



Grado en Psicología  
Trabajo de Fin de Grado  
Curso 2014/2015  
Convocatoria Junio

**Modalidad:** Trabajo de carácter profesional, relacionado con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título.

**Título:** Programa para la prevención y el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas

**Autor:** Patricia Santoyo Recuerda

**Tutora:** Gemma Benavides Gil

Elche, a 2 de Junio de 2015

## Índice

1. Resumen .....	3
2. Introducción .....	4
3. Método.....	8
3.1. Objetivos específicos .....	8
3.2. Beneficiarios .....	8
3.3. Instrumentos de evaluación .....	9
3.4. Descripción del programa de intervención .....	10
4. Discusión/Conclusión .....	18
5. Referencias .....	20
6. Anexos.....	24
Anexo A. Entrevista clínica inicial .....	24
Anexo B. Entrevista clínica historia sexual.....	24
Anexo C. Consentimiento informado .....	25
Anexo D. Autorregistro.....	26
Anexo E. Respuesta sexual y fases.....	27
Anexo F. Mitos.....	30
Anexo G. Power point asertividad .....	32
Anexo H. Checklist.....	33
Anexo I. Variables que afectan al deseo y excitación .....	34
Anexo J. Posiciones puente de coito .....	36
Anexo K. Guía sobre cosas agradables.....	37

## 1. Resumen

Las disfunciones sexuales femeninas tienen una importante prevalencia y afectan enormemente la calidad de las relaciones sexuales y de pareja. A pesar de ello, son poco habituales los programas de intervención orientados a su prevención y tratamiento en sus fases iniciales. Por ello, el objetivo general del presente trabajo ha sido diseñar un programa, en formato grupal, para la prevención y el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas. Este programa está orientado a mujeres de entre 18 y 55 años de la provincia de Alicante, y se llevará a cabo en asociaciones, centros de salud y universidades. Consta de una sesión individual y ocho sesiones grupales en las que se trabajan aspectos tales como psicoeducación sexual, mitos sobre la sexualidad, autoestima corporal, comunicación y asertividad sexual, fomento del deseo y la excitación sexual, mejora del orgasmo, disminución del dolor en las relaciones sexuales y aumento de la satisfacción sexual.

**Palabras clave:** disfunciones sexuales femeninas, sexualidad femenina, prevención, terapia sexual, intervención grupal.

### **Abstract:**

Female sexual dysfunctions have a significant prevalence and greatly affect the quality of sex and relationships between couples. However, there are rare intervention programs aimed at prevention and treatment in its early stages. Therefore, the overall objective of this study was to design a program, in group format, for the prevention and treatment of female sexual dysfunction. This program is aimed at women between 18 and 55 years in the province of Alicante, and it will be held in associations, health centers and universities. It consists of a single session and eight group sessions in which it is issued such as sexual psychoeducation, myths about sexuality, body esteem, communication and sexual assertiveness, promoting sexual desire and arousal, orgasm improvement, decreasing pain in sexual relationships and increasing sexual satisfaction.

**Keywords:** female sexual dysfunction, female sexuality, prevention, sexual therapy, group intervention.

## 2. Introducción

Las disfunciones sexuales constituyen un problema frecuente y que es necesario abordar por la importancia que tiene sobre la salud de las personas. Así pues, el estudio de la sexualidad, el conocimiento de la prevalencia tanto en hombres como en mujeres, y la frecuencia con la que se da cada una de ellas es importante para establecer propuestas de intervención más precisas.

A pesar de que todavía existan dificultades en conceptualizar y construir un modelo comprensivo de la respuesta sexual femenina por la dificultad en el diagnóstico de las disfunciones, debido a su naturaleza compleja, cada vez son más las aproximaciones e investigaciones en este ámbito (Carvalho, 2007).

Con los estudios de Freud en la segunda mitad del siglo XIX comienzan los esfuerzos por conocer y tratar los trastornos de la función sexual femenina. Estos trabajos marcan el inicio del conocimiento de los aspectos psíquicos que afectan a dicha función. Este autor se encargó de elaborar técnicas psicológicas de tratamiento para esas dificultades (Freud, 1973).

William Masters y Virginia Johnson estudiaron el comportamiento del ciclo de la respuesta sexual humana, así como los componentes biológicos de la respuesta sexual femenina, con una observación directa de la conducta sexual de las parejas entre los 18 y 89 años. De esta manera, establecieron cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución. La definición de estas fases les llevó a describir las distintas disfunciones sexuales de la sexualidad humana y desarrollar técnicas corporales para corregir los trastornos (Masters y Johnson, 1995).

En Estados Unidos, el grupo de Kinsey y colaboradores (1953) elaboró una encuesta detallada, que aplicó a una muestra amplia, a fin de determinar los patrones del comportamiento sexual y las prácticas sexuales habituales entre la población. A partir de los resultados llevaron a cabo una distribución de los sujetos en función de la frecuencia de sus prácticas. Una de las conclusiones más destacables de este estudio fue comprobar lo común que eran las relaciones pre y extra matrimoniales, no sólo entre los varones sino entre las mujeres (Saavedra, 2006). Kinsey y su equipo publicaron en 1948 "La conducta sexual del hombre" y en 1953 "La conducta sexual de la mujer".

Otra autora importante en el estudio de las disfunciones sexuales es Helen Kaplan, que desarrolló la "Nueva terapia sexual" (1990). Ésta aportó un uso integrado de técnicas

estructuradas sistemáticamente para la mejora del funcionamiento sexual y sesiones terapéuticas conjuntas para tratar las causas, tanto remotas como recientes, que influyen en una vida sexual insatisfactoria. El trabajo hacía especial énfasis en el análisis de la causalidad de las disfunciones sexuales. Kaplan las define como trastornos psicossomáticos que impiden a la persona realizar el coito o gozar de él.

Master y Johnson describieron las distintas fases de la respuesta sexual, exceptuando la primera de ellas, referente al deseo sexual, que fue propuesta por Kaplan en 1979 (Sanz, 2007). Se reconocen cinco fases que se manifiestan de distintas maneras según el sexo: deseo sexual, excitación, meseta, orgasmo y resolución. En la fase de deseo, el cambio más importante en la mujer es la vasocongestión generalizada de la pelvis. En la fase de excitación predomina la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Los cambios más importantes en la mujer son la vasocongestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos. El orgasmo es el punto culminante del placer sexual, produciéndose en la mujer contracciones de la pared del tercio externo de la vagina, así como contracciones rítmicas del esfínter anal. Por último, en la resolución la contracción, la vasoconstricción y la miotonía presentes se pierden y se percibe una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante esta fase los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un periodo de tiempo variable; por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente (Kaplan, 1978).

Para clasificar las disfunciones se debe tener en cuenta una serie de criterios. Uno de ellos hace referencia a la presentación en el tiempo de la disfunción. Así, si está presente desde la primera experiencia sexual se denominaría primaria; si, por el contrario, se presenta a partir de una situación concreta y anteriormente esta disfunción no existía, se denominaría secundaria o adquirida. Otro criterio a considerar es la etiología de la disfunción, pudiendo clasificarse ésta según su naturaleza orgánica o funcional, en función de lo cual la intervención podría ser preferentemente médica o psicológica. Asimismo, es importante analizar si la disfunción está presente en todas las situaciones, es decir, es de carácter generalizado, o sólo se produce en determinadas circunstancias (situacional). Por último, habría que determinar el grado de severidad de la disfunción, siendo total cuando la afectación es completa, o parcial si existe un grado concreto de afectación (Sánchez, Carreño, Martínez, y Gómez, 2005).

Cada vez son más las mujeres que acuden a consulta por un trastorno sexual. Algunas de las causas que podrían explicar este incremento en la demanda de atención

podrían ser el aumento del nivel cultural de la población femenina, la liberación sexual y los programas de educación sexual (Sánchez *et al.*, 2005).

