Propuesta de intervención basada en Terapia de Aceptación y Compromiso y *mindfulness* para el tratamiento del trastorno de interés/excitación sexual femenino en mujeres jóvenes heterosexuales.

Trabajo fin de Máster

Autor/a: Thalía Vázquez Rodríguez

Tutor/a: Alberto Vargas Guerro

23/06/2025

1. Resumen

El Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino (TIESF) se caracteriza por una disminución o ausencia persistente del deseo sexual o de la excitación en mujeres. Aunque tradicionalmente ha sido más frecuente en mujeres de entre 40 y 60 años, la literatura científica reciente advierte un incremento notable de su prevalencia en mujeres jóvenes. En respuesta a esta realidad emergente, el presente trabajo propone una intervención psicológica dirigida a mujeres de entre 18 y 30 años, con el objetivo de promover la salud sexual y el bienestar psicológico mediante un enfoque terapéutico basado en los principios de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), complementada con técnicas de *mindfulness*.

La intervención se estructura en 20 sesiones organizadas en cinco fases diferenciadas: evaluación inicial, pretratamiento, tratamiento, evaluación postratamiento y seguimiento. Para su aplicación, se contempla una muestra de 15 mujeres pertenecientes a la población atendida en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, dentro del citado rango etario.

Entre las principales limitaciones del estudio destaca la dificultad para reclutar participantes que cumplan con los criterios diagnósticos establecidos, así como la imposibilidad de controlar ciertas variables, como la orientación sexual. Finalmente, se destaca la necesidad de seguir investigando el aumento del TIESF en mujeres jóvenes y de diseñar intervenciones clínicas sensibles a sus particularidades y contextos vitales.

Palabras clave: ACT, calidad de vida, mindfulness, TIESF, salud sexual.

2. Abstract

Female sexual desire disorder is defined as a persistent decrease or absence of sexual interest or arousal in women. Recent scientific literature indicates that although it is a disorder mostly diagnosed in the 40- to 60-year-old population, there has been a significant increase in Female Sexual Interest/Arousal Disorder (FSIAD) among young women in recent times. Therefore, this study proposes an intervention aimed at young women between 18 and 30 years of age who suffer from FSIAD, with the general objectives of promoting health and psychological well-being through an approach based on the foundations of Acceptance and Commitment Therapy combined with mindfulness.

For its implementation, 20 sessions are proposed, divided into five distinct phases: assessment, pretreatment, treatment, post-treatment assessment, and follow-up. A sample of 15 women, between 18 and 30 years of age, belonging to the patient population of Nuestra Señora la Candelaria Hospital, is proposed. Among the study's limitations are the difficulty in finding a sample with the required characteristics and the lack of control over some variables, such as the patient's sexual orientation.

Finally, we propose encouraging research into the increase in Female Sexual Desire Disorder among young women, as well as implementing patient-tailored interventions.

Keywords: ACT, FSIAD, quality of life, sexual health, mindfulness.

3. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) reconoce la sexualidad como un componente esencial de la salud y el bienestar del ser humano. Esta no se restringe exclusivamente a su función reproductiva, sino que abarca dimensiones físicas, emocionales, mentales y sociales que inciden de manera significativa en la calidad de vida (Diamond, 2020). La forma en que las personas experimentan y viven su sexualidad influye directamente en su equilibrio psicológico, sus vínculos interpersonales y su desarrollo personal. (Salinas y Pardo, 2024). En consecuencia, fomentar una vivencia saludable de la sexualidad constituye un pilar fundamental para el bienestar integral.

Históricamente, la sexualidad ha sido interpretada desde distintos marcos conceptuales. Durante la Edad Media, el deseo sexual se consideraba una enfermedad, y las relaciones sexuales se restringían a su función reproductiva, excluyendo el disfrute (Jiménez, 2013). Posteriormente, pioneros como Havelock Ellis y Magnus Hirschfeld promovieron una comprensión científica y abierta a la diversidad sexual, sentando las bases de la sexología moderna (Ellis, 1897; Hirschfeld, 1897). Gracias estos primeros estudios han aparecido nuevos autores que han contribuido a entender la respuesta sexual humana, entre ellos el enfoque lineal de Masters y Johnson (1998), el modelo trifásico de Kaplan (1969) y el modelo dual de Moll (1987). Estas propuestas han facilitado la clasificación clínica de las disfunciones sexuales, ayudando en su diagnóstico y tratamiento (Sánchez, 2025). No obstante, su enfoque predominantemente biomédico limita la comprensión de factores contextuales y socioculturales, especialmente relevantes en el deseo sexual.

A continuación, se presenta una tabla comparativa que sintetiza las principales características de los modelos teóricos mencionados. Esta recopilación permite visualizar de forma estructurada sus fases, autores y aportes clínicos, contribuyendo a una

comprensión integral de la respuesta sexual humana y a su aplicación en la práctica terapéutica.

Tabla 1.

Comparación de modelos de respuesta sexual humana.

