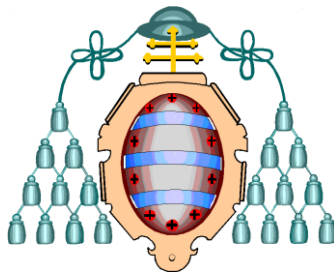


UNIVERSIDAD DE OVIEDO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



Máster Psicología General Sanitaria

Curso Académico 2023-2024

TERAPIA SEXUAL: ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

SEXUAL THERAPY: A CASE STUDY

(Estudio de Caso)

Nerea Álvarez Pérez

ÍNDICE

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	4
Objetivos.....	11
Método.....	11
Descripción del caso.....	12
Instrumentos.....	12
Procedimiento y descripción de la intervención.....	15
Discusión.....	44
Conclusiones.....	46
Referencias.....	47
Anexos.....	51

Resumen

El presente trabajo describe el proceso terapéutico llevado a cabo con una pareja que enfrenta dificultades e insatisfacción en su vida sexual. La mujer experimenta dolor genital localizado, bajo interés sexual y rechazo hacia las relaciones mientras que el hombre manifiesta preocupación y malestar por no poder solucionar estas dificultades. La terapia diseñada adopta un enfoque biopsicosocial, integrador y multidisciplinar combinando terapias de tercera generación (como mindfulness y psicología positiva), terapia cognitivo-conductual y la sexología sustantiva heredera del modelo de terapia sexual de Masters y Johnson. El caso clínico expuesto detalla el desarrollo del proceso terapéutico a lo largo de 20 sesiones e incluye las escalas utilizadas (pre y post), así como las tareas y las técnicas empleadas durante la intervención. Se resaltan las mejorías conseguidas a lo largo de la terapia a través de los cuestionarios y de las impresiones de la propia pareja. Los resultados obtenidos subrayan lo beneficioso de utilizar un modelo biopsicosocial, integrador y multidisciplinar que aborde la complejidad de la insatisfacción sexual.

Palabras clave: terapia sexual pareja, modelo biopsicosocial, dolor genital, insatisfacción sexual.

Abstract

This dissertation describes the therapeutic process conducted with a couple facing difficulties and sexual frustration, where the woman suffers from localized genital pain, low sexual desire, and aversion to intercourse, while the man feels concerned and unease as he is unable to solve these problems. The therapy designed in this case takes a multidisciplinary, integrated, bio-psycho-social approach combining third-generation therapies (such as mindfulness and positive psychology), cognitive behavioral therapy and substantive sexology derived from Masters and Johnson's model. The case study details the 20-session therapeutic process, including pre- and post-scales, tasks and techniques used, and improvements made as reflected in questionnaires and as referred to by the couple. The obtained results stress the benefits of addressing the complexity of sexual frustration from a multidisciplinary, integrated, bio-psycho-social perspective.

Keywords: couples sex therapy, bio-psycho-social model, genital pain, sexual frustration.

Introducción

La sexualidad es una parte fundamental de la experiencia vital de las personas. Las dificultades relacionadas con ella están presentes en la práctica clínica y por tanto las y los profesionales de la psicología debemos ocuparnos de su estudio y adecuado tratamiento. Como señala Molero (2014), la sexualidad nos acompaña toda la vida, evolucionando y desarrollándose en estrecha relación con la persona, con su conocimiento del cuerpo y su aceptación. Esta compleja interacción de factores biológicos, culturales, socioecómicos y biográficos contribuye a moldear la propia experiencia sexual de cada individuo. Por ello el abordaje de las dificultades relacionadas con la sexualidad requiere un enfoque integral y biopsicosocial.

La sexualidad no se concibe como un aspecto estático, sino como un continuo que se extiende a lo largo de nuestra vida. Esta perspectiva dinámica permite comprender que la sexualidad puede ser cultivada y enriquecida, pero también puede generar sufrimiento a aquellas personas que no logran experimentarla de manera positiva y satisfactoria.

Los datos sobre la prevalencia de las disfunciones son elevados. Los autores Portillo, Pérez y Royuela (2017) señalan que la National Health and Social Life Survey asegura que el trastorno es más frecuente en mujeres (43%) que en hombres (31%). El trastorno de deseo es el más común (64%), seguido del de orgasmo (35%), el de excitación (31%) y, por último, el dolor sexual con un 26%. Multitud de mujeres se ven afectadas por más de un tipo de disfunción sexual a la vez.

En una revisión de Bandury (2021) se citan varios estudios realizados en Reino Unido y Estados Unidos. Las estimaciones de dificultades sexuales oscilan entre el 22% y el 41% de los hombres, y 33-51% en mujeres (Mercer et al., 2013). Resultados similares también han sido identificados por Mitchell et al. (2016) donde el 38,2% de los hombres y el 22,8% de las mujeres reportan una disfunción sexual en Estados Unidos según el DSM-5 (APA, 2013).

Brotto (2022) afirma que “un 40% de las mujeres van a experimentar a lo largo de su vida bajo deseo sexual, reducción de su placer durante las relaciones, dificultades para tener orgasmos o dolor durante las relaciones”(p.1). Esta alta prevalencia resalta la necesidad de abordar las dificultades relacionadas con la sexualidad en la práctica

clínica, y este abordaje debiera ser riguroso y basado en las evidencias actuales para ofrecer los tratamientos más adecuados a su sintomatología.

Muchos cambios se han producido en las últimas décadas en la vivencia y expresión de la sexualidad de las personas, especialmente en las mujeres. Estos cambios se reflejan en organismos internacionales como la OMS, que ya en 2002, define la salud sexual como:

Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos.(p.6)

Los psicólogos y sexólogos referentes en España, Pérez y Landarroitajauregi (2014), plantean que el mayor desafío del siglo XXI para las democracias occidentales radica en establecer un nuevo orden sexual que fomente la convivencia y cooperación entre los géneros. Para lograrlo, es necesario promover conocimientos, valores, habilidades y recursos que permitan a hombres y mujeres convivir respetuosamente, reconociendo y valorando la riqueza de la diversidad, multiplicidad e intersexualidad de las distintas formas de ser hombre y mujer.

La intervención en este caso clínico parte de ese enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones, centrándose en la pareja como entidad clínica, donde se dan todas esas interacciones de su amatoria o ars amandi (Amezúa, 2000). Ya no se trata de realizar intervenciones reduccionistas centradas únicamente en mejorar las funciones sexuales básicas, sino de una práctica clínica que tenga en cuenta la biografía de los sujetos y que busque aumentar su bienestar psicológico y subjetivo, así como promover relaciones sexuales satisfactorias y positivas. Como señalan Carrobles et al. (2011), la satisfacción sexual y la valoración positiva del propio cuerpo son fundamentales para el bienestar psicológico y subjetivo de las personas. La satisfacción sexual es un componente central en la experiencia sexual de la mujer, y será

fundamental tenerla en cuenta a la hora de abordar las disfunciones sexuales, pero aún falta investigación en este ámbito.

No existe una definición en común validada sobre satisfacción sexual, si bien, una de las más aceptadas es la de Byers y Lawrance (1995) entendida como “una respuesta afectiva que emerge de una evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la propia actividad sexual”. En los últimos años el interés en su estudio ha ido creciendo, apareciendo escalas más actuales para su evaluación como la Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS; Stulhofer et al., 2010) compuesta por varios ítems que exploran diferentes aspectos de la satisfacción sexual, lo que permite una evaluación multidimensional de la misma.

Durante siglos el comportamiento sexual humano ha sido objeto de estudio por numerosos investigadores desde diversas perspectivas. En un recorrido resumido por los estudiosos de la sexualidad humana, destacan figuras como Magnus Hirschfeld, quien desarrolló la teoría de la intersexualidad y fundó el Comité Científico Humanitario (1897) para defender los derechos de los homosexuales, y Havelock Ellis, considerado el padre de la sexología sustantiva. Ellis realizó una investigación cualitativa pionera publicada en siete volúmenes como "Studies in the Psychology of Sex" (1879-1928), donde recopiló y estudió las historias de vida sobre experiencias eróticas en la infancia y juventud que hombres y mujeres le enviaron. Además, afirmó de manera pionera que el sexo se encuentra en la raíz de la vida y su interés principal era identificar los hechos subyacentes. Es decir, centró el sexo en la experiencia del individuo, buscando comprender los fenómenos que ocurren. Sus ideas e investigaciones sobre la sexualidad fueron publicadas en su amplia obra y ayudaron a fomentar un debate abierto sobre los problemas sexuales, la educación y los derechos de las mujeres. Afirmó que "en el campo de la sexualidad hay más terrenos cultivables que parcelas curables" (Ellis, 1879-1928), una idea que encaja con los principios de la sexología basada en la evidencia actual que pretende hacer una intervención desde la biografía del sujeto y no centrarse solamente en mejorar funciones sexuales básicas (Granero, 2014).

Contribuciones imprescindibles y metódicas para el estudio de la sexualidad humana fueron las del equipo de Kinsey, quienes encuestaron a más de 24.000 personas y publicaron sus investigaciones descriptivas, estadísticas y detalladas sobre sexualidad

incluyendo prácticas, frecuencia, orientación sexual y otras cuestiones relevantes para el campo de la sexología.

No se puede hablar del estudio de la sexualidad humana sin detenerse en los investigadores Masters y Johnson. Según Amezúa (1999), son considerados los padres de la sex therapy y defensores incansables de la necesidad de una educación sexual sistemática y seria. Su enfoque terapéutico se centra en la relación como objeto de trabajo, abordando aspectos fundamentales como la etiología, diagnóstico y tratamiento de las dificultades sexuales de parejas que buscan ayuda. Entre sus aportaciones más conocidas, el trabajo centrado en las sensaciones (la focalización sensorial), la prohibición de aquello que no se demanda (actitudes y actos) y la identificación de deseos (mesa redonda). Como señalan Díez y Lejárraga (2014), el enfoque de la sex therapy de Masters y Johnson se describe como un proceso pedagógico centrado en abordar las dificultades comunes en los encuentros eróticos. Su objetivo es que la pareja encuentre una forma personalizada de estar juntos, basada en sus deseos mutuos y en el placer compartido, promoviendo la complicidad, intimidad y compatibilidad entre ellos.

Rosemary Basson (Basson, 2000; Basson et al., 2005) revisó los modelos propuestos y desarrolló una nueva conceptualización de la respuesta sexual femenina. Basson aportó el concepto de respuesta sexual circular, donde el deseo de la mujer no es comúnmente al comienzo de la respuesta sexual, como sucede en el varón, sino que la respuesta sexual femenina comienza con un período de intimidad con su pareja y luego de la excitación, le sigue recién la fase del deseo sexual. “Los trabajos e investigaciones de Basson han sido de suma importancia para la sexología femenina actual. Puso en teoría lo que los sexólogos clínicos ya veíamos en los consultorios” (Granero, 2014, p.183). En la actualidad sigue investigando y publicando junto con Brotto y otros investigadores tratamientos actuales específicos para las disfunciones sexuales.

Efigenio Amezúa, pionero en el campo de la sexología en España, fundó en el año 1975 el Incisex (Instituto de Ciencias Sexológicas), y su marco teórico sexológico se desarrolló como Teoría de los Sexos (Amezúa, 1999). El núcleo de interés desde la Teoría de los Sexos es la construcción de la identidad sexuada, como mujeres y como hombres, donde “lo sexual” se entiende como fruto de la relación y del encuentro entre los sexos. De este modo “lo sexual” no queda reducido meramente a su carácter genital

focalizado en lo placentero o reproductivo. Desde este planteamiento nos interesa saber cómo se va realizando el proceso de individuación y de diferenciación; atendiendo tanto a “cómo se hacen”, como a “qué hacen” los sujetos. La Teoría de los Sexos nos aporta una epistemología que nos permite entender, estudiar y comprender tanto a la persona como a su mundo relacional, y, por ende, dentro de este mundo, a la pareja (Amezúa, 1999; Lanas, 1996). El sexo, según Amezúa, es una raíz, una episteme que abarca todos los aspectos del hecho sexual humano y nos capacita para navegar por su complejo mapa: sexuación, sexualidad, erótica, amatoria, pareja y procreación, sin poder ser reducido únicamente a uno de ellos, pues se perdería la interrelación que tienen (Mañas, 2015). Como resumen, desde la Teoría de los Sexos, lo que cobra interés e importancia es la relación y el encuentro de los sujetos sexuados, que se atraen, se desean, se entienden, conviven y comparten un proyecto de vida. El “problema sexual” se redefine como un problema entre los sexos, y por tanto, algo relacional, situando la demanda sexual más como dificultad que como problema, más en el campo de las posibilidades que en el de la patología, sin negar por ello que la patología exista y dándole un espacio cuando sea necesario con una atención especializada (Herranz y Meler, 2015).

La sexología clínica y educativa basada en la evidencia, es una ciencia incómoda y un campo relativamente nuevo. Por eso son tan necesarios trabajos científicos que aporten a las y los sexólogos clínicos y educativos las mejores herramientas y técnicas para el desempeño de su profesión (Granero, 2014).

