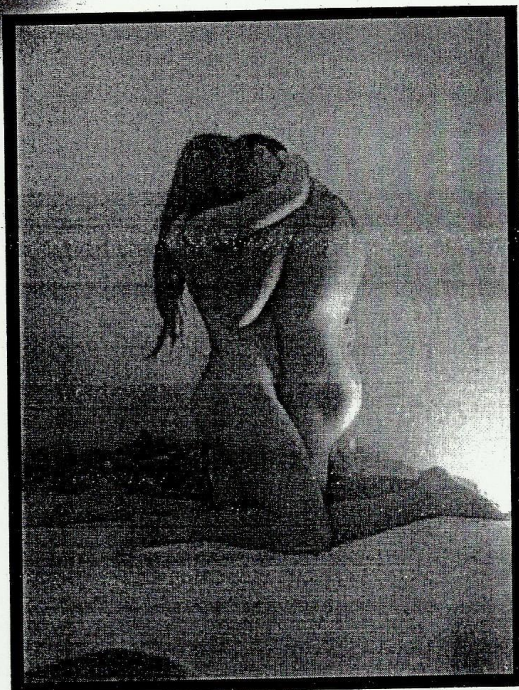




EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

Rosa María Zapata Boluda



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

COORDINADORA

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA.

AUTORAS/ES

(Por orden de aparición en el texto)

ROSA MARIA ZAPATA BOLUDA.
ANTONIO JOSÉ GONZÁLEZ JIMÉNEZ.
MANUEL LUCAS MATÉU.
ROSA MARÍA MARÍN ZAPATA.
ENCARNACIÓN SORIANO AYALA
MARÍA JOSÉ MUÑOZ PARÍS.
INMACULADA FERNÁNDEZ AGÍS.
CARMEN SÁNCHEZ CARRIÓN.
RAQUEL ALARCÓN RODRIGUEZ.
TESIFÓN PARRÓN CARREÑO.
CARMELO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ.
ANA DEL MAR RUÍZ MUÑOZ
MANUEL VARGAS FERNÁNDEZ.
FRANCISCO JOSÉ MALDONADO MARTÍNEZ.
JOSÉ MARÍA PORRAS PASTOR.
MARIA ISABEL GUTIÉRREZ IZQUIERDO.
LAURA C. SÁNCHEZ-SÁNCHEZ.
FRANCISCO MONTESINOS MARÍN.
MARISA B. PÁEZ BLARRINA.
EVA DEL AGUILA MARTÍN.

ALMERÍA, 2008

EDUCACIÓN PARA LA SALUD SEXUAL

COORDINADORA

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA

AUTORES

(Por orden de aparición en el texto)

ROSA MARÍA ZAPATA BOLUDA

ANTONIO JOSÉ GONZÁLEZ JIMÉNEZ

MANUEL LUCAS MATEU

ROSA MARÍA MARÍN ZAPATA

ENCARNACIÓN SORIANO AYALA

MARÍA JOSÉ MUÑOZ PARRIS

IMMACULADA FERNÁNDEZ AGUIR

CARMEN SÁNCHEZ CARRIÓN

RAQUEL ALARCÓN RODRÍGUEZ

TERCER PARRÓN CARRIÓN

CARMELO GUTIÉRREZ GONZÁLEZ

ANA DEL MAR RUIZ MUÑOZ

MANUEL VARGAS FERNÁNDEZ

FRANCISCO JOSÉ MALDONADO MARTÍNEZ

JOSÉ MARÍA PUJOS PASTOR

MARÍA ISABEL GUTIÉRREZ LOQUENDO

LAURA C. SÁNCHEZ-SÁNCHEZ

FRANCISCO MONTERO MARÍN

Educación para la Salud Sexual

© del Texto: Rosa Mª Zapata Boluda

© de la Edición: *Sistemas de Oficina de Almería, S.A.*
Almería 2008.

Imprime: Sistemas de Oficina de Almería, S.A.
ISBN (13 DIGITOS): 978-84-96918-11-5
Deposito Legal: AL-672-2008.

ALMERÍA 2008

ÍNDICE		
Presentación		9
Capítulo I	El eje transversal coeducación a través de los documentos curriculares educativos.	11
	Antonio José González Jiménez.	
Capítulo II	Presente y futuro evolutivo del hecho sexual humano.	37
	Manual Lucas Matheu	
Capítulo III	Mitos sexuales en adolescentes	55
	Rosa María Zapata Boluda.	
	Rosa María Marín Zapata.	
Capítulo IV	El Amor y la pareja	65
	Encarnación Soriano Ayala	
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo V	Educación sexual	87
	María José Muñoz París	
Capítulo VI	Identidad sexual, diversidad sexual y dimensiones de la sexuación	99
	Inmaculada Fernández Agís	
Capítulo VII	La sexualidad en jóvenes.	
	El disfrute de la sexualidad	119
	Carmen Sánchez Carrión	
Capítulo VIII	Anatomía del aparato genitourinario masculino y femenino	133
	Raquel Alarcón Rodríguez	
	Tesifón Parrón Carreño	
Capítulo IX	Fisiología e higiene sexual y reproductiva humana	153
	Carmelo. J. Gutiérrez González	
Capítulo X	Hormonas sexuales: estrógenos, gestágenos, andrógenos.	169
	Ana del Mar Ruíz Muñoz	
Capítulo XI	Respuesta sexual Humana	177
	Carmelo. J. Gutiérrez González	
Capítulo XII	Disfunciones sexuales más frecuentes.	189
	Carmelo Gutiérrez González	
Capítulo XIII	Conducta sexual humana	205
	Carmelo Gutiérrez González	
Capítulo XIV	Historia de la anticoncepción	225
	Tesifón Parrón Carreño	
Capítulo XV	Planificación familiar	239
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo XVI	Métodos anticonceptivos más frecuentes.	
	Usos, ventajas e inconvenientes.	249
	Rosa María Zapata Boluda.	
Capítulo XVII	Anticonceptivos hormonales.	
	Terapia Hormonal sustitutiva	283
	Ana del Mar Ruíz Muñoz	
Capítulo XVIII	Estudio de la pareja estéril	
	Y Reproducción asistida	293
	Rosa María Zapata Boluda.	

Capítulo IXX	Embarazo no deseado y adolescencia. Intervenciones educativas y de promoción de la salud.	301
	Rosa María Marín Zapata. Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XX	Interrupción voluntaria del embarazo	313
	Manuel Vargas Fernández Francisco José Maldonado Martínez José María Porras Pastor	
Capítulo XXI	Infecciones de transmisión genital ITS (Infecciones de transmisión sexual)	333
	Tesifón Parrón Carreño Raquel Alarcón Rodríguez	
Capítulo XXII	Pruebas diagnósticas de prevención del cáncer femenino y masculino	363
	Rosa María Zapata Boluda María Isabel Gutiérrez Izquierdo	
Capítulo XXIII	Pruebas exploratorias y autoexploratorias en la prevención del cáncer masculino y femenino.	373
	María Isabel Gutiérrez Izquierdo Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XXIV	Problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a la mujer	383
	Rosa María Zapata Boluda	
Capítulo XXV	Problemas de salud sexual y reproductiva que afectan al varón	403
	María Isabel Gutiérrez Izquierdo	
Capítulo XXVI	Mujeres, violencia y salud. Agresiones sexuales. Violación	417
	Francisco José Maldonado Martínez Manuel Vargas Fernández	
Capítulo XXVII	Programas de intervención en salud sexual	433
	María José Muñoz París	
Capítulo XXVIII	Educación sexual para mujeres operadas por Cáncer de mama: la importancia de la imagen Corporal	443
	Laura C. Sánchez-Sánchez Francisco Montesinos Marín Marisa B. Páez Blarrina	
Capítulo XXIX	Programa de educación sexual para personas Con esclerosis múltiple	473
	Laura C. Sánchez-Sánchez Eva del Águila Martín	

CAPITULO XXIX

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS
CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE**

**LAURA C. SÁNCHEZ-SÁNCHEZ
EVA DEL ÁGUILA MARTÍN**

PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL PARA PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

Laura C. Sánchez Sánchez
Eva del Águila Martín

1. Introducción

La esclerosis múltiple (EM) consiste en la aparición de lesiones focales, múltiples y distribuidas en la sustancia blanca de todo el sistema nervioso central, denominadas placas, en las que lo más llamativo es la pérdida de mielina (desmielinización) con preservación relativa de los axones, aunque también están afectados en grado variable, y una reacción glial cicatricial (Castro, Carreño y Otano, 2001). El proceso de desmielinización produce una alteración en la conducción saltatoria típica de las vías mielinizadas normales, lentificándose el impulso nervioso (la conducción) e incluso bloqueándose. Por tanto, el modo en que la EM afecta a una persona dependerá de la localización de las cicatrices o placas que pueden ocurrir a todo lo largo del neuroeje (Sheinberg y Holland, 1988).

