.
Sesgo de confirmación	Tendencia a buscar y seleccionar las pruebas que apoyen nuestras creencias, teorías o hipótesis, de forma que la información confirme nuestras suposiciones previas.
Razonamiento emocional	Hacer predicciones o interpretaciones de los eventos en función de las emociones sin sopesar otros aspectos.
Personalización	Relacionar consigo mismo eventos externos, atribuyéndose la causa o responsabilidad por la ocurrencia de los mismos, aun cuando no existe una clara conexión entre la acción del paciente y las situaciones en cuestión.
Abstracción selectiva	Tendencia a centrarse en algunos aspectos amenazantes de una situación tomando en consideración solamente un detalle del evento y omitiendo el resto de la información.
Inferencia arbitraria	Sacar una conclusión en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o incluso ante pruebas que la contradicen.
Maximización y minimización	Maximizar los aspectos de una situación que apoyan nuestra visión del evento y minimizar los que la contradicen.

Anexo 9.

Sesión 7. Neutralizar la ansiedad y el estrés, mejora de la salud física

Duración: 60 minutos.

Objetivo: enseñar técnicas de relajación y manejo de la ansiedad y estrés; conocer la relación positiva entre salud física y aumento del deseo sexual.

En la sesión 7 se utilizará de nuevo la Terapia Cognitivo Conductual para mejorar el estado de ánimo de las mujeres reduciendo la ansiedad y el estrés. La dinámica de esta sesión consiste en enseñar una serie de técnicas que ayuden a lidiar con la ansiedad y el estrés de las mujeres en su día a día. El objetivo es que las participantes reduzcan los niveles de activación fisiológica y sean capaces de gestionarlos en situaciones que les alteren. Esta sesión se puede aplicar tanto en el ámbito de la sexualidad relacionado con el trastorno de interés/excitación sexual, así como en cualquier otro ámbito de la vida.

En primer lugar, enseñaremos una técnica de relajación para reducir los cambios fisiológicos producidos por el sistema nervioso simpático, insistiendo en la importancia de la práctica y repetición para obtener mejores resultados. En esta sesión se enseñará a las mujeres a vigilar sus sensaciones iniciales de ansiedad y activación fisiológica, una vez que las participantes tengan una idea de que sensaciones tiene su cuerpo cuando se enfrentan a situaciones que causan ansiedad se visualizara el video “Relajación progresiva de Jacobson, relajación muscular 10 minutos”, donde se explica cómo se realiza la relajación progresiva (Litschi, 2021).

Para ello se utilizará la relajación progresiva de Jacobson un tipo de relajación muscular adecuada para personas que presentan estados de tensión muscular. Con esta técnica se actúa en todas las partes del cuerpo que se encuentren en tensión con el fin de encontrar estados adecuados de salud. La relajación progresiva tiene como objetivo disminuir episodios de ansiedad y estrés mediante la tensión- distensión de los músculos, obteniendo una mayor calidad del sueño, adecuado estado de reposo, fortalecimiento de la autoestima, eliminación de tensiones etc. (Gordillo Andrade, 2020).

Otra técnica de la terapia cognitiva conductual es la exposición, cuando las mujeres son conscientes de las señales que les envía su cuerpo en una situación que genera ansiedad tienen un mayor control sobre ellas y pueden llevar a cabo esta técnica. Mediante esta técnica se enseña a las mujeres a que deben permanecer en una situación que les genere ansiedad hasta que la ansiedad comience a disminuir y se den procesos de habituación y

extinción. Es importante resaltar que en esta técnica es preferible que no se usen estrategias como la distracción en el momento en el que se está exponiendo a la fuente de ansiedad, ya que mantener la atención en los aspectos provocadores de ansiedad de la situación mejora la eficacia de la técnica de exposición (Luterek y Heimberg, 2003).

A continuación, para lidiar con el estrés que las mujeres puedan tener en su vida cotidiana además de utilizar las técnicas que se han enseñado anteriormente se destacara la salud física. Utilizar herramientas como mantener una dieta equilibrada, el ejercicio físico y un buen descanso por la noche pueden afectar positivamente a mejorar el deseo femenino.

Para trabajar la salud física con estas mujeres, el terapeuta deberá buscar una rutina sencilla para que las mujeres se muevan y ejerciten su cuerpo. Por ejemplo, salir a caminar 20 minutos al día y realizar pilates o yoga podrían ser actividades beneficiosas para ellas. Es importante también recordar a las mujeres que llevar unos hábitos de sueño saludables producen una mejoría en el deseo sexual.

Por otro lado, utilizando la pirámide nutricional se mostrará a las mujeres como pueden mantener una dieta equilibrada que aporte los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo, teniendo en cuenta las siguientes características:

- Repartir bien los nutrientes a lo largo del día
- Indicar cuales son los nutrientes ideales para cada momento
- Conocer cuáles son las grasas saludables e incluirlas en la alimentación
- Tener en cuenta la cantidad de consumo de alimentos por semana
- Reducir el consumo de grasa animal, refrescos, dulces y azúcares
- Consumir abundante agua

Materiales:

- Sala habilitada con mesas
- Proyector
- Vídeo “Relajación *progresiva de Jacobson* / *Relajación muscular 10 minutos*”
- Rutina de 20 minutos de ejercicio para las mujeres
- Información sobre la pirámide nutricional

Enlace vídeo “Relajación *progresiva de Jacobson* / *Relajación muscular 10 minutos*”
(Litschi,2021): https://www.youtube.com/watch?v=vAaRM_wV5W8&t=43s

Anexo 10.

Sesión 8. Mundo erótico

Duración: 90 minutos (primera parte 45 minutos/ segunda parte 45 minutos).

Objetivo: abordar el tema “fantasías sexuales” y como utilizarlas para mejorar la sintomatología; enseñar el uso de juguetes sexuales para aplicarlos en la masturbación.