La APA (American Psychiatric Association) publica en 2013, el DSM-5, un trabajo elaborado durante 12 años. En el equipo se encontraban profesionales destacados como Irving Binik y Lori Brotto, quienes aportaron diversos argumentos basados en evidencias empíricas para sus propuestas sobre los cambios, inclusiones, mejoras y modificaciones en cada una de las categorías y criterios diagnósticos. El DSM-5 presenta importantes innovaciones, incluyendo la diferenciación de la respuesta sexual femenina y masculina, la precisión en los términos relativos a la frecuencia y duración de los trastornos, la evitación de la patologización e inclusión de conductas que forman parte de un rango de normalidad, así como la consideración del malestar de la persona como un aspecto relevante. Por primera vez no existen disfunciones sexuales compartidas entre hombres y mujeres (Nieves y Sierra, 2015).

El caso clínico que se aborda en este trabajo, describe la situación de una pareja con dificultades e insatisfacción en su vida sexual. La mujer tiene dolor genital localizado, bajo interés sexual y rechazo de las relaciones mientras que el hombre siente gran frustración por ser incapaz de mejorar la situación y preocupación por su pareja. La pareja no es capaz de resolver sus dificultades y deciden buscar ayuda profesional. Para diseñar el mejor tratamiento posible para el caso clínico, se hizo una revisión de bases de datos (PubMed y Google Scholar) y literatura sobre disfunciones sexuales femeninas y terapia sexual para parejas. Se ha encontrado un número reducido de publicaciones actuales sobre tratamientos psicológicos/sexológicos con base empírica y validados sobre satisfacción sexual y/o disfunciones sexuales femeninas. La mayor parte de la documentación revisada nos lleva a América, Reino Unido y Norte de Europa. Sin embargo, como Granero (2014) señala, “Que no se haya comprobado empíricamente, no significa que no existan tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Tampoco se ha comprobado científicamente que estos sean ineficaces” (p.190). Labrador y Crespo (2001) indican que, en términos generales, la eficacia de los tratamientos psicológicos, en especial las denominadas terapias sexuales, es bastante aceptable aunque los tratamientos pueden resultar reduccionistas. “Existe una gran diferencia entre los esfuerzos dedicados al desarrollo de tratamientos eficaces para las distintas disfunciones. Se han dedicado muchos más esfuerzos a intentar superar las disfunciones masculinas que las femeninas” (Labrador y Crespo, 2001, p.437). En una revisión reciente sobre los efectos de la intervención psicológica en la función sexual de la mujer (Kharaghani et al., 2020) concluían que las terapias psicológicas fueron significativamente beneficiosas para las mujeres de todos los subgrupos y en todos los dominios de la función sexual, incluyendo la satisfacción.

El estudio del dolor genital, como señalan Dewitte et al., (2017), presenta desafíos significativos por el hecho de ser, el dolor, heterogéneo, y existir en la intersección de diferentes disciplinas biopsicosociales. Existe una llamada a integrar variables psicosociales en la comprensión del dolor genital, ya que las investigaciones actuales carecen de especificidad y producen evidencia contradictoria. El paso del estudio del dolor como un fenómeno estrictamente biológico a la integración de variables psicológicas en modelos sobre el dolor genital se ha asociado con un cambio paralelo en la investigación, desde el estudio únicamente de la función sexual (el

enfoque biomédico) al estudio de la experiencia y la satisfacción sexual (el enfoque psicológico). En su estudio evidencian que el modelo biopsicosocial tiene mayor valor heurístico para evaluar, comprender y tratar el dolor genital. Arrojan datos esperanzadores para el campo de las disfunciones sexuales femeninas asegurando que en la última década la investigación sobre aspectos psicosexuales del dolor genital ha aumentado de manera exponencial, “la investigación sobre los aspectos psicosexuales del dolor genital se ha acelerado, revelando importantes conocimientos sobre sus consecuencias sexuales y emocionales. Estas consecuencias crean angustia, lo que convierte el dolor en una experiencia incapacitante y tiende a hacer que las mujeres busquen ayuda”(p.12). Se menciona la etiología multifactorial de dolor genital y se recomiendan tratamientos multimodales integrados, en la misma línea del artículo de Broto et al. (2018).

Numerosas investigaciones avalan los efectos positivos de las intervenciones cognitivo-conductuales en las disfunciones sexuales, entre sus objetivos está mejorar la función sexual, reducir el dolor y el malestar psicológico (Meana y Benik, 1994).

Un referente en el estudio de las disfunciones sexuales en mujeres, Lori Brotto, publicaba junto a Velten et al. (2018) sus estudios sobre los efectos beneficiosos de un tratamiento combinado de intervención (MBCT) para mujeres con dolor genital y/o bajo deseo sexual, que incluía un programa de 8 sesiones de mindfulness, educación sexual y trabajo cognitivo. En su estudio afirmaban que las intervenciones basadas en la atención plena son eficaces para mejorar los síntomas de disfunción sexual en las mujeres, si bien los mecanismos por los cuales la atención plena mejora la función sexual son menos claros. Las intervenciones basadas en la atención plena que alientan a las mujeres a centrarse en las sensaciones de excitación física en el aquí y ahora pueden asociarse con una mejor función sexual de las mujeres al mejorar los sentimientos de excitación sexual durante la actividad sexual y al aumentar la concordancia entre la excitación sexual subjetiva y genital.

La revisión de investigaciones actuales y literatura sobre tratamientos para las dificultades sexuales, proporcionan la base para diseñar el tratamiento más adecuado para el caso que se va a describir a continuación.

Objetivos del Trabajo

Objetivo general:

Analizar el proceso de intervención terapéutica con una pareja que enfrenta dificultades e insatisfacción en su vida sexual. La mujer experimenta malestar hacia su sexualidad, presenta dolor en la penetración, pérdida de interés sexual y rechazo hacia los encuentros eróticos. El hombre manifiesta preocupación por no poder resolver estas dificultades.

Objetivos específicos:

- Describir detalladamente las técnicas utilizadas durante el proceso terapéutico.
- Evaluar la eficacia del modelo de intervención empleado en el caso expuesto.

Método

La paciente acude sola al centro Gabinete Colibrí que dirige Nacho Arteaga y donde desempeña su trabajo la psicóloga que realiza este estudio. Esta psicóloga cuenta con formación y experiencia en Asesoramiento y Educación Sexual y se encuentra finalizando el MPGS en la facultad de Psicología de Oviedo. La terapeuta es supervisada por el director del centro, la tutora del TFM y una psicóloga exprofesora de la terapeuta especializada en Terapia de Pareja, Asesoramiento, Educación Sexual y Terapia humanista con la que realiza revisiones mensuales de casos.

La paciente solicita ayuda psicológica por dos motivos: ansiedad social y dificultades en las relaciones sexuales con su pareja.

Se comienza el trabajo psicológico para la ansiedad social con el psicólogo del centro y se decide comenzar la terapia sexual más adelante cuando la paciente se sienta preparada para iniciar dicha intervención, ya que muestra gran malestar en el momento de contactar con el gabinete.

Tras la primera sesión en terapia sexual se valora que la paciente es una buena candidata para el estudio de caso clínico del TFM y en la segunda sesión se le explica el procedimiento del estudio que se va a realizar (con fines únicamente académicos y científicos, salvaguardando en todo momento su identidad), y se le facilita el

consentimiento informado para que lo lea en casa y pueda plantear dudas o cualquier aclaración. En la siguiente sesión confirma su consentimiento y envía el documento firmado (Anexo 1). Se le plantea que cuando su pareja se incorpore a la terapia se le informará del estudio y se le facilitará el consentimiento.

Descripción del Caso

La pareja está formada por una mujer de 25 años, el nombre escogido para referirse a ella a lo largo del estudio será Marta y por un hombre de 26 años, el nombre escogido para referirse a él será Mario. Llevan juntos 4 años y ambos viven en la misma ciudad con sus respectivas familias. Marta y Mario trabajan y estudian, están ahorrando para irse a vivir juntos.

Marta acude sola al centro para iniciar un doble proceso donde se abordará la ansiedad social y la sexualidad. En el momento en el que comienza la terapia Marta refiere no poder realizar penetración vaginal y manifiesta un gran malestar emocional hacia su relación con el sexo. Se decide comenzar la evaluación individual con Marta (ya que así lo demanda y se considera adecuado) para luego continuar las sesiones con la pareja.

Instrumentos

En el caso de estudio clínico se han utilizado las siguientes escalas:

1) Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS; Stulhofer et al., 2010 adaptada y traducida al español por Pérez, 2013). Este instrumento fue diseñado para medir la satisfacción sexual en adultos. Se compone de varios ítems que exploran diferentes aspectos de la satisfacción sexual, lo que permite una evaluación multidimensional de la misma. La primera dimensión analiza las sensaciones sexuales y la presencia o ausencia de información sobre el placer sexual. La segunda dimensión hace hincapié en la reciprocidad en los encuentros sexuales y en la relación emocional o cercanía emocional. La última dimensión examina la propia actividad sexual, incluyendo la frecuencia, duración e intensidad.

La fiabilidad de la escala en el estudio original de Stulhofer et al. (2010) fue de $\alpha=0,90-0,93$ en su versión en inglés y croata, respectivamente. La fiabilidad test-retest demostró ser satisfactoria, con coeficientes que oscilaron entre 0,72 y 0,84. En cuanto a la validez

convergente, las asociaciones entre una medida global de satisfacción y las puntuaciones de la escala fueron significativas en ambas muestras ($r=0,44-0,67$), aunque fueron más bajas en la muestra estadounidense.

En los estudios llevados a cabo en España con la escala traducida, tanto en su versión corta NSSS-S (Strizzi et al., 2016) como en la NSSS (Treviño, 2013), se obtuvo una muy buena consistencia interna de los diferentes ítems ($\alpha=0,92$ y $\alpha=0,93$ respectivamente), lo que refuerza la validez de constructo del instrumento en su versión en español.

2) Cuestionario de la función sexual de la mujer (FSM; Sánchez et al, 2004). Es un instrumento auto administrado diseñado para facilitar el diagnóstico de las disfunciones sexuales más comunes en mujeres. Su diseño aborda dos aspectos principales. Por un lado, evalúa las fases de la respuesta sexual según los criterios de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), así como aspectos relacionales con la pareja, como la iniciativa o el nivel de comunicación sexual. Por otro lado, recolecta datos descriptivos que ayudan a mejorar el diagnóstico y evitar distorsiones.

La fiabilidad del cuestionario ha sido evaluada de diversas formas. Entre preguntas individuales, se ha observado un coeficiente kappa entre 0,597 y 0,743, con una χ^2 no significativa. La fiabilidad entre las sumas totales, evaluada mediante la prueba de Wilcoxon, no mostró significancia ($z = -0,312$; $p = 0,755$) con un intervalo de confianza del 95%. El Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI) fue de $r = 0,9587$ (intervalo de confianza del 95%: 0,9460-0,9685), con una correlación significativa al 99%. La consistencia interna del cuestionario, medida mediante el coeficiente alfa de Cronbach, fue de 0,8954 en el test inicial y de 0,8973 en el retest. La correlación entre observadores también mostró alta fiabilidad, con un CCI de $r = 0,9498$ (intervalo de confianza del 95%: 0,9386-0,9611), significativo al 99%. El análisis factorial reveló agrupaciones de ítems, lo que contribuye a la estabilidad y validez del cuestionario.

En resumen, el FSM es considerado un instrumento estable, válido y fiable. Además de evaluar las fases de la respuesta sexual, la iniciativa y el nivel de comunicación sexual, proporciona datos descriptivos sobre el desempeño sexual, siendo útil en la exploración y diagnóstico de disfunciones sexuales en mujeres.

3) Cuestionario de creencias sexuales disfuncionales (QCSD; Nobre et al., 2003; traducido al español por Salazar y Caballo, 2005). Es un instrumento diseñado para evaluar las creencias que pueden estar estrechamente vinculadas al desarrollo de disfunciones sexuales. Basado en una perspectiva de teoría cognitiva, postula la hipótesis de que nuestras creencias y expectativas sobre la sexualidad influyen en nuestro comportamiento sexual y pueden contribuir a la aparición de dificultades, las cuales a su vez pueden afectar nuestra satisfacción sexual. El cuestionario consta de dos versiones, una dirigida a hombres y otra a mujeres, cada una compuesta por 40 ítems y calificada en una escala Likert de cinco puntos. Ambas versiones han demostrado una fiabilidad satisfactoria en términos de test-retest ($r = 0,73$ para la versión masculina y $r = 0,80$ para la versión femenina) y consistencia interna (alfa de Cronbach = $0,93$ para la versión masculina y $0,81$ para la versión femenina). Los estudios de validez convergente han mostrado una relación significativa entre el QCSD y otras medidas de creencias sexuales, así como con evaluaciones del funcionamiento sexual. Además, los estudios de validez discriminante respaldan su capacidad para distinguir entre individuos con un funcionamiento sexual normal y aquellos que presentan disfunciones sexuales. Se espera que el QCSD sea una herramienta útil tanto en la práctica clínica como en programas educativos, al proporcionar un indicador de la vulnerabilidad a la disfunción sexual.