Modelo	Autores	Fases principales	Aplicaciones clínicas destacadas
Lineal	Master y Johnson	Excitación, meseta, orgasmo, resolución	Identificación de disfunciones fisiológicas
Trifásico	Kaplan	Deseo, excitación, orgasmo	Relevancia del deseo sexual como fase independiente
Dual	Moll	Contracción, detumescencia	Impulso sexual como mecanismo bifásico

Estos modelos mencionados en la tabla se centran principalmente en los factores biológicos de la sexualidad, palabra que tiene su origen en el concepto de "sexo", el cual engloba características biológicas que definen a los seres sexuados, como hembras o machos (Lira et al., 2023). Desde la dimensión biológica, se destaca el dimorfismo sexual, que se refiere a las diferencias físicas entre machos y hembras de una misma especie (Cámara, 2018). Estas diferencias físicas están principalmente relacionadas con los órganos genitales y se agrupan bajo el término dimorfismo sexual primario. Para un

análisis más pormenorizado se remite al/a lector/a al apéndice A.

Sin embargo, las disfunciones sexuales no solo afectan al ámbito biológico, sino que tienen consecuencias en el desarrollo sexual pleno. Estas comprenden alteraciones persistentes en el deseo, la excitación o el orgasmo, y causan malestar clínicamente significativo (Olivera et al., 2021). Además, deben distinguirse de las parafilias, entendidas como patrones de excitación sexual inusuales pero no necesariamente disfuncionales, a menos que causen daño o sufrimiento (Del Amor Espinosa y Del Río Olvera, 2024). En el caso de las mujeres, las disfunciones sexuales tienden a manifestarse con mayor frecuencia en fases de deseo y excitación, mientras que en los hombres destacan las dificultades en la erección o en el control eyaculatorio, sin predominancia de problemas en una fase específica (Angulo et al., 2023).

Briken et al., (2020) realizaron una revisión sistemática sobre la prevalencia de trastornos sexuales a escala global, y encontraron que estos se manifestaban en un 33,4% de hombres y un 45,7% de mujeres. En Europa estas cifras oscilan entre el 28 % y el 53 %, mientras que en España se reporta que las disfunciones sexuales afectan al 29,1 % de los hombres y al 33,3 % de las mujeres (Reino y Cárdenas, 2020). Estos datos evidencian no solo la alta incidencia de este tipo de problemáticas, sino también su carácter transversal, al manifestarse en distintas regiones del mundo, con independencia de factores culturales, sociales o religiosos.

En consonancia con lo anterior, el deseo sexual constituye un componente esencial en la vivencia femenina y en las relaciones afectivo-sexuales (De la Hoz, 2021). Este no solo actúa como motor de la conducta erótica, sino que también influye significativamente en la autoestima, la conexión emocional con la pareja y la

satisfacción relacional (Wettergren et al., 2022). La alteración del deseo sexual, como se observa en el Trastorno del Interés/Excitación Sexual Femenino (TIESF), se asocia frecuentemente con malestar psicológico, disminución de la autoestima, distanciamiento afectivo y dificultades en la dinámica de pareja (Rosen et al., 2018; Roels y Janssen, 2020). En consecuencia, resulta indispensable abordar el deseo sexual desde una perspectiva holística que promueva tanto la salud sexual como el bienestar integral de las mujeres.

Según la *American Psychological Association* (2023), entre las disfunciones sexuales femeninas más relevantes, se encuentra el TIESF. Tal y como se recoge en la tabla 2, este trastorno se caracteriza por la ausencia de interés o reducción en la actividad sexual.

Tabla 2.

Criterios diagnósticos del Trastorno de Interés/Excitación Sexual Femenino, según el DSM-V-TR.

Criterios diagnósticos	Características
A	1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual. 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausente o reducidos 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual y habitualmente no receptiva a los intentos de la pareja por

	iniciarla 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones de la actividad sexual en pareja 5. Excitación o placer ausente o reducido en respuesta a cualquier invitación sexual o erótica, interna o externa. 6. Sensaciones genitales o no genitales ausente o reducidas durante la actividad sexual
B	Los síntomas del Criterio A han persistido durante unos 6 meses como mínimo
C	Los síntomas del criterio A provocan malestar católicamente significativo en el individuo
D	La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental o sexual o como consecuencia de una alteración grave en la relación u otros factores estresantes significativos. Y no se puede atribuir a efectos de sustancias/medicamentos u otra afección médica.

Asimismo, la CIE-11 ofrece una codificación más específica y actualizada del trastorno. En este manual se caracteriza por una ausencia o reducción significativa del deseo o motivación para participar en actividades sexuales, manifestándose en una

disminución de pensamientos, fantasías y receptividad hacia la actividad sexual. Ambos manuales, enfatizan que este trastorno, no puede ser influido por factores externos como enfermedades médicas, problemas en la relación de pareja etc.

