

Trabajo Fin de Grado

Mujeres y vaginas liberadas

Programa de intervención para mujeres con trastorno del dolor génito-pélvico asociado a la penetración

Autora

Sara Encabo Lorenzo

Director

Ángel Castro Vázquez

Grado en Psicología

Año 2021-2022



Facultad de
Ciencias Sociales
y Humanas - Teruel
Universidad Zaragoza

Introducción

El trastorno del dolor génito-pélvico/penetración constituye una disfunción sexual que afecta a la salud y el funcionamiento sexual, aspectos relevantes en la calidad de vida de las personas. A pesar de sus implicaciones y de la prevalencia existente, las investigaciones en esta materia son escasas e insuficientes. Sin embargo, la sexualidad es una construcción social en la que la penetración ocupa un lugar central y, por ello, cualquier condición que la dificulte es calificada como problemática o disfuncional. La sociedad patriarcal somete a las mujeres a este tipo de violencia, que puede ser combatida a través de la perspectiva feminista, que busca liberar a las mujeres de la opresión a través de la autonomía y la búsqueda de la satisfacción.

La relevancia del problema impulsa el programa de intervención que aquí se presenta, cuyo objetivo principal es la mejora de la calidad de vida de las mujeres, facilitando los recursos necesarios para la consecución de intentos satisfactorios de penetración y proveyendo a las participantes de una educación sexual de calidad. De igual modo, se busca desmitificar el falocentrismo y cuestionar el componente patológico y disfuncional de este trastorno.

En el programa participarán 30 mujeres, que serán seleccionadas con la colaboración de un centro sanitario de sexología y se dividirán en dos grupos: experimental y control. Todas las participantes cumplimentarán diversos cuestionarios antes y después de que la intervención tenga lugar, con el objetivo de mejorar el presente programa y replicarlo en el futuro. La intervención propuesta consta de seis sesiones de aproximadamente una hora y media de duración, que serán impartidas en un periodo de seis semanas. En las sesiones se expondrán aspectos básicos sobre el trastorno del dolor génito-pélvico/penetración y se explicarán los tratamientos que resultan más eficaces de cara a mitigar la disfunción. Además, se abordará el trastorno desde la perspectiva feminista, haciendo hincapié en las cuestiones que facilitan la despatologización de esta condición y la deconstrucción de las prácticas sexuales como algo necesariamente ligado a la penetración.

Se espera contribuir al empoderamiento y al crecimiento personal de las mujeres mediante la adquisición de herramientas que permitan tanto mitigar la disfunción, como convivir con ella. De este modo, se cumplirá el objetivo del programa de intervención, mejorar la calidad de vida de las mujeres, respetando su cuerpo y sus decisiones y consiguiendo que encuentren un camino de bienestar, siga estando presente o no la patología, tras la implementación del programa.

Justificación teórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS; 2006) define la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad, no simplemente como la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos (OMS, 2006).

Según evidencian algunos estudios, la salud sexual constituye un aspecto relevante en la vida de las personas, al estar relacionada con su calidad de vida y su satisfacción (Flynn et al., 2016). La calidad de vida ha de ser entendida como un constructo multidimensional, influido por múltiples cuestiones, entre ellas el funcionamiento sexual (Sarwer et al., 2018). Y este funcionamiento sexual se ve especialmente afectado en mujeres que padecen vaginismo, si bien es cierto que no se pueden encontrar numerosas investigaciones sobre esta condición clínica (Cherner y Reissing, 2013).

A nivel clínico, los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales, DSM y CIE, han clasificado de diferentes formas lo que popularmente se conoce como vaginismo. En el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association; APA, 2002), el vaginismo aparece de forma independiente a la dispareunia, dentro de los trastornos sexuales y de la identidad sexual, incluido en los trastornos sexuales en la categoría de trastornos sexuales por dolor. En el DSM-5 (APA, 2013), se denomina trastorno del dolor génito-pélvico/penetración, perteneciendo al apartado de disfunciones sexuales y englobaría tanto al vaginismo como a la dispareunia, el dolor genital recurrente ante la penetración, normalmente causado por una patología orgánica. Por su parte, en el CIE-10 (OMS, 1992) se denomina vaginismo no orgánico, estando incluido en las disfunciones sexuales no orgánicas, en la categoría de trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y factores somáticos. Por último, en el CIE-11 (OMS, 2019), se denomina trastorno sexual por dolor asociado a la penetración, formando parte de los trastornos sexuales por dolor.

En este programa se trabajará con mujeres que padezcan trastorno del dolor génito-pélvico/penetración, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013), pero a lo largo del documento se hará referencia a dicha patología bajo el nombre de vaginismo.

El vaginismo se caracteriza por la presencia de dificultades durante la penetración vaginal, dolor, temor y/o tensión y contracción en el intento de llevar a cabo dicha práctica sexual, que persisten durante al menos seis meses y provocan malestar clínicamente

significativo. Este trastorno puede existir desde que la mujer adquiere la madurez sexual o ser adquirido y aparecer tras un periodo de actividad sexual considerado normativo, aunque es un hecho difícil de diferenciar en la práctica clínica, ya que, aunque las mujeres normalmente buscan ayuda tras haber iniciado la actividad sexual, a menudo hay signos clínicos más tempranos (APA, 2013).

En el vaginismo, por definición, no existe lesión física real que cause dolor, sino que la disfunción aparece a causa de una contracción psicósomática de la musculatura vaginal causada por el miedo a la penetración (LoPiccolo y Stock, 1986). La contracción no aparece necesariamente ante la anticipación de una penetración por un pene durante el acto sexual, sino que puede aparecer ante un objeto en un examen ginecológico, o con un tampón higiénico de gestión menstrual (Molledo-Perfetti et al., 2014).

Si bien se desconoce la prevalencia de este trastorno, alrededor del 15% de las mujeres norteamericanas refiere experimentar dolor recurrente durante las relaciones sexuales (APA, 2013). Las mujeres que expresan sentir dolor a la hora de mantener relaciones parecen ser fundamentalmente premenopáusicas, aunque también se encuentran frecuentemente dolencias en la edad adulta temprana y en el periodo postmenopáusico. Y puede darse también un aumento de los síntomas relacionados con el dolor génito-pélvico en el periodo del postparto (APA, 2013).