La hipótesis patogénica más aceptada es que la EM es fruto de la conjunción de una determinada predisposición genética y un factor ambiental desconocido que, al aparecer en un mismo sujeto, originarían un amplio espectro de alteraciones en la respuesta inmunitaria, que a su vez serían las causantes de la inflamación presente en las lesiones de la EM (Castro, Carreño y Otano, 2001).

En España se han llevado a cabo diversos estudios desde 1994 a 1999 (por ejemplo, Fernández y Buñill, 1994; Sempere, Clavería, Duarte, Coria y Cabezas, 1995), obteniéndose tasas de prevalencia que han oscilado de 32 a 65 casos/100.000 habitantes.

El 90% de los pacientes con EM presentan un curso clínico caracterizado por la aparición de episodios o brotes de disfunción neurológica que, a medida que se repiten, van dejando secuelas funcionales neurológicas (forma en brotes o recidivante-remitente [RR o EMRR]).

Por tanto, la esclerosis múltiple exige a la persona la capacidad de adaptarse continuamente a las exigencias y necesidades cambiantes originadas por el carácter impredecible de la enfermedad. Estas modificaciones pueden afectar a la respuesta sexual, y es entonces cuando se suele recurrir a mecanismos que implican el "redescubrimiento" de la pareja y la potenciación de un aspecto muy importante en nuestras relaciones íntimas: la sensualidad.

No existe una sexualidad diferente para la gente con EM, sino que existen formas diferentes de vivir la sexualidad humana, que es la única sexualidad de las personas en "sus ricas y diversas formas".

Es importante que la persona con EM y su familia sepan que cuentan con el apoyo y consejo de especialistas que les pueden informar y orientar en un clima de profundo respeto a la intimidad, buscando soluciones de acuerdo con las circunstancias de cada persona (Cabero, 2004).

La actividad sexual es una parte importante de la vida del ser humano y especialmente en la edad de presentación de la enfermedad, fundamentalmente entre 20 y 40 años, donde se desarrolla la edad fértil de la mujer y cuando se mantiene una mayor actividad sexual, en general. Es por ello, que una merma en la esfera de la sexualidad repercute claramente en la calidad de vida de los pacientes y en su relación de pareja, existiendo un mayor porcentaje de separaciones, que, aunque no se pueda atribuir exclusivamente a esta causa, es indudable que la alteración sexual es uno de los factores que están implicados. La tensión de tener que enfrentarse a la EM supone un reto a los esfuerzos de la pareja por comunicarse abiertamente sus respectivas experiencias y las necesidades cambiantes de expresión y plenitud sexuales (FELEM, 2004). Realmente la problemática sexual de los pacientes de EM es difícil de abordar ya que es un tema muy poco tratado en las consultas por parte de los pacientes, incluso hoy en día, debido a diversos motivos de diferente índole: religiosa, cultural, social, etc., siendo muy difícil poder conocer la incidencia real de esta alteración, ya que los pacientes no contestan de forma amplia a esta cuestión al ser interrogados sobre este tema y si lo hacen en muchas ocasiones la respuesta no es del todo sincera.

Por otra parte, hay un gran desconocimiento de las alternativas terapéuticas existentes actualmente en este campo por parte de los pacientes y del personal sanitario. Existe también un importante número de pacientes que muestran una evidente "resignación" ante la pérdida de la función sexual, lo que resulta difícil comprender dada la edad de los pacientes y las posibilidades terapéuticas reales de las que disponemos actualmente (Navarro, 2005).

Asimismo, es preciso analizar los prejuicios fundamentales que impiden a las personas discapacitadas (y en concreto a los pacientes de esclerosis múltiple) vivir su sexualidad, ofreciendo una nueva visión más científica y profesional de la misma.

Durante siglos, y hasta tiempos bien recientes, estaba generalizada una visión de la sexualidad que descartaba la posibilidad de que las personas discapacitadas pudieran vivir esta dimensión humana.

A continuación se enumerarán los principales prejuicios sexuales que repercuten en las personas discapacitadas, algunas de las cuales, perviven en la sociedad actual:

- **Considerar que la sexualidad se reduce a la genitalidad y la actividad coital.**

El mapa corporal sexuado se reduce a los genitales, olvidando que todo el cuerpo es sexuado y que las posibilidades de contacto, caricias, excitación, etc., están muy lejos de reducirse a la genitalidad. Tenemos unos dos metros cuadrados de piel, con numerosas zonas erógenas y sensibles con millones de receptores. Por ello, cuando hablamos de actividad sexual corporal nos referimos a conductas muy diversas y no sólo ni necesariamente a la actividad coital.

Esta visión más científica y profesional, favorece planteamientos más abiertos y ricos, conductas con significado sexual muy diferentes, impliquen o no la conducta coital.

Ni siquiera debe reducirse a actividad corporal, sino tener en cuenta las posibilidades de la fantasía y los afectos, con o sin contacto sexual.

Esta visión permite un amplio abanico de conductas que enriquecen las posibilidades de que los discapacitados tengan actividad sexual, si ésta fuera su decisión: tocarse, abrazarse, acariciarse, masajearse, fantasear, etc.

• **Reducir la función de la sexualidad a la procreación.**

Desde esta concepción se considera que toda conducta sexual no orientada directa o indirectamente a la procreación es una desviación. Por tanto, si por alguna razón las personas discapacitadas no pueden o no quieren tener hijos, automáticamente queda descalificada su sexualidad.

Además, el miedo al embarazo y sus consecuencias (no tener habilidades y/o medios suficientes para cuidar de una criatura, las repercusiones para la salud de la madre, el miedo a que se pudiera heredar la discapacidad, etc.) les preocupa a las familias y personas cuidadoras. Este miedo puede condicionarlas, restándoles autonomía y privacidad y estableciéndose una mayor supervisión y control.

• **Reducir la sexualidad al matrimonio.**

Si reducimos el derecho de la actividad sexual al matrimonio y, como ocurre en muchas ocasiones, algunos discapacitados no se casan (bien porque así lo decidan, bien porque no encuentren la persona adecuada con quien hacerlo), estaríamos de nuevo, por esta forma de organización social, yugulando toda posibilidad de resolver sus necesidades y derechos de intimidad.

• **La reducción a la heterosexualidad.**

Si, como ocurría hasta tiempos recientes (y todavía ocurre en algunos países), se persigue a los homosexuales, los discapacitados que sientan este tipo de atracción (o cualquier otro tipo de atracción o de expresión sexual diferente de la heterosexual), tendrían cercenada toda capacidad de satisfacer sus deseos y derechos en este campo, sobre todo porque, en general, tienen menos posibilidades de encontrar pareja. Los homosexuales, bisexuales, etc., son minorías con dificultades sociales; si además son discapacitados, suelen sufrir una doble marginación (López, 2002).

Por otra parte, y aunque resulte paradójico, otros sectores han señalado que las conductas auto-eróticas y el lesbianismo caracterizan más que ningún otro su comportamiento sexual (Barragán, 2003), siendo otro mito sin fundamento estadístico.

• **La reducción de la sexualidad a un derecho de los varones.**

En la actualidad, son pocas las personas que no admiten los mismos derechos sexuales en las mujeres que en los hombres, pero esto es sólo en el ámbito teórico. Con frecuencia, los padres (así como otros familiares, amigos...) de discapacitados son más restrictivos con sus hijas discapacitadas que cuando se trata de un hijo varón (López, 2002).

Los mitos básicos –que han sido elaborados desde una perspectiva androcéntrica– señalan que las mujeres con discapacidad son asexuales; que son como niñas y dependen de las demás personas y necesitan protección; que su discapacidad genera discapacidad en su entorno; que deben hacer su vida y formar pareja con otras personas como ellas; las madres y padres con chicas con discapacidad no desean que reciban educación sexual, etc. (Masters, Johnson y Kolodny, 1988).

De todo lo anterior se pueden extraer los siguientes corolarios: necesitan tener acceso (como cualquier otro colectivo) a la educación afectivo-sexual para poder vivir la sexualidad de una manera saludable. Deben tener conocimientos sobre cómo funciona su cuerpo, cómo se produce un embarazo y cómo se puede evitar, cómo hacer que su relación sexual sea más comunicativa y placentera, cómo oponerse a prácticas que no deseen, cómo evitar infecciones de transmisión sexual, etc. Privar de educación sexual es exponer a las personas a mayor vulnerabilidad (Migallón y Ayala, 2004).

En cambio, en todo el mundo, a la salud reproductiva de los hombres y las mujeres que tienen discapacidades físicas generalmente se le da poca prioridad o simplemente se deja a un lado. A menudo, esto ocurre debido a las creencias que se citaban anteriormente, como que las personas con discapacidad no son sexualmente activas y que no necesitan controlar su fertilidad. Puesto que con frecuencia las personas con discapacidad no se dejan ver o no les es fácil acudir a un consultorio, es posible que los proveedores de planificación familiar no estén al tanto de sus necesidades de salud reproductiva.