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (APA, 2014), las disfunciones sexuales femeninas se clasificarían en: trastorno del interés y de la excitación sexual femenino, trastorno orgásmico femenino y trastorno de dolor génito-pélvico y de la penetración. En todos los casos, para hablarse de una disfunción sexual los síntomas deben haber persistido durante unos seis meses como mínimo, han de provocar un malestar clínicamente significativo en el individuo, no se explican mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación (por ejemplo violencia de género) u otros factores estresantes significativos, y no se pueden atribuir a los efectos de una sustancia/medicación o a otra afección médica.

El trastorno del interés y de la excitación sexual femenino se diagnostica si tres o más de los siguientes síntomas se manifiestan en la mujer: reducción o falta de interés en la actividad sexual; ausencia o disminución de fantasías y pensamientos sexuales o eróticos; inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por iniciarla; excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja; excitación o placer sexual ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa (p. ej., escrita, verbal, visual); y/o sensaciones genitales o no genitales ausentes o reducidas durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual en pareja (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos). En España, desde un tercio a la mitad de las mujeres que acuden a consulta y una estimación aproximada del 10% de la población femenina, presentan este tipo de trastorno (Cabello y Lucas, 2002).

El trastorno orgásmico femenino se establece si está presente por lo menos uno de los síntomas siguientes en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%–100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos): retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo; y/o reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas. En España la prevalencia global de los casos de trastorno orgásmico femenino que acuden a consulta está entre el 5% y el 10% (Cabello, 2004).

El diagnóstico de trastorno de dolor génito-pélvico y de la penetración se establece si se presentan dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:

penetración vaginal durante las relaciones; marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración; marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal; y/o tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal. Según Masters y Johnson, entre el 1% y 2% de las mujeres adultas tienen coitos dolorosos (1987). En España la puede padecer un 2% de las mujeres de forma regular, y un porcentaje mucho mayor de forma ocasional (Cabello, 2004).

En cuanto al tratamiento de dichos trastornos, el informe preliminar de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (TFPDPP, 1995) incluía entre los señalados como tratamientos bien establecidos la terapia de conducta para la disfunción orgásmica femenina; haciendo referencia a la eficacia de los trabajos de LoPiccolo y Stock (1986) y Auerbach y Killmann (1977). En el informe de 1998 (Chambless *et al.*, 1998) se incluyen entre los tratamientos probablemente eficaces: el tratamiento combinado de Hurlbert para el bajo deseo sexual femenino (Hurlbert, White, Powell y Apt, 1993), que incluye entrenamiento en masturbación directa de la mujer, ejercicios de focalización sensorial y la técnica de apuntalamiento durante el coito (Hurlbert, 1993; Hurlbert *et al.*, 1993); el programa de Masters y Johnson (1970), que incluye educación sexual, focalización sensorial y genital, entrenamiento en comunicación, además de intervenciones dirigidas a reducir la ansiedad de rendimiento (Crowe, Gillan y Golombok, 1981; Dow y Gallagher, 1989; Mathews, Whitehead y Kellet, 1983); la terapia sexual de Masters y Johnson para la disfunción orgásmica femenina (Everaerd y Dekker, 1981), que incluye entrenamiento del músculo pubocoxígeo con técnicas de autoestimulación a veces complementadas con el uso de vibradores; y la combinación de terapia sexual y marital de Zimmer para el bajo deseo sexual femenino (Zimmer, 1987). El tratamiento del vaginismo suele implicar una combinación de desensibilización sistemática (u otras técnicas de exposición), entrenamiento del músculo pubocoxígeo e inserción de dilatadores vaginales de un tamaño creciente (por la mujer o/y por la pareja) (Rosen y Leiblum, 1995). Por tanto, existen tratamientos psicológicos cuya eficacia ya se considera empíricamente validada para las disfunciones sexuales.

En terapia sexual se tienen muy en cuenta también diferentes factores psicológicos e interpersonales implicados, tales como la autoestima, el bienestar emocional, emociones negativas como la culpa, la vergüenza o la ansiedad, la atracción por la pareja, la calidad de la relación o posibles actitudes negativas hacia el sexo, entre otras (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2003; Carvalheira, 2007; Ortiz, 2003).

Por otro lado, la mayoría de las técnicas de intervención realizadas en cada uno de los trastornos se realizan a nivel individual o en parejas. Por ejemplo, en el trastorno del deseo sexual los resultados son mejores cuando se aplica en parejas que en mujeres solas (Hurlbert *et al.*, 1993). Asimismo, en el vaginismo, la implicación de la pareja es un determinante de eficacia (Hawton y Catalan, 1990). Sin embargo, diversos estudios han comprobado la eficacia del tratamiento en mujeres con trastorno orgásmico primario tanto en sesiones individuales, en parejas o grupos (Kuriansky, Sharpe y O'Connor, 1982; LoPiccolo y Lobitz, 1972; Morokoff y LoPiccolo, 1986; Spence, 1991).

Por lo que las sesiones de este programa de intervención serán grupales, debido a la multitud de beneficios individuales de este tipo de terapia. El grupo nos permite reflexionar acerca de conductas estereotipadas y nos desafía al cambio. Propicia salir del aislamiento y, al abrirnos a los otros integrantes, permite escuchar y compartir las vivencias con los iguales, ampliando las posibles soluciones.

Así pues, el objetivo general del presente trabajo es diseñar un programa, en formato grupal, para la prevención y el tratamiento de las disfunciones sexuales femeninas.

### **3. Método**

#### *3.1. Objetivos específicos*

Del objetivo general previamente expuesto se desprenden una serie de objetivos específicos. Con el programa de intervención desarrollado en el presente trabajo se pretende que las participantes sean capaces de:

- Adquirir conocimientos y eliminar creencias erróneas sobre la sexualidad.
- Mejorar la autoestima corporal.
- Desarrollar habilidades de comunicación y asertividad sexual.
- Adquirir habilidades para prevenir o solucionar posibles disfunciones sexuales.
- Aumentar la satisfacción sexual.

#### *3.2. Beneficiarios*

Este programa está dirigido a mujeres con edades comprendidas entre 18 y 55 años, residentes en la provincia de Alicante. Además, se llevará a cabo en diversos contextos para que tenga una mayor repercusión y llegue a un mayor número de personas de diferentes

edades y contextos, como por ejemplo asociaciones de amas de casa, universidades y diferentes centros de salud de la provincia de Alicante.

Sin embargo, la aplicación del programa no sólo tendrá efectos en la población destinataria, sino que además afectará al conjunto de grupos y colectivos sociales en los que se relaciona ésta, como las parejas de los asistentes, los compañeros sexuales y la sociedad en general, los cuales se beneficiarán de la utilidad del programa en los destinatarios, puesto que se desarrollarán actitudes y prácticas para el bienestar físico y personal.

Los criterios de inclusión establecidos para poder recibir el tratamiento propuesto son:

- Ser mujer.
- Estar interesada en prevenir posibles disfunciones sexuales o solucionar las ya existentes.
- Tener una edad entre los 18 y los 55 años.
- Residir en la provincia de Alicante.

### 3.3. Instrumentos de evaluación

En primer lugar, antes de realizar la primera sesión se realizará una entrevista inicial. Se trata de la “Entrevista para la Evaluación de los Problemas Sexuales” (Carrobes, 1985), es una entrevista semiestructurada cuyo objetivo es recoger información del funcionamiento sexual de la persona, conducta sexual actual como de la historia del problema. Esta entrevista está dividida en dos fases que se complementan entre sí: entrevista para la evaluación inicial del problema (naturaleza del problema y adecuación del mismo para una terapia sexual, y condiciones y requisitos para llevar a cabo una terapia sexual) (Anexo A); entrevista de evaluación o historia sexual (historia del problema, y conducta sexual: análisis funcional). Ésta última tratará la infancia y medio familiar, pubertad y adolescencia, y relación socio-sexual con la pareja actual (Anexo B).