La sesión 8 comenzara con las mujeres sentadas en sus respectivas mesas de modo que atiendan a la información acerca de las fantasías sexuales. Se realizará una presentación con la información del *anexo*. Tras finalizar la presentación con la información relevante acerca de las fantasías sexuales se hará a las mujeres la siguiente pregunta: ¿Crees que se debe comunicar a la pareja las fantasías sexuales?, se esperara a que las mujeres respondan y se debata al justificar la respuesta que den. A continuación, el terapeuta responderá:

1. Dependiendo del vínculo con la pareja y la confianza que tenemos con ella, debe haber muy buena comunicación en los demás ámbitos para poder hablar de las fantasías sexuales de un miembro de la pareja. Se debe buscar un momento clave para no generar un comportamiento invasivo en la otra pareja e introducirlo poco a poco, mejorando el vínculo más inseguro que se tiene al hablar de estos temas además de mostrar interés también por lo que la otra persona tiene.
2. Se debe utilizar una comunicación asertiva con la pareja, por ejemplo: me gustaría probar, que te parece si..., etc de este modo abrimos posibilidades, ya que comunicarlo de una manera agresiva puede producir rechazo en la otra persona. También existe la posibilidad de tener fantasías sexuales que puedes quedarte para ti mismo y no ser concretadas en ningún momento y aquellas que sí que puedes comunicar y llevar a cabo con la pareja, es importante mantener la diferencia entre estas fantasías y utilizarlas para mantener o aumentar el deseo con nuestra pareja.

La actividad que se llevara a cabo en esta sesión se hará de manera individual para que las mujeres trabajen la imaginación y capacidad de fantasear escribiendo un relato corto no más de nueve líneas con alguna situación que les excite. Se darán las siguientes pautas; se deben fijar en los pequeños detalles como un aroma, el color de la ropa, el lugar y

deben definir la situación mediante los cinco sentidos; no tiene por qué tratarse de algo estrictamente sexual sino pueden ser algo sensual, romántico etc. Con esta actividad se finalizará la primera parte de la sesión y comenzará la segunda centrada en el uso de juguetes sexuales.

Actualmente el uso de juguetes sexuales ha tenido un gran impacto en la satisfacción sexual femenina. Por esta razón muchos profesionales recomiendan su uso como tratamiento complementario en aquellas mujeres que presentan una disfunción con el objetivo de mejorar su vida sexual y su interés por el sexo (Godoy Peña, 2020). Para esta sesión es conveniente que las mujeres tengan conocimientos tanto de la masturbación como de la amplia gama de juguetes sexuales que existen, por lo que se ha decidido acudir a Plátano Melón y su experiencia en este tema.

Plátano Melón es una marca de juguetes eróticos nacida en España en el año 2014, se trata de un negocio con objetivos diferentes a cualquier otra marca de juguetes sexuales. Buscan aumentar la felicidad y bienestar de las personas fomentando la autoestima y mejorando la complicidad con la pareja. Su fundadora Anna Boldú quiere transmitir la visión de que el sexo es algo natural rompiendo con los estereotipos y tabúes existentes de la sexualidad. No solo vende juguetes eróticos en su página web, sino que mediante sus redes sociales y gracias a su equipo de sexólogas impulsa información educativa sobre el sexo, placer, clítoris, punto G etc. En la sesión 8 para tratar la parte dedicada a los juguetes sexuales se invitará a dos mujeres del equipo Plátano Melón para que enseñen a las participantes la variedad de juguetes y sus aplicaciones, de este modo ellas podrán ver cuál de todos se adapta mejor a sus necesidades y aprenderán información que quizás no conocen sobre la masturbación.

Materiales:

- Sala habilitada con mesas
- Proyector
- Información fantasías sexuales
- Papel y bolígrafo
- Mujeres invitadas de Plátano Melón

Información Fantasías sexuales:

¿Que son las fantasías sexuales?

Una de las primeras definiciones más concisas de las fantasías sexuales es la que plantean Leitenberg y Hicks en 2001, donde se consideran como “cualquier imagen mental que resulte sexualmente excitante o erótica para el individuo”. Las fantasías sexuales pueden variar en cantidad, forma y diversidad dependiendo de la persona que las experimente, sin embargo, en términos generales resulta difícil su acceso incluso para la persona que lo experimenta. Las mujeres en este caso tienen más facilidad que los hombres para definir verbalmente una fantasía, en cambio son los hombres quienes tienden a fantasear más.

Estudios demuestran que existe una relación entre el grado de excitación fisiológica y el uso de la imaginación en las fantasías sexuales dependiendo de su intensidad y contenido.

Tipos de fantasías sexuales

Utilizando la clasificación de Viedma, Gutierrez, Ortega y Sierra en 2005 se encuentran:

- Fantasías exploratorias: relacionada con la tendencia a la variedad sexual y sexo grupal
- Fantasías intimas: asociada a la búsqueda de y disfrute de compromiso con un número limitado de parejas sexuales, centradas en el compromiso e intimidad con la pareja. Se consideran las fantasías más socialmente aceptadas y en población española son las comunes.
- Fantasías sadomasoquistas: asocia provocar o padecer dolor con la excitación sexual, incorporando juegos relacionados con ataduras, golpes, cuerdas etc.
- Fantasías impersonales: indica un interés por los fetiches, ropa, películas y demás representaciones sexuales.

Son todas las fantasías sexuales lícitas

Es importante saber que las fantasías sexuales son un buen indicador de salud sexual. Según la persona, la situación y el momento el grado de detalle, extensión y elaboración de la fantasía podría variar (Barker, 2014). En algunas ocasiones las personas generan un sentimiento de culpa y por eso se debe tener en cuenta que fantasear no implica necesariamente querer representarlo en la vida real, hay que saber distinguir entre lo que

pertenece al terreno de la fantasía y la realidad y tener muy en cuenta el consentimiento de las personas en la práctica sexual (Joyal, Cossette y Lapierre, 2015).

El estudio llevado a cabo en 2018 demuestra que las fantasías sexuales bien gestionadas pueden mejorar las relaciones de pareja además de crear comportamientos sexuales que ayudaran a mantener una relación más íntima y saludable a lo largo del tiempo (Birnbaum, Kanat-Maymon, Mizrahi, Recanati, y Orr)

Anexo 11.

Sesión 9. Entrenamiento en habilidades conductuales.

Duración: 90 minutos.