Eileen Girón, directora ejecutiva de la Asociación Cooperativa del Grupo Independiente para la Rehabilitación (ACOGIPRI), en El Salvador, opina: "Las personas con discapacidad tienden a estar escondidas en sus hogares durante muchos años. Las barreras físicas fuera del hogar y la falta de medios de transporte también les dificultan mucho salir. Como resultado de ello, no están representadas en los comités y sus necesidades se desconocen. Pero cuando hemos realizado talleres relativos a la sexualidad, las mujeres y los hombres discapacitados con quienes trabajamos dicen que necesitan más servicios de salud reproductiva. Dicen que han querido aprender más desde hace mucho tiempo, pero que no sabían a quién pedir información".

El hecho de precisar apoyos de otras personas no debe condicionar su percepción como personas adultas y su capacidad para elegir y decidir sobre múltiples facetas de su vida (tener intimidad, tener pareja, elegir el estado civil que más les convenga, tener o no descendencia...) (Migallón, y Ayala, 2004).

Para concluir, enfatizar la necesidad de dar educación sexual a aquellos pacientes de esclerosis múltiple que lo necesiten y/o lo requieran, haciendo de los talleres un espacio abierto e interactivo donde poder hablar libremente, solicitar información, etc. Éste será el propósito del programa que aquí se presenta.

2. Análisis de la situación

Los estudios de prevalencia de los problemas sexuales relacionados con la EM indican que entre un 40 y un 80 por ciento de las mujeres y entre un 50 y un 90 por ciento de los hombres tienen dolencias o preocupaciones de índole sexual. Los cambios más comunes en los hombres son la disminución de la capacidad de conseguir y mantener la erección y la dificultad de conseguir el orgasmo. En las mujeres, los cambios mas frecuentes son una pérdida total o parcial de la libido (deseo sexual), irritación o sequedad vaginal, reducción de la intensidad del orgasmo y cambios sensoriales molestos en la zona genital.

Los cambios sexuales relacionados con la EM, pueden clasificarse como de naturaleza primaria, secundaria o terciaria. La *disfunción sexual primaria* está provocada por cambios del sistema nervioso que inhiben directamente la reacción o la sensación sexual. Son trastornos primarios, por ejemplo, la pérdida total o parcial de la libido, la aparición de sensaciones desagradables en los órganos reproductores, la disminución de sensibilidad en la zona genital, la reducción de lubricación genital o la capacidad eréctil y la disminución de la frecuencia o la intensidad del orgasmo. La *disfunción sexual secundaria* hace referencia a cambios físicos relacionados con la EM que afectan indirectamente a la reacción sexual. La disfunción de la vejiga o los intestinos, la fatiga, la espasticidad, la debilidad muscular, los problemas de atención o concentración, los temblores de las manos y otros cambios no genitales en la sensibilidad son algunos de los síntomas mas frecuentes que pueden desembocar en una disfunción sexual secundaria. La *disfunción sexual terciaria* es producto de cuestiones psicosociales y culturales que pueden interferir en la reacción y la sensibilidad sexual. La excesiva preocupación por el rendimiento, los cambios en los roles familiares, la disminución de la autoestima, los problemas relativos a la imagen corporal, la pérdida de la confianza y las creencias y expectativas interiorizadas sobre lo que es un "hombre sexual" o una "mujer sexual" en el contexto de una discapacidad pueden ser indicativos de una disfunción sexual terciaria o pueden contribuir a ella (Foley, 2005).

Con este programa se pretende abordar aquellos temas que sean detectados que despiertan más interés entre una muestra de pacientes de EM y proporcionarles una información útil y veraz, al tiempo que se les ofrece la oportunidad de preguntar dudas o curiosidades sobre sexualidad. Para llevar a cabo este sondeo se desarrollarán las siguientes actividades:

- Cuestionario MSISQ-19 (Sorgen, Foley, LaRocca and Zemon, 2000), que evalúa la afectación sexual a causa de la enfermedad. Vease Anexo I.
- Dinámica de grupo (similar a *brainstorming*) donde se expresen en voz alta los miedos, prejuicios y otras carencias afectivas y sexuales o

cualquier otra información que se considere necesaria para completar los datos que no aparecen en el cuestionario y que puede ser de suma relevancia para un adecuado desarrollo del programa.

3. Priorización de necesidades

Después del análisis de la situación deben quedar claros aquellos aspectos más desconocidos o de mayor interés sobre sexualidad en los pacientes de EM, ya sea por las peculiaridades de su enfermedad o su tratamiento. Una vez conocidos estos datos se priorizarán las necesidades en función de:

- Aquellas áreas de las que se demande más información según los cuestionarios y los informes verbales.
- Los síntomas que más afecten a los pacientes.
- Los medicamentos que más interfieran con la respuesta sexual humana (RSH).
- El redescubrimiento del cuerpo, para buscar nuevas alternativas a la sexualidad.
- Otras posibles: revisiones ginecológicas y urológicas, la masturbación...

4. Objetivos

A continuación, se señalan los objetivos más relevantes del programa, teniendo en cuenta que se deben adaptar a los resultados extraídos de la administración del cuestionario, así como a la priorización de necesidades establecida.

4.1. Objetivos generales

- Enseñar a disfrutar de una sexualidad satisfactoria.
- Desmitificar los "centrismos" (coito-centrismo, orgasmo-centrismo, etc.).
- Mejorar el conocimiento de su propio cuerpo.
- Aprender a disfrutar del cuerpo de una manera diferente.
- Disminuir el número de ITS en este grupo de población.
- Disminuir el número de embarazos no deseados.
- Otros posibles, dependiendo de los datos que se obtengan del análisis de la situación.

4.2. Objetivos específicos

- Eliminar todas las creencias erróneas sobre la sexualidad en al menos el 90% de los pacientes de esclerosis múltiple en el plazo de un año.
- Que al menos un 90% de los pacientes conozcan su enfermedad, los síntomas que tienen, la medicación disponible para tratarla y las

cualquier otra información que se considere necesaria para completar los datos que no aparecen en el cuestionario y que puede ser de suma relevancia para un adecuado desarrollo del programa.

3. Priorización de necesidades

Después del análisis de la situación deben quedar claros aquellos aspectos más desconocidos o de mayor interés sobre sexualidad en los pacientes de EM, ya sea por las peculiaridades de su enfermedad o su tratamiento. Una vez conocidos estos datos se priorizarán las necesidades en función de:

- Aquellas áreas de las que se demande más información según los cuestionarios y los informes verbales.
- Los síntomas que más afecten a los pacientes.
- Los medicamentos que más interfieran con la respuesta sexual humana (RSH).
- El redescubrimiento del cuerpo, para buscar nuevas alternativas a la sexualidad.
- Otras posibles: revisiones ginecológicas y urológicas, la masturbación...

4. Objetivos

A continuación, se señalan los objetivos más relevantes del programa, teniendo en cuenta que se deben adaptar a los resultados extraídos de la administración del cuestionario, así como a la priorización de necesidades establecida.

4.1. Objetivos generales

- Enseñar a disfrutar de una sexualidad satisfactoria.
- Desmitificar los "centrismos" (coito-centrismo, orgasmo-centrismo, etc.).
- Mejorar el conocimiento de su propio cuerpo.
- Aprender a disfrutar del cuerpo de una manera diferente.
- Disminuir el número de ITS en este grupo de población.
- Disminuir el número de embarazos no deseados.
- Otros posibles, dependiendo de los datos que se obtengan del análisis de la situación.

4.2. Objetivos específicos

- Eliminar todas las creencias erróneas sobre la sexualidad en al menos el 90% de los pacientes de esclerosis múltiple en el plazo de un año.
- Que al menos un 90% de los pacientes conozcan su enfermedad, los síntomas que tienen, la medicación disponible para tratarla y las

repercusiones de todo ello en su función sexual, así como las maneras de atajar esos problemas.

- Desarrollo de nuevas técnicas sexuales, partiendo de la creatividad de cada persona, en el 90% como mínimo de los pacientes de EM en el plazo de un año.

- Que entre un 90% y un 100% de los pacientes aprendan técnicas de autoexploración mamaria, testicular, etc., y consulten con un especialista en caso de problema, asimismo que acudan regularmente al ginecólogo y al urólogo al menos una vez al año.

- Entre el 80 y 100% de los participantes del programa adquieran los conocimientos necesarios acerca de anticoncepción, para que no se produzcan ITS ni embarazos no deseados.

- Que al menos un 90% de los pacientes interesados en tener un hijo, conozcan las alternativas posibles, qué deben hacer con la medicación en caso de embarazo accidental o planificado, etc.

- Otros posibles, dependiendo de los datos que se obtengan del análisis de la situación.