Según Belloch et al. (2008), los factores psicológicos resultan determinantes en la etiología del vaginismo, encontrando disfunciones orgánicas únicamente entre el 5 y el 10% de los casos. En cuanto a los factores psicológicos, se encuentran factores predisponentes para el desarrollo de las disfunciones sexuales, como son una educación moral o religiosa restrictiva, una inadecuada educación sexual, experiencias sexuales traumáticas durante la infancia e inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años. Además, existen factores precipitantes como pueden ser el parto, problemas en las relaciones de pareja, infidelidad, expectativas poco razonables, depresión, ansiedad y/o experiencias sexuales traumáticas. En cuanto a los factores de mantenimiento, se encuentra la ansiedad ante la interacción sexual, la anticipación de fallo o fracaso, sentimientos de culpabilidad, pobre comunicación en la pareja, deterioro de la autoimagen, información sexual inadecuada, o trastornos comportamentales generales (Hawton, 1988, como se citó en Belloch et al., 2008).

Labrador (1994) definió tres factores psicológicos que estaban presentes en la mayoría de disfunciones sexuales. En primer lugar, la ansiedad, encontrándose una afectación diferencial en sujetos con disfunción y sin ella. Es decir, ni dificulta ni facilita la excitación en individuos sin patología, pero sí la dificulta en individuos que padecen una disfunción. En

segundo lugar, la falta de habilidades sociales y/o conocimientos sobre el desarrollo sexual normal de la pareja. Y, por último, tener una inadecuada educación sexual, caracterizada por mitos y creencias populares, en ocasiones asociadas a la condición estereotipada de los roles masculino y femenino en las interacciones sexuales.

Cabe destacar la importancia de rechazar la suposición de que la disfunción es resultado de algún trastorno psíquico, siendo la mayoría de las disfunciones conductas aprendidas, ya sea por experiencias previas o por la educación recibida (Masters y Johnson, 1970).

Los enfoques de tratamiento más útiles para el vaginismo suelen consistir en una combinación de desensibilización sistemática, ejercicios de contracción y relajación de los músculos perineales y la técnica de autodilatación basada en los ejercicios de Kegel (Fordney, 1978). Para Cabello (2010), se puede afirmar que el tratamiento del vaginismo es posiblemente el que más éxitos terapéuticos proporciona, sobre todo cuando aplicamos las técnicas de desensibilización sistemática, junto con el entrenamiento individual y la reestructuración de las creencias irracionales de la paciente. Esas técnicas tienen más probabilidades de resultar provechosas si se cuenta con la participación de la pareja masculina, como se muestra en el estudio de Hawton y Catalán (1990), en el que el 80% de las parejas informaron de mejoras muy destacables tras haber transcurrido tres meses de tratamiento. Aunque se demostró que esa mejora no venía solo causada por el cumplimiento del tratamiento, sino también por la calidad de la relación de pareja.

Si bien la intervención con la pareja puede resultar provechosa en prácticas como la dilatación, ésta ha de estar bajo control de la mujer, dado que si una tercera persona genera incomodidad o dolor a la mujer mediante una inserción para la que no está preparada, el tratamiento podría tener el efecto contrario al deseado (LoPiccolo y Stock, 1986).

Teniendo en cuenta la propuesta de Nieto (2003), se puede entender la sexualidad como un entramado compuesto por lo individual y lo colectivo, pues las prácticas sexuales tienen sus cimientos no solo en lo idiosincrático, sino también en lo sociocultural. Por ello, es importante entender la sexualidad como una construcción social que, con las herramientas adecuadas, puede ser deconstruida desde lo subjetivo y personal.

La penetración ocupa un lugar central en las prácticas sexuales y, por ello, todo lo que dificulta el coito o la penetración es problematizado (Guasch, 1993). Así, las mujeres pueden cuestionar su valía al no poder realizar prácticas que impliquen la penetración, cuestionando su rol erótico al sentir que generan carencias en su pareja, naciendo así la disfunción (Cisternas, 2015).

Este cuestionamiento parte de la figura de la mujer como un ente dependiente y satelital, que orbita por y para los demás. La mujer es víctima de la opresión en la que el hombre sin duda tiene un papel privilegiado, pues regula el mantenimiento de dicha opresión manteniendo las condiciones del mundo patriarcal. La perspectiva feminista, encabezada por colectivos formados por y para las mujeres, trata de proveer a las mujeres de autonomía a través del poderío que conduce al bienestar, mejorando la calidad de vida y promoviendo la satisfacción y el placer (Lagarde, 2016).

Objetivos

El objetivo principal de este programa de intervención es mejorar la calidad de vida de las mujeres que padecen vaginismo, implique que desaparezca o no la disfunción, siendo vehicular el respeto por el cuerpo y las decisiones de las participantes.

Además, se cuenta con una serie de objetivos específicos:

- Educar en materia de sexualidad y disfunciones sexuales. Enseñar a través de psicoeducación las técnicas que científicamente resultan más eficaces a la hora de tratar el vaginismo, aliviando así la posible angustia que pueda generar el diagnóstico al presentar alternativas y soluciones.
- Lograr que las participantes del programa sean capaces de realizar prácticas sexuales que impliquen la penetración si así lo desean y conseguir que les sea posible acudir a revisiones ginecológicas sin experimentar dolor o ansiedad en sendas situaciones.
- Educar en materia de feminismo, despatologizando el vaginismo y desmitificando el falocentrismo. Deconstruir la idea del vaginismo como necesariamente disfuncional y patológica. Desechar la idea de que las relaciones sexuales eróticas genitales satisfactorias han de ir de la mano de la penetración. Enseñar diferentes prácticas sexuales a poner en práctica para encontrar un camino de bienestar que permita convivir con la patología.

Localización y destinatarios

Este programa de intervención va dirigido a mujeres heterosexuales o bisexuales que serán seleccionadas mediante los cuestionarios ASEX, GMSEX y una entrevista clínica de elaboración propia, aplicando los puntos de corte que se especificarán más adelante. Dichos cuestionarios serán administrados en la cooperativa Desmontando a la Pili, un centro sanitario situado en la localidad de Zaragoza. Las sesiones del programa se realizarán en una

sala del Centro Cívico Teodoro Sánchez Punter, situado en el barrio San José de la misma localidad.

En el programa habrá dos grupos de intervención, ambos formados por 15 mujeres sin rango de edad específico, que padezcan el trastorno del dolor génito-pelvico/penetración, asociado a una causa psicológica y que genere malestar, interfiriendo en la calidad de vida de las participantes, lo que se constatará mediante los instrumentos de selección citados anteriormente. Ambos grupos, experimental y control habrán de reunir las citadas características, sin embargo, el grupo experimental recibirá el programa, a diferencia del grupo control. Asimismo, los beneficiarios indirectos serán, por un lado, el núcleo familiar, los futuros usuarios debido a que se espera que esta intervención mejore la calidad de vida de las mujeres que padecen vaginismo y, por otro lado, la sociedad en general, pues la despatologización de ciertos trastornos puede resultar positiva para la salud mental de la población.