4) Cuestionario de la activación de esquemas cognitivos en contexto sexual (QAECCS; Nobre y Pinto-Gouveia, 2003; traducido al español por Salazar y Caballo, 2005) y cuestionario de estilos sexuales (QMS; Nobre y Pinto-Gouveia, 2003; traducido al español por Salazar y Caballo, 2005). El QAECCS cuenta con un Alfa de Cronbach de $.94$ y fidelidad test-retest $r = .66$. Es una escala que evalúa las ideas que tenemos acerca de nosotros mismos. Y el QMS cuenta con un Alfa de Cronbach de $.80$ y fidelidad test-retest $r = .8$. Es una escala que evalúa los principales pensamientos y sentimientos presentados durante la actividad sexual.

Procedimiento y descripción de la intervención

El proceso terapéutico consta de un total de 20 sesiones: 15 sesiones con Marta, 4 con Mario y una en pareja. Las sesiones tienen una duración de una hora

aproximadamente y se han espaciado desde sesiones semanales hasta mensuales, adaptándose al progreso y necesidades de la pareja.

Descripción de las sesiones

Sesión 1 y 2 con Marta. Evaluación y valoración.

Al comienzo de la sesión se le explica a Marta el esquema a seguir durante las primeras sesiones. Se llevará a cabo la evaluación y valoración que servirán para diseñar una intervención específica para su situación.

Se puso cuidado en crear un buen clima en las sesiones para favorecer el establecimiento de la alianza terapéutica. A Marta le cuesta abrirse y hablar sobre su sexualidad. Mantiene la mirada hacia el suelo la mayor parte del tiempo y llora mucho durante la primera sesión, por lo que se acuerda ir despacio. Al final de la sesión refiere sentirse a gusto y aunque es doloroso para ella quiere “ocuparse de esta parte de su vida”. Se valora el esfuerzo que conlleva enfrentarse a este proceso tan doloroso lo que la hace sentirse reconfortada.

Se le explica el marco de la terapia sexual que se llevará a cabo y la importancia de contar durante el proceso con su pareja. Marta prefiere no tener sesiones en pareja durante un tiempo, manifiesta no sentirse cómoda de momento. Ella expresa que el problema es suyo no de la relación. Esto es algo habitual en la clínica, que la persona vea sus dificultades como un problema individual, lo cual aumenta la culpa y el malestar general de la persona. Este es el caso de Marta, sufre por “no poder tener una vida sexual normal como la de mis amigas”. Desde el modelo de terapia sexual a seguir se pone el foco en la relación como entidad clínica desde la que mejorar las dificultades, involucrando a ambos miembros en los objetivos que se quieren conseguir y en las tareas para casa. También se trabajarán de manera individual todos los aspectos que sean necesarios.

Información relevante recabada a lo largo de las sesiones 1 y 2 mediante entrevista clínica y escalas:

Comportamiento sexual:

- Individual: inexistente. Nunca ha sentido ganas de tocarse, ni curiosidad. Hasta que estuvo con su actual pareja no había tenido ningún orgasmo ni placer sexual. Refiere:

“Cuando pensaba en probar a masturbarme me decía a mí misma, para qué, que pereza tocarme ahí”.

- En pareja: Besos, caricias, abrazos, masturbación mutua, penetración durante 4 años con dolor moderado (2/3 veces al mes de media), desde hace 6 meses con mucho dolor y han dejado de practicarla.

- Dolor: desde siempre ha sentido cierta molestia durante la penetración vaginal. También ganas de orinar y escozor sobre todo en la entrada vaginal. En la actualidad el dolor ha empeorado y manifiesta angustia al pensar en la penetración. No suele utilizar tampones. Tiene reglas irregulares, ovarios poliquísticos y alterna períodos con píldora hormonal anticonceptiva. En una escala del dolor de 0 a 10, actualmente refiere 8.

Respuesta emocional de Marta ante diferentes conductas sexuales:

- Penetración: Actualmente rechazo y angustia.

- Masturbación a su pareja manual: A veces rechazo porque cree que su pareja puede querer intentar la penetración. Otras veces se siente bien por complacer a su pareja y compartir momentos íntimos juntos.

- Masturbación de su pareja hacia ella: A veces rechazo, porque no quiere que luego él intente la penetración, o simplemente no siente ganas de que la toque de esa manera, prefiere otras caricias. Algunas veces satisfacción porque se siente receptiva y tiene placer y orgasmos. Ella no le da gran importancia a sus orgasmos, no le parece algo tan placentero.

- Masturbación bucogenital: no le gusta ni hacerla ni que se la hagan. A veces lo hacen pero a ella le resulta desagradable y le produce asco actualmente.

- Caricias: le encanta que su pareja le acaricie la piel, el pelo, todo el cuerpo menos los pechos. Los dos disfrutan con abrazos y caricias.

- Besos: le encantan, se besan mucho. Los besos largos con lengua le gustan mucho, aunque a veces siente que eso puede llevar a que él empiece a buscar un contacto más genital.

- Dormir juntos: duermen juntos todos los fines de semana, lo cual es importante para ella. Desean vivir juntos.

- Estar desnudos: le da vergüenza que Mario la vea desnuda, siempre se está tapando. En la ducha se siente más cómoda porque el agua le agrada y cuando se duchan juntos se acarician y le resulta placentero. El problema viene cuando nota que él tiene una erección y adelanta que quiere algo más que solo caricias.

Problemas orgánicos

Se deriva a Marta a ginecóloga y fisioterapeuta especializada en fisiosexología.

Evaluación ansiedad o aversiones hacia alguna parte de su cuerpo:

- Hacia su vulva y sus pechos sobre todo, también disgusto hacia sus caderas y sus muslos. Le gusta su cara, su pelo, sus manos y sus pies.

Existencia de otras psicopatologías:

Ansiedad social.

Actualmente ansiedad anticipatoria como síntoma secundario a su situación.

Desarrollo psicosexual de Marta

Bullying durante su etapa escolar, comentarios constantes sobre su cuerpo. Ella dice “era una niña gordita y se metían conmigo, cuando teníamos clase de gimnasia era horrible, me encerraba en el baño para cambiarme de ropa”.

No le gustan algunas partes de su cuerpo (pechos, caderas y muslos). Es una mujer que valora mucho el romance, las citas, los besos y las caricias. Recuerda de forma nítida una vez que escuchó a sus padres tener relaciones y no sabía lo que estaba pasando pero su madre hacía ruidos raros. Cuando preguntó al día siguiente y su madre le contó lo que ocurría, sintió asco, tenía 11 años. Refiere haber sentido desde la adolescencia que ella tenía una relación con el sexo y la sexualidad diferente a la de sus amigas. No se desarrolló una asociación positiva hacia su cuerpo ni hubo interés de experimentar. Siente que podría vivir sin sexo, si bien cuando está a gusto tiene placer, orgasmos y una sensación de paz y amor profundo tras el encuentro. Sus fantasías tienen que ver con el romance, los besos largos y las caricias con abrazos, nunca tiene fantasías con contenido genital o donde haya excitación explícita. Su primer encuentro erótico no fue agradable ni satisfactorio, lo relata como un mero trámite por el que había que pasar con su primer novio a los 17 años. Hasta los 20 años que conoció a Mario no tuvo placer ni orgasmos.

En el plano profesional tiene trabajo estable. Quiere cambiar de trabajo porque tiene un horario muy exigente y se siente cansada. Está estudiando en la actualidad un máster. En su vida social tiene grupo de amistades en el que se siente segura y aceptada. La relación con sus padres no es fácil ya que tienen problemas entre ellos y meten a sus dos hijas en medio (la madre juega el papel de víctima constantemente para conseguir la atención de sus hijas y se queja constantemente de su vida mientras que su padre se mantiene al margen y vive en su mundo). Su madre siempre ha juzgado su cuerpo y la ha animado a hacer dietas para estar más delgada y atractiva. Tiene una relación cercana con su hermana y nunca le ha pedido ayuda o consejo sobre esta área de su vida porque lo evita totalmente.

Análisis y satisfacción de la relación de pareja:

- Satisfacción general hacia su relación de pareja.
- Emociones/sentimientos: siente conexión y enamoramiento hacia su pareja. Se siente segura con él, siente que puede contar con él. Le tiene en gran estima y habla de él de manera muy positiva.
- Se observa falta de comunicación y asertividad sexual. Ella no siempre es capaz de expresar las cosas que no le apetece hacer. Hace determinadas prácticas porque cree que es su deber y porque él insiste. Tiene miedo al abandono.

Creencias, mitos y prejuicios

Se detectan algunas creencias disfuncionales. Se le administra el cuestionario de creencias disfuncionales de Nobre et al. (2003). Los resultados se muestran en el apartado “Información obtenida en las escalas”.

Evaluar algún otro tipo de problema psicológico:

- Bullying: Marta relata haber experimentado bullying en el centro escolar en el que estudió. Refiere “estaba gordita y se metían con mi cuerpo, se reían de mi”. Mi madre también hacía comentarios sobre mi barriga y me ponía a dieta. Su madre critica constantemente su cuerpo, ropa... El psicólogo está abordando estas cuestiones en sus sesiones. En la terapia se trabajará de manera transversal junto a la autoestima, la educación sexual y la asertividad.
- Hipótesis de posibles abusos sexuales: se descarta tras valoración del psicólogo.

Motivos de acudir a la terapia

Marta hace referencia a su pareja. Su pareja le plantea hace años la opción de buscar ayuda profesional. Ella se muestra de acuerdo en que la situación no mejora pero dar el paso para buscar ayuda fue una decisión difícil que evitaba. Refiere que su situación no es normal. Su objetivo es “poder tener una relación sexual sin dolor y sin sentirme mal, lo normal vaya”.

Biografía de su amatoria

Sus primeras relaciones sexuales no fueron satisfactorias lo que no favoreció una asociación positiva hacia el sexo compartido. Su familia es conservadora y no hubo conversaciones sobre sexualidad, tampoco en su educación obligatoria más allá de los métodos anticonceptivos. Esto, unido a su negativa relación con su cuerpo no le ayudó a desarrollar una relación íntima y positiva con su placer. Las primeras relaciones sexuales con Mario fueron con dolor. Luego encontraron la manera de tener también encuentros en los que ella tenía placer con masturbación, pero la penetración nunca ha sido algo placentero para ella. Al principio solo le molestaba y escocía la penetración, pero tampoco sentía placer durante la misma y luego empezó a empeorar, sintiendo mucha ansiedad anticipatoria, con la consecuente bajada de interés hacia el sexo en general y en los últimos meses un gran rechazo.

Resultados línea base (pre) de los cuestionarios:

1) Cuestionario FSM

Línea base (pre): La paciente refiere dolor en la penetración, falta de interés hacia la actividad sexual, dificultades para comunicar a su pareja lo que quiere, no tiene sensaciones de excitación sexual ni pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual, siente ansiedad anticipatoria de los encuentros sexuales y no se siente nada satisfecha sobre su vida sexual.

2) Escala de Satisfacción Sexual (NSSS)

Resultados línea base (pre): En la escala de satisfacción sexual: 3 ítems indica nada satisfecha, 11 ítems indica poco satisfecha y 6 ítems indica satisfecha. Sobre las sensaciones sexuales, hay satisfacción sobre sus orgasmos y los de su pareja. Sin

embargo ella no lo valora como importante porque se siente mal acerca de su falta de deseo, excitación y el rechazo hacia las relaciones. Algunas veces se encuentra relajada y a través de las caricias tiene excitación y placer. En otras ocasiones no es así. Para ella la afectividad no sexual es más reconfortante. En el área conciencia sexual hay poca satisfacción. El apego emocional de Marta hacia Mario durante los encuentros eróticos está bajo pero sí siente que él se abre emocionalmente y está receptivo para hablar y comunicarse, según ella “demasiado”, ya que prefiere evitar el tema.

3) Cuestionario QCSD

Se identifican los siguientes ítems sobre los que incidir en las sesiones:

- El sexo es algo sucio y pecaminoso
- Si la mujer se deja ir sexualmente queda totalmente en las manos del compañero.
- Con la edad, la mujer pierde el placer por el sexo
- En el sexo todo está permitido siempre y cuando la pareja esté de acuerdo
- El sexo es una actividad pura y bonita
- El hombre es quien debe iniciar cualquier actividad sexual

4) Cuestionario de esquemas cognitivos:

Marta escoge la siguiente situación experimentada en el último año de entre las presentadas, con una frecuencia de 3 sobre 5 y la emoción que sintió mientras se imaginó la situación fue preocupación:

Estoy sola con mi compañero; él parece tener ganas de mantener relaciones sexuales, e intenta tocarme y acariciarme, pero yo siento aversión, no siento deseos de iniciar ninguna actividad sexual e intento alejarme, pero él insiste. Empiezo a sentirme desesperada y acabo por decirle claramente que no quiero. Él se queda frustrado y me echa toda la culpa.