4.3. Objetivos de proceso

Estos se apoyan sobre los objetivos específicos y darán nombre a cada una de las sesiones:

1. Falsos Mitos y “Centrismos”.
2. Disfunciones sexuales.
3. La autoestima.
4. La masturbación.
5. Formas alternativas de estimulación y de sexualidad (la “sed de piel”).
6. Juguetes eróticos.
7. Fantasías eróticas.
8. ITS y métodos anticonceptivos.
9. Revisiones ginecológicas y urológicas.
10. El embarazo.
5. Metodología

La metodología empleada para cubrir estos contenidos será básicamente la siguiente:

- Difusión previa del taller mediante cartelería.
- Charlas informativas, en aquellos temas que requieran un desarrollo más teórico: ITS, disfunciones sexuales...
- Dinámicas de grupo (de presentación, para aclarar conceptos, etc.).
- Ambientación de la clase (utilización de incienso, velas, colchonetas...).
- La expresión corporal (a través de movimientos, masajes, actividades...), para aprender algunas técnicas que requieren una práctica en vivo.
- El modelado (por ejemplo, en los masajes), con el objetivo de favorecer el aprendizaje de la técnica.
- La práctica en casa, para mejorar las habilidades adquiridas en el taller.
- La entrega de material (preservativos), pudiendo así utilizar uno de los métodos anticonceptivos mostrados en el taller y llevar a cabo una prevención de las ITS (dos de los temas impartidos).
- El refuerzo positivo (refuerzo social y entrega de preservativos para aquellos que asisten hasta el final del taller).

6. Recursos humanos y materiales

• Recursos humanos:

- Sexólogos u otros profesionales (psicólogos, enfermeros, médicos) con formación en sexología.
- Personal voluntario para ayudar en la realización del taller (instalación del proyector, colocación de las sillas adaptadas...).

• Recursos materiales:

- Una sala espaciosa adaptada a las condiciones de las participantes (fácil acceso, sillas movibles, etc.)
- Material fungible.
- Ordenador portátil y proyector para las exposiciones teóricas.
- Maniqués para la explicación de las autoexploraciones.
- Material específico para la ambientación de la sala en las dinámicas que lo requieran (relajación, conocimiento del cuerpo...).

7. Desarrollo de las temáticas

En principio, se llevarán a cabo dos dinámicas de grupo con dos objetivos concretos. Una dinámica de presentación y otra de motivación con la que se pretende fomentar una actitud de colaboración con respecto a cómo afrontar el programa de educación sexual.

• Dinámica de Motivación: “La sombrilla”.

El objetivo de esta dinámica es motivar a las participantes para que colaboren activamente en los ejercicios que se van a desarrollar a lo largo del programa. Insistiendo en que la finalidad del ejercicio es conocerse, para que no se sientan cohibidas en la realización de algunas actividades.

Desde el comienzo de la clase hay una sombrilla abierta frente a la pizarra. Se hacen todas las indicaciones necesarias y, llegado el momento de motivar las sesiones, se alude a él:

“La sombrilla abierta que tenéis delante tiene las varillas como en tensión.

Cuando cada uno de nosotros abrimos la sombrilla lo hacemos porque queremos “defendernos” de la lluvia, esconder nuestro cuerpo del agua, e incluso impedir los pisotones que la gente de al lado nos propina o escondernos de alguien...

Las actividades que vamos a realizar estos días son como un reto a cerrar nuestras sombrillas, a ir a cuerpo limpio, dejándonos “calar” por los compañeros. Es posible que en algún momento cerrar la sombrilla nos pueda suponer una molestia –“pisotón”- pero permite que los otros se acerquen a mí y me conozcan como soy de verdad.

El objetivo de estas sesiones de trabajo que vamos a realizar será, por tanto, cerrar la sombrilla y dejarse “calar”. Y para eso ¡hay que mojarse!, ¡hay que participar sin quedarse de espectador tras la ventana!

Al final del programa haremos una evaluación para ver cuántos hemos conseguido cerrar nuestras sombrillas y caminar a cuerpo limpio”.

• Dinámica de Presentación (Fritzen, 1988):

Los objetivos de esta dinámica son comenzar la integración del grupo, partiendo de algo tan fundamental como conocerse mutuamente, iniciando la relación interpersonal rompiendo el hielo desde el principio y reduciendo tensiones para demostrar que ningún miembro del grupo puede pasar desapercibido y dar la primera idea de los valores personales de los participantes.

El educador comienza explicando que el trabajo que van a realizar exige que todos se sientan a gusto. Esto requiere que todos sepan *quién es quién*. No se llegará a un conocimiento de grupo si los individuos no se conocen. Esto se puede

conseguir de varias maneras. En este ejercicio vamos a partir de la presentación por pares:

- El educador pide que todos los participantes formen subgrupos de dos (aunque lo ideal es que todos coincidan con todos), preferentemente entre personas desconocidas.
- Durante unos seis o siete minutos, cada dos personas se entrevistan mutuamente.
- Vueltos luego al grupo único, cada persona hará la presentación del compañero al que ha entrevistado.
- Nadie podrá hacer su propia presentación.
- Cada persona debe estar atenta y constatar si la presentación que de él ha hecho su compañero es correcta y si corresponde a los datos que él ha proporcionado.
- A continuación, el educador pide a los participantes que expresen su parecer sobre la presentación hecha por su compañero y sobre el valor que este ejercicio ha tenido para ellos.

Antes de dar comienzo a las sesiones con los contenidos concretos de cada temática, se llevará a cabo una última dinámica: el “Regalo Erótico”. Los objetivos primordiales son: ser capaz de dar y recibir objetos, ideas, ilusiones, etc.; desarrollar la creatividad a la hora de hacer regalos de contenido erótico; favorecer la cohesión del grupo y la motivación por asistir a las sesiones.

• ***Dinámica: “Regalo Erótico”***

- El educador indica a las participantes que cada día han de traer un “regalo” a un compañero que se le asigne secretamente. Este regalo será de contenido erótico o sexual, por ejemplo: un relato erótico, sales de baño, un preservativo... Se les recuerda que no debe ser nada excesivamente caro y que incluso pueden ser objetos de su casa, fotocopias... “la imaginación al poder”.
- Cada participante irá sacando de una bolsa negra el nombre del compañera al que deberá ir trayendo un regalo cada día. No se deberá desvelar el nombre del compañero que le ha tocado (hasta el último día).
- Al comienzo de cada sesión los participantes depositan sus regalos (con el nombre de la persona a quien va destinado) en una bolsa negra grande, conforme van entrando uno a uno (para que el resto no sospeche quién es su “amigo invisible”).
- Al final de cada sesión se reparte cada regalo a la persona cuyo nombre está escrito en el regalo.

A continuación se pasará a detallar las temáticas concretas que se abordarán a lo largo del programa.

1. Falsos Mitos y “Centrismos”

Objetivos

- Informar a los participantes sobre aquellas creencias extendidas en la sociedad en que viven que pueden estar limitando la expresión de su sexualidad.
- Enseñarles a detectar cuándo una afirmación sobre la sexualidad en general o sobre los discapacitados en concreto, en apariencia irrefutable, puede ser un falso mito.
- Reflexionar en torno a la veracidad de algunos modelos de sexualidad dominante de la sociedad en que vivimos.

Contenidos

- Planteamiento sobre los falsos mitos en general, dentro de la sexualidad y, concretamente, en lo referente a las discapacidades.
- Comprobar que los mitos son creencias de gran influencia sociocultural y que nos afectan a todos, aunque en cada grupo o gremio se viva de manera diferente.
- Señalar diferencias según las culturas, sociedades, e incluso, nivel educativo.
- Comprobar los falsos mitos existentes entre los asistentes.
- Comparar los mitos concretos de los participantes con los que hay en general, en nuestra cultura y la sociedad.
- “Desmitificar los mitos”

Metodología

En esta parte lo que se pretende es “desmitificar el mito”, con objeto de plantearlo como una influencia social más, sin que por ello tenga que determinar definitivamente una actitud o una idea peyorativa del tema tratado. Es decir, invalidar o quitar importancia a los mitos concretos sobre la discapacidad haciendo ver que se dan en todas las razas, culturas, sectores socioeconómicos, etc.

• Dinámica: “Desterrando mitos” :

El objetivo principal es intentar demostrar que los mitos son creencias, en la mayoría de las ocasiones erróneas, que influyen en todas las sociedades y que marcan nuestra conducta, nuestras actitudes y nuestra forma de pensamiento, por ejemplo, “los discapacitados nunca practican sexo”.

- Se forman grupos de 4 personas, aproximadamente. A cada grupo se le reparte una serie de tarjetas (en función de los participantes y de los mitos que queramos “desmitificar”), en las que aparecen unas afirmaciones relacionadas con la sexualidad, algunas se refieren a

cuestiones que se ajustan más a la realidad (por ejemplo, “la sexualidad en las personas con discapacidad tiene muchas vías de expresión, no sólo el coito.”) y otras que son falsos mitos, por ejemplo:

- Las personas con discapacidad son asexuados.
 - La incapacidad física genera incapacidad sexual.
 - Las personas con discapacidad deberían hacer su vida y casarse con personas como ellos.
 - Si una persona con discapacidad tiene un problema sexual casi siempre es resultado de su padecimiento.
 - Si una persona normal se relaciona con una persona con discapacidad es porque el primero no es atractivo para nadie.
- Tienen que debatir entre ellos para decidir si realmente es un falso mito o una cuestión que se ajusta más a la realidad y por qué.
- Las conclusiones se llevan al gran grupo. Se pueden ir anotando en la pizarra o en una cartulina lo más significativo que se vaya extrayendo en los grupos.