Diversas investigaciones han evidenciado un incremento significativo en la prevalencia del TIESF en mujeres jóvenes de entre 18 y 30 años, una etapa vital que, tradicionalmente, ha sido asociada a un elevado deseo sexual y, por ende, considerada erróneamente como exenta de este tipo de dificultades (Wettergren et al., 2022; Zheng et al., 2020; La Rosa et al., 2019). En términos globales, se estima que aproximadamente el 30 % de la población femenina se ve afectada por alguna manifestación de este trastorno (Erdős et al., 2023). A nivel europeo, la prevalencia del TIESF presenta una notable variabilidad según el país: en Hungría se reporta un 4,6 %, en Inglaterra un 9,8 % y en Portugal un 7,8 %. En contraste, en el contexto español la prevalencia es considerablemente más elevada, alcanzando aproximadamente el 33 % de las mujeres (Portillo et al., 2017), lo que subraya la urgencia de diseñar intervenciones específicas adaptadas a esta población.

El TIESF es una condición multifactorial en la que interactúan componentes biológicos (hormonales, neuroendocrinos), psicológicos (depresión, ansiedad, evitación experiencial), relacionales (conflictos de pareja, comunicación sexual deficiente) y socioculturales (normas patriarcales, mitos sexuales; Calva y Álvarez, 2021; Chauca y De la Caridad, 2022; Pettigrew y Novick, 2021). Si bien, autores como Calva y Álvarez, 2021 o Chauca y De la Caridad, 2022 inciden en que se ha relacionado históricamente con la menopausia, hoy se reconoce que afecta también a mujeres jóvenes, y se encuentra fuertemente condicionado por la construcción del rol de género, las

expectativas sociales, y las experiencias de violencia y opresión sexual (Kingsberg et al., 2019).

Entre los factores que contribuyen a esta problemática se destacan: la ausencia de una educación sexual integral, el desconocimiento del cuerpo y la sexualidad femenina, y la transmisión de discursos centrados en el miedo o los tabúes dificultan una vivencia saludable del deseo (Corona et al., 2013, citado en Maridueña et al., 2022). A ello se suma el agotamiento físico y emocional derivado de la doble jornada que enfrentan muchas mujeres, al compaginar el trabajo remunerado o estudios con las responsabilidades domésticas. Asimismo, experiencias de violencia de género y la interiorización de roles tradicionales asignados por estructuras patriarcales contribuyen a perpetuar dinámicas de sumisión, culpa y desconexión con la propia sexualidad (Aldana-Calva et al., 2016).

La adultez joven (entre los 18 y 30 años) se caracteriza por la confluencia de factores biológicos, hormonales y psicosociales que inciden directamente en los procesos de deseo y excitación sexual (Bernad y Adán, 2023). Leiblum, 2007 incide en que variables como las fluctuaciones hormonales naturales del ciclo menstrual, el uso de anticonceptivos hormonales, el estrés académico o laboral, y la presión social respecto al rendimiento sexual y estético, pueden interferir en la respuesta sexual femenina y dificultar su funcionamiento óptimo. A esta edad se produce un proceso fundamental de desarrollo psicosexual, entendido como la consolidación de la identidad sexual y de género, la elaboración de un sentido del deseo propio, y la construcción de vínculos íntimos basados en la autonomía, la reciprocidad y la expresión emocional. (Coronado et al., 2025). Este desarrollo psicosexual no sólo configura la manera en que las mujeres experimentan y entienden su sexualidad, sino que también cumple una función

estructurante en la formación de su personalidad y en la consolidación de una identidad coherente y satisfactoria (Lombard et al., 2019).

Es fundamental destacar, también, la influencia que ejerce la pornografía en la construcción de estereotipos sexuales masculinos, los cuales generan expectativas irreales en las relaciones heterosexuales (Vives-Cases et al., 2024). Esta influencia incrementa la presión sobre las mujeres jóvenes, afectando de manera negativa su autoestima y deseo sexual. Con frecuencia, dichas mujeres se ven condicionadas por normas culturales derivadas de la pornografía, que las presionan a satisfacer los deseos sexuales masculinos sin considerar adecuadamente sus propias necesidades y preferencias (De Miguel Álvarez, 2020). Esta situación contribuye a la evitación del contacto sexual y al malestar en la relación de pareja (Cabrera-Mena et al., 2021). El TIESF, además, puede erosionar la conexión emocional, generar inseguridades y provocar conflictos relacionales (Roels y Janssen, 2020). Además, el peso de mitos como "el deseo constante en la juventud" perpetúan dinámicas de insatisfacción y desconexión erótica (Sánchez, 2010).

Tradicionalmente, los enfoques para tratar el TIESF presentan limitaciones significativas (De la Hoz, 2022). En el ámbito médico, los tratamientos hormonales (estrógenos, testosterona) no han demostrado una eficacia consistente ni universalmente aplicable (Kingsberg & Woodard, 2015; Mines, 2022; Parish et al., 2021; Zeng et al., 2022). Para un análisis más detallado de las terapias farmacológicas usadas en el tratamiento del TIESF, se remite al/la lector/a al apéndice B.