Resultados línea base (pre): se siente incapaz, vulnerable, inadecuada, no es suficientemente buena, poco atractiva, incompetente e ineficaz.

5) Cuestionario de estilos sexuales (QMS):

El cuadro siguiente contiene un conjunto de pensamientos que pueden surgir durante su actividad sexual. En la primera columna se pide que indique la frecuencia con que estos pensamientos le asaltan mientras mantiene relaciones sexuales. En la segunda columna se pide que indique el tipo de sentimiento que surge con mayor frecuencia siempre que presenta el pensamiento anteriormente referido. En la tercera columna se pide que indique la intensidad de su respuesta sexual habitual (deseo, excitación) en presencia de ese pensamiento y ese sentimiento.

Tabla 1

Resultados línea base (pre) de la paciente en el cuestionario Estilos Sexuales (QMS)

PENSAMIENTOS (frecuencia)	SENTIMIENTOS	RESPUESTA SEXUAL(intensidad)
Cómo voy a salir de esa situación (a veces)	Preocupación, miedo, culpa	Muy baja
Él solo piensa en sexo (a veces)	Tristeza, desilusión, miedo	Muy baja
Esta forma de tener sexo no es correcta (a veces)	Vergüenza	Muy baja
Voy a quedar gorda, fea (a veces)	Preocupación	Muy baja
Hacer el amor es maravilloso (raramente)	Satisfacción	Alta
Él no está tan cariñoso como acostumbra (a veces)	Preocupación, miedo	Baja
No tengo ganas de satisfacer a mi compañero (muchas veces)	Culpa	Muy baja
Ya no soy tan guapa (muchas veces)	Tristeza y miedo	Muy baja
No debo dar ningún paso más (muchas veces)	Preocupación y miedo	Muy baja
No lo voy a conseguir (a veces)	Culpa	Muy baja
No me siento físicamente atractiva (muchas veces)	Tristeza	Muy baja

No puedo sentir nada (a veces)	Preocupación	Muy baja
¿Cuándo se acaba esto? (a veces)	Tristeza y culpa	Baja
Solo hago esto porque él me lo pidió (a veces)	Desilusión y culpa	Baja
Tengo otros asuntos más importantes que tratar (a veces)	Culpa	Muy baja
Sino accedo a tener sexo, él se busca a otra (a veces)	Preocupación y miedo	Muy baja

Tareas y pautas para casa al final de la sesión 2:

- Prohibición de aquello que molesta (penetración): aunque en los últimos meses habían dejado de practicar penetración vaginal, alguna vez lo intentaban porque Mario lo proponía. Se pauta la prohibición de penetración y se cita a Mario para entrevista. Marta refiere sentirse liberada con esta pauta.
- Se le facilita un libro con imágenes de vulvas para que se lo lleve a casa y se le envía documentación sobre sexualidad.
- Se deriva a Marta a cita con ginecóloga y con fisioterapeuta especializada y se la cita dentro de 15 días.

Preparación del caso, diagnóstico y diseño del tratamiento

Tras el análisis de toda la información recopilada en la entrevista y en las escalas, así como la valoración aportada por la ginecóloga y la fisioterapeuta, se establece un diagnóstico clínico basado en la sintomatología presentada. De acuerdo con los criterios del DSM-5 para el caso que se presenta en este estudio, Marta tendría un trastorno de dolor/penetración genitopélvica de por vida con gravedad moderada, que ha resultado en una disminución del interés sexual, ansiedad anticipatoria y rechazo de las relaciones sexuales.

Desde una perspectiva sexológica, esta pareja presenta dificultades en la erótica y amorosa. Además la mujer refiere bajo interés hacia todo lo relacionado con su

sexualidad, erotismo y amatoria, experimenta dolor genital durante la penetración y un rechazo general hacia los encuentros eróticos con su compañero. Ambos refieren insatisfacción hacia su vida y falta de asertividad sexual.

Considerando los modelos actuales, se recomienda un enfoque biopsicosocial, integrador y multidisciplinar para abordar este caso. En la siguiente sesión, se establecen los objetivos a conseguir.

Etiología y mantenimiento de las dificultades:

Tanto el origen como el mantenimiento de las dificultades relacionadas con la sexualidad y las relaciones, parecen multicausales y multifactoriales:

- a) *Factores culturales:* Marta proviene de un entorno escolar religioso y de padres conservadores, lo que ha resultado en una falta de información adecuada sobre la sexualidad y la presencia de creencias distorsionadas sobre la misma.
- b) *Factores sociales:* Experimentó bullying en el centro escolar y careció de educación sexual de calidad. Sus amigas la sobreprotegen al no hablar de manera natural y libre sobre sus relaciones sexuales y otros temas relacionados con la sexualidad, sabiendo que esto le resulta incómodo.
- c) *Factores personales:* La familia de Marta muestra una alta emoción expresada con una tendencia a la crítica excesiva; posible problema de salud mental de la madre. Marta no ha mostrado interés hacia su cuerpo y su placer, evitando buscar información sobre sexualidad. Sus primeras relaciones sexuales no fueron satisfactorias, ni lo son ahora, y ha evitado durante años buscar ayuda o hablar del tema.
- d) *Factores psicológicos:* Se observa negligencia parental durante el desarrollo psicosexual de Marta, con críticas constantes sobre su cuerpo por parte de su madre, lo que ha contribuido a una baja autoestima y a una insatisfacción sobre su cuerpo. Marta presenta ansiedad social, baja autoestima, escasa asertividad sexual, ansiedad anticipatoria hacia las relaciones sexuales y malestar emocional general.
- e) *Factores biológicos:* Según la valoración de la fisioterapeuta, Marta presenta dolor genital localizado y superficial, falta de elasticidad en los tejidos y una disposición anatómica que contribuye a sensaciones de escozor, tensión y ganas de orinar debido a la proximidad entre el introito, la uretra y el ano.

En el caso de Mario, se observa que la falta de resolución de sus dificultades le genera una gran frustración y malestar, lo cual aumenta la tensión en los encuentros eróticos y en la relación, provocando así más dificultades para la pareja.

Sesión 3: Devolución de la valoración y fijación de objetivos terapéuticos

Marta ya ha acudido a ginecóloga y fisioterapeuta. Las citas le resultaron difíciles, sobre todo con la fisioterapeuta. Se le refuerza su valentía al enfrentarse a esta situación tan dolorosa para ella.

Valoración y tratamiento pautado por la ginecóloga y fisioterapeuta

La revisión ginecológica: Se cita texto aportado por la paciente tras revisión:

“Exploración normal, no se detecta vaginismo ni otras patologías orgánicas relevantes, se recomienda continuar con terapia psicológica especializada en terapia sexual así como valoración con fisioterapeuta especializada”.

La revisión fisioterapéutica: Se cita texto enviado por la especialista:

“Paciente de 25 años remitida de consulta de sexología para trabajo con fisioterapia de suelo pélvico. Presenta actualmente imposibilidad para mantener relaciones sexuales con penetración y refiere molestias desde siempre. (Diagnóstico de la fisioterapeuta: Dispareunia primaria superficial). No presenta una buena relación con su anatomía y se observa disminuida la propiocepción de la zona.

- Exploración extracavitaria: periné pequeño, poca distancia entre la vagina y el recto, y poca distancia entre uretra y vagina, el núcleo central es muy estrecho y se refiere escozor y ganas de orinar constantes durante la penetración. Se hace necesaria la exploración intracavitaria y la paciente consiente.

- Exploración intracavitaria: Generar elasticidad interna y propiocepción.

Trabajo manual con radiofrecuencia y aplicación de aceite para elastificar los tejidos de manera manual. Comenzamos un tratamiento con un componente más teórico de la zona explicando cuáles son las partes, nombrándolas y situándolas en el propio cuerpo. El tratamiento se combina con la parte de educación sexual llevado a cabo con la sexóloga. A la paciente dado su estado del tejido por falta de elasticidad del introito vaginal se le manda la aplicación de vitamina E pura y la utilización de vibración como método

domiciliario para fomentar la relajación y elasticidad del tejido. Poca distancia entre introito vaginal-uretra-año lo que le genera esas sensaciones de querer orinar, escozor y tensión. En consulta vamos a combinar este tratamiento con sesiones de radiofrecuencia y terapia manual.

Se describen a Marta los resultados de la valoración y se establecen de manera conjunta los objetivos a conseguir y la frecuencia de las citas:

- Las citas serán quincenales para combinarlo con la terapia que realiza con el psicólogo del gabinete (semanas alternas con cada uno) y las sesiones que va a realizar con la fisioterapeuta. Por el momento prefiere seguir con citas individuales, por lo que se citará a Mario para valoración y participación en el proceso terapéutico.

Objetivos terapéuticos fijados:

- Cultivar la relación con su sexualidad:
 - Mejorar la relación con su vulva y con su cuerpo.
 - Aumentar la conciencia corporal, sexual y el placer.
 - Cultivar su erotismo y su amatoria (individual y en pareja)
 - Ampliar conocimientos sobre sexualidad (creencias, respuesta sexual, prácticas...)
 - Mejorar la comunicación/asertividad sexual en la pareja.
 - Cultivar encuentros eróticos más placenteros para ambos.
- Reducir el dolor genital durante la penetración.
- Reducir el sufrimiento: reducir la ansiedad anticipatoria, los pensamientos negativos y el malestar emocional.

Tabla 2*Objetivos y tareas desarrolladas durante el proceso terapéutico*

OBJETIVOS	TAREAS
Mejorar la relación con sus genitales y con su cuerpo	Exposición gradual a imágenes de genitales y cuerpos desnudos; también a contenido erótico Ejercicio de mirarse vulva con espejo Ducha sensorial y exposición gradual a su cuerpo desnudo Práctica guiada “Cuido mi cuerpo” Sesiones de atención plena en consulta y para casa Ejercicio con espejo y pintura de dedos
Aumentar la conciencia corporal	Ducha sensorial Masaje sensorial en pareja sin genitales Masaje sensorial en pareja con genitales Sesión de atención plena: mis sensaciones corporales y mi lenguaje corporal
Disminuir el dolor genital	Fisioterapia con fisioterapeuta especializada Masaje con aceite y balita vibradora en casa Ejercicios de propiocepción
Ampliar conocimientos sobre sexualidad	Material de educación sexual: libros, artículos, charlas sobre respuesta sexual, erotismo, fantasías, placer... Autobiografía placentera Hablar con sus amigas sobre sexualidad y relaciones
Cultivar encuentros eróticos placenteros para ambos	Masaje sensorial en pareja sin genitales Masaje sensorial en pareja con genitales Bote de los deseos Visionado de películas con contenido erótico y lecturas Mesa redonda
Aumentar la comunicación y la asertividad sexual en la pareja	Abordar los valores y las creencias sobre sexualidad Ejercicios de role-playing en la consulta para mejorar las habilidades en: Negociación de prácticas sexuales Rechazar aquello que no deseo hacer Proponer aquello que si deseo hacer Potenciar la comunicación verbal y entender el lenguaje corporal
Reducir el sufrimiento	Trabajo cognitivo Respiración y relajación Creencias disfuncionales Psicología positiva: emocionalidad positiva y vacaciones diarias.

Sesión 4 (Mario)

Mario se muestra interesado y esperanzado de acudir a la consulta, manifiesta tener mucha confianza en la terapia. Le gustaría hacerla en pareja pero entiende que por el momento será en sesiones individuales. Se acuerdan unas pautas para el seguimiento y

abordaje de las tareas y dudas que pudieran surgir. Se le facilita hoja de protección de datos y consentimiento informado para su firma (Anexo 1).

Información recogida durante la entrevista:

La relación con su sexualidad y su educación sexual es positiva y satisfactoria. Refiere “Para mí la sexualidad es algo natural y una manera de crear intimidad con Marta. El sexo siempre ha sido un problema desde el principio entre nosotros, nunca me había pasado con otras parejas y siento una gran frustración, seguro que he hecho muchas cosas mal”.

Se le administra la escala de Satisfacción Sexual (NSSS).

Resultados Línea base (pre): 12 ítems indica poco satisfecho, 5 ítems indica satisfecho y 3 ítems indica muy satisfecho. Sobre las sensaciones sexuales hay satisfacción sobre las suyas, menos en la frecuencia de los orgasmos que le gustaría que fuera mayor. Sobre su conciencia sexual se muestra satisfecho en general, menos cuando nota que ella está poco receptiva que se siente frustrado y no sabe cómo actuar, perdiendo la concentración en el momento. Sobre el intercambio sexual, se siente poco satisfecho (disponibilidad de la pareja, creatividad, entrega, iniciativa, variedad...). Sobre el apego emocional también se muestra insatisfecho.

Durante la sesión se trasladan las primeras pautas sobre educación psico-sexual, y se explican los objetivos acordados con ella para valorar el ajuste de los mismos hacia la pareja. Se muestra conforme con los objetivos marcados. Como Marta prefiere continuar con las sesiones individuales se establecen sesiones periódicas con él cada 6 semanas.