Además de esta dinámica se realizarán otras actividades para abordar los contenidos:

- Elaboración de un listado individual de los mitos (sexuales en general y los referidos a la discapacidad) que conocen.
- Contrastar los listados anteriores intentando compararlos por algún factor concreto (género, raza, edad.. de los asistentes)
- Explicación Teórica sobre la aparición de los mitos, como se difunden y llegan a establecerse como verdades categóricas.

“Centrismos”

Contenidos

- Planteamiento de las influencias del carácter reproductor del sexo con respecto a la creación de los “centrismos” y comentar la situación actual de los mismos.
- Incluirlos como formas alternativas y no definitivas o únicas de placer o de entender la sexualidad.
- Definir las formas de centrismo más extendidas en la cultura occidental.

- Coito-centrismo
- Orgasmo-centrismo
- Andro-centrismo
- Falo-centrismo
- Genito-centrismo
- Hetero-centrismo
- Etc.

Metodología

- Breve introducción teórica, planteando a los participantes preguntas del tipo: ¿A qué llamamos “centrismos”? ¿qué significan cada uno de ellos?
- Dinámicas de grupo:
 - Mostrar las ventajas y los inconvenientes de los centrismos, mediante una lluvia de ideas de los participantes.
 - Comparación de esas ventajas e inconvenientes en función del género.
 - Conclusiones finales, para incluirlas dentro de los Falsos Mitos (la primera de las temáticas).

2. Disfunciones Sexuales

Objetivos

- Aprender a detectar a qué se debe una posible disfunción sexual.
- Diferenciar entre síntomas primarios, secundarios y terciarios.
- Aprender a solucionar cada uno de los problemas, según su origen.
- Conocer los profesionales encargados de tratar cada uno de sus problemas.

Contenidos

- Enumeración y explicación de las diferentes disfunciones sexuales en el hombre y en la mujer con EM.
- Establecer la diferencia entre síntomas primarios, secundarios y terciarios.
- Mostrar los métodos y terapias existentes en el mercado para intentar solventar las posibles disfunciones sexuales que puedan surgir a lo largo del desarrollo de la enfermedad.
- Información sobre diferentes profesionales especializados a los que se pueden dirigir según su problemática específica.

Metodología

- Recabar información (lluvia de ideas) de los medicamentos, síntomas, etc., de cada uno de los participantes.
- Exposición teórica interactiva de los síntomas primarios, secundarios y terciarios y sus repercusiones en la sexualidad.
- Dinámica donde cada uno traiga los prospectos de las medicinas que estén tomando en ese momento, para que sepan reconocer aquellos medicamentos que perjudican o favorecen la

función sexual (el educador identifica los compuestos, los efectos secundarios...). La dinámica finaliza con preguntas y dudas sobre sus medicamentos.

- Exposición teórica de algunos métodos para mejorar cada uno de los síntomas o efectos secundarios de la medicación.
- Dinámica de grupo **"El sexo creativo"**:

El objetivo de esta dinámica es desarrollar la creatividad y flexibilidad a la hora de llevar a cabo diversas prácticas sexuales, pues es una manera de buscar alternativas cuando surge una disfunción sexual o simplemente para enriquecer sus prácticas actuales. En ella el educador indica a los participantes que cada día han de pensar en una actividad que se pueda llevar a cabo en la clase relacionada con la sexualidad y sus diversas formas de vivirla, para mejorar sus problemas sexuales o simplemente para fomentar lo positivo de su sexualidad. Cada participante se anotará en un cuadrante diseñado al efecto con las horas en las que se va a llevar a cabo esta actividad (dependiendo del número de participantes, se puede realizar sólo al inicio de cada sesión o al inicio y al final de cada sesión). Cada participante deberá indicarnos el día de antes, el material que precisa (bien para comprarlo, bien para que se lo traigan de casa los demás participantes), por ejemplo, plumas, esencias, incienso, etc. Los participantes nos explicarán en qué consiste su actividad (objetivos, reparto de la clase...) y nos entregará por escrito su descripción de la práctica para entregar este material a todos los asistentes al finalizar el curso. Se lleva a cabo la actividad y finalmente se comenta en grupo, por turnos, qué nos ha parecido y qué la podría mejorar.

- Se recomienda que ensayen soluciones en casa y se comparta (si lo consideran oportuno) con el grupo en la siguiente sesión.

3. La Autoestima

Las dificultades para establecer relaciones sociales, contactos afectivos íntimos y experimentar placer, a menudo, también pueden incidir en que se sientan más inseguros y angustiados.

Por otra parte, las personas y, especialmente las mujeres, en la sociedad tradicional (y todavía en la nuestra), han sido valoradas a partir de modelos de belleza, de juventud y de atractivo sexual, y por la capacidad de generar deseo en los demás, por lo que cuando las personas con discapacidad comienzan a ser conscientes de su cuerpo, con frecuencia pueden sentirse insatisfechas con su imagen corporal.

En una sociedad en la que "todos tenemos que parecernos", es difícil vivir con una discapacidad. En muchos casos, la discapacidad es percibida como una carencia ante los modelos ideales de feminidad y masculinidad impuestos socialmente.

La presión que ejercen los medios de comunicación sobre nosotros, proyectando estereotipos femeninos y masculinos que exaltan la belleza física como paradigma, contribuye a concebir la discapacidad como un déficit insalvable. En este entorno las personas con discapacidad encuentran obstáculos para configurar una identidad femenina basada en la autoestima y en el reconocimiento del propio cuerpo. La sociedad asume modelos concretos con vocación de universalidad que hacen invisible a un gran número de personas que no responden, aparentemente, a los patrones prefijados (Migallón y Ayala, 2004).

Objetivos

- Relativizar el concepto de "autoestima", destacando que no es imprescindible "tener autoestima para poder llevar a cabo relaciones sexuales".
- Descubrir las virtudes propias y ajenas.
- Conocer nuestro atractivo como paso previo, pero no imprescindible para ser una persona deseada y deseante.

Contenidos

- Entrenamiento de la regla contraria a lo que establece la sociedad, es decir, si ésta nos dice "primero siéntete bien y después actúa", nosotros nos posicionariamos en la versión inversa: "primero actúa y después, probablemente, te sentirás bien" (véase a este respecto la Terapia de Aceptación y Compromiso (Wilson y Luciano, 2002).
- Se trabaja en la exploración de las virtudes propias y ajenas, con una visión autocrítica, pero no tóxica.
- Hace notar que el atractivo físico y psicológico puede ser un prerrequisito, pero no la única condición para ser una persona deseada y deseante.

Metodología

- Para empezar a trabajar la autoestima, comenzaremos estableciendo un marco adecuado, empleando metáforas (persiguiendo que se realicen como algo "experimental o vivido" más que ser un recurso verbal del educador) como la del "observador de sí mismo", entre otras (Wilson y Luciano, 2002). Donde se ponga énfasis en que uno es algo más que su cuerpo y los cambios que éste pueda sufrir.

- Dinámica de grupo "**Compartir cualidades**":

Los objetivos de estas dinámicas serán: crear un clima positivo de confianza y comunicación interpersonal y reforzar el propio conocimiento y el conocimiento que tenemos de los demás.

- Se divide la clase en grupos de 6.

Se entrega a cada grupo seis hexágonos (aunque se puede hacer también con otras figuras geométricas según el número de personas) cortados en seis partes iguales. Cada uno de los trozos lleva en el reverso un número.

➤ Instrucciones del educador:

“Vamos a realizar un sencillo juego, el juego del FOCO. Consiste en lo siguiente: Uno cualquiera de los miembros del grupo se ofrece como voluntaria para ser FOCO, y se coloca en el centro del grupo. Cada uno de los demás miembros del grupo toma un trozo de hexágono y escribe en él *todas las cosas positivas que pueda acerca de la compañera “foco” o críticas constructivas acerca de sus defectos*. Pero, ¡atención!: sólo se pueden escribir cualidades que uno perciba realmente en el/la compañera/o. Debéis estar convencidos de que lo que escribís es verdad. Antes de empezar, reflexionad unos momentos sobre las cualidades de vuestro compañero. Cuando todos hayan terminado, cada uno dice al que ha hecho de FOCO las cualidades que ha puesto y le entrega su trozo de hexágono. Luego se ofrece otro voluntario y se repite el ejercicio, hasta que hayan pasado todos los miembros del grupo”.