Desde el ámbito psicológico, la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha supuesto un avance significativo en el abordaje del deseo sexual, al centrarse en sus aspectos fenomenológicos, es decir, en la forma en que la persona experimenta,

interpreta y responde a sus vivencias sexuales (Parish y Hahn, 2016). Este enfoque permite intervenir de manera integral sobre las creencias disfuncionales, las emociones asociadas, como la ansiedad o la culpa, y los comportamientos que pueden contribuir al mantenimiento del problema. Así, la TCC facilita la reestructuración cognitiva, el manejo emocional y la modificación de patrones conductuales que interfieren en el deseo y el bienestar sexual (Rubio, 2015, citado en Chauca y De la Caridad, 2022b). No obstante, ni la intervención biomédica ni la TCC logran abordar integralmente la complejidad del TIESF, lo que evidencia la necesidad de enfoques más amplios, centrados en la persona (Sánchez, 2010).

Las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT, por sus siglas en inglés) y *mindfulness*, ofrecen herramientas valiosas para abordar el TIESF desde una perspectiva integradora. La ACT, basada en el contextualismo funcional, busca promover la flexibilidad psicológica mediante la aceptación de eventos internos y la acción guiada por valores (Hayes, 2004; Montesinos y Ortega, 2022). Esto permite a las personas llevar a cabo conductas significativas, incluso en presencia de pensamientos o emociones dolorosas (Meyers et al., 2020). En este tipo de trastornos, es común la aparición de cogniciones autocríticas, así como de emociones de vergüenza y ansiedad vinculadas al deseo sexual. En este contexto, la ACT ofrece herramientas para abordar dichas barreras internas, facilitando que los pacientes identifiquen patrones disfuncionales y desarrollen una relación más flexible y compasiva con su experiencia en la fase de deseo (D'Alessandro y Olaz, 2024; De la Viuda-Suárez y Casas-Posada, 2020). El *mindfulness*, por su parte, entrena la atención plena y la conexión con el cuerpo, ayudando a reducir la ansiedad de desempeño y a aumentar la conciencia de las sensaciones, lo cual es clave en la experiencia sexual (Vásquez, 2016; Walker y Lutmer, 2024). Su integración en la terapia sexual ha

mostrado efectos positivos tanto en el plano individual como relacional (Del Amor Espinosa y Del Río Olvera, 2024). Estudios de Kazemzadeh Atoofi et al. (2023) como el de Jąderek et al. (2023) evidencian la eficacia del *mindfulness* en el tratamiento de disfunciones sexuales femeninas. En ambos casos, las intervenciones basadas en esta práctica dieron lugar a mejoras significativas en el deseo sexual, la capacidad orgásmica y la función sexual general, lo que respalda su utilidad como herramienta terapéutica en este ámbito. Es decir ambos enfoques se alinean con un modelo biopsicosocial y basado en derechos, mostrando evidencia preliminar favorable para el tratamiento de dificultades sexuales (Amil, 2015; Calderón, 2022; Navarro-Leis y Hernández-Ardieta, 2013).

En síntesis, el TIESF en mujeres jóvenes constituye un fenómeno de creciente preocupación clínica y social, caracterizado por una disminución significativa del deseo sexual que impacta negativamente en el bienestar psicológico, la autoestima y la dinámica relacional de quienes lo padecen. A pesar de su alta prevalencia, esta problemática ha sido históricamente invisibilizada y escasamente abordada en los servicios de salud, lo que evidencia una brecha entre las necesidades reales de la población y las respuestas institucionales disponibles. La influencia de factores biopsicosociales, como la escasa educación sexual, los mandatos culturales restrictivos, la presión derivada del consumo de pornografía o los modelos relacionales disfuncionales contribuyen a la cronificación del malestar y a la evitación de experiencias íntimas significativas. En este contexto, se plantea la necesidad de implementar intervenciones psicológicas específicas, culturalmente sensibles y basadas en la evidencia, que favorezcan una comprensión amplia del fenómeno y promuevan estrategias terapéuticas efectivas. La presente propuesta tiene como objetivo general

diseñar e implementar una intervención psicológica, sustentada en los principios de la ACT y el *mindfulness*, orientada a mejorar la salud sexual y el bienestar emocional de mujeres jóvenes con diagnóstico de TIESF, mediante el fortalecimiento de la flexibilidad psicológica y la alineación con sus valores personales.

4. Destinatarios

4.1 Justificación del grupo elegido

La intervención está dirigida a mujeres de entre 18 y 30 años diagnosticadas con TIESF. Esto obedece a que, muchas mujeres en este rango etario presentan una mayor vulnerabilidad a adoptar discursos normativos debido a diversos factores, tales como las redes sociales y entornos carentes de una perspectiva de género, lo cual les afecta gravemente, dado que en este período se produce el desarrollo de la identidad sexual (Ibáñez et al., 2022; Lardies y Potes, 2022). Esta exposición frecuente a ideales estéticos y sexuales inalcanzables, junto con la presión por cumplir con estándares de comportamiento sexual normativizados, puede afectar de forma significativa el desarrollo de una vivencia erótica autónoma y saludable (Establés et al., 2025). Por otra parte, en los últimos años se ha reportado un aumento significativo en la prevalencia del TIESF entre mujeres jóvenes de entre 18 y 30 años (Zheng et al., 2020), por lo que resulta fundamental destacar la importancia de esta intervención, ya que tampoco existen programas especializados para su tratamiento en este rango de edad

4.2 Entorno y viabilidad.

El Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Tenerife) ha sido seleccionado como contexto de implementación del programa debido a que constituye el centro desde el cual se prevé reclutar a las participantes, y donde se atiende a mujeres que presentan dificultades relacionadas con la salud sexual. Si bien actualmente no existe una

unidad específica dedicada al abordaje del TIESF, diferentes especialidades del hospital colaboran en la atención de esta problemática, lo que permite una aproximación interdisciplinar que resulta favorable para el desarrollo y evaluación piloto de la intervención:

- Ginecología para la evaluación de causas orgánicas y hormonales.
- Psicología Clínica o Psiquiatría, para el abordaje de factores emocionales y relacionales.
- Medicina de atención primaria, como punto de acceso inicial y canal de derivación.