Pautas relevantes:

- Eliminar la presión que Marta siente durante los fines de semana cuando duermen juntos, ya que él casi siempre intenta tener prácticas sexuales. Eliminar los comentarios “Tengo tantas ganas de que podamos estar juntos y que no te encuentres mal” y las preguntas constantes sobre si le apetece o no le apetece.
- Trabajo de asertividad sexual. Entender el lenguaje corporal propio y el de la pareja.
- La terapia no será rápida, el planteamiento es avanzar a medida que se van consiguiendo los objetivos, por lo que se requiere paciencia para realizar las tareas

propuestas a lo largo de las sesiones. Se muestra conforme y se compromete con el proceso terapéutico.

Se le aporta un contexto teórico sobre dolor genital, respuesta sexual de Basson, deseo sexual reactivo.

Sesión 5 (Marta)

Durante esta sesión se abordan diferentes aspectos de educación sexual:

- Desde el modelo de respuesta sexual de Basson se profundiza en la excitación, el deseo, el placer, el orgasmo, el dolor, la satisfacción, la diversidad...

- Desgenitalización de los encuentros eróticos: no tener penetración durante un encuentro erótico no significa que no haya disfrute, el placer se puede cultivar de muchas maneras. Abrimos camino para las posteriores tareas de focalización sensorial.

- Se abordan algunas de las creencias disfuncionales que se detectan en el cuestionario y durante las sesiones:

 - Deberes hacia la pareja: Muchas mujeres tienen esta creencia arraigada. Se sienten mal sino tienen ganas de tener relaciones y sienten que es su deber para con su pareja. Esto crea un malestar interno que mantiene el problema.

 - Las muestras de excitación y el repertorio conductual durante las relaciones sexuales le resultan incómodas, refiere sentir vergüenza si su pareja se excita mucho, las manifestaciones corporales relacionadas a la respuesta sexual la incomodan. Cada persona es diferente es su respuesta excitatoria. Se le indica seguir visionando material con contenido erótico y hablar con sus amigas sobre el tema.

Al final de la sesión se pone en práctica un pequeño ejercicio de atención plena con un trozo de chocolate (saboreo).

Revisión de tareas anteriores:

La información aportada sobre sexualidad le ha resultado útil. Siente que ha vivido en otro mundo, evitando este tema por sentir que no iba con ella. Se profundiza en cuestiones relevantes para Marta como asexualidad, deseo, amor, culpa...

Con la fisioterapeuta se avanza en trabajo de propiocepción (ejercicios con espejo para identificar partes de su vulva y situar su dolor). Le resultan incómodos y dolorosos estos ejercicios. Manifiesta no querer realizarlos sola en casa.

El libro sobre vulvas no le resultó agradable, a pesar de que las ilustraciones son coloridas y artísticas. Se le propone más material.

Tareas para casa:

- Ejercicio de atención plena: saboreo de un trozo de chocolate.
- Ducha sensorial (Anexo 3)
- Visionar páginas de vulvas que se le recomiendan. La suya no es capaz de mirarla a solas en casa por el momento. Lo hace con la fisioterapeuta.
- Hablar con sus amigas sobre contenido sexual, preguntarles sobre sus parejas y su respuesta excitatoria.

Sesión 6 (Marta)

La paciente se muestra más relajada en la sesión, ya no mira tanto al suelo y su postura corporal es más distendida, se va forjando la alianza terapéutica. Refiere dificultad para acudir a las sesiones porque no le gusta hablar sobre este tema, pero también manifiesta haberse quitado un peso de encima al ocuparse de algo que lleva evitando durante años.

Refiere haber tenido intimidad con su pareja. A ella no le apetecía pero no fue capaz de decírselo. Empezaron besándose echados en la cama y acabó ella masturbándole a él. Sigue haciendo cosas que no le apetece hacer porque cree que tiene que hacerlas como pareja. Luego se siente culpable por hacer cosas que no quiere hacer. Se avanza en trabajo sobre la culpa y asertividad sexual. Para muchos otros temas sí que tienen buena comunicación, pero ella siente que en el área de la sexualidad hay dificultades para hablar. Marta no se siente capaz de iniciar la conversación, no le dice lo que siente en muchas ocasiones, siente que él no la entiende del todo. Se realiza ejercicio de manejo

de emociones y de exposición en la consulta para que pueda practicar lo que le gustaría decirle a su pareja. Le resulta complicado y doloroso. Se realiza ejercicio creativo con imágenes y pinturas para que conecte con lo que quiere y lo que no quiere, lo que le gusta y lo que no, sus deseos, lo que cree que es bueno para ella, los permisos, la culpa...

Revisión de tareas:

- Marta realiza el ejercicio de atención plena con un trozo de chocolate en su casa. Aporta anotaciones sobre la práctica y los beneficios que tuvo para ella al darse cuenta de que puede llevarla a cabo.
- La ducha sensorial le resultó agradable. La hizo por primera vez después del ejercicio con el chocolate, lo cual facilitó el camino de sentir y estar. Le gusta el agua. Intentó no juzgar, no siempre lo consiguió. Le parece un buen ejercicio para ella aunque sea difícil. La parte de echarse crema no le agradó, no le gusta sentir algunas partes de su cuerpo y le cuesta mirarse en el espejo y ver su cuerpo.
- Las páginas de vulvas no le gustan pero las visiona, se nota más relajada cuando lo hace. Se le anima a seguir visionando los materiales que se le facilitan (libros y páginas de información sobre sexualidad).
- Refiere haber trasladado a sus amigas la propuesta sobre las charlas de sexualidad. Sus amigas reaccionan de manera positiva pues siempre habían evitado este tema por su incomodidad. Marta comenta que la experiencia fue divertida y natural lo cual le ayudó a sentirse integrada y de “alguna manera más normal”.

Al final de la sesión se aportan indicaciones para la práctica de escáner corporal en casa, dichas prácticas se han abordado con el psicólogo, por lo tanto, las indicaciones se centran en las sensaciones de placer y búsqueda de esa conexión mente-cuerpo hacia la excitación y la sensualidad.

Tareas para casa:

- Práctica de escáner corporal y breve cuestionario.
- Se le facilita un listado de lecturas/series con contenido romántico y erótico.
- Masaje sensorial sin genitales en pareja. Se le facilita una copia a ella con las instrucciones y se envía un correo a Mario aclarando algunas pautas (no ejercer presión

sobre Marta si nota excitación, ya se le había adelantado esta información durante la primera sesión). En las instrucciones facilitadas aparece una explicación detallada del ejercicio y de las premisas a tener en cuenta (Anexo 5)

Sesión 7 (Marta)

Se continúa con educación sexual. Contenido sobre sexualidad, erotismo, fantasías, placer. Se plantea el ejercicio “Autobiografía placentera” (anexo 4). Marta tiene una profesión de actriz y el cuerpo es un instrumento para su trabajo fundamental. Se aborda la idea de crear un personaje que tenga permiso para sentir placer y disfrutar de las relaciones.

Se continua trabajo cognitivo sobre pensamientos y creencias relacionadas con la sexualidad y la pareja.

Revisión de tareas:

Refiere haber tenido mucho trabajo y una menstruación dolorosa por lo que realizó las tareas una vez.

- Realiza en una ocasión la ducha sensorial resultando agradable y poniendo énfasis en no juzgar. Cuando está en el agua le resulta más fácil poner en práctica el no juzgar.
- Visionado de material erótico: no le agrada, está viendo los Bridgestone y le parecen grotescas e innecesarias muchas de las escenas con contenido erótico que aparecen pero está mentalizada de verlo y lo hace. Siempre hace las tareas.
- Masaje sensorial sin genitales en pareja: Lo practicaron una vez por falta de tiempo juntos. Fue muy agradable en general. Alguna vez le vinieron pensamientos intrusivos “seguro que él quiere que tengamos relaciones...por qué a mí no me apetece nunca...” pero fue capaz de manejar los pensamientos centrándose en las sensaciones placenteras de las caricias y en la respiración. La práctica individual le ayudó en la práctica del ejercicio en pareja.

La práctica de escáner corporal solo la ha practicado una vez. Respuestas del cuestionario:

- **¿Qué notaste durante la práctica?** Considerar y anotar las sensaciones que surgieron durante la práctica. Centrarse en las sensaciones básicas o hacer inferencias sobre cómo esta práctica me puede ayudar en mi sexualidad.

Me resultó bastante complicada la práctica, quizás no he estado yo muy centrada estos días. Sí que como hablamos en la consulta, me ayuda a conectar con las sensaciones de mi vulva y no tener rechazo o miedo. Pude centrarme en las sensaciones concretas relacionadas con el momento del ciclo (hinchazón, dolor en la espalda...). Intenté conectar con las diferentes partes de mi vulva, no me resultó nada fácil.

Entiendo que esta práctica puede ayudarme a conectar con mi sexualidad de una manera más positiva sin presionarme, aunque ahora mismo me parece un camino largo.

- ¿En qué se diferencia el prestar atención a tu cuerpo, como acabas de hacerlo, de cómo normalmente observas las sensaciones en tu cuerpo?

Pues muy diferente. Lo primero porque ahora tengo muy poco tiempo así que presto poca atención a mi cuerpo fuera de las cosas básicas como vestirme, comer, si tengo dolores o molestias...observar así mi cuerpo me resulta extraño, siempre lo miro y lo critico, o casi siempre, así que este ejercicio me hizo centrarme en cosas más básicas como las formas, la relación de unas partes con otras, lo importante que es el cuerpo en la vida diaria, lo mal que lo he tratado siempre, lo cansada que me siento, las partes en la que siento molestia...darme cuenta de una manera más global.

¿Qué relevancia tuvo este ejercicio para tu sexualidad?

De momento no sabría qué decir. Sí que veo de qué manera puede ayudarme a centrar mi atención en las sensaciones de las caricias y no tanto en mis pensamientos y miedos. Me di cuenta durante el ejercicio del masaje en pareja. Pude disfrutar de las sensaciones hasta el momento en que aparecía un pensamiento negativo.

Tareas para casa:

- Mirarse la vulva con espejo y propiocepción de la zona.
- Práctica de escáner corporal
- Focalización sensorial en pareja sin genitales si tienen tiempo íntimo.
- Practicar caras, posturas y gemidos delante del espejo que asocia a la respuesta excitatoria. Estudió arte dramático por lo que estos ejercicios aunque le dan vergüenza le gustan.

Sesión 8 (Marta)

Se recibe mensaje de la fisioterapeuta para actualizar situación. Los tejidos de Marta responden muy bien a la terapia y cree que la entrada vaginal está preparada para penetración con masaje previo de balita vibradora y lubricante.

Se continúa con trabajo cognitivo, modelo de miedo y evitación del dolor crónico y cómo se relaciona con su respuesta sexual y sus esquemas cognitivos.

Se profundiza en contenidos sobre sexualidad. Sobre la masturbación, Marta refiere haber intentado practicarla alguna vez durante el último mes pero se siente rara y nada excitada. Se le aportan pautas para las próximas veces que la practique (música, no tener en mente un objetivo finalista sino experimental, conexión consigo misma...)

Revisión de tareas:

- Ejercicio con espejo: Le provoca un gran malestar. Le parece horrible su vulva y le recuerda sus dificultades. Trabajo cognitivo para desmontar pensamientos y manejo de emociones. Se añaden algunas pautas para la próxima vez (poner música durante el ejercicio, decirse mensajes positivos, conectar con su camino de cultivar la sexualidad)
- El trabajo con la fisioterapeuta está funcionando y Marta nota que la zona está más elástica cuando hace los ejercicios con aceite y balita en casa.
- Masaje en pareja: Lo han realizado en dos ocasiones y se sintió cómoda. Refiere sentirse más conectada a las sensaciones de su cuerpo y a su pareja.
- Escáner corporal: Hizo dos veces la práctica. Le ayuda a conectar con las sensaciones de su cuerpo.
- Práctica de caras y gemidos: Se sintió ridícula al principio. Luego refiere haberse centrado en la creación del personaje que se permite sentir placer y consiguió expresar determinadas caras sensuales, respiraciones y gemidos.

Tareas:

- Continuar visionado de películas/series con contenido erótico.
- Búsqueda de lecturas con contenido erótico que le gusten. Se le facilita “Mi jardín secreto” y un libro de relatos eróticos.

- Ejercicios de propiocepción + ejercicios de masaje con aceite propuestos por la fisioterapeuta. Se le obsequia con una balita vibradora para ejercicios en casa.
- Masaje sensorial con genitales y penetración sin presión: se le facilitan documentos con las pautas.

Sesión 9 (Mario)

Mario acude a la sesión esperanzado y agradecido hacia la terapia. Refiere percibir una mejoría en Marta, la ve más relajada, y la angustia parece que ha remitido en las últimas semanas. Los encuentros íntimos son más habituales y placenteros para ambos. Expresa el bienestar general que se ha producido en la relación de pareja. Se le explica la nueva etapa de la terapia donde se introduce la penetración sin presión.