Por otro lado, para poder comparar resultados y evaluar la mejoría de cada participante, así como la eficacia del programa de intervención, se realizará una evaluación pre y post tratamiento. Para ello, se utilizarán los siguientes instrumentos de evaluación:

- “Test de Sexualidad Femenina” (*The Female Sexual Function Index, FSFI*, Rosen *et al.*, 2000). Consta de 19 preguntas, con cinco opciones de respuesta tipo Likert, donde los extremos son 1: “Casi nunca o nunca”, y 5: “Casi siempre o siempre”. Esta escala fue desarrollada para evaluar seis dominios: deseo, excitación,

lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor, los cuales se pueden clasificar según el DSM IV en cuatro tipos: 1. Trastorno de deseo sexual hipoactivo, 2. Trastorno de excitación sexual, 3. Trastorno orgásmico, y 4. Dispareunia. De igual forma, se observa que la totalidad de las preguntas del test correlacionan de modo positivo y altos con la escala total, con valores que oscilaron entre 0,5464 y 0,9434. En cuanto a la fiabilidad, se obtiene en el deseo sexual hipoactivo un Alfa de Cronbach de 0.8244, en la excitación sexual de 0,9768, en el trastorno orgásmico de 0.9768 y en dispareunia de 0.9775. Estos valores indican que las clasificaciones del test son altamente fiables (Rosen *et al.*, 2000).

- “Escala de Autoestima de Rosenberg” (Rosenberg, 1965). Consta de 10 preguntas, con 4 opciones de respuestas estilo Likert. Esta escala fue desarrollada para evaluar la autoestima; todos los contenidos de los ítems se centran en los sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo/a. En cuanto a la fiabilidad del cuestionario, del total de las 19 preguntas con las que se trabajó con este procedimiento después de ser evaluado por los jueces expertos, se encontró que el instrumento en su conjunto obtuvo un alfa global de Cronbach de 0,9850, por lo cual se puede concluir que el instrumento posee validez de constructo y es altamente confiable (Atienza, Moreno y Balaguer, 2000).

Asimismo, en determinadas sesiones se les pasará los siguientes autoinformes:

- “Cuestionario de evaluación de mitos sexuales” (McCary, 1977), el cual evalúa errores, mitos y falacias en la información sexual.
- “Inventario de actitudes respecto al sexo” (Eysenck, 1970). Mediante este cuestionario sabremos la actitud de cada participante respecto al sexo.
- “Escala de ajuste marital” (Locke y Wallace, 1959), para conocer las relaciones interpersonales y de pareja.

#### 3.4. Descripción del programa de intervención

Antes de comenzar la intervención grupal se realizará una sesión inicial con cada una de las participantes cuyo objetivo es establecer un clima de confianza y conocer más pormenorizadamente la situación personal de cada una de ellas. En este sentido, se realizará la entrevista presentada previamente para evaluar la historia sexual y la posible presencia de problemas sexuales.

El programa de intervención grupal consta de ocho sesiones. Se realizará una sesión semanal con una duración de tres horas, por lo que tendrá una duración de 2 meses aproximadamente. La terapia será grupal y el límite de participantes es de 8 personas.

Además, dicho programa consta con unas garantías éticas que se verán reflejadas mediante el consentimiento informado. En dicho documento se garantiza la confidencialidad, el conocimiento del programa, y otros datos como su duración y responsabilidad de los asistentes. Así pues, deberá ser firmado al inicio del programa por cada participante (Anexo C).

A continuación, en la Tabla 1 se muestra las sesiones de intervención grupal, con el detalle en cada sesión de objetivos y actividades. Seguidamente aparece la explicación detallada de cada sesión.

Tabla 1. Sesiones, objetivos y actividades del programa de intervención grupal

Sesión	Objetivos	Actividades
<i>Para conocernos mejor</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crear un clima de confianza y participación en el grupo.</li> <li>• Presentar el programa de intervención y las normas de funcionamiento.</li> <li>• Finalizar la evaluación pretratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Preguntas para conocerse.</li> </ul>
<i>Hablemos de sexo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información sobre la respuesta sexual humana y sus fases.</li> <li>• Presentar los principales mitos y creencias erróneas sobre el sexo y su influencia en el desarrollo de posibles disfunciones sexuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación respuesta sexual y fases.</li> <li>• Escribir en post it los problemas.</li> <li>• Clase tutorial sobre mitos.</li> <li>• Debate.</li> </ul>
<i>Autoconocimiento y autoestima corporal</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar el autoconocimiento y la autoestima corporal a fin de favorecer la satisfacción sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación órganos sexuales.</li> <li>• Anotar cualidades.</li> <li>• Dibujar su cuerpo.</li> </ul>
<i>Comunicación y asertividad sexual</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar habilidades de comunicación con la pareja que favorezcan las relaciones sexuales.</li> <li>• Fomentar la asertividad sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Power point.</li> <li>• Role-playing.</li> <li>• Pautas de habilidades de comunicación.</li> <li>• Role-playing.</li> <li>• Tareas para casa: caja de deseos</li> </ul>

		y contrato.
<i>Fomentando el deseo y la excitación</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar qué variables influyen en el deseo y la excitación sexual femenina.</li> <li>• Aprender algunas técnicas para fomentar el deseo y la excitación sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación variables del deseo y excitación.</li> <li>• Video tutorial (“Sexo, placer en la vida”).</li> </ul>
<i>Facilitando y mejorando el orgasmo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar información sobre los factores que influyen en el orgasmo femenino.</li> <li>• Adquirir habilidades para alcanzar y mejorar el orgasmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de los problemas del orgasmo.</li> <li>• Terapia sexual de los trastornos orgásmicos femeninos.</li> </ul>
<i>Relaciones sexuales sin dolor</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar qué variables pueden hacer que las relaciones sexuales sean molestas y dolorosas.</li> <li>• Aprender qué se puede hacer para disminuir las molestias y el dolor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicación de las causas por las que las relaciones sexuales sean molestas y dolorosas.</li> <li>• Tratamiento sexual específico.</li> </ul>
<i>Disfrutando de las relaciones sexuales</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexionar sobre los conocimientos y habilidades adquiridas.</li> <li>• Planificar cambios en las relaciones para alcanzar una mayor satisfacción sexual.</li> <li>• Realizar la evaluación postratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo.</li> <li>• Reto encuentro romántico.</li> <li>• Tareas para casa: autorregistro.</li> </ul>

## Sesión 1. Para conocernos mejor

### Objetivos:

- Crear un clima de confianza y participación en el grupo.
- Presentar el programa de intervención y las normas de funcionamiento.
- Finalizar la evaluación pretratamiento.

En esta primera sesión se describirá el plan de actuación que se llevará a cabo, así como los objetivos. Asimismo, se explicarán las normas para el desarrollo de las sesiones, como por ejemplo la puntualidad, asistencia y la confidencialidad (Anexo C). Además se entregará una hoja de autorregistro diario que deberán de rellenar y así se podrá observar el progreso

en el programa (Anexo D), y también cumplimentarán el inventario de actitudes respecto al sexo (Eysenck, 1970).

Una vez se haya explicado esto, se procederá a realizar una actividad donde los participantes tendrán que realizarse preguntas entre ellos con el objetivo de que empiecen a conocerse y ganar confianza, ya que a lo largo de las sesiones se tratarán temas personales y es muy importante para contribuir a unos buenos resultados.

## Sesión 2. Hablemos de sexo

### Objetivos:

- Proporcionar información sobre la respuesta sexual humana y sus fases.
- Presentar los principales mitos y creencias erróneas sobre el sexo y su influencia en el desarrollo de posibles disfunciones sexuales.