Objetivo: utilizar técnicas de focalización sensorial y entrenamiento en masturbación directa para enseñar a las mujeres una forma progresiva de experimentar situaciones estimulantes que pueden llegar a producir placer.

A lo largo de la sesión 9 se trabajarán dos técnicas de terapia sexual, en primer lugar, la focalización sensorial propuestas por Masters y Johnson y Kolodny y Helen Kaplan (1974) y por otro lado, el programa de masturbación directa creado por Lo Piccolo y Lobitz donde se integran conceptos de la focalización sensorial (Santamaría, 2007). A lo largo de la sesión se irán dando las pautas necesarias para poder llevar a cabo ambos programas, información acerca de sus fases, conocimiento de las técnicas y ejemplos de cómo reproducirlas.

La primera técnica de terapia sexual de la que se hablará es la focalización sensorial, consiste en enseñar a las mujeres a usar el contacto físico como una forma de comunicación enfocándose en las sensaciones placenteras del cuerpo pudiendo ser ellas mismas u otra persona quienes las produzcan.

En primer lugar, se enseñará la focalización sensorial no genital donde se propone que la búsqueda de sensaciones placenteras se lleve a cabo con caricias, besos, roces en cualquier parte del cuerpo excepto senos y zona vaginal. La pareja debe ofrecer feedback de las sensaciones que se van sintiendo, además la propuesta debe ser rechazada si no se desea o se empieza a sentir sintomatología ansiosa. Se pedirá a las mujeres que tienen pareja que realicen esta técnica al menos una vez a la semana hasta que hayan conseguido

disfrutar de la técnica en varias ocasiones y puedan pasar a la siguiente fase (Labrador, 1987).

Para que las mujeres tengan algún ejemplo sobre como introducir esto en su vida sexual se les propondrá dos juegos en pareja que pueden ayudar a llevar a cabo esta actividad.

1. Únicamente besos: se debe besar las partes comunes del cuerpo con besos húmedos, empezando por la boca, cuello, orejas etc y se debe percibir las reacciones tanto en nosotros como en la pareja para descubrir cuales son las zonas más erógenas.
2. Desnudar con tranquilidad: en este juego se debe ir quitando la ropa sin prisa prenda a prenda y acariciar cada parte del cuerpo que se queda desnuda mediante caricias y besos.

La segunda técnica es la focalización sensorial genital se trata de incluir los genitales y senos en las caricias y besos de la fase anterior. Se debe cambiar la zona del cuerpo donde se están haciendo caricias si se llega a la excitación para conseguir esa excitación en una zona nueva. De nuevo, se recomendará realizar estos ejercicios una vez a la semana hasta que se consiga disfrutar de esta nueva técnica. En la focalización no genital y genital no está permitido la penetración, por lo que en ninguna de las fases el objetivo es llegar al coito. Sin embargo, con estos entrenamientos se pretende que las mujeres conozcan las preferencias tanto de sí mismas como de sus parejas y sirven como aproximación progresiva a una relación sexual completa y satisfactoria (Valero Aguayo y Bernet Carrero, 2015).

Por ultimo y el objetivo final de este entrenamiento es incluir todas las caricias y besos anteriores y en caso de que ambos miembros estén excitados y sin sintomatología ansiosa, realizar el coito. Para que esto sea más efectivo las mujeres deben de seguir unas pautas: es recomendable que la mujer este arriba y guie el pene del hombre hacia su vagina manteniendo la mente en clave erótica. Se debe introducir el pene poco a poco y realizar movimientos de adelante hacia atrás o en círculos de forma muy lenta, hasta que finalmente si la pareja se encuentra excitada y no aparecen pensamientos distorsionados, estrés u ansiedad negativa se puede combinar todo el entrenamiento con la penetración para obtener una actividad sexual placentera.

En este programa, participan mujeres que actualmente no tienen pareja por lo que quizás esta sesión no sea muy efectiva para ellas ya que la focalización sensorial permite desarrollar la propia sensibilidad, pero en la relación con la pareja. Por este motivo se ha añadido también el entrenamiento en masturbación femenina asociándolo a la focalización sensorial (Labrador, 1987).

El entrenamiento en masturbación femenina llevado a cabo por Lo Piccolo y Lobitz a asocian la focalización sensorial con la masturbación en un mismo programa. Para aquellas mujeres que no tienen pareja, en esta sesión se explicaran las fases de este programa donde se pretende obtener una estimulación sexual, facilitando el placer y liberando tensiones de tipo sexual (Manzo y Yulis, 2004). La información sobre las sesiones es la siguiente:

- La mujer debe colocarse frente a un espejo visualizando sus genitales y conociendo su vagina, analizando sus partes.
- Mediante el tacto la mujer debe explorar sus genitales para localizar las áreas que le otorgan placer
- La mujer mediante el uso de fantasías eróticas, literatura explícita, fotos debe aumentar sus estímulos traducidos como respuesta sexual y placer
- Con el uso de un juguete sexual se seguirá explorando la respuesta psicológica a los estímulos intensos
- En la siguiente sesión el hombre observa la masturbación de la pareja, para aprender que es lo más efectivo y lo que más placer genera en ella
- La mujer enseña a la pareja a manipular sus órganos sexuales femeninos
- Por último, si no existe sintomatología ansiosa por parte de la mujer puede intentarse el coito siguiendo las pautas que se han dado en la tercera fase de la focalización sensorial (Both y Laan, 2008).

Al finalizar la sesión se pedirá a las mujeres que lleven a cabo estos ejercicios y se resolverán dudas que hayan podido surgir. La información se presentará en forma de Power Point para facilitar a las mujeres el seguimiento de la información.

Materiales:

- Sala habilitada con mesas
- Proyector

- Información sobre focalización sensorial
- Información sobre entrenamiento en masturbación femenina

Anexo 12.

Sesión 10. Comunicación en el sexo.

Duración: 60 minutos.

Objetivo: conocer los tipos de comunicación en el sexo y ponerlo en práctica mediante un Role Playing.