Revisión de tareas con Mario:

Masaje sensorial sin presión: Se le entregan las fotocopias y se recalca la importancia de la no presión, de los posibles escenarios que pueden darse y se profundiza en asertividad y trabajo cognitivo. Se realiza un ejercicio de exposición a situaciones posibles.

Sesión 10 (Marta)

Marta acude a la consulta y se ve su mejoría en su expresión y postura corporal. Refiere haber experimentado algunos días conexión sexual y asegura que podría haber iniciado un contacto íntimo si hubieran estado juntos. Se introduce aquí la observación de que si vuelve a pasar puede practicar masturbación o masaje sensorial con fantasía.

Tras la revisión de las tareas, se realiza una práctica guiada “Cuido mi cuerpo” para fomentar la conexión y la autoestima, ya que sigue habiendo rechazo hacia algunas partes de su cuerpo y a las caricias que Mario le proporciona en esas partes.

Revisión de tareas:

- Masaje sensorial con penetración sin presión: Tuvieron dos encuentros íntimos incluyendo la penetración. No hubo dolor durante la penetración, y tampoco hubo placer en ese momento pero si en otros del encuentro. Refiere haberse sentido muy nerviosa y a la expectativa de qué iba a suceder durante la penetración, pero todo fue bien y solo sintió una leve molestia al introducir el pene la primera vez. Se muestra complacida y esperanzada. Relata que después se puso a llorar y no podía parar, no se

encontraba triste, fue un llanto de desahogo. Se profundiza en esta situación y en trabajo emocional.

Tareas para casa:

- Masaje sensorial en pareja con genitales y sin presión.
- Ducha sensorial siempre que le apetezca.
- Lectura de Carta a mi sexualidad de una ex paciente.
- Ejercicio con pintura de dedos frente a espejo: echarse pintura de dedos por todo su cuerpo como un ritual donde se concede permiso para disfrutar de su cuerpo, de su placer y de su sexualidad de manera libre y sin juzgar. En ese momento conectar con el personaje al que le ha ido dando forma.

Sesión 11 (Marta)

Marta refiere sentirse triste porque Mario se va a trabajar 6 semanas a una ciudad de veraneo. Por otro lado ella tendrá vacaciones para descansar y hacer planes con sus amigas. Además tienen planeadas visitas durante estas semanas para verse.

No hubo ocasión para intentar masturbación porque los días que se sintió más receptiva fue a visitar a Mario y estuvieron juntos, los encuentros están siendo agradables y placenteros.

Revisión de tareas:

- Masaje sensorial con penetración: Tuvieron varios encuentros eróticos, dos bastante placenteros. Durante la penetración sigue sin sentir dolor aunque tampoco placer, está todavía a la expectativa y un poco nerviosa cuando se da la penetración. Tuvo orgasmos y se siente contenta y esperanzada. El verano es una época en la que se siente con energía y además tiene vacaciones en unos días.
- Carta a mi sexualidad: Refiere que este ejercicio la removió mucho. Se sintió identificada con la mujer que la escribe. Se le propone escribir ella su carta después de las vacaciones. Le parece buena idea. Algunas creencias y pensamientos detectados en la evaluación se van situando de otra manera en su interior. Poco a poco Marta va construyendo una nueva erótica y amorosa propia. Respecto a su autoestima refiere

sentirse mejor y tener más confianza, aclarando que le queda mucho camino por recorrer.

- Ejercicio con la pintura de dedos: Refiere no haber sido capaz de realizarlo, se sintió rara y descolocada cuando llegó el momento y decidió no llevarlo a cabo. Si escribió un pequeño texto y lo leyó delante del espejo donde se daba permiso para sentir placer sin juzgarse. Expresa haber llorado de liberación. Manifiesta que la relación con su cuerpo sigue siendo dolorosa para ella.

- Ducha sensorial: la suele realizar una vez a la semana, normalmente los domingos que es cuando tiene más tiempo libre. Refiere ser un momento para cuidarse y conectar consigo misma.

Tareas para casa:

Se propone no realizar ninguna tarea las próximas 4 semanas de sus vacaciones para que pueda descansar. Solamente seguir las pautas generales indicadas hasta el momento.

Correo de seguimiento con Mario

Sesión 12 (Marta)

Marta está en su último día de vacaciones. Manifiesta sentirse relajada. Tiene un trabajo muy exigente y las vacaciones son importantes para ella. Disfrutó de sus planes de playa con sus amigas y con Mario en sus días libres y refiere sentirse bien consigo misma. Vino Mario de visita un par de días a su casa y estuvieron muy unidos. Refiere haber hecho un clic en su mente y durante la penetración sentir algo que no era placer pero que no era “nada”, como un leve cosquilleo que despertó su curiosidad. Se emociona mientras lo narra en la consulta. Refiere sentirse esperanzada. Se le administran cuestionarios post para la valoración del caso.

Sesión 13 (Mario)

Mario valora los efectos positivos de la terapia en Marta y en su relación. Ambos se sienten más unidos en los últimos meses. Se profundiza en aquellos aspectos que siente que han mejorado: creación de nuevas dinámicas de intimidad, mejora de la comunicación durante los encuentros eróticos e incremento del apego emocional. Refiere sentir que Marta en ocasiones no es 100% sincera con lo que le apetece, cree que sigue queriendo complacerle por encima de lo que ella desea. Expresa sus miedos

relacionados con la vuelta al trabajo de Marta porque es una época donde aumenta su carga laboral y suele experimentar mucha ansiedad. Se plantea la opción de agendar una cita en pareja próximamente.

Sesión 14 (Marta)

Tras incorporarse al trabajo Marta enferma en varias ocasiones por lo que la cita se retrasa algunas semanas. Refiere sentirse estresada con el comienzo de curso y su deseo de cambiar de trabajo a medio plazo.

Expresa su incomodidad hacia la situación que atraviesan sus padres y el ambiente negativo que hay en su casa. Quiere independizarse pero no acaba de dar el paso. Sobre este tema se trabaja en terapia psicológica.

Refiere sentirse cansada y desanimada. Siente que su estado de ánimo le ha afectado a su vida sexual y se muestra preocupada. En las ocasiones que tuvieron encuentros eróticos, en algunas hubo penetración sin dolor aunque no volvió a sentir ese cosquilleo agradable. No siempre tienen encuentros con penetración, lo cual agradece porque no siempre le apetece. La comunicación de la pareja ha mejorado, aunque manifiesta sentir culpa, tristeza y preocupación por no ser capaz de expresar a Mario lo que quiere y no quiere. Se plantea la opción de una consulta en pareja y se acuerda agendarla en unas semanas cuando descienda su volumen de trabajo y Mario retorne a la ciudad.

Se realiza un ejercicio de relajación guiada en la consulta.

Tareas para casa:

- Psicología positiva: emocionalidad positiva y ejercicio de las vacaciones diarias.
- Ducha sensorial siempre que le apetezca.
- Práctica de atención plena para casa.

Sesión 15 (Marta)

Valoración de la fisioterapeuta: El tratamiento se prolongó durante 9 meses en sesiones mensuales de una hora de duración. Actualmente la paciente ha mejorado la elasticidad y relajación de los tejidos, no presenta dolor en la penetración y tiene una mayor propiocepción de la zona. Se le pauta una revisión en 3 meses.

Marta acude a consulta al mes de nuestra anterior cita, enferma de nuevo y se pospone la cita fijada. Refiere sentirse triste y enfadada respecto a sus padres y el ambiente generado en casa. Expresa su intención de irse unas semanas a casa de una amiga para alejarse de la influencia negativa de su madre. No ha realizado las tareas pautadas en la última sesión.

Refiere sentirse totalmente desconectada de su cuerpo y no tener ganas de tener relaciones. Se siente desanimada y culpable. Expresa sentir bloqueo mental sobre su vida laboral y personal. Le cuesta hablar con Mario de cómo se siente. Refiere que él insiste en tener intimidad cuando la nota receptiva durante los besos, pero ella no quiere nada más que mimos, besos y caricias. Manifiesta volver a sentirse como hace un año. Se vuelve a plantear la sesión en pareja pero Marta refiere no sentirse cómoda en este momento, prefiere esperar unas semanas. Se fija como objetivo expresar a Mario sus miedos y necesidades. Se realiza un ejercicio para que Marta conecte con sus necesidades y deseos. Se trabajan las expectativas y los sentimientos. Trabajo cognitivo.

Se validan sus emociones y se explica que a lo largo de un proceso terapéutico pueden darse estos altibajos. Se lanza un mensaje tranquilizador.

Se acercan vacaciones de Navidad y se agenda una cita dentro de tres semanas, se llevará a cabo seguimiento mediante correo electrónico.

Se incide en la importancia de no abandonar ahora las tareas terapéuticas que pueden ayudarla a sentirse mejor.

Tareas para casa:

- Psicología positiva: emocionalidad positiva y ejercicio de las vacaciones diarias.
- Ducha sensorial una vez a la semana.
- Práctica de relajación guiada.

Correo con Mario

Mario expresa su preocupación por Marta y su enfado hacia sus padres. Refiere sentirse ansioso y agobiado. Marcamos pautas para transitar este momento difícil que están atravesando y se le cita para dentro de dos semanas. Se pauta ejercicio de relajación y emocionalidad positiva.

Correo con Marta

Marta refiere haber hablado con Mario y sentirse decepcionada y triste por su reacción. Mario se muestra enfadado hacia sus padres y disgustado por la situación actual. Expresa sentirse orgullosa de haber podido trasladarle sus sentimientos y necesidades a pesar de su reacción. Seguir pautas marcadas por el psicólogo de respiración, relajación y trabajo cognitivo. Se agenda cita en dos semanas.

Sesión 16

Marta refiere haber pasado unas Navidades horribles a excepción de algunos planes con amigas y con Mario. Se observa que Marta está anclada en la queja sobre su situación laboral y familiar. Durante las sesiones con el psicólogo se trabajan los límites y se fija como objetivo mudarse durante unas semanas a casa de una amiga que le ha ofrecido su casa. La toma de esta decisión le ayuda a situarse en otro horizonte.

Refiere mejoría en la relación con Mario. No se siente receptiva hacia los encuentros eróticos más sexuales pero si quiere caricias y abrazos. La presión que sentía ha disminuido y sus sentimientos de culpa, preocupación y tristeza son menos intensos. Se propone retomar los masajes sensoriales sin genitales para fomentar la intimidad de la pareja. Se muestra conforme.

En los próximos días Marta comenzará unas prácticas como editora y se reducirá su jornada laboral, se muestra ilusionada.

Revisión de tareas:

- Emocionalidad positiva y vacaciones diarias: Se observa que los momentos más agradables para Marta son por la mañana antes de ir a trabajar. En ese momento se encuentra sola y tiene tiempo para desayunar, hacer ejercicio y ducharse sin prisa. Conecta con emociones como armonía, tranquilidad, satisfacción. Otros momentos de emociones agradables son cuando vuelve a casa por la noche y hace video llamada con Mario y experimenta sentimientos de amor, confianza e intimidad. Su momento de vacaciones diarias durante la semana tiene lugar por las mañanas ya que no entra temprano a trabajar y dispone de dos horas para ella.

- Ducha sensorial: retoma la ducha sensorial, refiere haber sentido cierto rechazo a realizarla pero sentirse bien durante la práctica. Expresa haberse emocionado en la ducha y haberla ayudado a conectar con su cuerpo de nuevo.
- Relajación guiada: realiza en dos ocasiones por la mañana en su tiempo libre y refiere haberla disfrutado y haber tenido más energía en su día de trabajo.

Tareas para casa:

- Masaje sensorial en pareja sin presión y sin genitales.
- Emocionalidad positiva y vacaciones diarias.
- Ducha sensorial una vez a la semana.

Sesión 17 (Mario)

Se aborda en la sesión lo ocurrido en las últimas sesiones. Mario refiere haber estado presionando a Marta para tener relaciones sexuales. Manifiesta su frustración y enfado. Refiere sentir rabia y tristeza porque habían mejorado sus encuentros y de pronto todo empeoró y no supo manejarlo bien. Expresa estar atravesando una situación difícil económica-laboral y sentirse agobiado. Se realiza trabajo cognitivo y emocional. Al final de la sesión manifiesta alivio, expresa haberse sentido perdido y desesperanzado.

Tareas para casa:

- Emocionalidad positiva y vacaciones diarias.
- Ejercicios de relajación.

Sesión 18 (Marta)

Marta refiere sentir mejoría en su estado de ánimo. La situación con sus padres se ha estabilizado y los límites marcados ayudan. Ha decidido dejar su trabajo cuando termine el curso escolar y se muestra ilusionada con las prácticas que está realizando y más descansada pues trabaja menos horas fuera de casa.