➤ Se dedican luego unos 15 minutos aproximadamente a un diálogo con la clase sobre el ejercicio realizado. Si el tiempo da más de sí y el clima del grupo es positivo, puede alargarse este tiempo.

➤ Puede hacerse una puesta en común en torno a estas preguntas:

- ¿Cómo ha resultado el ejercicio?: ¿fácil?, ¿difícil?, ¿agradable?, ¿embarazoso?, ¿a qué ha sido debido?...

- ¿Habéis descubierto cualidades que no conocíais en algún/a compañero/a?

- ¿Os ha costado mucho encontrar cosas positivas que escribir de vuestros compañeros?, ¿os ha costado recibir los halagos y/o las críticas?, ¿a qué es debido?

• Dinámica de grupo: “El Espejo Mágico”:

El objetivo de esta dinámica es generar un clima de confianza y comunicación interpersonal fluida en el grupo y reforzar la imagen positiva de sí mismo y de los demás miembros del grupo.

Primera parte

➤ El educador introduce el juego recordando la historia de Blanca Nieves y el espejo encantado; rememorando la consabida pregunta: “Espejito, espejito mágico, dime: ¿Quién es la más hermosa del reino?”. Nosotros –dice- vamos a tener también aquí un espejo mágico al que vamos a preguntar:

“ESPEJITO, ESPEJITO MÁGICO, DIME LO QUE VES:
DIME LO QUE MÁS TE GUSTA DE MÍ”

➤ Cada participante debe mantener, por turno, el espejo junto a su oído y pensar lo que más le gusta de sí mismo; es como si el espejo realmente se lo dijera. Deja el espejo, e informa al grupo sobre lo que el espejo “le ha dicho”.

➤ Pasa el espejo al siguiente miembro del grupo y se repite la misma operación:

- pensar en lo que más le gusta de sí mismo, como si escuchara al espejo,
- informar de ello al grupo
- pasar el espejo al siguiente.

Segunda parte

➤ Terminada la primera ronda (si da tiempo), puede hacerse una segunda vuelta, de tal modo que el espejo diga a cada uno una cualidad de la persona que tiene a su derecha.

➤ Cuando todos han dicho la cualidad de la compañera de la derecha, se entabla un diálogo en el grupo, animado por el educador:

- ¿Es ésta la cualidad que tú más estimas en ti?: o bien, ¿hay otra cualidad distinta que tú destacarías como más importante en ti?

4. La masturbación.

Objetivos

- Exponer la trayectoria histórica de las concepciones sobre la masturbación que han ido manteniendo y mantienen diferentes culturas.
- Destacar, desde el punto de vista de la salud sexual, los puntos positivos de la masturbación como una práctica sexual más.

Contenidos

- Introducción histórica sobre la visión general de la masturbación y la importancia de esta influencia histórica en la actualidad.

Para centrarnos en la visión actual no debemos olvidar que históricamente, la masturbación, definida como tocarse los propios órganos sexuales para buscar placer, ha sido estigmatizada como una patología que tiene consecuencias nocivas para la salud física y mental. Hoy día, se tienen más conocimientos sobre la masturbación y es aceptada más abiertamente, hemos aprendido que puede fomentar la salud física, mental y sexual. Al eliminar en parte el estigma sobre la masturbación, podemos reconocerla como una conducta saludable, beneficiosa y natural. Las actitudes respecto de la masturbación son más positivas desde hace

algunos años, pero todavía no se ha superado totalmente su historia de estigmatización.

- Importancia de la masturbación dentro de la salud sexual.

Masturbarse significa jugar y gozar con tu propio cuerpo, hacer que despierte tu voluptuosidad, y dar forma a tus fantasías. Auto-explorarse sería un paso previo para dar a conocer después a la pareja (si la hubiera) las zonas de máximo placer, la manera de acariciarlas, lamerlas, etc.

- Plantear la masturbación como una forma alternativa y/o complementaria del acto sexual, ya sea de forma individual o en pareja.

Metodología

- Proyectar vídeos sobre la masturbación masculina y femenina (por ejemplo, el de Betty Dodson).

- Dinámica: “¿Cómo se masturba mi vecina/o?”

- El preparador llevará por escrito (en forma de cuestionario) diferentes opciones y formas de masturbación femeninas y masculinas.

- Los cuestionarios pertenecientes a la masturbación femenina se entregarán a los hombres y los de masturbación masculina a las mujeres, con objeto de conocer cuál es el conocimiento que cada sexo tiene del sexo contrario.

- Contrastar la información recogida en los cuestionarios con la teoría que se indica más abajo.

- Exposición de diferentes opciones y formas de masturbación femenina (empleo de juguetes eróticos, lubricantes, vídeos, fantasías...).

- Exposición de diferentes opciones y formas de masturbación masculina.

5. Formas alternativas de estimulación y de sexualidad **(“sed de piel”).**

Objetivos

- Detectar las “carencias” en el conocimiento de las posibilidades del cuerpo como órgano sensitivo en sí mismo.

- Presentar diferentes formas de sensación y estimulación (tanto con fines sexuales como de otro tipo).

Contenidos

- Aclaración del concepto de sexualidad y corporalidad (en pareja y sin pareja).

- Explicación de prácticas sexuales y de expresión corporal alternativas a la *genitalización* de la sexualidad, aunque sin menospreciar otras prácticas. Por ejemplo:

- Bioenergética

- Expresión Corporal
- Sexo Tátrico
- Masaje sensitivo
- Sotai

El SOTAI basa su aplicación en ejercicios estructurales que devuelven al cuerpo a las condiciones “dictadas por la Naturaleza”, llevándole hasta el punto óptimo de ubicación y función mediante suaves movimientos indoloros. SOTAI significa movilizar el cuerpo para corregir los desequilibrios en músculos y articulaciones que podrían ser el inicio de enfermedades, o bien formar parte de las mismas (como es el caso de la esclerosis múltiple).

Metodología

- Dinámica de presentación de diferentes partes del cuerpo (ombligo, pies, axila...). Los participantes se moverán en un espacio e irán apuntando los nombres de sus compañeros, la parte del cuerpo que ellos han presentado y la parte del cuerpo que les han presentado a ellos (por ejemplo, Rosa-ombligo, Raúl-axila).
- Puesta en común de las formas de estimulación que cada uno de los participantes conoce y/o utiliza en sus relaciones. Se irán anotando en una pizarra todas las aportaciones que los participantes hagan con objeto de poder compararlas con las planteadas más adelante. Si a los participantes les da vergüenza decir las en voz alta, las pueden escribir anónimamente en papeles que se recogerán posteriormente.
- Exposición teórica sobre las diferentes formas de estimulación y sensación puntualizadas con anterioridad (expresión corporal, bioenergética, sexo tátrico, masaje sensitivo, sotai.).
- Ejercicios de relajación, inspiración y espiración (en 10 tiempos cada una), llevando el aire hasta el diafragma para sentir la propia capacidad y la energía del aire, tanto del que entra como del que sale.
- Poner música suave, cerrar los ojos e intentar emular con el cuerpo cierto movimiento como si nos moviese el viento.
- Dinámicas varias (con modelado por parte del educador/a) donde se ensayen diferentes técnicas de conocimiento del propio cuerpo y del ajeno.
- Puesta en común de las sensaciones experimentadas en las actividades anteriores.

6. Juguetes Eróticos.

Objetivos

- Señalar la influencia negativa del medio social (falsos mitos) en la utilización de juguetes y estimuladores externos en las relaciones sexuales.
- P
lantear el juego desde una perspectiva donde se refleje su sentido lúdico, divertido, ocioso...

Contenidos

- Descripción de lo que puede ser considerado como un juego lúdico y erótico (presentar los juegos de mesa como preámbulo compartido o individual).
- Aprender a “utilizar otra mirada” a los juguetes eróticos, para plantearlos como juego y no como solución, resolución o sustitución de miembros.
- Exponer las diferentes utilidades de los juegos eróticos y sexuales durante una relación de pareja o para la masturbación.

Metodología

- Dinámicas de grupo:
 - Plantear un juego tradicional en grupo (la oca, el póquer...).Puesta en común para ver el juego como una forma de diversión (visión lúdica, ociosa, entretenida...) y que, al mismo tiempo, se puede emplear también como juego erótico o sexual.
 - Mostrar diferentes juegos eróticos y sexuales, en fotos y en vivo (consoladores, vibradores, aceites de masaje, dados del amor...).
 - Comparar ambos juegos (los primeros y los segundos) y trabajar en imaginación con los juguetes eróticos mostrados, para intentar desdramatizar su uso y poder descubrirlos con la imagen de juego, en su más amplio sentido, planteada desde el principio.

7. Fantasías

Objetivos

- Desmitificar la fantasía como término peyorativo.
- Mostrar los beneficios de “soñar despierto”.
- Fomentar el uso de la fantasía como parte de la sexualidad individual y compartida (si se desea).