Metodología

Participantes

En este programa participarán 30 mujeres sin rango de edad específico ni características sociodemográficas concretas, que serán distribuidas en dos grupos: el grupo experimental, que recibirá los contenidos propuestos en el programa y el grupo control, cuyas integrantes no se beneficiarán de esta intervención. Los requisitos para formar parte del programa serán: padecer trastorno del dolor génito-pélvico/penetración, diagnóstico que se asignará en función de las puntuaciones en los tests que cumplimenten las participantes y en la información de las entrevistas clínicas.

Si tras la aplicación del programa se demuestra su eficacia, con una mejora en la calidad de vida de las mujeres que padecen vaginismo, se administraría a las participantes pertenecientes al grupo control, para que también se vieran beneficiadas de la intervención.

Instrumentos

Para seleccionar a las participantes se utilizarían las adaptaciones españolas del Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire (GMSEX; Calvillo et al., 2020; Lawrance et al., 2011) y de la Arizona Sexual Experience Scale (ASEX; McGahuey et al., 2000; Santos-Iglesias et al., 2017), que se presentan en los Anexos 1 y 2 de este trabajo. Al GMSEX, que está compuesto de cinco preguntas que evalúan la satisfacción sexual experimentada por la mujer en las relaciones con sus parejas afectivo-sexuales, se le añaden

preguntas sociodemográficas y datos personales para poder contactar con las mujeres en caso de ser seleccionadas para participar en el proyecto. El criterio de inclusión para este cuestionario será obtener una puntuación máxima de 10.

En cuanto al ASEX, está formado por cinco preguntas que evalúan el funcionamiento sexual (excitación, lubricación, satisfacción con los orgasmos). El criterio de inclusión para este cuestionario será obtener una puntuación mínima de 20. Y para ambos cuestionarios el criterio de inclusión será residir actualmente en la comunidad autónoma de Aragón, para que sea posible acudir a las sesiones del programa.

Una vez cumplimentados los cuestionarios, las participantes serán citadas por la psicóloga encargada del proyecto para realizar una entrevista clínica. Los puntos clave a abordar durante la sesión se presentan en el Anexo 3, si bien es cierto que se trata de una entrevista semiestructurada, en la que los temas a tratar podrán variar y ser diferentes con cada una de las entrevistadas. El guion es de elaboración propia y está basado en el propuesto por la Asociación Española de Psicología Sanitaria (AEPSIS) en su curso online de veinte horas sobre el tratamiento del vaginismo. Al terminar las sesiones del programa de intervención, se pedirá a las participantes que cumplimenten un cuestionario de valoración y satisfacción con el programa (ver Anexo 4), con el objetivo de realizar las mejoras pertinentes de cara a la posible aplicación del proyecto en más mujeres con vaginismo. Este cuestionario de elaboración propia está basado en el propuesto por Sigüenza et al. (2019).

Procedimiento

La selección de las participantes se llevará a cabo gracias a la colaboración del centro sanitario de sexología Desmontando a la Pili, situado en la localidad de Zaragoza. Las psicólogas contactarán con mujeres que hayan solicitado atención psicológica al experimentar dolor durante el coito, en revisiones ginecológicas y/o en el uso de tampones higiénicos, estén siendo tratadas o no en dicho centro. Posteriormente, se seleccionará a las mujeres que padezcan vaginismo, según los resultados revelados por los cuestionarios pertinentes, distribuidos por los centros citados anteriormente. Tras ello, la psicóloga encargada de este proyecto contactará con las mujeres que cumplan los criterios de inclusión para ambos cuestionarios y las citará para realizar la entrevista clínica. Una vez realizada la entrevista, se seleccionarán 30 mujeres cuya sintomatología encaje con el padecimiento del trastorno del dolor génito-pélvico/penetración y se distribuirán entre el grupo control y el grupo experimental mediante un muestreo aleatorio sistemático.

Sesiones

La estructura del programa propuesto consta de seis sesiones, cuya duración asciende aproximadamente a una hora y media cada una. La duración total del programa será de seis semanas, pues solo se impartirá una sesión semanal, siendo nueve las horas totales que la psicóloga estará con las participantes. En la Tabla 1 se muestra la estructura de las sesiones, los temas a tratar en cada una de ellas y los contenidos que se expondrán.

Tabla 1. Cronograma de las sesiones.

Sesiones	Tema	Contenidos
1ª sesión	Presentación	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de la psicóloga - Presentación de las participantes - Descripción del programa - Actividad - Vaginismo: prevalencia, causas y consecuencias - Conclusiones
2ª sesión	Tratamientos vaginismo	<ul style="list-style-type: none"> - Desensibilización sistemática: qué es, materiales - Dilatación progresiva - Ventajas y desventajas de cada técnica - Conclusiones
3ª sesión	Tratamientos vaginismo	<ul style="list-style-type: none"> - Músculos pubococcygeos - Ejercicios de Kegel - Modelo ABC de Ellis - Reestructuración cognitiva - Actividad - Conclusiones
4ª sesión	Feminismo y vaginismo	<ul style="list-style-type: none"> - Hecho sexual humano - Diversidad de prácticas sexuales - Actividad - Feminismo para principiantes - Conclusiones
5ª sesión	Feminismo y vaginismo	<ul style="list-style-type: none"> - Debate abierto - Lecturas feminismo - Feminismo y vaginismo - Compartir experiencias - Sororidad - Conclusiones
6ª sesión	Final	<ul style="list-style-type: none"> - Resumen breve - Resolver dudas - Actividad - Conclusiones y despedida

1. Presentación

Objetivos: dar a conocer el programa, las actividades que se van a realizar y el porqué de las mismas, además de conocer a las participantes y generar un clima de confianza.