En la sesión 10 se tratará la comunicación en relación con la sexualidad, es importante que con una pareja afectivo-sexual exista una comunicación asertiva, dialogo respetuoso y una escucha activa del otro. Mediante la comunicación se potencia el desarrollo y solución de conflictos además de dar consciencia a las emociones que tiene cada persona y permitir un desarrollo de la intimidad. Esta herramienta permite expresar deseos, pensamientos y emociones relevantes para realizar el acto sexual (Quiroga, 2021).

La sesión comenzara con las mujeres sentadas en un círculo, el terapeuta lanzara la siguiente pregunta: ¿Como es para vosotras una buena comunicación sexual con la pareja? Se dejarán unos 10 minutos para que las mujeres vayan opinando sobre el tema y contestando a la pregunta, posteriormente se llevará a cabo la explicación de la siguiente información:

Según Alberto de la Cruz (2010) estas son las diferentes formas de comunicación empleadas en el campo de la sexualidad:

1. Comunicación auditiva: dentro de la comunicación auditiva se encuentra la comunicación emocional o paralenguaje. Es muy importante el volumen, timbre, velocidad y ritmo de la voz para transmitir la actitud emocional frente a la otra persona. Existe un tipo de voz denominada “voz masturbatoria” la cual sugiere secreto, complicidad, picardía e intimidad. Es importante que las parejas hablen durante el sexo y expresen sus deseos, además de gruñir, gemir y desbloquear la expresividad sexual de cada uno.
2. Comunicación táctil: el tacto es la comunicación esencial en el sexo, los gestos se realizan con las manos, la boca y se reciben por toda la piel. La estimulación táctil

es muy importante en la comunicación sexual, además de potenciar el deseo y la excitación. En esta parte de la explicación las mujeres deberán participar en un ejercicio, se les pedirá que digan verbos variantes de las señales táctiles que pueden utilizarse durante un encuentro sexual. Por ejemplo: abrazar.

3. Comunicación visual: en este tipo de comunicación entran en juego la cara, las manos, expresiones faciales. Se puede decir que el 75% de las señales de comunicación no verbal se transmiten con la mirada, denominándose a cada gesto significativo kinema. Dentro de la comunicación visual el rostro se expresa mediante los movimientos de los parpados, cejas, ojos, nariz y boca.

Tras la explicación sobre las distintas formas de comunicación que existen en la sexualidad se propondrá realizar un Role Playing por parejas llevando a cabo un encuentro sexual. Las participantes se pondrán en parejas, y todas al mismo tiempo llevarán a cabo la escena propuesta, la terapeuta irá pasando por cada una de las parejas y si es necesario ayudará a las mujeres a realizarlas.

Personajes: María una chica de 35 años llega a casa después de un largo día de trabajo, allí está esperándole su novio Pedro de 34 años. Pedro lleva trabajando en casa toda la mañana también y ambos están cansados. Sin embargo, viendo una película una escena ha despertado en María el interés sexual:

- María: mediante la comunicación auditiva debe proponer a Pedro tener un encuentro sexual, se debe exagerar el volumen, timbre y hacer uso de la “voz masturbatoria”.
 - Hola, cariño, ¿qué tal el día? He estado pensando toda la tarde en ti y en que tenía muchas ganas de volver a casa. Había pensado en que podíamos llenar la bañera y tomarnos una copa de vino dentro. Podemos tener un momento de intimidad y disfrutar los dos juntos.
- Pedro: debe aceptar el encuentro sexual con María respondiendo a esta propuesta mediante la comunicación visual, es decir debe predominar las expresiones faciales.
 - Me parece una idea genial, ¿llevas pensando en mi todo el día? Por mi parte puedo decir lo mismo, además había comprado el vino que te gusta,

así que podemos abrirlo y meternos en la bañera. ¿Puedo quitarte yo la ropa?

- María: mediante la estimulación táctil en la cara, brazos y piernas debe comenzar a crear un ambiente.
 - o Me apetece más quitárnosla a la vez, podría empezar por la camiseta, luego quitar el pantalón y la ropa interior. Tenía muchas ganas de este momento Pedro, tengo ganas de hacer el amor contigo.

Materiales:

- Sala habilitada con mesas
- Información sobre las formas de comunicación en el sexo
- Guión Role Playing

Sesiones terapia de pareja

Anexo 12.

Sesión 1. Análisis funcional de problemas.

Duración: 90 minutos

Objetivo: integración de variables causantes del problema en la mujer, conociendo variables sociales y comportamentales de ambos miembros de la pareja.

La terapia de pareja que se utilizara en las siguientes sesiones se centra en trabajar las habilidades y estilos de comunicación, la expresión de los sentimientos y deseos, así como la asertividad en todos en los ámbitos, especialmente en el sexual. Para poder comparar si estas sesiones han tenido efecto en las participantes se utilizará el cuestionario propuesto por Morokoff, se trata de una adaptación al castellano de la Sexual Assertiveness Scale (1997). Esta escala recoge contenidos relacionados con la asertividad sexual como son: inicio de relaciones sexuales deseadas, rechazo de las no deseadas y prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual (Santos- Iglesias y Sierra, 2010). Además, se utilizará el cuestionario Índice de Satisfacción Sexual propuesto por Hudson (1992) en su adaptación española llevada a cabo en México por Moral de la Rubia (2018), se trata de un instrumento que valora la satisfacción sexual en

base a las expectativas, deseos y experiencias previas (Gómez Blancas de Rodríguez, 2021).

La primera sesión que se realizara en pareja tiene como fin encontrar porque se están produciendo estos comportamientos en la pareja, para ello se hará uso de una herramienta clínica básica de toda terapia: el análisis funcional. Este tipo de herramienta tiene la cuenta el contexto en el que se da, en concreto habla de los antecedentes y consecuentes. En consecuencia, lo que interesa son las relaciones que existen entre las respuestas de la persona y las variables del contexto. En conclusión, en esta sesión los objetivos son:

- Identificar los antecedentes y consecuentes que están controlando o se relacionan con la disfunción, describir las secuencias funcionales tipo Estimulo- Respuesta- Estimulo.
- Identificar las variables del organismo y del entorno que puedan estar influyendo sobre algún elemento de la secuencia funcional.
- Formular hipótesis acerca de porque se produce el comportamiento.