Contenidos

- Presentación de las connotaciones negativas, y las funciones que tiene las fantasías dentro de la sociedad actual.
- Aclarar el término fantasía dentro de mundo de la sexualidad.
- Comparación de las fantasías sexuales con fantasías que no tengan carácter sexual (ser rico, comer caviar, tener más pelo, ser más alto, aprobar el curso, ganar un premio Nobel...).
- Trasladar los ejemplos anteriores al ámbito de la sexualidad.

Metodología

- Dinámica de grupo en la que se escriba alguna fantasía personal no relacionada con la sexualidad (elegir temas cotidianos como comer, viajar, profesión...)

- Trasladar esos ejemplos a la sexualidad, intercambiando anónimamente los textos que cada persona ha descrito (con objeto de crear una fantasía sexual sobre el escenario de la fantasía de otro), para describir la fantasía de otro y no la propia, pues quizá de este modo el tema resulte menos escabroso que si se originara como algo propio desde el principio.

- Dinámica de grupo: **"La fantasía en grupo"**

Se trata de ir elaborando una fantasía en grupo (colocando a los participantes en círculo para que la palabra pase por todos y nadie pueda eludir su turno), donde cada uno aporte un elemento a la misma, aclarando que lo que cada participante diga debe de entroncar con lo anteriormente dicho y al mismo tiempo ser nuevo y original. El tono de la fantasía probablemente irá subiendo conforme el turno vaya avanzando por el círculo de participantes... La fantasía finaliza cuando uno de los participantes la termina o cuando las ideas empiecen a repetirse demasiado. Finalmente se discute la utilidad de la fantasía como herramienta para ser utilizada en todas las fases de la Respuesta Sexual Humana (deseo, excitación, orgasmo...).

8. ITS y métodos anticonceptivos

Objetivos

- Dar a conocer las ITS con mayor incidencia en la actualidad.
- Concienciar sobre la importancia de adquirir hábitos de higiene, para prevenir e incluso tratar infecciones.
- Informar sobre los métodos anticonceptivos con que contamos en nuestros días, destacando aquellos con los que se pueden prevenir ITS.

Contenidos

- Información sobre las enfermedades (o infecciones) de transmisión sexual.

- Incidencia en la actualidad
- Factores de riesgo
- Diagnóstico. Métodos diagnóstico
- Prevención y tratamiento.

- Enumeración de las ITS y breve explicación de las más comunes en la actualidad.

- Virus del Papiloma Humano (VPH).
- Condilomas acuminados
- Chancroide
- Gonorrea
- Granuloma inguinal

➤	Herpes
➤	Linfogranuloma venéreo
➤	Molluscum contagiosum
➤	Parásitos (piojos púbicos, sarna)
➤	Sífilis
➤	Tricomonas vaginales
➤	Virus de la inmunodeficiencia
humana	
➤	Hepatitis B,C, etc.

- Clasificación de los métodos anticonceptivos.
 - Métodos naturales
 - Métodos de barrera
 - Anticoncepción hormonal
 - Dispositivo intrauterino
 - Métodos quirúrgicos
 - Anticoncepción post-coital
- Utilidad y eficacia de cada uno de ellos (cómo y cuándo elegir el método anticonceptivo adecuado).

Metodología

- Hacer un recorrido, junto con los participantes, del conocimiento que poseen sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y las consecuencias de las mismas, mediante una lluvia de ideas.
- Dinámica de grupo: **"Intercambios"**

El objetivo de esta dinámica es analizar la cadena de la transmisión de las ITS, conocer la forma de transmisión de las mismas y analizar la repercusión social de las ITS.

 - A cada persona se le reparte una tarjeta blanca y cinco de otro color.
 - En la blanca van a escribir su nombre y cinco cualidades positivas, y se la colocan con celofán en el pecho.
 - Todas circulan por la sala y van leyendo las tarjetas de las demás, en el momento que coincidan con alguien en alguna característica o cualidad en común, se intercambian una tarjeta de color (si la otra persona está dispuesta a intercambiar).
 - Cuando han intercambiado todas las tarjetas o cuando ya han visto todas las de las demás, se van colocando en sus respectivos sitios en la clase.
 - El educador pregunta quién tenía las tarjetas de color rosa, por ejemplo, y quién las tiene después del intercambio (normalmente todas tienen tarjetas de casi todos los colores al finalizar el intercambio). Y así sucesivamente con los cinco colores.
 - Se les explica que esto es un juego de simulación, en el que el intercambio de tarjetas simboliza el contacto sexual, en el que puede haber intercambio de fluidos o no, y en estos intercambios hay personas que pueden tener alguna ITS.

- Rosa: clamidia.
- Naranja: herpes
- Rojo: VIH
- Azul: sífilis
- Verde: sanas

➤ Las personas que se han quedado con todas las tarjetas verdes, significa que, o no han tenido ningún tipo de intercambio sexual, o, si lo han tenido, han utilizado protección. No podemos saber si una persona tiene una ITS simplemente por su aspecto físico, si parece limpio/a, sano/a o guapo/a.

A partir de aquí, se puede comenzar a hablar de las ITS y de la importancia del uso del preservativo en la prevención de las mismas.

- Exposición teórica sobre las ITS y los Métodos Anticonceptivos.
- Mostrar en vivo diferentes métodos anticonceptivos.
- Dinámica de grupo: **"Campañas"**.

El objetivo de esta dinámica es facilitar el conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos existentes y su utilidad en cada situación concreta, así como potenciar el trabajo en equipo. La dinámica se desarrolla de la siguiente manera:

- Se hacen tantos subgrupos como métodos anticonceptivos existan.
- Cada grupo va a trabajar sobre el método que haya elegido, sacando toda la información posible (que se les entrega en forma de folletos, libros...), en cuanto a las ventajas, los inconvenientes, modo de utilización...y elaboran una especie de "campaña" para promocionarlo.
- El educador irá pasando por todos los grupos para aclarar dudas y lagunas.
- Se pasa a exponerlos al resto de los grupos, de la manera que hayan elegido: teatro, transparencias, diapositivas, plastilina, murales...
- Se discute en grupo sobre la eficacia y los riesgos de usar o no un determinado método anticonceptivo.

9. Revisiones ginecológicas y urológicas

Objetivos

- Concienciar sobre la importancia de las revisiones ginecológicas y urológicas periódicas.
- Ayudar a desarrollar las habilidades necesarias para la autoexploración como método de prevención de posibles patologías.

Contenidos

- Aprendizaje de la auto-observación y autoexploración tanto en hombres como en mujeres.

- Desmitificar la incontinencia urinaria (un síntoma muy frecuente en la EM y que en ocasiones interfiere con su sexualidad) como término peyorativo.

Metodología

- Información teórica sobre la importancia de las revisiones ginecológicas y urológicas como método de prevención, tanto de ITS como de otras posibles enfermedades.
- Esclarecimiento mediante ilustraciones y explicaciones científicas de las funciones urinaria y sexual y sus interacciones.
- Explicación con modelado (empleando maniqués y dibujos) sobre la realización de las autoexploraciones femeninas y masculinas.

10. Embarazo.

Objetivos

- Evaluar el coste-beneficio de tener un hijo para la salud del hijo y de la madre o padre con EM.
- Conocer las opciones para tener un hijo.

Contenidos

- Informar de las consecuencias para el futuro bebé de que la madre tome medicación.
- Advertir de los posibles efectos sobre la salud de la madre de abandonar la medicación para tenerlo de manera natural.
- Exponer las ventajas e inconvenientes de: la adopción, el acogimiento básico y residencial.
- Detallar los estudios existentes sobre la aparición de brotes de la enfermedad antes y después del embarazo, señalando que, en cualquier caso, sólo se trata de datos estadísticos, pues cada persona con EM puede tener una evolución diferente.

Metodología:

- Se inicia la sesión preguntando quiénes de los presentes se han planteado tener un hijo y de qué manera lo quieren tener. Se les da opción a preguntar todas las dudas que tengan.
- Exposición teórica de las opciones para tener un hijo, así como de las repercusiones sobre la salud de tenerlo (ocurrencia de brotes durante y después del embarazo), incluyendo el uso o no de la medicación.
- Dinámica de grupo sopesando riesgos y beneficios. Entre todos se elabora un mural con las ventajas y desventajas de tener un hijo teniendo esclerosis múltiple, implicando áreas como la repercusión sobre la salud o la crianza (entre otras). Al finalizar la dinámica, se pide a los participantes que comenten en grupo (si así lo desean) qué conclusiones particulares han sacado al sopesar riesgos y beneficios, ya que quizá esto ayude a tomar decisiones

individuales (o, al menos, se les informa de todas las opciones existentes, así como de las consecuencias de cada una).

8. Cronograma

Este programa se puede desarrollar a lo largo de tres meses, con una sesión semanal de dos horas de aproximadamente. Por lo tanto, se puede llevar a cabo en un total de 10 sesiones. Es conveniente realizarlo en asociaciones de EM y/o federaciones de minusválidos o similares, siempre y cuando se trate de locales adaptados a las condiciones de los afectados de EM.