En esta primera sesión, la psicóloga que impartirá las sesiones realizará una breve presentación de sí misma (edad, aficiones, formación académica y profesional) y dirigirá la dinámica “la telaraña” (ver Anexo 5) para que se presenten las participantes. Posteriormente, la psicóloga explicará el objetivo del programa, su origen, el cronograma y los horarios. A continuación, mediante una presentación en power-point, la psicóloga hablará del vaginismo: causas, consecuencias, prevalencia y tratamientos eficaces. Se facilitará la seguridad, la confianza, la participación y la comunicación libre y activa entre las participantes y la psicóloga que gestiona el programa. Uno de los hitos de esta sesión será hacer del programa un espacio seguro, en el que las mujeres se sientan cómodas y con iniciativa a la hora de compartir sus pensamientos, inquietudes y sugerencias. También será importante recalcar que al final de cada sesión siempre existirá la posibilidad de expresar sus sentimientos y dudas, ya que se dedicará un periodo de tiempo a extraer las conclusiones más relevantes de los contenidos de la sesión.

2. Un clavo saca otro clavo

Objetivos: enseñar el tratamiento de desensibilización sistemática, cuya eficacia ha sido clínicamente probada en el tratamiento del vaginismo; explicar los ejercicios recomendados y proporcionar a las participantes el material a utilizar para realizarlos.

Durante la sesión se explicará en qué consiste la desensibilización sistemática en el tratamiento del vaginismo y en qué consiste la dilatación progresiva, además de proporcionar dilatadores de silicona y un bote de lubricante. Se expondrán las ventajas y desventajas de la técnica y se explicará que ésta se puede llevar a cabo tanto de forma individual como en pareja. La psicóloga recomendará realizarlo de forma autónoma, con el objetivo de empoderar a la mujer y lograr que se sienta más cómoda teniendo el control a la hora de avanzar en la inserción de dilatadores de tamaño creciente.

3. Twerking vaginal y mental

Objetivos: explicar qué son los músculos pubococcígeos y la importancia de realizar los ejercicios de Kegel para tratar el trastorno del dolor génito-pélvico/penetración. Además, se explicará en qué consiste el modelo ABC de Ellis, pues la reestructuración cognitiva puede resultar muy eficaz en el tratamiento del vaginismo.

En esta sesión se explicará detalladamente el procedimiento para realizar los ejercicios de Kegel (ver Anexo 6). Gracias a este tipo de ejercicios, para las mujeres resulta más fácil realizar la inserción de dilatadores de tamaño creciente, tener relaciones que

impliquen penetración, acudir a revisiones ginecológicas y llevar a cabo la inserción de tampones higiénicos. Además, se explicará el modelo ABC de Ellis de forma sencilla y aplicada a las situaciones donde se generan sentimientos negativos, como incomodidad, ansiedad o temor a causa de un intento de penetración.

Se pedirá a las participantes que escriban en un papel las emociones que sienten y los pensamientos que tienen cuando están en una tesitura que implica un intento de penetración. Lo entregarán a la psicóloga, quien los leerá en voz alta. Entre todas, se intentará sustituir esos pensamientos y esas emociones por otras más racionales y positivas. El objetivo es que en el futuro las participantes sigan este procedimiento en ese tipo de situaciones, para generar pensamientos que les hagan sentir tranquilas y así contribuir a relajar los músculos de la vagina y conseguir que tenga lugar la penetración.

4. Nos ponemos las gafas violetas

Objetivos: desechar la idea de que las relaciones sexuales eróticas-genitales satisfactorias han de ir de la mano de la penetración y enseñar diferentes prácticas sexuales a realizar para encontrar un camino de bienestar que permita convivir con la patología.

El diagnóstico de vaginismo puede aliviar a la mujer, al ver que su incapacidad no es una cuestión personal. Al informarles sobre los tratamientos existentes, estamos aportando soluciones y cierto alivio, al transmitir la idea de que tiene solución. Sin embargo, estos tratamientos pueden no resultar eficaces en todas las mujeres. Por ello, desde la perspectiva feminista e inclusiva se debe dar cabida a las mujeres que no consigan llevar a cabo prácticas que impliquen la penetración.

En esta sesión se explicará a las participantes el concepto *hecho sexual humano*, propuesto por Amezúa y sus diferentes dimensiones: sexo, sexualidad y erótica, haciendo hincapié en la última de ellas. La principal idea a transmitir será que en las relaciones afectivo-sexuales, las prácticas que implican penetración no son sino una pequeña parte del amplio abanico existente. Para ello, se realizará la dinámica “Tú eliges qué y dónde” (ver Anexo 7). Mediante ella, se ofrecen prácticas eróticas diversas e innovadoras, a través de las cuales las participantes crecerán en autonomía y capacidad de decisión, sintiéndose empoderadas y encontrando así el disfrute del que su patología les ha privado en numerosas ocasiones. Por último, se entregará a cada participante un ejemplar del libro *Feminismo para principiantes*, de Nuria Varela y se pedirá que lo lean antes de la siguiente sesión.

5. Que sí, Sabina, frente alta, lengua larga y falda corta

Objetivos: educar en feminismo y despatologizar el vaginismo desmitificando el falocentrismo.

En esta sesión se intercambiarán impresiones y opiniones sobre el libro propuesto en la sesión anterior, en formato de debate abierto cuyo turno de palabra regularán las propias participantes. La psicóloga se sentará junto a las participantes formando un círculo y comentará con ellas el libro, dejando a un lado su rol profesional. Tras un breve debate sobre el libro, la psicóloga aportará una lista de lecturas feministas a las participantes para que sigan formándose y empoderándose gracias a este movimiento (ver Anexo 8). Posteriormente, la psicóloga invitará a las participantes a aplicar lo aprendido sobre feminismo a su vida en general y al vaginismo en particular. Recuperando los conceptos bienestar, autonomía y disfrute, se recalcará la idea de que no es estrictamente necesario realizar prácticas que impliquen penetración, pudiendo ser el feminismo una ideología e incluso una forma de vida que sirva como herramienta para interiorizar esa idea y recalcar que su valía como mujeres no se ve cuestionada por el vaginismo. Por último, tendrá lugar una conversación entre todas las participantes y la psicóloga, en la que se compartirán experiencias sexuales de todo tipo, ya sean desagradables o placenteras. Mediante la escucha activa, se intentará transmitir a la interlocutora que, suceda lo que suceda con su vaginismo, siempre habrá muchas mujeres dispuestas a brindar su apoyo, haciendo así una representación gráfica en vivo del concepto *sororidad*.