En el anexo se encuentran las pautas más concretas que se deben seguir, en este caso las preguntas deben ir dirigidas a la pareja y los comportamientos que tienen en relación con la actividad sexual, es importante conocer cuáles son los estímulos que originan los comportamientos negativos en la mujer. Ambos miembros de la pareja deben colaborar compartiendo sus pensamientos y experiencias, así pues, el psicólogo podrá seguir las pautas indicadas en el anexo y establecer las hipótesis finales sobre sus problemas. De este modo se podrá trabajar en una última sesión más personal los problemas que no han sido tratados en las sesiones posteriores y están afectando a la pareja.


En esta misma sesión se repartirá a la pareja los cuestionarios mencionados anteriormente tanto el Índice de Satisfacción Sexual Moral de la Rubia (2018), como el Sexual Assertiveness Scale (Morokoff *et al.*, 1997), ambos en su adaptación al castellano. Se volverán a repartir en la última sesión de pareja para evaluar la eficacia de las sesiones y valorar si existe una mejoría en la satisfacción sexual y la comunicación asertiva de ambos.


Materiales:





- Sala habilitada
- Documento “Análisis funcional de problemas”

- Cuestionario “Índice de Satisfacción Sexual” (*Anexo 3*)
- Cuestionario “Sexual Assertiveness Scale” (*Anexo 2*)

Documento análisis funcional

Paso	Explicación
1. Pregunta inicial:  ¿Qué problema o problemas presenta la persona? Identificar áreas problema y operativizar o traducir cada una de ellas en respuesta	<p>Lee toda la información evaluada y subraya los comportamientos problemáticos de la persona, uno por uno. Como primer paso, puedes identificar “áreas problema” más globales, tales como “ansiedad social”. Una vez identificadas estas áreas problema, trata de operativizar cada una de ellas en las respuestas problema concretas que las definen. Por ejemplo, el área problemática “ansiedad social” se traduce en respuestas fisiológicas como taquicardia, enrojecimiento, hormigueo, etc.; respuestas emocionales como la ansiedad; respuestas cognitivas como los pensamientos anticipatorios negativos; y respuestas motoras como no mirar a los ojos o tartamudear.</p> <p>En este paso tienes que saber distinguir entre respuestas problema y variables moduladoras de tipo disposicional que, aun estando relacionadas con el problema, no son propiamente “el problema”. En la celda inmediatamente inferior aparece un cuadro que te ayudará a hacer esta diferenciación.</p>

2. Identificar variables moduladoras para cada una de las áreas problema	 ¿Es una Respuesta problema o una variable disposicional?	
	Es una Respuesta problema si:	Es una variable moduladora disposicional si:
	<ul style="list-style-type: none">- Define un comportamiento concreto que es uno de los que queremos cambiar (frecuencia, intensidad, etc...)- Puede observarse en el "aquí y el ahora", en el día a día de la persona (con mayor o menor frecuencia).- Son los comportamientos de la persona que nos "chirrían", esto es, que presentan características no habituales: se dan en exceso, en defecto, de forma inadecuada. Pueden coincidir con los que la persona quiere cambiar (demanda o motivo de consulta), pero no necesariamente es así.	<ul style="list-style-type: none">- Hace referencia a una característica más o menos estable del comportamiento del cliente (una tendencia o disposición).- Forma parte del escenario global en el que ocurre el problema e influye sobre el mismo, pero no necesariamente "se observa" tal cual es en el día a día del comportamiento de la persona, porque no es algo tan concreto (por ejemplo, tener creencias religiosas extremas: no necesariamente se manifiesta cada día).

<p>3. Elaborar la hipótesis de mantenimiento:</p> <p>Para cada respuesta problema</p> <p>3.1. Clasificar si son Respuestas Condicionadas u Operantes.</p> <p>3.2 Marcar los antecedentes (EI o EC) de las respuestas condicionadas y crear cadenas E-R</p> <p>3.3 Marcar los consecuentes de las respuestas operantes y crear cadenas E-R-E.</p>	<p>Para cada respuesta problema: especificar si es Respondiente u Operante</p> <p> ¿Es Respondiente (RC) y, por tanto, explicable desde el Condicionamiento Clásico? Si es así, describir las secuencias E-R (Estímulo Incondicionado/Condicionado → Respuesta Incondicionada/Condicionada).</p> <p>Las RC suelen ser reacciones o respuestas emocionales (tristeza, alegría...), sensaciones fisiológicas o pensamientos (que no se controlan)</p> <p> ¡Ayuda! Preguntas que te puedes hacer para plantear la cadena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Ante qué estímulos se da esta respuesta? Estos estímulos: son Incondicionados (EI) o Condicionados (EC). Especificarlo. - En el caso de que sea EC, evaluar si podemos saber cómo se condicionó dicho estímulo (EI o ECs previos) <p> <i>Puedes avanzar hasta el punto 5. Elaborar la hipótesis de origen (presiona Ctrl+clic sobre las letras en negrita para dirigirte a ese apartado) para asegurarte de que entiendes bien este concepto.</i></p> <p>¿Es Operante y, por tanto, explicable desde el Condicionamiento Operante? Si es así, describir las secuencias E-R-E (Estímulo discriminativo → Respuesta Operante → Consecuente).</p> <p>Las RO suelen ser respuestas motoras (visibles) o pensamientos (estrategias o procesos de pensamiento, como los rituales mentales, la rumiación o la preocupación) que se originan de forma premeditada en cierta medida.</p> <p> ¡Ayuda! Preguntas que te puedes hacer para plantear la cadena:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La conducta, ¿se da porque se mantiene por algún consecuente (C)? ¿Por cuál? - ¿Sólo hay reforzadores como consecuente? ¿Qué tipo de reforzador: +/-? - ¿También hay castigos o veces en las que la conducta no es reforzada? En este caso, evaluar refuerzo variable. - No olvidarse de buscar los Estímulos Discriminativos (E^D) de esa secuencia
---	--