La intervención se desarrollará en estrecha colaboración con los profesionales del hospital, aunque se llevará a cabo en un espacio externo al entorno hospitalario para evitar sesgos asociados a la percepción de enfermedad, que puedan afectar a la adherencia y la participación. Además de contar con un contexto mucho más íntimo y confidencial para las pacientes. A continuación. Se presentan los criterios de inclusión y exclusión establecidos para definir la población diana (ver Tabla 3).

Tabla 3.

Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Género femenino (cisgénero)	Género masculino o transgénero
Edad comprendida entre 18 y 30 años	Menores de 18 o mayores de 30 años
Diagnóstico clínico de TIESF	Sin diagnóstico de TIESF
Orientación heterosexual	Pertenencia al colectivo LGBT+
Tener disponibilidad para realizar las sesiones	No residir en Tenerife
Vivir en Tenerife	Dificultades para entender el idioma castellano
Hablar y entender castellano	No poder asistir a las sesiones
Poder asistir a las sesiones con regularidad	Deterioro cognitivo grave
Sin alteración de la capacidad cognitiva	Consumo problemático de alcohol o drogas
No estar en otro tratamiento para el TIESF	Estar embarazada
No tener un diagnóstico grave de salud mental (como esquizofrenia o trastorno bipolar)	Recibir otro tratamiento para el TIESF
	Diagnóstico de trastorno mental grave
	Trastorno grave de personalidad que interfiera con la terapia

No tener un trastorno grave de personalidad que impida el proceso

4.3 Justificación de los criterios de inclusión y exclusión.

Las participantes deberán residir en la isla de Tenerife durante el periodo de implementación del programa para facilitar la asistencia a las sesiones presenciales, que se llevarán a cabo en dicha isla. Esta condición garantiza la viabilidad logística de la intervención, así como la asistencia continuada y el adecuado seguimiento terapéutico de las participantes. La intervención se desarrollará en un espacio externo al entorno hospitalario, aunque en estrecha colaboración con el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, con el fin de garantizar un respaldo clínico adecuado y permitir derivaciones si fueran necesarias. Asimismo, se requerirá un dominio funcional del idioma castellano, dado que todas las sesiones serán impartidas exclusivamente en esta lengua.

Será requisito indispensable contar con un diagnóstico clínico previo del TIESF, emitido por un profesional de la psicología clínica. Esta condición permitirá optimizar la implementación del programa, al eliminar la necesidad de realizar entrevistas exploratorias o aplicar instrumentos diagnósticos validados en fases preliminares, centrando así los recursos en el desarrollo directo de la intervención.

Es importante destacar, que las participantes deberán de identificarse con el género femenino (mujeres cisgénero) y orientación heterosexual, dado que la intervención ha sido diseñada específicamente para este perfil, con el fin de garantizar la homogeneidad de la muestra y el control de variables clínicas.

Desde el punto de vista clínico, se excluirá a aquellas mujeres que presenten trastornos mentales graves, como esquizofrenia, trastorno bipolar tipo I o trastornos esquizoafectivos, así como trastornos de personalidad severos (por ejemplo, trastorno límite, antisocial o paranoide), debido a que dichas condiciones podrían interferir significativamente con la adherencia al tratamiento y con la validez de los resultados. También se excluirán aquellas personas con deterioro cognitivo severo, al tratarse de un perfil que requiere una intervención más especializada.

De igual forma, no podrán participar mujeres que se encuentren actualmente en tratamiento médico o psicológico para el TIESF, con el objetivo de evitar posibles solapamientos o interferencias en la evaluación de la eficacia del programa.

Asimismo, se excluirá a aquellas mujeres que se encuentren en proceso de gestación, dado que las alteraciones hormonales y los cambios fisiológicos propios de esta etapa pueden influir significativamente en el comportamiento sexual, interfiriendo así en la interpretación y validez de los resultados de la intervención.

Finalmente, se excluirán aquellas participantes que presenten un consumo problemático de sustancias, considerando que este factor puede alterar de forma significativa el deseo sexual y requerir un abordaje clínico específico y diferenciado.