6. Hasta pronto

En la última sesión se hará un pequeño resumen de los aspectos más relevantes de las anteriores sesiones y se resolverán dudas, en caso de haberlas, para que las participantes puedan realizar los ejercicios explicados en el programa de forma adecuada en su día a día. Además, se pedirá a las participantes que escriban en un papel su nombre, lo que han aprendido y sus expectativas respecto al tratamiento de su disfunción. Posteriormente, se llevará a cabo la dinámica “Carta a mi yo del futuro” (ver Anexo 9), con el objetivo de comprobar el progreso realizado subjetivamente. A continuación, la psicóloga se despedirá de las participantes y les avisará de que, transcurridos doce meses, volverán a encontrarse en una sesión algo más larga para evaluar su evolución y el impacto que el programa haya podido tener en su disfunción y, sobre todo, en su calidad de vida. Por último, se procederá a la cumplimentación del cuestionario de valoración y satisfacción.

Recursos

Recursos humanos

Para el programa de intervención se contará con una psicóloga, encargada de llevar a cabo el proyecto, además de las psicólogas especialistas en sexología del centro Desmontando a la Pili.

Recursos materiales

En cuanto al material fungible, se necesitará un paquete de folios, veinte bolígrafos, tiza y un ovillo de hilo, además de dilatadores de silicona y un bote de lubricante con base de agua. En cuanto a material electrónico, se requiere proyector, pantalla, ordenador, conexión wifi y un dispositivo USB. Por último, en cuanto a inmobiliario e instalaciones se requiere una pizarra, así como todo el material y mobiliario disponible en una sala del Centro Cívico Teodoro Sánchez Punter de Zaragoza.

Evaluación

Con el propósito de mejorar el presente programa y replicarlo en el futuro, se propone realizar una evaluación exhaustiva que asegure la eficacia del mismo, valorando su implementación y el cumplimiento de los objetivos planteados. En primer lugar, en cuanto a la procedencia de los evaluadores, se realizará una evaluación mixta en la que participará tanto personal del programa (psicóloga, participantes y personal del centro sanitario) como personal externo, aportando objetividad y credibilidad social. En segundo lugar, en cuanto al momento temporal en el que se realiza, se llevará a cabo una evaluación en tres fases:

Antes: evaluación de la pertinencia, los objetivos, el diseño, la planificación y la metodología seleccionadas. Para ello, se contará con la opinión de profesionales de reconocido prestigio en el ámbito de la psicología clínica, la sexología y el feminismo, como Amparo Belloch (Universidad de Valencia), Francisco Cabello (Universidad de Málaga), Eduardo Fonseca (Universidad de La Rioja) y Manuela Cisternas Gasset (Universidad de Chile).

Durante: se buscará obtener retroalimentación de las participantes y la psicóloga para evaluar el ambiente organizacional y el rendimiento personal. La psicóloga encargada de la implementación del programa formulará preguntas y elaborará cuestionarios e informes periódicos que se aplicarán al finalizar las sesiones o durante el transcurso de las mismas con el objetivo de evaluar los aspectos mencionados previamente.

Después: en relación con la eficiencia y eficacia del programa, se realizará un estudio pre-post. Las treinta participantes cumplimentarán los cuestionarios GMSEX, referido a satisfacción sexual (ver Anexo 1) y ASEX, referido a funcionamiento sexual (ver Anexo 2) antes del comienzo de la intervención. Tal y como se explica en la metodología, la mitad de las mujeres recibirá el programa (grupo experimental) y la otra mitad no se verá por el momento beneficiada por el proyecto (grupo control). Transcurridos doce meses, periodo considerado pertinente para la asimilación de los conceptos explicados durante el programa, se repetirá el cuestionario a las treinta mujeres y se analizarán y compararán los resultados de ambos grupos. Mediante esta comparación se concluirá si el programa es eficaz o no, lo cual vendrá determinado en función de si las participantes del grupo experimental obtienen mejores puntuaciones en los cuestionarios con respecto a las mujeres pertenecientes al grupo control. Que los resultados sean mejores se traduce en la consecución de puntuaciones más altas en el cuestionario GMSEX y puntuaciones más bajas en el cuestionario ASEX. Por último, se evaluará la satisfacción de las participantes con el programa mediante un cuestionario (ver Anexo 4) en el que se preguntará por la pertinencia de las actividades y conceptos tratados, la actitud de la psicóloga durante las sesiones, las instalaciones y mobiliario, etcétera.

Resultados esperados

En base a la literatura existente sobre vaginismo y sus consecuencias para las mujeres que lo padecen, se espera encontrar resultados similares en la primera evaluación entre el grupo experimental y grupo control, en lo que a satisfacción y funcionamiento sexual se refiere. Sin embargo, tras la implementación del programa y transcurridos doce meses, se espera que las participantes del grupo experimental posean más y mejores herramientas, tanto para solucionar la patología como para convivir con ella.

Se espera que las mujeres puedan controlar los músculos pubococcygeos y así realizar los ejercicios de Kegel, facilitando la inserción de dilatadores de creciente tamaño. Se prevé que las participantes sean capaces de insertar los dilatadores de mayor tamaño y de sustituir los pensamientos negativos ligados a la ansiedad o el temor, por pensamientos positivos en contextos en los que se realicen intentos de penetración o exploraciones ginecológicas. Así mismo, se tiene la expectativa de que las mujeres podrán realizar intentos satisfactorios de penetración junto a una pareja afectivo-sexual, como resultado de la consecución de las aptitudes citadas anteriormente.

Igualmente, se estima que las mujeres adquirirán un repertorio de prácticas sexuales más variado, que contribuirá a entablar relaciones eróticas más satisfactorias y placenteras, además de potenciar el autoconocimiento sexual. De igual modo, se aspira a generar en las mujeres una visión menos falocéntrica del sexo, la cual contribuye a la patologización del vaginismo, por lo que si los tratamientos que mitigan la contracción de los músculos que rodean la vagina no surten efecto, la perspectiva feminista desde la que trabaja el programa conseguirá que, lo considerado como una disfunción, no sea más que una herramienta que contribuya al empoderamiento y crecimiento personal de las mujeres.

De igual modo, se espera que la intervención contribuya a la creación de redes de apoyo, no solo entre las participantes y la psicóloga, sino también con las mujeres en general, haciendo vehicular el concepto de sororidad y la ideología feminista, lo que favorecerá la construcción de una visión crítica de la sociedad patriarcal. Del mismo modo, no existirá separación que fragmente a las mujeres en función de si los tratamientos han surtido efecto en ellas o no, sino que la perspectiva feminista reportará beneficios a todas ellas, fomentando la desaparición de la culpa que haya generado la visión falocéntrica de las relaciones sexuales. Por todo ello, se espera que mejore la calidad de vida de las participantes, habiendo sido eficaces o no los tratamientos propuestos en el programa, aceptando y validando a todas las mujeres, convivan o no con el vaginismo.