Respecto a Mario, refiere haber mejorado la comunicación y sentirse bien en la relación. Manifiesta ausencia de presión y esperanza hacia recuperar la confianza en ella y en él. Refiere haber tenido intimidad sin presión y haberse sentido relajada la mayor parte del tiempo, y seguir teniendo pensamientos intrusivos menos intensos y angustiantes que

hace dos meses. Se realiza trabajo cognitivo y una práctica guiada “Cuido mi cuerpo”. Se plantea una siguiente cita individual y la próxima en pareja. Se muestra conforme.

Tareas para casa:

- Masaje sensorial en pareja sin presión y sin genitales.
- Emocionalidad positiva y vacaciones diarias.
- Ducha sensorial siempre que le apetezca.
- Práctica relajación guiada.

Sesión 19 (Marta)

Marta acude ilusionada a la cita. Relata que le han ofrecido un contrato como becaria en una editorial de la provincia y ha decidido aceptarlo. Ha vuelto a casa de sus padres y la situación se mantiene estable. Mario y ella están buscando piso para mudarse después del verano.

El trabajo combinado con el psicólogo ha ayudado a Marta a utilizar herramientas de manejo de la ansiedad y conseguir mejorar la comunicación con su jefa y sus padres, intentando priorizar su bienestar emocional.

Refiere sentirse más receptiva y conectada con su cuerpo. Mario y ella han tenido encuentros eróticos agradables y placenteros, algunos con penetración y siempre no dolorosa. Manifiesta verbalmente haber aprendido muchas cosas sobre sí misma en los últimos meses y sentir más confianza. Expresa sentirse preparada y con ganas para tener una sesión en pareja. Se le administran las escalas pertinentes para valoración posttest.

Resultados Post de Marta:

- Cuestionario FSM

Resultados Post: Desaparece el dolor en la penetración, mejora la comunicación y disminuye la ansiedad anticipatoria, aumentan sus sensaciones de excitación sexual, aumentan sus pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual, y dice sentirse bastante satisfecha sobre su vida sexual actual.

- Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS; Stulhofer et al., 2010 adaptada y traducida al español por Pérez, 2013).

Resultados Post: Respuestas en la escala 14 meses después de la primera: 8 ítems indica poco satisfecha, 10 ítems indica satisfecha y 2 ítems indica muy satisfecha. Mejoran sus sensaciones sexuales. Mejora su apego emocional, aunque todavía queda trabajo por hacer, ya que no siempre se siente bien. La conciencia sexual también mejora, la parte que más le cuesta es la desinhibición y entrega al placer. Hay mejoría general.

- Cuestionario de esquemas cognitivos:

Resultados Post: En los últimos 6 meses se sintió de esa manera en tres ocasiones en el mismo mes. Se trabaja en las sesiones de terapia. Desde hace tres meses esa situación no ha vuelto a ocurrir.

- Cuestionario de estilos sexuales:

Tabla 3

Resultados posttest de la paciente en el Cuestionario Estilos Sexuales (QMS)

PENSAMIENTOS (frecuencia)	SENTIMIENTOS	RESPUESTA SEXUAL(intensidad)
Cómo voy a salir de esa situación (raramente)	Preocupación, miedo, culpa	Baja
Él solo piensa en sexo (raramente)	Tristeza, desilusión, miedo	Baja
Voy a quedar gorda, fea (a veces)	Preocupación	Muy baja
Hacer el amor es maravilloso (a veces)	Satisfacción	Alta
Él no está tan cariñoso como acostumbra (raramente)	Preocupación, miedo	Baja
No tengo ganas de satisfacer a mi compañero (a veces)	Culpa	Baja
Ya no soy tan guapa (a veces)	Tristeza y miedo	Baja
No debo dar ningún paso más (raramente)	Preocupación y miedo	Baja
No me siento físicamente atractiva (a veces)	Tristeza	Baja

No puedo sentir nada (raramente)	Preocupación	Muy baja
¿Cuándo se acaba esto? (raramente)	Tristeza y culpa	Baja
Sino accedo a tener sexo, él se busca a otra (a veces)	Preocupación y miedo	Muy baja

Sesión 20 (Marta y Mario)

Primera sesión en pareja después de 14 meses de sesiones individuales. Sesión emotiva en la que se abordan contenidos relacionados con asertividad sexual, identificación de prácticas y deseos (mesa redonda), detección de inseguridades y miedos internos.

Deciden mudarse juntos en Septiembre aunque Marta tiene varias ofertas laborales en otra comunidad. Manifiestan su preocupación para afrontar los nuevos retos. Se acuerda continuar con un seguimiento mensual de sesiones en pareja, combinando con sesiones individuales con Marta. La pareja en su reporte verbal manifiesta su satisfacción hacia la terapia llevada a cabo y la mejoría conseguida en su relación y vida sexual.

Se le administra a Mario cuestionario posttest para valoración del caso.

Resultados posttest de Mario en la escala de satisfacción sexual:

Mejoran casi todos los ítems menos los relacionados con el intercambio sexual, donde se observa cierta insatisfacción sobre la variedad, la disponibilidad sexual de la pareja y la confianza durante los encuentros.

Discusión

El objetivo de este estudio era analizar el proceso de intervención terapéutica con una pareja que enfrenta dificultades e insatisfacción en su vida sexual.

Los resultados observados en los diferentes cuestionarios (pre y post) evidencian la eficacia de la terapia. En el caso de Marta, en el cuestionario de la función sexual de la mujer (FMS) se refleja la desaparición del dolor en la penetración, la mejora de la comunicación durante los encuentros íntimos y la disminución de la ansiedad anticipatoria. Además experimenta un aumento en las sensaciones de excitación, así como de los pensamientos y deseos de realizar algún tipo de actividad sexual. En la nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) Marta refiere sentirse bastante satisfecha con su vida sexual actual, mejorando su apego emocional y su conciencia sexual. En el cuestionario de estilos sexuales (QMS) se observa una disminución en la frecuencia e intensidad de pensamientos negativos sobre sí misma. No obstante se observa la persistencia de dificultades relacionados con ciertas cogniciones, sentimientos de miedo y culpa así como la incapacidad ocasional para desinhibirse y experimentar sensaciones placenteras en su cuerpo.

Las técnicas de atención plena le ayudaron a centrarse en las sensaciones de excitación en el momento presente, mejorando así su conciencia corporal y aumentando la concordancia entre la excitación sexual subjetiva y genital. Las terapias basadas en atención plena cada vez son más frecuentes y los efectos beneficiosos en las disfunciones sexuales femeninas son prometedores (Jaderek y Lew-Starowicz, 2019).

Las técnicas sugeridas desde el enfoque de la psicología positiva, ayudaron a Marta a mejorar su bienestar emocional, aumentar su resiliencia y contribuir en su crecimiento personal. Los enfoques desde la psicología positiva sobre el dolor genital han demostrado ser beneficiosos para las mujeres que padecen estas patologías, ofreciendo una perspectiva en el tratamiento menos reduccionista y más enfocada en aumentar la resiliencia y mejorar su calidad de vida (Dewite et al., 2017).

En su reporte verbal Marta indica una mayor confianza en sí misma respecto al inicio de la terapia, además de experimentar una mejora general de su estado de ánimo y en concreto de su vida sexual. La propia observación clínica de la terapeuta coincide con los resultados de los cuestionarios y las percepciones de la paciente.

En el caso de Mario, se evidencian en los resultados de la nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) una mejora en su satisfacción sexual a excepción de la frecuencia y variedad de las prácticas sexuales. En su reporte verbal, menciona haber reducido su nivel de preocupación sobre Marta y su relación a la vez que experimenta una mejora considerable en la dinámica de la misma. Sin embargo, expresa el deseo de fortalecer la confianza y de aumentar tanto la frecuencia como la variedad de las prácticas sexuales.

Uno de los principales propósitos de este trabajo es la visibilización de un problema con alta prevalencia pero escaso reconocimiento, el cual tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres afectadas. Las cifras citadas en diferentes estudios oscilan entre un 30% y un 55%. Estas variaciones en las estimaciones de las disfunciones sexuales entre los estudios, se deben principalmente a diferencias en los criterios de detección de la disfunción, así como en los métodos y composición del muestreo (Brotto, 2022; Lafortune et al., 2023). La bibliografía disponible sobre las disfunciones sexuales femeninas sigue siendo limitada y presenta una gran diversidad, lo que resalta la necesidad de llevar a cabo más investigaciones en este campo (Noceti, 2014). Como objetivo secundario se propone un tratamiento con enfoque integral, práctico y biopsicosocial basado en estudios recientes (Dewite et al., 2017), los cuales respaldan este abordaje dada la etiología y complejidad multifactorial de las disfunciones sexuales femeninas.

Las técnicas empleadas durante el transcurso de la terapia han sido efectivas para abordar las dificultades planteadas por la pareja, y se han logrado en gran medida los objetivos terapéuticos fundamentales establecidos, mejorando las dificultades y el malestar. La valoración de los progresos durante las sesiones ha sido positiva por parte de la pareja. Sin embargo, como se refleja en los resultados, persisten algunas dificultades que necesitan seguir tratándose. Como menciona Noceti (2014) en su estudio, los datos indican que las disfunciones sexuales tienden a cronificarse sino se abordan de manera específica. Además del impacto directo de las dificultades principales, como el dolor o la falta de interés, pueden surgir otras reacciones relacionadas como ansiedad, falta de autoestima y sentimientos intensos que provocan malestar y conflictos en la pareja, lo que dificulta el progreso del tratamiento agravando el malestar y la sintomatología.

La afectación profunda y multifactorial que presenta la sintomatología de Marta denota la necesidad que tiene la sociedad de enfocarse en implementar y desarrollar una educación sexual organizada y de calidad que ayude a prevenir este tipo de problemáticas (Mañas, 2015).

Es esencial resaltar que durante el abordaje del caso se estableció un proceso de colaboración entre todas las partes. Se han empleado diversas habilidades de comunicación, como la empatía, la actitud comprensiva y el enfoque biográfico, la escucha activa y el uso de un lenguaje apropiado. Además, se ha priorizado la creación de un ambiente de intimidad y confianza que facilite el establecimiento de una relación terapéutica efectiva (Díez et al. 2011; Mañas, 2015).

Como limitaciones del estudio cabe señalar la dificultad para organizar sesiones en pareja debido a determinadas variables personales de Marta y a contratiempos familiares que ralentizaron el desarrollo del proceso.

Conclusiones

De manera general, este trabajo se ha enfocado en analizar el proceso de intervención terapéutica aplicado en el caso de una pareja que experimenta dificultades e insatisfacción en su vida sexual. El abordaje adopta un enfoque biopsicosocial, integrador y práctico que considera la etiología y complejidad multifactorial de las disfunciones sexuales femeninas. Las técnicas utilizadas contribuyeron a mejorar la sintomatología de dolor genital, falta de interés y rechazo hacia las relaciones manifestadas por la paciente. La consideración de la relación como entidad clínica, así como la motivación hacia la realización de las tareas de la pareja, facilitó el logro de los objetivos terapéuticos establecidos, así como la superación de los obstáculos surgidos durante el tratamiento.

Referencias

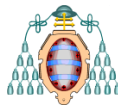
- Almås, E., & Brøvig Almås, C. (2016). Psychological treatment of sexual problems. A review of literature published between 2001 and 2010. Presentation of method and preliminary results. *Sexual and Relationship Therapy, 31*(1), 42-53.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2015.1086738>
- Amezúa, E. (1999). Líneas de intervención en sexología: El continuo "Sex therapy-Sex counselling-Sex education" en el nuevo Ars Amandi. *Anuario de Sexología, 5*, 47-68.
- Amezúa, E. (2000). En el XXX aniversario de Human Sexual Inadequacy: La terapia sexual de Masters y Johnson desde el marco de la sexología: Concepto y claves básicas. *Anuario de Sexología, Número 6*, 5-14.
- Amezúa, E. (2003). El sexo: historia de una idea. La letra pequeña de la episteme sexológica. *Revista Española de Sexología, 115-116*, 1-237.
- Banbury, S., Lusher, J., Snuggs, S., & Chandler, C. (2021). Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: A systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy, 38*, 1-22.
<https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1883578>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex and Marital Therapy, 26*(1), 51-65. <http://dx.doi.org/10.1080/009262300278641>.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions. *CMAJ, 172*(10). <https://doi.org/10.1503/cmaj.1020174>.
- Bergeron, S., Binik, Y. M., Khalife, S., Pagidas, K., Glazer, H. I., Meana, M., & Amsel, R. (2001). A randomized comparison of group cognitive-behavioral therapy, surface electromyographic biofeedback, and vestibulectomy in the treatment of dyspareunia resulting from vulvar vestibulitis. *Pain, 91*, 297-306.
- Brotto, L., Bitzer, J., Laan, E., Leiblum, S., & Luria, M. (2009). Women's Sexual Desire and Arousal Disorders. *The Journal of Sexual Medicine, 6*(3), 586-614.
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01630.x>
- Brotto, L., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy, 57*, 43-54.