4.4 Tamaño de la muestra y justificación.

La muestra estará compuesta por un máximo de quince mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 30 años, etapa que corresponde al inicio de la adultez joven. La elección de este grupo etario se fundamenta en hallazgos recientes que evidencian un incremento significativo en la prevalencia del TIESF en mujeres jóvenes (Cerentini et al., 2020; Wettergren et al., 2022; Zheng et al., 2020). El tamaño muestral propuesto responde tanto a criterios de viabilidad logística como a consideraciones

metodológicas propias de la psicoterapia grupal, en la que se ha evidenciado que grupos reducidos (de entre 8 y 15 participantes) favorecen una mayor cohesión, participación activa y calidad en el seguimiento clínico individualizado (Yalom y Leszcz, 2020).

5. Objetivos generales y específicos de la intervención.

El objetivo general de esta propuesta es diseñar e implementar una intervención psicológica basada en la ACT, orientada a promover la salud y el bienestar psicológico en mujeres jóvenes diagnosticadas con TIESF, abordando de forma integral los factores emocionales, cognitivos y relacionales implicados en dicha condición.

Para llevar a cabo este propósito previamente expuesto, se han establecido una serie de objetivos específicos que permitirán abordar de manera estructurada los diferentes factores implicados en el TIESF:

- Proporcionar información clara y accesible sobre el TIESF, incluyendo sus dimensiones fisiológicas, emocionales y socioculturales.
- Fomentar una visión flexible y contextualizada de la sexualidad femenina.
- Promover la aceptación emocional y la autoaceptación en el ámbito sexual, reduciendo la evitación experiencial y desarrollando flexibilidad cognitiva frente a pensamientos o emociones difíciles
- Facilitar el autoconocimiento sexual a través de la exploración de gustos, límites y necesidades personales.
- Desarrollar habilidades de comunicación afectiva y sexual en el contexto de la relación de pareja.
- Favorecer la alineación entre los valores personales y las acciones, fortaleciendo la coherencia vital y el compromiso con una vida significativa.

- Mejorar la calidad de vida de las participantes a través de técnicas de *mindfulness* y estrategias centradas en valores.

6. Metodología

6.1 Diseño

El diseño propuesto es de tipo cuasiexperimental, con un único grupo y medidas repetidas (pretest y postest), orientado a evaluar los cambios asociados a la intervención psicológica. Esta metodología se considera adecuada dado el carácter aplicado del programa y las limitaciones éticas y prácticas que dificultan el uso de grupos control en este contexto. La intervención se basará en un enfoque integrador de terapias de tercera generación, con énfasis principal en la ACT, complementada por prácticas de atención plena y componentes centrados en la atención plena corporal (*mindfulness*), inspiradas en el programa MBSR (*Mindfuless-Based Stress Reduction*).

La estructura de las sesiones combinarán técnicas de ambos enfoques, con algunas sesiones centradas de manera específica en ACT o en MBSR, según los objetivos terapéuticos de cada fase.

6.2 Muestra y muestreo

La muestra estará compuesta por un máximo de quince mujeres, seleccionadas mediante un muestreo intencional no probabilístico, a partir de pacientes atendidas en el Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria (Tenerife) que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. La elección de este tamaño muestral se fundamenta tanto en la evidencia aportada por investigaciones anteriores sobre intervenciones psicológicas dirigidas al TIESF en grupos reducidos (Parish et al.,

2021; Cerentini et al., 2020), como en consideraciones de viabilidad operativa propias de una fase piloto.

En cuanto a las características sociodemográficas de la muestra, se ha decidido incluir exclusivamente a mujeres cisgénero con orientación heterosexual. Esta decisión metodológica radica, en la necesidad de mantener la homogeneidad del grupo y la intervención ha sido diseñada para ajustarse a las especificidades clínicas y relacionales propias de mujeres cisgénero heterosexuales, dado que la vivencia de la sexualidad, los factores socioculturales que inciden en el deseo sexual y las dinámicas de pareja pueden variar sustancialmente en función de la identidad de género y la orientación sexual.

En este sentido, la inclusión de otras poblaciones (como mujeres trans, lesbianas, bisexuales o personas no binarias) implicaría la elaboración de protocolos específicos que respondan a sus necesidades particulares, lo cual excede el alcance y los objetivos establecidos para la presente propuesta de intervención.

6.3 Variables

Se ha utilizado como variable independiente la intervención psicológica, fundamentada en Atención y Compromiso combinada con fundamentos del m*indfulness,* por otro lado, las variables dependientes se recogen en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Variables dependientes y sus instrumentos de medida

Variables	Instrumentos de medida
Autoestima	Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)
Evitación experiencial	Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II)
Flexibilidad psicológica	Flexibility Index Test. (FIT-60)
Función sexual	*Female Sexual Function Index*, FSFI
Deseo Sexual	*El Sexual Desire Inventory (SDI)*
Orientación a valores	Valued Living Questionnaire (VLQ)
Calidad de vida	WHOQOL-BREF.

6. 4 Materiales e instrumentos

Los instrumentos para realizar la fase de cribado serán los siguientes:

Entrevista semiestructurada de elaboración propia: Permitirá obtener información sobre aspectos personales de las participantes (datos sociodemográficos y aspectos relevantes a tener en cuenta en la intervención), además de comprobar si se cumplen o no los criterios de inclusión.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA): En su adaptación al español, el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA; Elizabeth et al., 2017) se ha consolidado como una herramienta eficaz para la detección de disfunciones cognitivas leves. Evalúa

múltiples dominios cognitivos, entre ellos: atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoconstruccionales, pensamiento conceptual, cálculos y orientación, a través de 12 ítems. Su consistencia interna es de 0,70, lo que respalda su fiabilidad y validez como instrumento de evaluación en el ámbito neuropsicológico.