Conclusiones

Es necesario destinar recursos a mejorar la calidad de vida de las mujeres poniendo en marcha políticas públicas y programas que contribuyan a ello. El vaginismo afecta al funcionamiento y la satisfacción y, por ello, a la calidad de vida de las mujeres. Sin embargo, la investigación y la literatura existentes en este campo resultan insuficientes, de tal forma que actualmente se desconoce la prevalencia de esta disfunción. Las causas que llevan a desarrollar este trastorno pueden ser muy diversas e inidentificables en algunos casos, pero se puede deducir que gran parte del malestar nace de la culpa que sienten las mujeres, inmersas en una sociedad patriarcal que reduce las relaciones sexuales al placer de los hombres, sometiendo a las mujeres y coartando su libertad sexual. El vaginismo patologiza el cuerpo de la mujer, culpabilizándolas y haciendo imperativa la búsqueda y aplicación de una solución. Sin embargo, resulta necesaria la implementación de programas de prevención e intervención como el que aquí se presenta, que enfoquen su metodología desde la perspectiva de género.

De la misma manera, es necesaria la implementación de programas de prevención que ofrezcan una educación sexual de calidad, dando las herramientas necesarias para dar seguridad a los roles psicosexuales durante los primeros años y tratar de eliminar la visión falocéntrica de las relaciones sexuales, contribuyendo así a la despatologización de disfunciones como el vaginismo.

Con este programa de intervención se pretende conseguir que las mujeres sean capaces de tener relaciones sexuales con penetración, para enriquecer sus prácticas eróticas, además de contribuir al desarrollo de una salud sexual de calidad, permitiendo que acudan a revisiones ginecológicas sin experimentar ansiedad o temor. Sin embargo, lo que hace de este programa un proyecto pionero es su base metodológica feminista, que pretende que, consigan las participantes o no llegar a experimentar la penetración, reflexionen sobre por qué sienten que han de conseguirlo imperativamente. La divulgación de la ideología feminista permitirá desarrollar una visión crítica de la sociedad patriarcal, falocéntrica, que impone violencia sobre las mujeres, en este caso a través de la imposición de prácticas sexuales por y para los hombres. Esta intervención desculpabiliza a las mujeres que padecen vaginismo y contribuye a su empoderamiento desafiando al propio concepto de disfuncionalidad.

Según el diccionario de la Real Academia Española, el término vagina se define como *conducto muscular y membranoso de las hembras de los mamíferos que se extiende desde la vulva hasta la matriz*. Este término tiene su origen en el latín, donde *vaina* significa estuche y fue utilizado originalmente para designar a la parte femenina que servía para que el varón enfundase *su arma*. Por otro lado, la Real Academia Española define la disfunción como *el desajuste en el funcionamiento o en la función de algo*, y la función se define como *la capacidad de actuar propia de los seres vivos y sus órganos*. Teniendo en cuenta la definición y etimología de estos términos, el vaginismo es una disfunción porque existe una alteración en la capacidad de enfundar *el arma* del varón. Es decir, la función de la vagina está reducida a la capacidad de ser penetrada.

El lenguaje nos permite comunicarnos, transmitir información y se caracteriza por su arbitrariedad, pero ello no implica que se utilice de forma casual. A través del lenguaje construimos la realidad, designamos lo disfuncional, lo patológico y señalamos a quienes lo padecen. Por todo ello, y a pesar de ser necesaria la implementación de programas que ayuden a las mujeres a realizar prácticas eróticas que incluyan la penetración, es igualmente necesaria la perspectiva de género y el enfoque biopsicosocial que cuestione si el vaginismo es realmente una disfunción.

Por último, desde este programa de intervención se pretende conseguir que las mujeres pasen de ser consideradas sujetos pacientes a sujetos activos, potenciando las herramientas que permitan hacerse cargo de las problemáticas que puedan truncar su funcionamiento sexual. En la historia de la humanidad, las mujeres han sido el sujeto omitido. Sin embargo, en este proyecto son las protagonistas que, desde el feminismo y una perspectiva crítica de la sociedad, se verán empoderadas, desenfundando ellas sus propias armas y liberando sus cuerpos y sus vaginas de la opresión patriarcal y falocéntrica.

Referencias

- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (4th ed. Texto Revisado [DSM-IV-TR])*. Masson.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Recuperado de <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. McGraw-Hill.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Síntesis.
- Calvillo, C., Sánchez-Fuentes, M. M., Parrón-Carreño, T. y Sierra, J. C. (2020). Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire in adults with a same-sex partner. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 140-150.
- Cherner, R. A. y Reissing, E. D. (2013). A comparative study of sexual function, behavior, and cognitions of women with lifelong vaginismus. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 1605-1614.
- Cisternas, M. X. (2015). *Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo*. [Tesis para Grado en Estudios de Género y Cultura, Universidad de Chile]. Repositorio Académico de la Universidad de Chile.
- Flynn, K. E., Lin, L., Bruner, D. W., Cyranowski, J. M., Hahn, E. A., Jeffery, D. D., Reese, J. B., Reeve, B. B., Shelby, R. A. y Weinfurt, K. P. (2016). Sexual satisfaction and the importance of sexual health to quality of life through the life course of US adults. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 1642-1650.
- Fordney, D. S. (1978). Dyspareunia and vaginismus. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 21, 205-221.
- Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64, 105-121.
- Hawton, K. y Catalán, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: Characteristics of couples and treatment outcome. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 5, 39-48.
- Labrador, F. J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Fundación Universidad-Empresa.
- Lagarde, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores.
- Lawrance, K., Byers, E. S. y Cohen, J. N. (2011). Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire. En T. D. Fisher, C. M. Davis, W. L. Yarber y S. L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 525-530). Routledge.

- LoPiccolo, J. y Stock, W. E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-164.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Brown.
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., Moreno, F.A., Delgado, P. L., McKnight, K. M. y Manber, R. (2000). The Arizona Sexual Experience Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 25–40.
- Molledo-Perfetti, A., Nardi, B. y Arimatea, E. (2014). Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primario. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79, 56-63.
- Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Talasa Ediciones.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Forma.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Salud sexual*. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
- Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento*. Recuperado de <https://icd.who.int/en>
- Real Academia Española de la Lengua. *Diccionario de la lengua española* (23rd edición). Recuperado de <https://dle.rae.es>
- Santos-Iglesias, P., Castro, A., Barbosa, M. y Nobre, P. (2017). Sexual functioning in Spanish and Portuguese young adults: Initial validation of the Arizona Sexual Experience Scale. *International Journal of Sexual Health*, 29, 155-167.
- Sarwer, D. B., Hanson, A. J., Voeller, J. y Steffen, K. (2018). Obesity and sexual functioning. *Current Obesity Reports*, 7, 301-307.
- Sigüenza, V. S., Carballido, R., Pérez, A. y Fonseca, E. (2019). Implementación y evaluación de un programa de inteligencia emocional en adolescentes. *Universitas Psychologica*, 18, 1-13.
- Varela, N. (2019). *Feminismo para principiantes*. Ediciones B.