Esta segunda sesión, tendrá comienzo con la explicación de la respuesta sexual y sus fases. Este aspecto es muy importante, ya que deben saber cómo funcionamos a nivel sexual (Anexo E).

Posteriormente, los participantes apuntarán su problema en un post it que después se pegará en la pared. Una vez estén todos, se leerán y cada uno explicará su experiencia. Además, todos podrán intervenir y aportar una solución.

Para obtener los beneficios de la terapia grupal ha de haber una buena armonía, así como confianza y sentimiento de pertenencia. Esta sesión contribuirá a conseguirlo, viendo que no están solos y hay más gente que comparte el mismo problema. De esta manera, se sentirán identificados y se podrán ayudar entre ellos.

Por otro lado, otro de los objetivos de esta sesión es conocer las actitudes y mitos de la conducta sexual, y modificar las creencias erróneas sobre las relaciones sexuales. De esta manera, se realizará una clase tutorial para entablar estos temas donde el debate será el protagonista. Antes del comienzo de teoría los participantes realizarán el cuestionario de evaluación de mitos sexuales (McCary, 1977).

En esta clase se tratarán mitos sobre la sexualidad humana, mitos sobre el orgasmo, mitos sobre el coito, mitos sobre el coito y el orgasmo y, por último, se hablará sobre la sexualidad femenina (Anexo F).

### Sesión 3: Autoconocimiento y autoestima corporal

#### Objetivo:

- Fomentar el autoconocimiento y la autoestima corporal a fin de favorecer la satisfacción sexual.

Se explicará los órganos sexuales para un mayor conocimiento y se trabajará la autoestima, con el objetivo de aceptar nuestro cuerpo y cómo somos. Para ello, se pedirá a cada uno que anoten cuatro cualidades suyas y, además, otras cualidades de sus compañeros. Luego se leerán en voz alta.

Más tarde, con arcilla intentarán moldear su cuerpo o, si les resulta difícil, lo dibujarán. Una vez realizado, entre todos indicarán cuál pertenece a quién, teniendo en cuenta cómo se ven ellos mismos y qué opinan los demás.

### Sesión 4. Comunicación y asertividad sexual

#### Objetivos:

- Desarrollar habilidades de comunicación con la pareja que favorezcan las relaciones sexuales.
- Fomentar la asertividad sexual.

Puesto que el problema que trabajamos en este programa afecta significativamente a la relación de pareja, es un aspecto que se tratará en esta sesión mediante el diálogo.

En primer lugar, los participantes deberán cumplimentar la escala de ajuste marital (Locke y Wallace, 1959).

Seguidamente, se trabajarán las habilidades de comunicación (qué debo decir, cómo y cuándo; escucha activa; entrenamiento con ensayo conductual graduado), hacer peticiones (quiero, deseo, me gustaría...; eliminar prejuicios, amenazas, peticiones indirectas), expresar y recibir sentimientos negativos (cuando tú..., yo me siento..., me gustaría que..., gracias por comprenderme), habilidades de negociación.

Una vez tratado esto, se realizará un role-playing entre los asistentes con el fin de trabajar las habilidades comunicativas.

Además, como tareas para casa se les pedirá que realicen la caja de los deseos con sus parejas. Esto consiste en escribir, cada uno en papel de color diferente, deseos o

actividades que le gustaría realizar e introducirlos en la caja. Cuando se desee, pueden coger uno y sorprender a la pareja.

Asimismo, para trabajar las habilidades de negociación, realizarán en casa con su pareja un “contrato”. En éste deben determinar las peticiones (¿qué quiero que hagas porque me resulta reforzante?, hacer una lista de peticiones de ambos), determinar privilegios (evaluar lo positivo para ambos, ¿qué reportaría a la pareja?), esclarecer el proceso de negociación (por escrito, firmado y con registro de cumplimiento; administrar bonos para premiar más conducta), y por último se establece el contrato.

Por otro lado, en esta sesión se explicará a los participantes mediante un power point qué es la asertividad, su relación con la sexualidad y los beneficios que conlleva su uso (Anexo G). Es muy importante que conozcan de qué trata puesto que tiene un papel relevante en la vida sexual.

Una vez explicada la teoría se realizará un role-playing. De esta manera, podrán aplicar lo tratado en esta primera parte los individuos se pondrán por parejas, primero uno de ellos propondrá realizar una conducta sexual y la otra persona deberá responder de manera asertiva. Una vez realizado, se intercambiarán los papeles para que todos pasen por ambas partes. Las historias que narren pueden ser inventadas por ellos mismos, o bien sucesos reales por los que hayan pasado. En el caso de que no se les ocurra ninguna situación se le puede plantear alguna de éstas:

- Mantener relaciones sexuales sin protección
- Realizar sexo oral
- Realizar un intercambio de parejas
- Mantener relaciones sexuales en lugares públicos
- Realizar sexo anal

El objetivo del role-playing es que la persona, con los conocimientos adquiridos previamente, sea capaz de llevarlo a cabo en la vida real y formen parte de su repertorio de habilidades comunicativas.

Para evaluarlo, se utilizará un checklist con diferentes aspectos que se tendrán en cuenta mientras los participantes realizan el role-playing (Anexo H).

## Sesión 5. Fomentando el deseo y la excitación

Objetivos:

- Explicar qué variables influyen en el deseo y la excitación sexual femenina.
- Aprender algunas técnicas para fomentar el deseo y la excitación sexual.

En primer lugar, se explicará a los participantes las variables que influyen en el deseo y la excitación sexual femenina (Anexo I).

Seguidamente, se pondrá un video tutorial (“Sexo, placer en la vida”) en el que aparecen técnicas clave para este tipo de problemas. Es muy útil ya que en este video aparece una pareja real, por lo que la persona se puede sentir identificada. Tras la visualización, se comentarán las opiniones de cada uno respecto al video.

## Sesión 6. Facilitando y mejorando el orgasmo

### Objetivos:

- Proporcionar información sobre los factores que influyen en el orgasmo femenino.
- Adquirir habilidades para alcanzar y mejorar el orgasmo.

Esta sesión dará comienzo con la explicación de las causas que dificultan alcanzar el orgasmo femenino. Estas causas pueden ser orgánicas (diabetes, estados de carencia hormonal, alteraciones en la musculatura perivaginal, lesiones pélvicas, consumo de sustancias, etc.) o psicológicas (estados emocionales negativos, papel del espectador, inadecuada educación sexual, sentimientos negativos frente al sexo, insatisfacción personal o con la pareja, estimulación inadecuada, etc.).

Aprovechando que en la sesión anterior los participantes tuvieron una primera toma de contacto con las técnicas que se llevan a cabo en este tipo de problemas, en dicha sesión se procederá a la explicación de las técnicas de los trastornos orgásmicos femeninos para que las realicen un mínimo de dos veces por semana.

Se trata de un programa integrado que consta de los siguientes apartados:

1. Programa de auto-exploración
  - Exploración físico-sensual general (desnuda delante del espejo).
  - Auto-exploración genital (conocer y localizar las zonas).
2. Programa de autoestimulación
  - Entrenamiento muscular vaginal (simular orgasmo mediante contracciones rápidas de los músculos perivaginales y perineales).
  - Orgasmo mediante la auto-estimulación del clítoris.
3. Programa de focalización sensorial en pareja
  - Orgasmo a través de la estimulación del clítoris por pareja.
4. Coito con estimulación del clítoris
  - Posiciones puente de coito (Anexo J).

## 5. Coito exclusivo con orgasmo (cuando sea posible)

### Sesión 7. Relaciones sexuales sin dolor

#### Objetivos:

- Explicar qué variables pueden hacer que las relaciones sexuales sean molestas y dolorosas.
- Aprender qué se puede hacer para disminuir las molestias y el dolor.