9. Evaluación

- Se realizará un comentario en grupo sobre qué hemos aprendido en el programa, qué preguntas quedan aún por responder...

- **Análisis DAFO**

El objetivo del análisis DAFO es analizar los elementos tanto internos del equipo como externos, que pueden intervenir en el desarrollo de nuestras acciones en un entorno determinado. De modo que podamos definir los objetivos como alcanzables y así elaborar una programación adecuada. Se desarrollará de la siguiente manera:

1. Una vez reunido el grupo de trabajo y explicado cómo se desarrollará la sesión, objetivos, metodología... se reparte la matriz DAFO y se rellena individualmente. A través de esta matriz cada participante en la sesión debe identificar su punto de vista sobre los siguientes aspectos:

- **Las fortalezas:** presentes en el grupo objeto del análisis, en este caso las personas con EM, y que representan la base sobre la cual se puede construir el éxito de los proyectos futuros (son aspectos positivos e internos).

- **Las debilidades:** que este grupo muestra y que pueden remediarse si adoptamos las medidas adecuadas (son aspectos negativos o mejorables e internos).

- **Las oportunidades:** que el entorno puede ofrecer al grupo o colectivo y al futuro trabajo que se va a realizar y que una vez detectadas, deberemos aprovechar cuando surjan en nuestro contexto. Además, nos señalarán nuevos ámbitos de intervención y nuevos métodos de trabajo (aspectos positivos y externos). Deben ser oportunidades que se puedan constatar, realmente previsibles, y no la expresión de deseos.

- **Las amenazas:** del grupo o el colectivo que el entorno puede esconder y que debemos reconocer y adoptar medidas para enfrentarnos a ellas (cuando se hagan realidad y pongan en peligro el adecuado desarrollo de nuestras previsiones de trabajo). Son aspectos negativos y externos.

2. Una vez contestada la matriz DAFO individualmente, pasaremos a elaborar una matriz DAFO grupal, o sea, consensuada por todo el grupo y recogiendo todos aquellos elementos comunes, compartidos por todos. Si son muchas personas, las dividiremos en subgrupos, haciendo un paso intermedio que facilite el diálogo y el intercambio, la participación de todos.

3. En este caso, haremos una variante del análisis DAFO, realizando este análisis grupal en un mural gigante o papel continuo con los cuatro cuadrantes, dejando que el grupo se exprese libremente en el mural, aunque cumpliendo lo que indica en cada apartado. Se puede expresar gráficamente con dibujos, recortes de revista, frases escritas...

4. A continuación, cada subgrupo deberá explicar al resto en qué consisten las opiniones representadas en el mural.

**ANÁLISIS DAFO
(INDIVIDUAL Y EN GRUPO-MURAL-)**

DEBILIDADES (-)	AMENAZAS (-)
FORTALEZAS (+)	OPORTUNIDADES (+)

- Cuestionario de evaluación para saber si ha mejorado su información y práctica sexual (se elaborará en función de las temáticas que se impartan, extraídas del análisis de la situación).
- Planteamiento de nuevos temas para futuros talleres.

Asimismo, se irá haciendo una evaluación continua de las actividades al finalizar la realización de cada una de ellas, con los comentarios positivos y las críticas constructivas de los participantes.

Por otra parte, a fin de averiguar el grado de información conseguido, así como el cambio de actitudes y hábitos, se planificará un seguimiento de los participantes durante una año tras la aplicación del programa (por ejemplo,

telefónicamente) para verificar si se han cumplido los objetivos planteados al comienzo.

"Nuestro estado de conciencia se ve negativamente afectado por nuestro propio interés por el orgasmo, ya que concentrar nuestra atención en algo que está por llegar, hace que nos perdamos el maravilloso momento presente".
Diana Richardson.

10. Bibliografía

Barragán, F. (2003). Concepciones sociales sobre la sexualidad y la salud de las mujeres con discapacidad. *I Congreso Internacional sobre Mujer y Discapacidad*.

Cabero, L. (2004). *Relaciones, Intimidad y Sexualidad*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Castro, P., Careño, M. y Otano, M. (2001). Etiopatogenia de la Esclerosis Múltiple. En O. Fernández, (Ed.), *Esclerosis Múltiple y otras enfermedades neurológicas*, (pp. 33-40). Madrid: Ergon.

Federación Española para la Lucha contra la Esclerosis Múltiple (FELEM), (2004). *Relaciones, Intimidad y Sexualidad*. Barcelona: Fundación "la Caixa".

Fernández, O. y Buñill, E. (1994). Prevalence of multiple sclerosis in Spain: Validation of an epidemiological protocol in two geographically separated areas. In : F. Wand (Ed.): *Multiple sclerosis in Europe: An epidemiological update*. (pp. 184-189). Darmstadt, Leuchtturm-Verlag: LTV Press.

Foley, F. (2005). Introducción a la intimidad y la sexualidad en la EM. *MS In Focus*, 6, pp. 4-5.

Fritzen, S.J. (1988). *70 Ejercicios Prácticos de Dinámica de Grupo*. Santander: Editorial Sal Terrae.

López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Masters, W., Johnson, V. y Kolodny, C. (1988). *La sexualidad humana*. 3. *Perspectivas Clínicas y Sociales*. Barcelona: Grijalbo.

Migallón, P. y Ayala, O. (2004). La Salud en las Mujeres con discapacidad. *Cuadernos de Salud nº 17*. Instituto Andaluz de la Mujer.

Navarro, G. (2005). Alteraciones sexuales y esclerosis múltiple I. *Noticias EM*, 81. Asociación Española de Esclerosis Múltiple.

Navarro, G. (2005). Alteraciones sexuales y esclerosis múltiple II. *Noticias EM*, 82. Asociación Española de Esclerosis Múltiple.

Psicólogos para la Acción Social en Almería (PSI.A.S.A.). *Taller de Educación Afectivo/Sexual para Mediadores (Forma Joven)*. Instituto Andaluz de la Juventud. Junta de Andalucía.

Sempere, A.P., Clavería, L.E., Duarte, J., Coria, F. y Cabezas, C. (1995). Multiple sclerosis in Spain (letter). *Neurology*, 45, 202.

Sheinberg, L. C. y Holland, N. J. (1988). Esclerosis Múltiple. *Guía para el paciente y sus familiares*. Fiatc, 182.

Sorgen, A., Foley, F., LaRocca, N. and Zemon, V. (2000). The Multiple Sclerosis Intimacy and Sexuality Questionnaire-19 (MSISQ-19). *Sexuality and Disability*, 18, pp. 3- 24.

Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Anexo I

Encuestas - Cuestionario-19 [MSISQ-19] sobre intimidad y sexualidad en la esclerosis múltiple

INSTRUCCIONES:

Para entender mejor el impacto de la Esclerosis Múltiple en la intimidad y la sexualidad, en este cuestionario de 19-ítems se le pide que puntúe cómo han interferido los distintos síntomas de EM en su actividad o satisfacción sexuales en los últimos seis meses. Puede responder a las preguntas poniendo una marca en la cuadrícula junto a la pregunta y debajo del número apropiado. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, escoja la que más le convenga.

	nunca	casi nunca	a veces	casi siempre	siempre
	1	2	3	4	5
Durante los seis meses pasados, los siguientes síntomas han interferido en mi actividad o satisfacción sexual:					
1. Tirantez o espasmos musculares en los brazos, piernas o cuerpo					
2. Síntomas de vejiga o urinarios					
3. Síntomas intestinales					
4. Sentimientos de dependencia debidos a la EM					
5. Temblor o agitación de manos o cuerpo					
6. Dolor, quemazón o					

incomodidad del cuerpo					
7. Sentimiento de que mi cuerpo es menos atractivo					
8. Problemas para mover el cuerpo como quisiera durante la actividad sexual					
9. Sentirse menos masculino o femenina debido a la EM					
10. Problemas de concentración, memoria o para pensar					
11. Exacerbación o empeoramiento significativo de la EM					
12. Menos sensación o embotamiento de los genitales					
13. Miedo a ser rechazado sexualmente debido a la EM					
14. Temor a no satisfacer sexualmente a la pareja					
15. Sentirse menos seguro de la propia sexualidad debido a la EM					
16. Falta de interés o deseo sexual					
17. Orgasmos o clímax menos placenteros					
18. Se tarda demasiado en llegar al					

orgasmo o el clímax					
19. Humedad o lubricación vaginal inadecuada (las mujeres) / dificultad para llegar o mantener una erección satisfactoria (los hombres)					

Puntuación:

Ítems de disfunción sexual primaria = 12, 16, 17, 18, 19
Ítems de disfunción sexual secundaria = 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11
Ítems de disfunción sexual terciaria = 7, 9, 13, 14, 15

Cualquier ítem con una puntuación de "4" ó "5" deberá ser discutido con la persona que presta cuidados para la EM.