Inventario de Evaluación Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE): En su versión adaptada al español, el IPDE (International Personality Disorder Examination; Loranger, 1999) es una entrevista estructurada diseñada para la evaluación diagnóstica de trastornos de la personalidad según los criterios del DSM y la CIE. Evalúa múltiples dimensiones de la personalidad patológica, permitiendo identificar rasgos y patrones consistentes con diferentes trastornos de la personalidad. Su aplicación es fundamental en contextos clínicos para el diagnóstico diferencial y la planificación terapéutica. El IPDE incorpora criterios específicos que garantizan la validez y fiabilidad del diagnóstico, con una alta consistencia interna y concordancia interevaluador, lo que avala su uso en investigaciones y en la práctica clínica especializada.

Las pruebas para la pre-intervención y post-intervención serán los siguientes:

La Escala de Calidad de Vida (*WHOQOL-BREF*; OMS, 2008) evalúa la calidad de vida de la persona desde su propia perspectiva, midiendo el bienestar y la percepción sobre distintos aspectos, como la salud física, psicológica, social y el entorno. Esta escala se compone de 26 ítems y presenta una fiabilidad interna que oscila entre 0,70 y 0,80.

El Flexibility Index Test (*FIT-60*; Batink y Delespaul, 2015) mide el nivel de flexibilidad psicológica de una persona. Evalúa los distintos estilos de afrontamiento

frente a pensamientos, sentimientos y experiencias difíciles. Está compuesto por 60 ítems y presenta una fiabilidad interna de 0,95.

El Valued Living Questionnaire (*VLQ*; Wilson et al., 2002) evalúa diferentes áreas vitales como la familia, las relaciones personales, el trabajo, la educación, el ocio, la espiritualidad y el autocuidado físico. Consta de 20 ítems y cuenta con una alta fiabilidad, con un índice de 0,93.

La versión española adaptada del Cuestionario de Aceptación y Acción (*AAQ-II*; Bond et al., 2011), adaptado por Ruiz et al. (2013), tiene como objetivo medir la evitación experiencial y la flexibilidad psicológica. Su consistencia interna es de 0,89.

La Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, RSES; Rosenberg et al., 1953) permite explorar la autoestima personal, entendida como los sentimientos de valía personal y respeto hacia uno mismo. Consta de 10 ítems con formato Likert y presenta una fiabilidad interna de entre 0,76 y 0,87.

El Índice de Función Sexual Femenina (*Female Sexual Function Index*, FSFI; Rosen et al., 2000) es un cuestionario de 19 ítems diseñado para evaluar la función sexual en mujeres. Examina seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada ítem se puntúa en escalas de 0 a 5 o de 1 a 5, según corresponda. Su fiabilidad interna varía entre 0,70 y 0,80.

El Sexual Desire Inventory (SDI; Spector et al., 1996) es un cuestionario compuesto por 14 ítems diseñado para evaluar el deseo sexual en adultos. Examina dos dimensiones principales: deseo sexual diádico (hacia otra persona) y deseo sexual solitario (autoerotismo). Los ítems se puntúan en escalas tipo Likert que miden la frecuencia e intensidad del deseo. Su fiabilidad interna se sitúa en torno a 0,86, lo que

avala su consistencia como herramienta de evaluación del deseo sexual en contextos clínicos y de investigación.

7. Directrices para la implementación y evaluación del trabajo

7.1. Temporalización

La duración total del estudio será de aproximadamente 16 meses, distribuidos de la siguiente manera: 1 mes inicial para selección de las participantes, 3 meses para realizar la intervención propuesta, 12 meses para hacer seguimiento y evaluar cómo se mantienen los resultados.

Tabla 5.

Cronograma de las sesiones del programa.

Bloque	Sesión	Temporalización
Cribado	Sesión 0	Semana 1-4
Pretratamiento	Sesiones 1-3	Semanas 5-7
Tratamiento	Sesiones 4-14	Semanas 8-14
Fase postratamiento	Sesiones 15-17	Semanas 15-17
Seguimiento I (1 mes)	Sesión 18	Semana 21
Seguimiento II (6 meses)	Sesión 19	Semana 43
Seguimiento III (12 meses)	Sesión 20	Semana 69

Las semanas de seguimiento se calculan a partir de la finalización del postratamiento (semana 17)

Implementación y evaluación del programa

7.1. Contacto y presentación del programa al Servicio Canario de Salud

En primera instancia, mediante correo electrónico, los profesionales pertinentes se pondrán en contacto con el Servicio Canario de Salud. Tras este primer acercamiento, se presentará el programa de intervención al Servicio Canario de Salud mediante una reunión presencial con el/la representante de la organización.