Al igual que el planteamiento de la sesión anterior, se comenzará con la explicación de las causas del vaginismo y la dispareunia. Las causas del vaginismo pueden ser debidas a alteraciones en el proceso de aprendizaje que provocan un reflejo condicionado inadecuado (experiencia previa de dolor, miedo al dolor que pueda producir la relación, experiencias traumáticas o infecciones, afecciones inflamatorias que cursan con dolor). Asimismo, la dispareunia puede ser debido a causas orgánicas (escasa lubricación vaginal, fármacos antihistamínicos, consumo de sustancias psicoactivas, infecciones vaginales o del clítoris, etc.) o psicológicas (educación sexual inadecuada, ansiedad, temores asociados al coito, falta de excitación sexual, etc.).

Además, también nos centraremos en un programa de terapia sexual para el vaginismo que engloba lo siguiente:

- Psicoeducación: explicación del trastorno como respuesta refleja involuntaria.
- Autoexploración.
- Entrenamiento en relajación de los músculos que rodean la vagina (tensión/distensión).
- Penetraciones vaginales con dilatadores de distintos tamaños. Uso alternativo de los dedos.
- Acercamiento gradual al coito.
- Coito normalizado.

### Sesión 8. Disfrutando de las relaciones sexuales

#### Objetivos:

- Reflexionar sobre los conocimientos y habilidades adquiridas.
- Planificar cambios en las relaciones para alcanzar una mayor satisfacción sexual.
- Realizar la evaluación postratamiento.

Al tratarse de la última sesión grupal, se comenzará con un diálogo entre todos para saber su situación actual, compartir sus avances y si se han cumplido sus expectativas.

Por último, se les propondrá como reto que organicen un encuentro romántico con su pareja. Podrán utilizar algunos de los deseos que escribieron sus parejas en la sesión 4. Será más cómodo para los pacientes, puesto que se ha trabajado a lo largo del programa aspectos tanto de la sexualidad como afectivos. Por lo que esta tarea no estará guiada y cada uno hará lo que considere oportuno, según los avances que hayan conseguido.

Además, como tareas para casa rellenarán un autorregistro para ser más conscientes de las cosas agradables que ambos hacen (Anexo K). Esta actividad les servirá de ayuda una vez terminada la terapia, como reforzar y contemplar las cosas agradables que la pareja hace.

#### **4. Discusión/Conclusión**

Existen pocos programas de intervención en las áreas de salud destinados a la población adulta en lo referente a la detección de factores de riesgo para los trastornos sexuales.

Los resultados de una investigación realizada por Guibert, Prendes y Portuondo (1998) permitieron concluir que las disfunciones sexuales de mayor frecuencia fueron el deseo sexual inhibido y la anorgasmia. Para ello, recomendaron realizar intervenciones educativas participativas sobre sexualidad dirigidas a los adultos y estabilizar el funcionamiento de las consultas multidisciplinarias de terapia y orientación sexual en las áreas de salud.

El principal interés que se ha depositado en este trabajo ha sido la propuesta de terapia grupal para las disfunciones sexuales femeninas. Ha sido así puesto que las investigaciones en este ámbito son escasas con las que respecta a las disfunciones sexuales masculinas y, además, la mayoría de éstas se centran en el individuo o en la pareja.

Así pues, se ha querido trabajar en grupo ya que es un nuevo contexto para probar diferentes formas de comportamiento en un ambiente creado para ello y guiado por un experto. Asimismo, éste permite la comunicación abierta y los individuos tienen la oportunidad de aprender de sí mismos y sentirse comprendidos por el resto del grupo.

La terapia grupal ayuda a descubrir nuevas formas de relacionarte con los demás, aumenta el sentimiento de autoeficacia y mejora la autoestima. Además, el individuo se

siente apoyado y perteneciente a un grupo donde se identifica con el resto de individuos, disminuyendo la sensación de aislamiento y soledad. También hace sentirse útiles al ver que pueden ayudar a los demás, descubren que no son los únicos y que otras personas atraviesan circunstancias similares a las suyas.

Un aspecto importante de la terapia de grupo es la expresión auténtica de los sentimientos, ya que los beneficios de ésta serán mayores cuando los participantes estén dispuestos a hablar honestamente sobre sí mismos. En la medida que se produzcan más reacciones espontáneas favorecerá la confianza y cohesión entre los miembros.

Otro aspecto a destacar de este programa es la integración en éste de la afectividad y la autoestima, por la alta implicación con la sexualidad. Por lo que todos estos aspectos también forman parte de este programa de intervención.

A pesar de las ventajas que se han deseado obtener, el trabajo también posee una serie de limitaciones. Aunque se ha querido centrar en terapia grupal, también sería conveniente integrar a la pareja, dado que es una figura fundamental en el problema y su proceso. Será recomendable realizar sesiones combinadas, es decir, algunas de ellas donde acudan solas y otras con su pareja. De esta manera, será participe en el grupo y contribuirá al proceso de mejora.

Por otro lado, este programa abarca todas las disfunciones sexuales sin realizar ningún criterio para organizar el grupo. Aquí encontramos otra limitación, ya que en algunos casos no permite centrarnos en aspectos concretos y se trata de un trabajo generalizado. Por lo que una propuesta de mejora sería la división en pequeños grupos según la disfunción, y así permitiría realizar todo el trabajo en torno a ese problema en concreto. Esto implicaría reorganizar las sesiones en base a cada problema y, para que no sea tan distintivo, algunas de las sesiones en las que se trabajan aspectos más generales que todos comparten se pueden unificar todos los grupos.

Por último, a pesar de las diversas técnicas como tratamientos existentes, la respuesta sexual femenina encierra un conjunto de especificidades que se deben tener en cuenta. Así pues, se ha de destacar los principales objetivos de la terapia sexual que la mayoría de programas deben incluir: enfocar las quejas sexuales y el logro de la satisfacción sexual en la perspectiva de la propia mujer; mejorar el conocimiento sexual; cambiar actitudes y creencias disfuncionales; mejorar la comunicación e intimidad sexual, y reducir la ansiedad. Además, las intervenciones terapéuticas incluyen técnicas específicas como los ejercicios

de focalización sensorial, la reestructuración cognitiva y determinados métodos conductuales (Carvalho, 2007).

## 5. Referencias

Alcoba, S., García-Giralda, L. y San Martín, C. (2004). *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*. Madrid: International Marketing & Communications.

American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

Annon, J. S. (1975). *Sexual fear inventory-female form*. Honolulu: Enabling Systems, Inc.

Atienza, F., Moreno, Y. y Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la Escala de Autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología, Universitas Tarraconensis*, 22, 29-42.

Auerbach, R. y Kilmann, P.R. (1977). The effects of group systematic de-sensitization on secondary erectile failure. *Behavior Therapy*, 8, 330-339.

Cabello, F. y Lucas, M. (2002). *Manual médico de terapia sexual*. España: Prismática.

Cabello, F. (2004). *Disfunción sexual eréctil. Un abordaje integral*. Madrid: Prismática.

Calado, M., Lameiras M. y Rodríguez, Y. (2003). *Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios*. Vigo: Universidad de Vigo.

Carrobes, J. A. (1985). *Análisis y modificación de la conducta*. Madrid: U.N.E.D.

Carrobes, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Carvalho, A. (2007). Intervención terapéutica en las disfunciones sexuales femeninas: perspectiva psicosexual. *Análise Psicológica*, 25, 243-350.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph et al. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-15.