- Brotto, L., Basson, R., Chivers, M. L., Graham, C. A., Pollock, P., & Stephenson, K. R. (2016). Challenges in designing psychological treatment studies for sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*, 191-200. <http://dx.doi.org/10.1080/0092623X.2016.1212294>
- Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D., & Albert, A. (2016). Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, *45*(8), 1907-1921. <https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>
- Brotto, L. (2022). *The Better Sex Through Mindfulness Workbook: A guide to cultivating desire*. Greystone Books.
- Calvillo, C. F., Sánchez-Fuentes, M. M., & Sierra, J. C. (2018). Revisión sistemática sobre la satisfacción sexual en parejas del mismo sexo. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, *9*(2), 115-136. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2018.02.018>
- Carrobbles, J. A., Gómez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, *27*(1), 27-34.
- Dewitte, M., Borg, C., & Lowenstein, L. (2018). A psychosocial approach to female genital pain. *Nature Reviews Urology* *15*, 25-41 <https://doi.org/10.1038/nrurol.2017.187>
- Díez Arrese, S., & Lejárraga Vera, J. (2014). La terapia sexual de Masters y Johnson en el siglo XXI: Invitación a una sexología clínica más sexológica. En Rodrigues, O. (org). *Psicoterapia y sexología clínica*. Lp-Books, Brasil, pp. 25-52.
- Díez Arrese, X., García Mañas, A., & Lejárraga Vera, J. (2011). Asesoramiento sexológico: Claves metodológicas. *Revista Española de Sexología*, 163-164, 3-182.
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, *33*(2), 179-197.
- Herranz Yagüe, M. T., & Meler Molet, M. (2015). La Teoría de los Sexos como marco para un abordaje global en Terapia Sexual. Práctica privada. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. <http://dx.doi.org/10.5093/cc2015a15>

- Jaderek, I., & Lew-Starowicz, M. (2019). A Systematic Review on Mindfulness Meditation–Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine, 16*(10), 1581–1596. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>
- Kharaghani, R., Esm Khani, M., Mahmoodi Dangesaraki, M., & Damghanian, M. (2020). The effects of psychological interventions on sexual function of women: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Practice Today, 7*(3), 169-182.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema, 13*(3), 428-441.
- Lafortune, D., Girard, M., Dussault, É., Philibert, M., Hébert, M., Boislard, M.-A., et al. (2023). Who seeks sex therapy? Sexual dysfunction prevalence and correlates, and help-seeking among clinical and community samples. *PLoS ONE, 18*(3), e0282618. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282618>
- Lawrence, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships, 2*, 276-285.
- Lema Chauca, J.A., & Hernández Rodríguez, Y.C. (2022). Terapia cognitivo-conductual en el trastorno del deseo sexual hipoactivo. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 6*(42), 36-44. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42>.
- Masters, W., & Johnson, V. (1976). *El vínculo del placer*. Grijalbo.
- Molero, F., La Calle, P., & Fernández, I. (2014). *Guía clínica de sexualidad femenina y salud vaginal: Avanzando en el conocimiento*. Ergon Creación.
- Moyano, N., & Sierra, J. C. (2015). Descifrando las disfunciones sexuales femeninas en el DSM-5. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24*(3), 277-286.
- Nocetti, G. P. (2014). Abordaje integral del dolor coital: Tratamiento en un caso de dispareunia. *Enfermería: Cuidados Humanizados, 3*(2), 22-28.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002*, Geneva: OMS. www.cesas.lu/perch/resources/whodefiningsexualhealth.pdf

- Pérez, A., & Landarroitajauregi, J. (2014). *Materiales para una teoría de pareja*. Iesus.
- Pérez Triviño, F. (2013). *Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales*. [Trabajo Fin de Máster, Universidad de Almería].
- Sánchez, F., Pérez Conchillo, M., Borrás Vallsc, J. J., Gómez Llorens, O., Aznar Vicente, J., & Caballero Martín de las Mulas, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria, 34*(6), 286-294.
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(1), 67-75.
- Santos, P., Sierra, J. C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A., & Tapia, M. I. (2009). Índice de satisfacción sexual (ISS): Un estudio sobre fiabilidad y validez. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 9*(2), 259-273.
- Santos-Iglesias, P., & Sierra, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(3), 553-577.
- Velten, J., Margraf, J., Chivers, M. L., & Brotto, L. A. (2018). Effects of a Mindfulness Task on Women's Sexual Response. *The Journal of Sex Research, 55*(6), 747–757. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1408768>

Anexo 1. Hoja de información



HOJA DE INFORMACIÓN A LAS PERSONAS USUARIAS

Título del estudio: Terapia Sexual: Estudio de caso clínico.

Investigadora: Nerea Alvarez Pérez

Su terapeuta en el Centro de Psicología Gabinete Colibrí, le ha propuesto participar en el presente estudio. La investigación, se enmarca dentro de la culminación de estudios del Máster en Psicología General Sanitaria que viene realizando la terapeuta. Lea con calma la información que a continuación le proporcionamos y que le permitirá decidir si quiere o no participar. Puede hacer cuantas preguntas quiera, serán contestadas y resueltas todas las dudas que respecto al estudio puedan surgirle. Debe saber que su participación es completamente voluntaria y confidencial y que si decidiera no participar, su decisión no modificará en absoluto su relación con su terapeuta ni los objetivos de la intervención.

¿Por qué se realiza este estudio?

Este estudio surge del interés de contribuir en la realización de investigaciones que proporcionen evidencias de la efectividad o no de las diferentes técnicas que se utilizan dentro de la Terapia Sexual y de Pareja (en el marco de los modelos de Master y Jhonson, Basson y Brotto). Estas investigaciones son fundamentales para mejorar el abordaje de las dificultades relacionadas con la sexualidad y en concreto para este estudio, relacionadas con el dolor genito-pélvico, interés y satisfacción sexual.

¿Cuál es el objetivo del estudio?

Este estudio tiene como fin describir el proceso terapéutico desarrollado durante una Terapia Sexual con las mujeres/parejas que acuden a la consulta con dificultades relacionadas con el dolor genito-pélvico, interés y satisfacción sexual.

¿Cómo se tratarán mis datos y cómo se preservará la confidencialidad?

Todos sus datos se tratarán confidencialmente por la investigadora y su tutora en la investigación. Estas personas están obligadas por el deber de secreto profesional. También pudieran tener acceso las personas del tribunal académico que evaluará el estudio.

No se utilizará su nombre y apellidos reales para guardar junto con la información registrada.

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos, debe saber que tiene derecho acceder a los datos que de usted se recojan, a rectificarlos, a cancelarlos y a oponerse a su uso, sin tener que dar ninguna explicación.

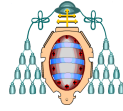
¿Me puedo retirar del estudio?

La participación en el estudio es totalmente voluntaria. Usted podrá retirarse en cualquier momento si lo desea, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se produzca perjuicio alguno en la relación con su terapeuta.

¿Quién supervisa el estudio?

Esta investigación será supervisada por la tutora académica de su terapeuta, alumna del Máster en Psicología General Sanitaria.

Anexo 2. Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO Y REVOCACIÓN DE PARTICIPACIÓN

Título: Terapia Sexual: Estudio de caso clínico.

Investigadora: Nerea Álvarez Pérez

Yo, (nombre y apellidos).....

acepto participar voluntaria y anónimamente en la investigación “Terapia Sexual: Estudio de un caso clínico”.

Declaro haber sido informada/o de los objetivos y procedimientos del estudio y del tipo de participación.

Declaro haber sido informada/o de que mi participación es voluntaria y que puedo negarme a participar o dejar de participar en cualquier momento sin dar explicaciones.

Declaro saber que la información entregada será confidencial y anónima.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Firma del/la participante

Firma de la investigadora

Fecha:/...../.....

Fecha:/...../.....

Anexo 3. Ducha o baño sensorial

Este ejercicio pretende ser una propuesta para reconectar con tu cuerpo, con tu piel, y crear una intimidad contigo misma. El agua es un elemento que nos provoca a muchas personas calma, relajación, bienestar.

Prepara un momento para ti, sin prisas, donde puedas estar tranquila y sin que nadie te moleste durante al menos 20 minutos. Puedes poner música en el baño, poner un calefactor si hace frío o poner una vela aromática. La idea es crear un ambiente agradable para disfrutar de un momento de intimidad y conexión contigo misma. Puedes comprar un gel que te guste su aroma o hacerte con un exfoliante o una esponja que te resulte agradable.

Mientras te duchas o te bañas acaricia tu cuerpo suavemente, siente lo cálida que está tu piel bajo el agua. Recorre todos los rincones de tu cuerpo sin juzgar y sin prisa mientras respiras y te dices un mensaje positivo a ti misma: “me estoy cuidando, estoy conectando con mi cuerpo, quiero mimarte”.

Tómate todo el tiempo que te apetezca mientras te duchas o te bañas y disfruta de ese momento de relajación. Si te vienen pensamientos que te alejan del momento agradable, déjalos pasar sin agarrarte a ellos y vuelve a reconectar con el momento sin juzgar.

Después prueba a no secarte corriendo. Tómate tu tiempo para secarte y te propongo que escojas una crema que te guste y te hidrates bien toda la piel, disfrutando de las sensaciones agradables y relajantes que te ha proporcionado el agua. Acaricia tu cuerpo sin juzgar siendo consciente de que te estás mimando y dite: “Soy perfecta como soy”.

Anexo 4. Autobiografía placentera

Esta tarea busca, desde la vivencia subjetiva, explorar y tomar conciencia de las situaciones y experiencias placenteras a lo largo del recorrido vital relacionadas con el disfrute, con aquellas cosas que nos apasionan y que nos hacen sentir bien, con personas a las que amamos, con nosotras mismas/os...

El placer no solo corresponde al ámbito sexual, sino que muchos son los momentos, actividades o experiencias en las que conectamos con el placer. Se trata de reflexionar y anotar esas experiencias, pasiones, situaciones, momentos o personas que a lo largo de tu vida hayan estado conectadas con el placer. Ponemos el foco en los últimos años para analizar cómo es la situación actual. Reflejar también aquellas experiencias que conecten con momentos sensuales agradables, excitantes, eróticos...

Anexo 5. Masaje sensorial en pareja sin genitales

A lo largo de las próximas semanas la propuesta es llevar a cabo una o dos veces a la semana los masajes sensoriales. Por otro lado, aumentar o mantener las caricias y los besos de todo tipo en el día a día, no solo asociadas a las relaciones sexuales. Estos masajes los podéis adaptar a vuestra vida íntima, son unas indicaciones generales. Se trata de cultivar vuestra intimidad sin presión y sin juzgar.

Pautas concretas para los ejercicios de caricias sensoriales:

Empezad por crear un clima adecuado para las caricias, preparando un ambiente agradable y relajado. Podéis haceros con algún aceite o crema que os guste para masaje o utilizar un pañuelo para tapar los ojos y así centraros más en las sensaciones físicas. Evitad realizar el masaje cuando estéis muy cansados, con sueño o con algún tipo de estrés mental...

Antes de empezar, puede ser agradable hacer algo juntos como darse una ducha, desayunar, dar un paseo, tomar algo etc. Para la primera vez podéis estar en ropa interior o desnudos, lo que os sea más cómodo.

Las pautas para las caricias son las siguientes:

Primero uno de los dos se tiende boca abajo o de lado (en una postura que sea cómoda) y con los ojos cerrados; el otro, en una postura cómoda y con los ojos cerrados o abiertos empieza a acariciar suavemente, desde el cabello a los pies, sin olvidarse de ninguna zona, descubriendo desde lo táctil toda la geografía corporal del compañero/a.

Explorad los dedos de los pies, los pies, los muslos, el vientre, los brazos, la cara, el pelo y las nalgas... sin olvidar ninguna zona, solamente dejamos fuera los genitales en esta primera parte de los ejercicios. Hacedlo lentamente, concediendo quince minutos como mínimo para cada masaje. Se trata de caricias y toques agradables a vuestra manera, probando diferentes presiones y maneras de acariciar, utilizando algún objeto si se desea, como una pluma, un cepillo...

Cuando la persona que está acariciando llega a los pies, la que está tendida se da la vuelta y se repite el ejercicio por delante, desde los pies al cabello. Después, se invierten los roles, y se repiten las caricias tal y como se han descrito anteriormente. Tras esto, se abren los ojos, la que estaba tumbada se incorpora y se dedican unos

minutos a comunicarse cómo se han sentido, la calidad de las caricias, los afectos, lo que más le ha gustado, y de qué forma le han gustado las caricias.

Como el ejercicio ha de realizarse una o dos veces por semana, es conveniente anotar las incidencias de cada sesión para así poder comentarlas también en las sesiones de terapia. No hay inconveniente en que, tanto antes como después del encuentro, comentéis entre vosotros los aspectos “técnicos” (preparación, lo que ha gustado, etc...).

Durante el ejercicio no es conveniente hablar, a menos que la actividad de la otra esté provocando rechazo, dolor, etc...

Recordad que el objetivo del encuentro *no es sentirse excitado o excitada, sino disfrutar de las sensaciones siendo tocado/a y tocando. Lo importante es disfrutar del momento de intimidad para conectar, sin presiones, prisas o juicios.*