<p>4. Relacionar las variables disposicionales identificadas en el paso 2 con cada una de las secuencias descritas en el paso 3.</p>	<p>Aunque en el paso 2 se identifican las variables estructurales o moduladoras de forma general para cada área problemática de la persona, es importante analizar cómo influyen estas variables en las secuencias funcionales concretas que identifiquemos. Así, para cada secuencia, se debe explicar qué variables moduladoras (disposicionales o facilitadoras ambientales) están influyendo.</p>
<p>5. Elaborar la hipótesis de origen: ¿por qué surgió este problema? Hacerlo para cada Respuesta Problema (Opcional)</p>	<p>- Aplicar modelo de vulnerabilidad-estrés de Zubin y Spring (1977). Buscar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la historia de aprendizaje de la persona y su personalidad: factores de vulnerabilidad (variables disposicionales). Valorar aquí la posibilidad de que algunas de las variables disposicionales sean el resultado de aprendizaje vicario o simbólico • En su historia y/o entorno: facilitadores ambientales, estresores concretos o factores precipitantes. Algunos de estos factores pueden tener función de Estímulos Incondicionados (EI) o Condicionados (EC) y formar parte de cadenas de Condicionamiento Clásico que expliquen el origen del problema. Si se pueden identificar tales estímulos, definir las secuencias E-R.
<p>6. Plantear objetivos terapéuticos y técnicas de intervención.</p>	<p>Atendiendo a las secuencias de mantenimiento del problema elaboradas en el paso 3 y teniendo en cuenta las variables moduladoras fundamentales que pueden estar influyendo en estas secuencias:</p> <p>- Se plantean los objetivos terapéuticos.</p>

Anexo 13.

Sesión 2. Comunicación en la pareja.

Duración: 90 minutos

Objetivo: enseñar técnicas de habilidades comunicativas a la pareja con el fin de mantener un ambiente positivo a la hora de expresar sentimientos, deseos y necesidades.

En la segunda sesión con la participante y su pareja se trabajarán técnicas de habilidades comunicativas, el objetivo es mejorar la comunicación en la pareja y crear un ambiente de confianza e intimidad donde expresar los deseos y sensaciones propias.

Se comenzará la sesión exponiendo tres conceptos claros que se deben tener en una relación

- *Intimidad*: sentirse comprendido, sentirse apoyado y compartir. Este sentimiento provoca acercamiento, vínculo y conexión
- *Deseo*: se percibe en la sensación de disfrutar con la pareja, se habla de deseo cuando se encuentra atracción e intereses. Fomenta un apego saludable con la pareja y da vivacidad a la relación de pareja. Es muy importante compartir los deseos con la pareja ya que se trata de un ingrediente que nos aporta la sensación de exclusividad, al expresar determinados sentimientos y pensamientos únicamente con la pareja.
- *Compromiso*: se refiere al grado por el cual una persona está dispuesta a acoplarse y amoldarse en un proyecto de vida común con un objetivo común. Cuando se habla de compromiso hablamos de confianza, responsabilidad asumida, reconocimiento de obligaciones e interés personales, familiares y de pareja.

A la hora de expresar y cumplir los deseos sexuales de nuestra pareja, aparece un término muy importante a tener en cuenta en el mundo de las habilidades sociales denominado *respeto interpersonal*, se refiere a la capacidad de armonizar los derechos propios con lo de la otra persona. Aplicando esto a las relaciones afectivo-sexual, no podemos esperar que nuestra pareja se comporte como nosotros queremos teniendo en cuenta dos alternativas: conseguirlo o no conseguirlo. Para que la comunicación y expresión de los deseos funcione de forma equilibrada se deben defender y respetar los derechos de ambas partes transmitiendo seguridad, cuidado y comprensión. Se debe utilizar la comunicación positiva (el dialogo), la toma de perspectiva (empatía) y la capacidad de manejar la discrepancia (solución de conflictos) (Capafons y Sosa, 2015).

A continuación, se utilizarán técnicas de la terapia de pareja centradas en las habilidades comunicativas. En primer lugar, la técnica “el mensaje Yo” con esta herramienta se comunica en primera persona las necesidades, deseos y sentimientos sin poner en cuestión las emociones, opiniones o comportamientos del otro. Para llevarla a cabo se deben seguir los siguientes pasos:

1. Describir la situación o comportamiento que nos esté molestando, tratando de evitar las generalidades (todo-nada)

2. Comunicar sin miedo, y utilizando el lenguaje no verbal propio de la comunicación asertiva (necesito..., en mi opinión...). Es importante que los miembros de la pareja en este caso solo hablen de ellos mismos.
3. Describir las consecuencias de dicha situación o comportamiento puede tener en un futuro (porque... esto ocasiona...). Siempre se deben describir las consecuencias de forma objetiva.

En segundo lugar, se utilizará una técnica para trabajar la escucha activa llamada “no es lo mismo oír que escuchar”, el objetivo es trabajar la capacidad de atender e interpretar los mensajes verbales y no verbales de la pareja mediante la comprensión. Para ello se les darán los siguientes pasos:

1. Un miembro de la pareja emite un mensaje
2. El otro miembro de la pareja se concentra sin distraerse, tratando de observar los atentamente los mensajes verbales y no verbales.
3. Finalmente se realiza un resumen interiormente y después se verbaliza y confirma el mensaje que se ha hecho mentalmente.

Materiales:

- Sala habilitada
- Proyector
- Definición conceptos: intimidad, deseo, compromiso y respeto interpersonal
- Actividad “el mensaje yo”
- Actividad “no es lo mismo oír que escuchar”

Anexo 14.

Sesión 3. Expresión de pensamientos y sentimientos.

Duración: 60 minutos

Objetivo: enseñar la técnica Focusing para profundizar en los propios sentimientos y mejorar la intimidad en pareja.