Anexo 2

The Spanish translation of the Arizona Sexual Experience Scale (McGahuey et al., 2000)

Para cada uno de los siguientes ítems indica tu nivel **GLOBAL** durante la **ÚLTIMA SEMANA**, incluyendo **HOY**.

1.- ¿Cómo de fuerte (intenso) es tu deseo sexual?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente fuerte (intenso)	Muy fuerte (intenso)	Algo fuerte (intenso)	Algo fuerte débil	Muy débil	Ningún deseo sexual

2.- ¿Con qué facilidad logras excitarte sexualmente?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca me excito

3.- ¿Con qué facilidad se humedece (lubrica) tu vagina durante las relaciones sexuales?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca

4.- ¿Con qué facilidad puedes lograr un orgasmo?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente fácil	Muy fácil	Algo fácil	Algo difícil	Muy difícil	Nunca consigo un orgasmo

5.- ¿Cómo de satisfactorios son tus orgasmos?

1	2	3	4	5	6
Extremadamente satisfactorios	Muy satisfactorios	Algo satisfactorios	Algo insatisfactorios	Muy insatisfactorios	No puedo conseguir orgasmos

Anexo 3

Guion entrevista clínica para la evaluación del vaginismo

Delimitación inicial del problema

- Describe con exactitud qué ocurre cuando tienes una relación sexual
- ¿Qué pasó durante tu última relación sexual?
- ¿Con qué frecuencia mantienes relaciones sexuales?

Importancia del problema

- ¿Hasta qué punto consideras que esta situación está afectando a tu vida? (áreas familiar, laboral, ocio, amistades, sexual...)

Historia evolutiva de la pareja

- ¿Tienes pareja? En caso afirmativo:
 - ¿cómo y cuándo os conocisteis?
 - ¿cuánto tiempo lleváis juntos?
 - ¿qué grado de satisfacción dirías que obtienes dentro de la relación sexual en la pareja?

Análisis de secuencias

- ¿Has evitado tener relaciones sexuales a causa de este problema?
- ¿Qué piensas y sientes cuando comienza la relación sexual?
- ¿Qué piensas y sientes cuando aparece el problema?
- ¿Qué piensas y sientes cuando comienza la relación sexual?
- ¿Qué piensas y sientes inmediatamente después de tener relaciones sexuales?
- ¿Qué hace tu pareja/ tu pareja sexual cuando dejáis a un lado la relación sexual porque se hace muy difícil la penetración?

Análisis de parámetros

- ¿Ha habido alguna circunstancia que haga que el problema empeore o mejore? ¿Ha habido momentos en los que has tenido relaciones sexuales sin que se presentara el problema?
- Intenta recordar cuándo fue la última vez que el problema fue a peor o cuándo te sentiste peor a causa de ello
- ¿Cuántas veces puede ocurrir esto a la semana/al mes?

Evolución/curso del problema

- ¿Cuándo fue la primera vez que te pasó esto?
- Hablar brevemente de la época en la que apareció el problema por primera vez.
Explorar áreas como trabajo, familia, amigos y situación económica

Motivación y expectativas

- ¿A qué atribuyes la aparición y desarrollo de este problema? ¿Crees que puede haber algo que haya motivado su aparición?
- Indagar en hasta qué punto existe interés en solucionar el problema.

Anexo 4

Cuestionario de valoración y satisfacción con el programa. Basado en el propuesto por Sigüenza et al. (2019).

Por favor, lea con atención las siguientes cuestiones relativas a su satisfacción con el programa y conteste de forma franca. Sus respuestas servirán de mucha ayuda a la creadora del programa de intervención para realizar mejoras y que otras mujeres se vean beneficiadas.

Conteste a las siguientes afirmaciones en función del grado de acuerdo o desacuerdo que sienta.

Contenido y sesiones:

Los temas que se han tratado me han gustado

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Los temas que se han tratado me han parecido pertinentes

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Los temas se han tratado con la profundidad que esperaba

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Las sesiones y actividades realizadas me han parecido dinámicas y entretenidas

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Las herramientas aportadas por el programa son útiles

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Instalaciones:

El espacio en el que se ha desarrollado el programa es adecuado

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

El aula y mobiliario han sido adecuados

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Los recursos y materiales utilizados han sido adecuados y suficientes

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Profesional:

La profesional explica con claridad los conceptos y las actividades a realizar

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

La profesional ha tenido un comportamiento adecuado

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

La profesional me ha hecho sentir motivada a aprender más

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Programa:

Considero que este programa es relevante para mi

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Considero que este programa va a tener un impacto positivo en mi vida

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Considero que este programa debería aplicarse a otras mujeres

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

Estoy contenta con mi participación en el programa

Ejemplo de la escala de Likert

Totalmente en desacuerdo <input type="radio"/>	En desacuerdo <input type="radio"/>	NI de acuerdo, ni en desacuerdo <input type="radio"/>	De acuerdo <input type="radio"/>	Totalmente de acuerdo <input type="radio"/>
---	--	--	-------------------------------------	--

A continuación, conteste brevemente a las siguientes preguntas

1. ¿Cómo valorarías los contenidos abordados en el programa? ¿Cuáles te han parecido más interesantes?
2. ¿Qué otros contenidos te hubieran gustado tratar en el programa?
3. ¿Qué te ha parecido la actuación del psicólogo durante el programa?
4. ¿Qué aspectos mejorarías del programa?

-
1. Valora el programa del 1 al 10: _____
 2. Recomendaría este programa: SI/NO

Escribe aquellos comentarios que te parezcan oportunos:

Anexo 5

Dinámica: “La telaraña”:

En esta dinámica se pide a las participantes que se coloquen formando un círculo. La encargada de impartir la sesión dará un ovillo de lana o hilo a cualquiera de las participantes, que deberá decir su nombre y algún dato que quiera compartir. En ningún caso será la psicóloga quien exija a la participante compartir una información, para propiciar que las mujeres compartan únicamente lo que consideren oportuno y se sientan cómodas expresando al resto. Una vez termine el turno de la primera participante, agarrará un trozo de hilo y lanzará el ovillo a otra integrante del grupo, que realizará los mismos pasos que la anterior y así sucesivamente. De esta manera, una vez que el ovillo haya llegado a todas las mujeres, se formará una telaraña.