- Crowe, M.J., Gillan, P. y Golombok, S. (1981). Form and content in the conjoint treatment of sexual dysfunction: a controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 47-54.
- Dow, M. y Gallagher, J. (1989). A controlled study of combined hormonal and psychological treatment for sexual unresponsiveness in women. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 201-212.
- Espada, J. P., van der Hofstadt, C. J., Méndez, F. X. y Orgilés, M. (2007). Tratamiento psicológico de un caso de disfunción orgásmica femenina. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez, (Coords.), *Terapia psicológica. Casos prácticos*. (pp. 465-482). Madrid: Pirámide.
- Everaerd, W. y Dekker, J. (1981). A comparison of sex therapy and communication therapy: Couples complaining of orgasmic dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, 278-289.
- Eysenck, H. J. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Freud, S. (1973). *Tres ensayos sobre una teoría sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gorguet Pi, I. (2008). *Comportamiento sexual humano*. Santiago de Cuba: Oriente.
- Guibert W., Prendes M. y Portuondo O. (1998). Factores asociados con la aparición de disfunciones sexuales en una población femenina. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14.
- Hawton, K., y Catalan, J. (1990). Sex therapy for vaginismus: characteristics of couples and treatment outcome. *Sexual and Marital Therapy*, 5, 39-48.
- Hurlbert, D.F. (1993). A comparative study using orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 41-55.
- Hurlbert, D., White, L., Powell, R. y Apt, C. (1993). Orgasm consistency training in the treatment of women reporting hypoactive sexual desire: an outcome comparison of wome-only groups and couples-only groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 3-13.
- Kaplan, H. S. (1978). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

- Kaplan, H. (1990). *La nueva terapia sexual*. México: Alianza Editorial.
- Kinsey, A. CH., et al. (1953). *Sexual behavior of the human female*. Philadelphia: Saunders.
- Kuriansky, J., Sharpe, L. y O'Connor, D. (1982). The treatment of anorgasmia: long-term effectiveness of short-term behavioral group therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 29-43.
- Labrador, F. J. y Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13 (3), 428-441.
- Locke, H. y Wallace, K. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21(3), 251-255.
- LoPiccolo, J. y Lobitz, W.L. (1972). The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585- 595.
- LoPiccolo, J. y Steger, J.C. (1974). The sexual interaction inventory: a new instrument for assesment of sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 585-595.
- LoPiccolo, J. y Stock, W.E. (1986). Treatment of sexual dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 158-167.
- Masters, W. y Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown.
- Masters, W. y Johnson, V. (1987). *La sexualidad humana*. La Habana: Científico- Técnica.
- Masters, W., Johnson, V. y Kolondy, R. (1995). *La sexualidad humana*. Barcelona: Grijalbo.
- Mathews, A., Whitehead, A. y Kellet, J. (1983). Psychological and hormonal factors in the treatment of female sexual dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, 13, 83-92.
- McCary, L. (1977). *Sexualidad humana*. México: El manual moderno.
- Morokoff, P.J . y LoPiccolo, J.L. (1986). A comparative evaluation of minimal therapist contact and 15-session treatment for female orgasmic dysfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 294- 300.
- Ortiz, M. (2003). El malestar sexual en las mujeres. *Agenda Salud*, 32.
- Pion, R.J. (1975). *The sexual response profile*. Honolulu: Enabling systems.

- Rosen, R.C. y Leiblum, S.R. (1995). Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 877-890.
- Rosen, R., Brown C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R. et al. (2000). The female sexual function index: a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.*, 26, 191-208.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Saavedra, C. (2006). Informe Kinsey. *Indice*, 20-22.
- Sánchez, C., Carreño, J., Martínez, S. y Gómez, M. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: Comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Medigraphic*, 28, 74-80.
- Sanz, A. (2007). Tratamiento psicológico en un caso de vaginismo. En J. P. Espada, J. Olivares y F. X. Méndez, (Coords.), *Terapia psicológica. Casos prácticos*. (pp. 431-462). Madrid: Pirámide.
- Serrat, C. (1980). Cuestionario de intercambio de conductas en la pareja. En M. Costa y C. Serrat, *Terapia de pareja*. Madrid: Alianza.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and The Family*, 38, 15-28.
- Spence, S.H. (1991). *Psychosexual therapy. A cognitive-behavioral approach*. Londres: Chapman & Hall.
- Stuart, F., Stuart, R. B., Maurice, W. L. y Szasz, G. (1975). *Sexual adjustment inventory*. Champaign: Research press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Zimmer, D. (1987). Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 193-209.

## **6. Anexos**

### ***Anexo A. Entrevista clínica inicial***

- Tipo y naturaleza del problema sexual
- Existencia de patología o causas orgánicas
- Existencia de patología relacionada con el problema sexual
- Existencia de problemas de pareja o de relación interpersonal
- Nivel de motivación hacia el cambio
- Grado de compromiso esperado
- Posibles estilos de vida inadecuados



### ***Anexo B. Entrevista clínica historia sexual***

1. Infancia y medio familiar
  - Ambiente familiar
  - Formación religiosa
  - Actitudes de familiares significativos frente al sexo
  - Experiencias sexuales tempranas
2. Pubertad y adolescencia:
  - Educación e información sexual recibida
  - Primeras experiencias sexuales
3. Relación socio-sexual con actual pareja:

**Anexo C. Consentimiento informado**

Apellido y Nombre del Paciente ..... D.N.I: .....

Manifiesta la veracidad de los datos personales aportados para la confección de su historia clínica, y que ha recibido información suficiente acerca del tratamiento que realizará en la institución, al que presta voluntariamente su consentimiento, de acuerdo a las condiciones que se transcriben a continuación:

1. Se realizará un tratamiento psicológico, el cual se orientará a la atención de los motivos de consulta expuestos.
2. Por la presente dejo constancia que he sido informado de las características técnicas del enfoque a aplicar y me han sido respondidas todas las dudas pertinentes.
3. Se garantiza la confidencialidad, respecto a la información recibida por el paciente, cuyo límite solo podrá ser vulnerado con causa justa de acuerdo a lo establecido en el código de ética del ejercicio de la profesión.
4. El paciente se compromete a mantener la confidencialidad sobre la información que en la terapia grupal se exponga por parte de otros pacientes.
5. El tratamiento se llevara a cabo con una periodicidad semanal. Las consultas tienen una duración promedio de tres horas, pudiendo haber variaciones según lo que acontezca en su transcurso.
6. La duración del tratamiento será de aproximadamente 2 meses. Esta duración puede ser modificada mediante un nuevo acuerdo, en función del grado de avance en el cumplimiento de los objetivos establecidos.
7. La ausencia a dos entrevistas seguidas sin que medie aviso efectivo por parte del paciente, será interpretada como un abandono del tratamiento y podría disponerse del horario pautado, dándose por finalizado el tratamiento.

Lugar .....

Fecha ...../...../.....

Firma del Paciente

Nº de Colegiado:

Firma del Profesional



## **Anexo E. Respuesta sexual y fases**

### Fase de deseo

En la fase de deseo sexual se distingue el impulso sexual, sensación física de estar sexualmente necesitado, urgencia sexual, el individuo siente deseos de estar con su pareja. Este impulso está mediado por hormonas tales como la testosterona, algunos neuropéptidos y feromonas. Podría considerarse una respuesta más bien de carácter instintivo.

### Fase de excitación

Durante la fase de excitación se produce una gran vasodilatación del área pelviana. En la mujer, principalmente del introito vaginal, erección del clítoris, engrosamiento y crecimiento de los labios mayores y menores. Esto se traduce en una lubricación importante de la vagina y del introito vaginal.

El clítoris aumenta de volumen, se produce una erección de los pezones. Luego se produce una expansión del tercio superior de la vagina, con elevación del útero. En algunas mujeres suele producirse un rubor sexual, enrojecimiento de la cara anterior del tronco.

En el hombre, la vasocongestión del área genital lleva a la erección del pene, se produce un endurecimiento y cambio del ángulo de presentación del pene, dada por el llene sanguíneo de los cuerpos cavernosos. El aumento de tamaño del glande, está dado por el llene sanguíneo del cuerpo esponjoso. También suele producirse una erección de los pezones y rubor sexual.