En la siguiente sesión en pareja se cree conveniente trabajar la expresión de sentimientos e intimidad. Para ello se utilizará la información de la sesión 9 denominada entrenamiento en habilidades conductuales. Se explicará de nuevo en que consiste la focalización

sensorial y las etapas que lo forman, con sus respectivas actividades recomendadas. Las mujeres tuvieron que practicar la focalización sensorial con sus parejas lo que nos ayudara en esta sesión para que ambos pongan en común sus propios gustos o deseos pretendiendo crear un ambiente de intimidad y comunicación. Ambos miembros de la pareja deberán poner en común, teniendo en cuenta las prácticas sexuales que llevaron a cabo en la focalización sensorial las que:

- Mas le exciten
- Menos le exciten
- Querrían probar
- No repetirían

Mediante esta actividad se comenzará a formar un ambiente de sinceridad en la sesión donde la pareja poco a poco ira comentando situaciones o pensamientos que han sentido, pero no han comunicado directamente. De este modo se ira creando la base con la que más adelante en la misma sesión se desarrollará la capacidad de hablar de los sentimientos y deseos para establecer confianza en la relación. En esta sesión se utilizará la técnica *Focusing* con el objetivo de enseñar a la pareja a contactar con las sensaciones más profundas que provocan según que asuntos personales. Esta técnica consiste en percibir interiormente el porqué de un asunto y no quedarse en una observación superficial a la hora de dar explicaciones, en una pareja utilizar esta introspección puede servir para dejar de lado los prejuicios y puntos de vista y conectar profundamente con los sentimientos que se experimentan (Amodeo, 2007). De este modo esta conexión más profunda con nuestro sentir crea los cimientos para conectar con nuestra pareja de una manera más autentica, empática y tierna. El terapeuta para llevar a cabo esta práctica realizara las siguientes preguntas abiertas con el fin de que la pareja vaya compartiendo sentimientos internos:

- ¿Qué crees que siente tu pareja cuando rechaza un encuentro sexual?
- ¿Qué sientes cuando ella se pone nerviosa antes de comenzar el encuentro sexual?
- ¿Cuáles son tus pensamientos al iniciar un encuentro sexual?
- ¿Qué es lo que más te gusta de tu pareja, en cuanto a él/ella como individuo?
- ¿Crees que podrías cambiar algo para hacer que tu pareja se sienta más cómoda en un encuentro sexual?

Haciendo uso de estas preguntas abiertas se profundiza en intimidad, es decir se posibilita a la pareja a decirse aquello con lo que conectar y poder hablar de temas profundos que involucran pensamientos y sentimientos de sí mismos. Conseguirán entenderse revelando sus necesidades reales y reforzando el vínculo que tienen entre ellos.

Materiales:

- Sala habilitada
- Información sesión grupal 9 “entrenamiento en habilidades conductuales”
- Preguntas abiertas “Focusing”

Anexo 15.

Sesión 4. Entrenamiento en asertividad.

Duración: 60 minutos

Objetivo: adquirir y reforzar habilidades asertivas en la pareja.

La sesión comenzará exponiendo el contenido relacionado con la asertividad y estilos comunicativos. Para comenzar se le pedirá a la pareja que definan entre ambos un concepto lo más acertado posible sobre que es el asertividad, para posteriormente darles la definición correcta.

La información que proporcionará el terapeuta sobre que es el asertividad es la siguiente:

- Se trata de la capacidad de expresar nuestros propios deseos, derechos, sentimientos, necesidades y opiniones. Respetando siempre la posición de la otra persona, sin amenazarla o castigarla. Este concepto implica: aceptar cumplidos, saber decir que no, aceptar críticas...

A este concepto es importante añadir el término de asertividad sexual. Un estudio realizado por Santos- Iglesias y Sierra en 2010 demuestra que la asertividad sexual es un elemento fundamental en la actividad sexual ya que sirve como factor de protección ante conductas de riesgo, experiencias de victimización y coerción sexual. Así mismo, existe una asociación entre la asertividad sexual y las fases de deseo, orgasmo y satisfacción de la respuesta sexual humana. Se utilizará la definición propuesta por (Morokoff *et al.*, 1997), considerándola como:

- “la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada, así como negociar las conductas sexuales deseadas, el empleo de métodos anticonceptivos y los comportamientos sexuales más saludables”.

A continuación, se explicarán los tres estilos de comunicación: pasivo, agresivo y asertivo, junto con sus características. Para ello se utilizará la información del *Anexo 10*, en el cual se explica en profundidad como actúa cada estilo comunicativo y algunos ejemplos de sus respectivos comportamientos. Con el fin de comprobar que se ha aprendido a identificar los tres estilos se entregará el documento que se encuentra en el mismo anexo donde deben señalar que estilo se utiliza en cada caso concreto. Por último, se corregirán en voz alta los errores y se hará hincapié en que el estilo más adecuado y por lo tanto el que deben emplear es el asertivo.

Como tarea para casa se pedirá a la pareja que pongan en práctica el estilo comunicativo asertivo en cualquier ámbito, pero especialmente en el ámbito sexual de modo que sean capaces de expresar y escuchar que quiere uno mismo poniendo en práctica lo trabajado en la sesión.

Materiales:

- Definición concepto asertividad y asertividad sexual
- Información estilos de comunicación pasivo, agresivo y asertivo
- Documento “que estilo comunicativo se utiliza”

Estilos comunicativos (Santamaría, 2017)

Estilo pasivo

- No dice lo que quiere
- Tiende a mantener una postura encogida y una actitud sumisa
- Tiende a complacer a la otra persona y evitar conflictos
- Renuncia a sus derechos y se queda callado cuando algo le molesta
- Se justifica con demasiadas explicaciones

Estilo agresivo

- Expresa sus emociones y pensamientos de forma agresiva sin respetar la opinión y derechos de los demás
- Consigue todo lo que se propone por encima de los demás, despreciando la opinión de otros
- Tiene gestos hostiles y utiliza frases como *esto es lo que pienso, me da igual lo que tú quieras....*

Estilo asertivo

- Expresa sus emociones y pensamientos respetando y teniendo en cuenta los derechos de los demás
- Se responsabiliza de sus pensamientos utilizando la primera persona
- Comenta que le gustaría de una manera no amenazante para los demás
- Utiliza frases como *pienso que, me gustaría, quiero...*

¿Con qué estilo de comunicación se corresponde?

Instrucciones: Marca con una cruz el estilo de comunicación que corresponda a cada oración. Ten en cuenta que alguna puede corresponderse con más de un estilo.