Anexo 6

Los músculos pubococcígeos (PC) y los ejercicios de Kegel:

Los músculos PC son los que rodean la vagina, la uretra y el recto. Estos músculos se tensan de forma automática, cerrando la entrada de la vagina como un mecanismo de defensa resultando en un problema que dificulta la penetración. En muchas ocasiones son los temores, conscientes o inconscientes, los que provocan las contracciones.

Por otro lado, los ejercicios de Kegel consiguen en aprender a controlar los músculos PC, teniendo dominio a la hora de contraerlos y relajarlos. Si las participantes no saben exactamente qué músculos son, se les dirá que se sienten a orinar y que intenten contraer los músculos para parar la orina, pues los músculos PC rodean no solo la zona de la vagina, zona donde se producen las contracciones durante los intentos de penetración, sino también la uretra, por lo que orinando resulta más fácil ser consciente de dónde están los músculos PC.

A la hora de hacer los ejercicios, es decir, las contracciones, se pueden hacer de forma rápida, en las cuales la mujer apretará y relajará los músculos lo más rápido posible o se pueden hacer Kegels más largos, apretando los músculos PC durante 10 segundos y luego relajándolos. En la sesión se explicará que realizar los ejercicios de Kegel antes de las inserciones de los dilatadores o antes de tener relaciones sexuales con penetración puede resultar muy beneficioso, ya que ayuda a relajar los músculos vaginales. Con la práctica de este ejercicio, la mujer aprenderá a controlar los músculos adecuados y relajarlos antes de llevar a cabo el coito, acudir a una revisión ginecológica o insertar un tampón higiénico.

Anexo 7

Dinámica “Tú eliges qué y dónde”:

En este ejercicio se entregarán pequeños trozos de papel a las participantes y se pedirá que escriban acciones, partes del cuerpo y objetos en papeles independientes. Se explicará que pueden anotar cualquier cosa que se les ocurra para hacer junto a una pareja afectivo-sexual, con el único criterio de que en las acciones no pueden escribir “penetración”. A continuación, la psicóloga los recogerá y guardará en tres cajas diferentes. La primera de ellas corresponderá a acciones, la segunda a partes del cuerpo y la tercera a objetos. Después, la psicóloga irá extrayendo un papel de cada caja y los leerá en voz alta, apuntando la combinación creada de forma aleatoria en una pizarra. De esta manera, las participantes verán que existen infinitas posibilidades a realizar en un encuentro sexual. Se permitirá que apunten las prácticas que más les han gustado o que hagan una fotografía de la pizarra, además de invitar a las participantes a replicar este juego junto a su pareja.

Anexo 8

Lista de lecturas:

- “Aquí la princesa se salva sola” de Amanda Lovelace
- “Buenas y enfadadas: El poder revolucionario de la ira de las mujeres” de Rebecca Traister
- “Cuentos de buenas noches para niñas rebeldes” de Elena Favilli y Francesca Cavallo
- “Desplegando velas” de Cristina Villanueva
- “El aliado” de Iván Repila
- “El color púrpura” de Alice Walker
- “El cuaderno dorado” de Doris Lessing
- “El cuento de la criada” de Margaret Atwood
- “El mito de la belleza” de Naomi Wolf
- “El placer femenino es clitórico” de Milagros Rivera Garretas
- “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir
- “Feminismo para torpes” de Nerea Pérez de las Heras
- “Herstory: una historia ilustrada de las mujeres” de Nacho Moreno Segarra, María Bastarós y Cristina Daura
- “Historia de España contada a las niñas” de María Bastarós
- “Idiotizadas” de Moderna de Pueblo
- “Juegos reunidos feministas” de Ana Galvañ y Patricia Escalona
- “La mejor madre del mundo” de Nuria Labari
- “La palabra más sexy es sí” de Shaina Joy Machlus y Petra Eriksson
- “La revuelta de las putas” de Amelia Tiganus
- “La vida son los miércoles” de Mariela Michelena
- “Las que faltaban” de Cristina Oñoro
- “Lectura fácil” de Cristina Morales
- “Lo que todas callan” de Irene G Punto
- “Los hombres me explican cosas” de Rebecca Solnit
- “Madres” de Jacqueline Rose
- “Mamá desobediente” de Esther Vivas
- “Me cuesta tanto olvidarte” de Mariela Michelena
- “Mi vida en la carretera” de Gloria Steinem
- “Monólogos de la vagina” de Eve Ensler
- “Morder la manzana” de Leticia Dolera

- “Mujeres malqueridas” de Mariela Michelena
- “Mujeres poderosas” de Marga Durá
- “Mujeres que lo dan todo a cambio de nada” de Mariela Michelena
- “Mujeres que ya no sufren por amor: transformando el mito romántico” de Coral Herrera
- “Mujeres y locura” de Phyllis Chesler
- “Mujeres y poder” de Mary Beard
- “Otras maneras de usar la boca” de Rupri Kaur
- “Persépolis” de Marjan Satrapi
- “Teoría King Kong” de Virginie Despentes
- “Todos deberíamos ser feministas” de Chimamanda Ngozi Adiche
- “Tsunami: miradas feministas” de Pilar Adón, Flavita Banana, Nuria Barrios, Cristina Fallarás, Laura Freixas, Sara Mesa, Cristina Morales, Edurne Portela, María Sánchez, Marta Sanz y Clara Usón
- “Una habitación propia” de Virginia Woolf

Anexo 9

Dinámica “Carta a mi yo del futuro”:

En esta dinámica se solicitará a las participantes que escriban en un papel cómo se sienten en ese momento, las circunstancias vitales que atraviesan y sobre todo, sus pensamientos sobre el vaginismo, con el objetivo de, transcurrido un año, leerlo. Se les pedirá que escriban sus expectativas respecto a la patología, lo que creen que el programa aportará, si creen que aplicarán diariamente las técnicas aprendidas, la repercusión que las sesiones tendrán en su calidad de vida, etcétera... sin embargo, será una carta libre en la que las mujeres podrán escribir sobre aspectos que en un año les gustaría leer. La psicóloga guardará esas cartas y, transcurridos doce meses, se reunirá con las participantes y les entregará sus papeles para que los lean y reflexionen sobre su progreso respecto al vaginismo.