### Fase de meseta

En la fase de meseta se producen algunos cambios generales tanto en el hombre como en la mujer. Estos cambios consisten en la aparición de tono parasimpático mantenido y vasocongestión máxima. También se produce miotonía con aumento del tono muscular. Hay un aumento de la presión arterial (PA), de la frecuencia respiratoria (FR) y de la frecuencia cardíaca (FC).

En la mujer, aumenta el tamaño del útero, el clítoris se retrae bajo su capuchón, produciéndose su máximo crecimiento. Hay dilatación de los músculos vaginales, produciéndose la plataforma orgásmica y se produce cambio de color de los labios. Estos cambios son indicación de un orgasmo inminente.

En el hombre, los cuerpos esponjosos llegan a su máxima plétora sanguínea, produciendo aumento considerable de volumen y rigidez del pene. Se produce secreción de las glándulas de Cowper, responsables de la lubricación. Hay elevación y crecimiento testicular.

#### Fase de orgasmo

La fase orgásmica lleva a una serie de cambios generales en el hombre y en la mujer. El tono sexual parasimpático cambia a tono simpático. Se produce el cambio máximo de la PA, FR y FC. Comienzan las contracciones rítmicas de los músculos del piso de la pelvis. Apareciendo luego sensaciones agradables, placenteras centradas en la pelvis; pero que se irradian al resto del cuerpo. Sensación de acabamiento, con gran relajación apenas ocurrido el orgasmo.

En la mujer se producen cambios en el cuello del útero al dilatarse el orificio cervical externo (OCE) y en la dirección del eje del canal, que se desplaza hacia posterior para sumergir el OCE en el lago seminal que se localiza en el fondo del saco vaginal posterior.

Además hay contracciones rítmicas de la plataforma orgásmica: fascículos pulocoxígeos del elevador del ano, del útero y del esfínter anal externo. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y espasmo carpopedal (músculos extensores mano y pie)

En el hombre, se produce la eyaculación, contracción del conducto deferente, de la próstata y del conducto eyaculador, con expulsión de semen. Se produce la contracción de los músculos bulbocavernosos, pubeocoxígeos (piso pélvico) y del ano. También se producen contracciones espasmódicas rítmicas de los músculos esqueléticos y el espasmo carpopedal.

Para el hombre es fácil reconocer la fase orgásmica, por acompañarse de la eyaculación de semen. Sin embargo, en la mujer a veces se da la pregunta ¿cómo saber si fui orgásmica?

Se producen espasmo musculares irregulares, contracturas. Hay cambios en la expresión facial. Pueden ocurrir vocalizaciones: jadeos, gemidos, risas, llanto, maldiciones, etc. Luego de producirse un estado de relajación del ensueño sexual, el cuerpo se tensa. Puede venir un abandono de la tensión con ondas de placer localizado en la región pelviana. A veces suele ocurrir pérdida momentánea del conocimiento, con un profundo sentido de relajación, sensación de acabamiento total.

## Fase de resolución

En la fase de resolución se presentan cambios generales que afectan al hombre y a la mujer. Todos los parámetros que se habían visto cambiar como PA, FR y FC vuelven a sus valores iniciales. Puede aparecer sudoración en la superficie corporal. Al mantenerse el tono parasimpático genital, permite volver a la fase de excitación con respuesta orgásmica múltiple. Si se restablece el tono parasimpático visceral, el cuerpo se hace insensible a la estimulación erotogénica, apareciendo el período refractario. En la fase de resolución todos los cambios ocurridos en los genitales vuelven a su condición inicial. En la mujer, existe una mayor predisposición a los orgasmos múltiples (tono parasimpático genital). Algunas mujeres presentan una vuelta al tono parasimpático visceral, por lo que presentaría un período refractario.

En el hombre, se produce la detumescencia de los cuerpos cavernosos, con pérdida de la erección del pene, hay un regreso de todas las estructuras genitales a su condición inicial. La detumescencia del cuerpo esponjoso produce una disminución del volumen, especialmente el correspondiente al glande.

Existe posibilidad de múltiples orgasmos, sólo si persiste el tono parasimpático genital y la vasocongestión se mantiene. Si no se produce esta persistencia sobreviene el período refractario, el que puede ser corto en la adolescencia (minutos); pero con el transcurso de los años se va alargando, llegando a horas o días.

Si no ocurre orgasmo previo, esto lleva a una vasocongestión pélvica crónica, con una resolución pasiva.

En el hombre se traduce en un cuadro conocido como "bolas azules"; gran congestión testicular, con aumento del paquete vascular intraescrotal. Esto produce una sensación dolorosa que tarda alrededor de una hora en resolverse.

En la mujer, este mismo fenómeno es mucho más frecuente que en el hombre y recibe el nombre de "labios azules", demorándose varias horas en resolverse.

## **Anexo F. Mitos**

### MITOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA

- Los hombres tienen una potencia o capacidad sexual mayor que las mujeres.
- Las mujeres tienen menos deseo sexual que los hombres.
- Los hombres son infieles por naturaleza.
- La mujer necesita a un hombre para sentirse sexualmente satisfecha.
- El hombre es el responsable de la satisfacción sexual de la mujer.
- La satisfacción sexual de la mujer está relacionada con el tamaño del pene del hombre.
- La mujer no necesita tomar la iniciativa en las relaciones sexuales, lo único necesario es dejarse hacer, dejarse llevar.

### MITOS SOBRE EL ORGASMO

- El orgasmo en las relaciones de coito es un fenómeno casi universal en los machos y las hembras de la mayoría de las especies.
- El orgasmo en la mujer es necesario para la reproducción.
- Si la mujer no llega al orgasmo no se queda embarazada.
- En una relación sexual forzada o una violación es muy improbable que la mujer se quede embarazada.
- El orgasmo facilita la succión del semen en una relación de coito.

### MITOS SOBRE EL COITO

- El coito es la finalidad de toda relación sexual.
- Si no existe penetración no hay una relación sexual completa.
- El coito es necesario para que la mujer pueda llegar al orgasmo.

### MITOS SOBRE EL ORGASMO Y EL COITO

- Existen dos tipos diferentes de orgasmo: uno vaginal o coital y otro clitoral.
- El orgasmo no coital es menos satisfactorio que el orgasmo coital.
- Lo normal y habitual es tener orgasmos coitales.
- El tener orgasmos mediante la estimulación del clítoris es inmaduro o anormal.
- La mujer que se masturba es lesbiana.

## LA SEXUALIDAD FEMENINA (NO MITOS)

- El deseo sexual de las mujeres suele ser tan intenso como el de los hombres, pero a diferencia de éstos, suele estar más focalizado en su propia pareja.
- Las mujeres suelen asociar con más intensidad y frecuencia amor (afecto) y sexualidad.
- Las mujeres suelen requerir más tiempo y más intensidad de estimulación previa para alcanzar un nivel adecuado de excitación.
- El principal foco o centro de excitabilidad y estimulación de la mujer es el clítoris y no la vagina.
- Las mujeres suelen alcanzar el orgasmo con facilidad y rapidez a través de la estimulación del clítoris, pero no con la de la vagina.
- En la consecución del orgasmo femenino siempre interviene la estimulación del clítoris de modo directo o indirecto.
- Algunas mujeres (alrededor del 25%) pueden alcanzar el orgasmo con facilidad a través de la relación del coito (e, indirectamente, del clítoris).
- El orgasmo puede ser puntual y explosivo o difuso y prolongado. Ninguno es mejor que el otro, son simplemente diferentes.
- Ambos tipos de orgasmo pueden darse en una misma persona en ocasiones diferentes, aunque tendemos a producir más regularmente uno que otro.
- Algunas mujeres pueden tener múltiples orgasmos en algunas ocasiones o regularmente durante su actividad sexual.
- Algunas mujeres tienen una zona con una especial sensibilidad dentro de su vagina, denominada "Punto o Zona G", aunque la función y las características de la misma se han exagerado considerablemente.
- Las mujeres suelen adoptar una actitud pasiva en las relaciones sexuales de pareja, siendo esta falta de iniciativa y pasividad una de las principales causas de muchos de sus problemas sexuales. La lección que las mujeres deben aprender es la de que el placer está en ellas mismas y que de ellas depende el alcanzarlo, siendo su pareja sólo un mero colaborador en la facilitación del mismo.