	Pasivo	Agresivo	Asertivo
Intenta manipularme.			
Pide las cosas con vergüenza.			
Dice que no sin sentirse culpable.			
¿Te apetece que probemos una postura nueva?			
He tenido un mal día, me apetece descansar.			
¿Qué te gustaría hacer?			
¡No me apetece, déjame!			
Lo que tú quieras.			
Me da igual lo que quieras, a mí me apetece.			
¡Todos los días lo mismo, ya estoy cansado/a!			
Hace frente a los problemas.			
A mí me apetece hacer X, ¿qué te parece?			
Está enfadado/a			
A mí me da igual, tú decides.			
Está tranquilo/a cuando dice lo que le apetece.			
Me escucha.			
No afronta las situaciones.			
Da su opinión respetando la tuya.			

Anexo 16.

Sesión 5. Resolución de conflictos.

Duración: 90 minutos

Objetivo: adquirir habilidades de escucha, resolución de conflictos y la técnica de negociación.

Se comenzará la sesión revisando si han llevado a cabo la tarea de la sesión anterior, en caso de haya habido problemas se trata de buscar una solución adecuada. Seguidamente se comunicará que en la sesión se trabajará la resolución de conflictos, para ello se preguntará por el concepto de conflicto. Cuando la pareja haya debatido y dado una respuesta sobre la definición de este concepto se completará con la siguiente información para que quede más claro.

- “El conflicto se trata de un desacuerdo entre dos o más personas que persiguen metas diferentes, defienden valores contradictorios o tienen interés opuestos. Así pues, se puede dar un comportamiento agresivo, creando enfrentamiento entre las dos partes bien porque percibimos la situación de manera subjetiva o distorsionamos la realidad, fallos en la comunicación o porque nos basamos en juicios sesgados” (Redorta, 2004).

Es importante que la pareja conozca los aspectos positivos del conflicto como son (Flores, 2011):

- La oportunidad para el cambio
- Estimulación en el interés por el conocimiento personal
- Mejorar de las habilidades de toma de decisión
- Fortalecer los sentimientos de autoeficacia
- Aumentar la capacidad de afrontar situaciones

Y también que tenga las claves sobre cómo actuar frente a ellos (Flores, 2011):

- No se deben evitar, ya que huyendo no se solucionan.
- Hacer juicios o culpabilizar a la otra persona, lo que la otra persona piense es igual de valido que la opinión propia.
- Atacar o interrumpir cuando la otra persona está hablando, así como imponer un acuerdo en vez de pactarlo.

Tras haber explicado que es un conflicto, aspectos positivos que se encuentran al enfrentarse a ellos y conductas que no son adecuadas para solucionarlos, se llevara a cabo un ejercicio para poner en práctica lo aprendido. Cada miembro de la pareja por orden deberá exponer una situación conflictiva que recuerden con su pareja, deberán identificar que obstáculos para resolverlo además de que comportamientos o lenguaje deberían no haber utilizado y en consecuencia cual sí.

Para finalizar la sesión se explicará la técnica de negociación con el fin de saber manejar el conflicto, exponiendo los pasos que se deben seguir para llevarla a cabo de forma óptima. Los pasos son siguientes (Flores, 2011):

- Identificar el conflicto con el objetivo de identificar donde están las diferencias tanto de los hechos como de las opiniones y ver en que no están de acuerdo las partes.
- Explicar tu postura exponiendo tus sentimientos, emociones e intereses.
- Solicitar feedback para comprobar que la otra persona ha comprendido tu postura.
- Establecer la diferencia entre ambas partes
- Sugerir opciones de solución proponiendo diferentes alternativas.

La siguiente actividad relacionada con esta técnica se llevará a cabo planteando una situación conflictiva con el objetivo de conocer que están dispuestos a ceder y que quieren conseguir. Se entregará a cada miembro una descripción de cuál debe ser su postura. Deberán negociar siguiendo las pautas explicadas anteriormente para llegar a un acuerdo, y expondrán finalmente si han conseguido o no lo que querían y como se han sentido, las instrucciones más concretas se encuentran en el *Anexo 11*.

Por último, se entregarán de nuevo los cuestionarios *Sexual Assertiveness Scale* e *Índice de satisfacción sexual*, se dejará el tiempo necesario para completarlos en la misma sesión de modo que se dará por terminada la intervención con las mujeres participantes. Por último, se citará a las participantes para hacer un seguimiento a los 6 y 12 meses y comprobar que el progreso que se ha conseguido en las sesiones de intervención perdure en el tiempo como muestra de eficacia del programa.

Materiales:

- Sala habilitada
- Definición de conflicto e información sobre su resolución

- Información sobre la técnica de negociación
- Documento “Ejercicio de negociación”.
- Cuestionarios *Sexual Assertiveness Scale* e *Indice de satisfacción sexual* (Anexo 2 y Anexo 3)

Ejercicio de negociación (Santamaría, 2017)

Negociación

Para poner en práctica la técnica de negociación en el ámbito sexual se exponen un caso desde dos puntos de vista distintos. Cada miembro de la pareja desempeñará un rol y tendrán que negociar para llegar a un acuerdo. La situación que se plantea es una pareja que, últimamente, tiene relaciones sexuales una vez por semana, de modo que uno de los dos miembros está descontento ya que sus necesidades sexuales no se ven saciadas.

Podrán preguntar al terapeuta en el caso de que no tengan claro cuál es el papel que deben adoptar. Además, el profesional actuará como moderador en el caso en que fuera necesario.

Caso 1: actualmente tu pareja y tú solo mantenéis relaciones sexuales una vez a la semana. Sientes que a ti no te apetece hacerlo más porque estás cansada/o del trabajo, tienes otras preocupaciones en mente y no disfrutarías o similares. Sientes que él/ella tiene ganas de hacerlo mucho más que tú, te das cuenta porque te busca pero le/la rechazas. Hablando y exponiendo cómo os sentís cada uno y cuál es la razón, tendréis que llegar a un acuerdo razonable para ambos.

Caso 2: actualmente tu pareja y tú solo mantenéis relaciones sexuales una vez a la semana. A ti te apetece hacerlo a diario con él/ella pero sientes que no es recíproco y no entiendes porqué no tiene ganas. Hablando y exponiendo cómo os sentís cada uno y cuál es la razón, tendréis que llegar a un acuerdo razonable para ambos.