## **Anexo G. Power point asertividad**

¿Qué es la asertividad?

La asertividad es un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones, emociones y/o afectos y defiende sus derechos.

Asertividad y sexualidad

Un buen desarrollo sexual junto con una vida sexual satisfactoria nos proporciona la salud sexual.

- ✓ Una muy buena comunicación y expresión sexual están implícitas en el bienestar sexual integral.

¿Qué es la asertividad sexual?

Es la capacidad de expresar lo que sentimos y pensamos con respecto a nuestra sexualidad, traducido en lo que deseamos hacer, cómo queremos hacerlo, lo que nos causa placer y nuestros límites para poder ejercer nuestra función sexual de manera sana, responsable y muy placentera y satisfactoria.

Nos proporciona...

- La verdadera educación sexual, la cual debe basarse en estos principios.
- Autoprotección ante consecuencias y génesis de disfunciones sexuales, de la prevalencia en la población en general.
- Enaltecimiento de la autoestima personal y sexual, ayudando al desarrollo del pudor sano y la intimidad.
- Exaltación del placer y la satisfacción, permitiendo el bienestar intrapersonal además del interpersonal.
- Ejercicio de la función sexual en pareja basada en Ganar – Ganar, lo que no da paso al sufrimiento y el dolor en la sexualidad.
- Autoreconocimiento y afianzamiento.
- Fomento de salud sexual, incluida en la definición de salud integral.
- Relajación y paz mentales, indispensables en el desempeño sexual.
- Búsqueda de felicidad para nosotros mismos y en pareja, lo que es una meta común para todo ser humano.

**Anexo H. Checklist**

Opina de manera clara	
Respeto la opinión del otro	
Mira a los ojos	
Se expresa de manera adecuada	
Es capaz de llegar a un acuerdo	
Mantiene su opinión	
Escucha la opinión del otro	
Es flexible en su opinión	
Muestra empatía	
Muestra seguridad	
Mirada	
Expresión facial	
Gestos	
Postura	
Tiempo de habla	
Fluidez	

## **Anexo I. Variables que influyen en el deseo y excitación**

El deseo se ve afectado negativamente por la dieta, el estrés, las enfermedades tanto crónicas como agudas, y por la depresión. La percepción del impulso tiene una enorme variación individual así como de género. El impulso sexual es habitualmente más pronunciado en el hombre.

El otro componente del deseo sexual es la motivación psicológica, estando condicionado por los sentimientos internos de afecto y de amor, así como por los estímulos externos, tales como los atributos físicos del individuo, su forma de comunicarse, los olores, el lenguaje corporal, etc.

Se produce expectación consciente de la manifestación sexual, pero en cierta medida modulada por las normas sociales y culturales imperantes. La motivación psicológica puede verse afectada por las respuestas emocionales como tabúes, fobias. También presenta una enorme variación individual y de género.

Se podría decir que la baja autoestima y el sentimiento de culpa son los dos grandes inhibidores y bloqueadores del deseo sexual, pero en ellos subyacen otras causas que conviene revisar:

Los miedos: a no dar la talla, a fallar, al ridículo y a exponerse al rechazo; a mostrar y ofertar el cuerpo; a la posibilidad de embarazo o de exponernos a enfermedades de transmisión sexual.

Las ansiedades: la principal es la de llegar al orgasmo, como si el goce se tratara sólo de ello.

La falta de tiempo y el estrés: las tensiones y las prisas son el polo opuesto de la tranquilidad y el relax, condiciones necesarias para disfrutar de un placer.

Los enfados y conflictos: inmersos en ellos nos bloqueamos y cerramos, lo contrario a lo que precisamos, puesto que el deseo requiere de una actitud abierta a relacionarnos.

Los tabúes y prejuicios: la prohibición y la suciedad con la que se ha revestido a los órganos sexuales. La particular interpretación respecto a conceptos como la honra, la integridad y la decencia alejan el placer del juego erótico.

La falta de comunicación: no hablar abiertamente de lo que nos gusta, no compartir intimidad, no hacer partícipe a la otra persona de nuestra vulnerabilidad es una manera de se inhiba o se bloquee el deseo.

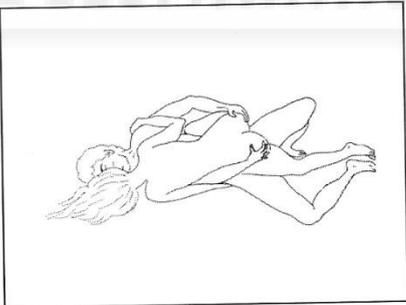
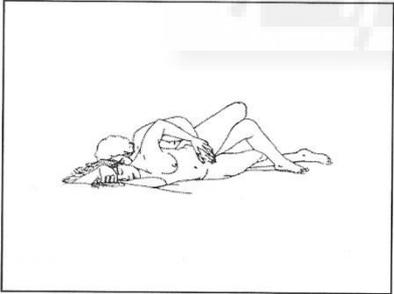
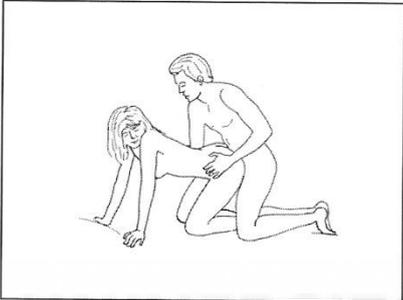
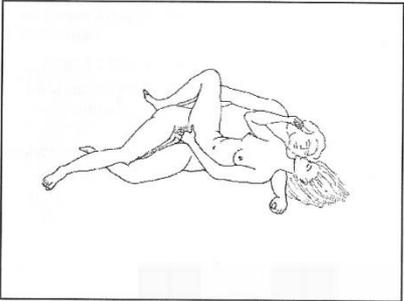
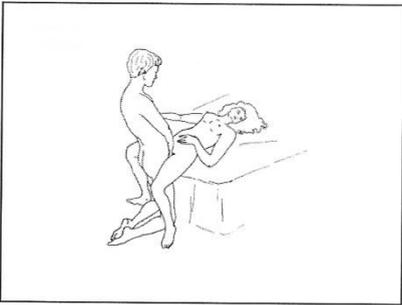
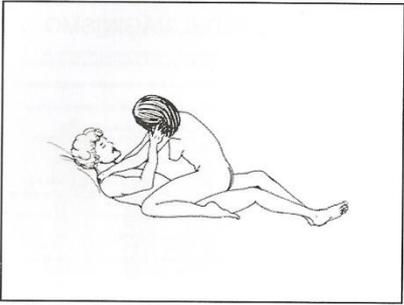
La falta de ilusión y pasión por la vida: una actitud negativa, pesimista, derrotista, apática y rutinaria, que no afronta los riesgos de un cambio, no sirve para gozar.

La ignorancia: tanto teórica como práctica del cuerpo sexuado impide la experimentación, base de todo conocimiento del placer y de mantener debidamente erotizado el cuerpo.

Algunos medicamentos: determinados ansiolíticos, antidepresivos o fármacos para tratamientos de hipertensión arterial y otros, pueden incidir, aunque no se conocen del todo sus efectos secundarios, por la falta de contrastadas experimentaciones.



**Anexo J. Posiciones puente de coito**



UNIVERSITAS  
Miguel  
Hernández

**Anexo K. Guía sobre cosas agradables**

Escriba en cada columna 10 cosas agradables que usted ha hecho para agradar a su pareja y 10 cosas que su pareja ha hecho y le han agradado.

10 cosas positivas que yo he hecho	10 cosas positivas que ha hecho mi pareja