Durante este encuentro, se expondrá el objetivo principal del programa, su metodología y los beneficios de su implementación. Además, se recordará la importancia de preservar el anonimato de todas las participantes. Para ello, se aclara que las sesiones no se llevarán a cabo en las instalaciones del Servicio Canario de Salud, sino en un despacho externo, con el fin de proporcionar un entorno seguro para el desarrollo de la intervención.

Además de las pruebas cuantitativas, se incluirán registros de observación terapéutica y notas clínicas durante las sesiones, que permitirán identificar cambios subjetivos percibidos por las participantes.

7.2. Formación de los profesionales a cargo de la implementación del programa.

Los profesionales encargados de la implementación del programa deberán contar con formación especializada en ACT y en terapias de tercera generación. Su preparación incluirá el dominio de estrategias basadas en *mindfulness*, defusión

cognitiva, aceptación y compromiso con la acción, con el objetivo de fomentar la flexibilidad psicológica en las participantes. Además, será fundamental que posean habilidades para la psicoeducación y la intervención en disfunciones sexuales, garantizando un enfoque terapéutico integral y basado en la evidencia.

7.3. Identificación de los participantes y Fase de Cribado siguiendo los criterios establecidos.

Una vez aceptada la propuesta de colaboración, se procederá a la selección de la muestra, conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos. Para ello, el Servicio Canario de Salud realizará el primer contacto con las usuarias para informarles sobre el programa y facilitarles el número de teléfono de la psicóloga responsable. Una vez recopiladas todas las solicitudes y determinado el número final de interesadas, se programaron fechas específicas para que los investigadores/as lleven a cabo el proceso de cribado (véase la Tabla 6). Finalmente, se informará a las participantes de que su anonimato está garantizado durante todo el proceso de intervención.

Tabla 6.

Orden de aplicación de pruebas de cribado.

SESIÓN	ÁREA A VALORAR	PRUEBA	DURACIÓN
Primera	Comunicación bidireccional para la obtención de información básica	Entrevista semiestructurada de elaboración propia	30 minutos
	Perfil cognitivo	MoCA	15 minutos
Segunda	Personalidad	IPDE	90 minutos

7.4. Evaluación pre-tratamiento

En esta fase se realizará una evaluación inicial que permita establecer la línea base de las variables a intervenir. Las pruebas con las que se obtendrán dichas variables serán administradas en tres sesiones individuales, con aproximadamente 60 minutos de duración, procurando en todo momento generar un clima de confianza y respeto que favorezca la comodidad y sinceridad de la persona evaluada, lo cual resulta fundamental para garantizar la validez de los resultados obtenidos y orientar adecuadamente el proceso de intervención. (Tabla 7).

Tabla 7.

Variables a intervenir.

SESIÓN	ÁREA A VALORAR	PRUEBA	DURACIÓN
Primera	Valores vitales	VLQ	15 Minutos
	Evaluación experiencial	AAQ-II	5 a 10 Minutos
	Deseo sexual	SDI	15 Minutos
Segunda	Flexibilidad psicológica	FIT-60	60 Minutos
Tercera	Calidad de vida	WHOQOL-BREF	10 a 15 Minutos
	Autoestima	RSES	10 Minutos
	Sexualidad	FSFI	10 Minutos

8. Ejecución del plan de intervención.

Tras completar las fases previas, se procederá a la puesta en marcha del plan de intervención. A continuación, se detallan los contenidos de las sesiones, junto con las técnicas, actividades y tareas diseñadas para su desarrollo. Cabe señalar que el orden de las sesiones podrá ajustarse según las necesidades individuales de cada participante, permitiendo así una mayor flexibilidad y optimizando la efectividad del programa. La duración estimada de cada sesión será de aproximadamente 60 minutos.

Sesión 1

Objetivos:

- Presentación del programa.
- Fomentar la relación terapéutica.
- Garantizar la comodidad de la paciente.
- Establecer un vínculo de confianza.
- Identificar necesidades y expectativas de la paciente.

Técnicas:

- Escucha activa.
- Diálogo socrático.

Procedimiento: La sesión iniciará con una presentación tanto de la terapeuta como de la paciente, permitiendo generar un ambiente de confianza y apertura. A continuación, se explicarán los objetivos del programa, detallando la metodología y el enfoque terapéutico que se emplea a lo largo de las sesiones. Para ello el terapeuta deberá contar con la formación previa para el correcto desarrollo del programa de intervención. Durante esta etapa, se explorarán las expectativas de la paciente respecto al proceso, con el fin de ajustar la intervención a sus necesidades individuales, esto se llevará a cabo mediante una serie de preguntas expuestas a continuación:

- "¿Qué te motivó a buscar apoyo en este momento de tu vida?"

  (Explora el motivo de consulta y el nivel de conciencia sobre el problema).

- "¿Cómo describirías tu vivencia actual del deseo y la excitación sexual?"

  (Explora el motivo de consulta y el nivel de conciencia sobre el problema).

- "¿Has experimentado cambios recientes en tu vida qué crees que puedan estar influyendo en tu sexualidad?"

  (Relaciona factores contextuales, emocionales o relacionales).

- "¿Qué esperas lograr con este proceso de intervención?"

  (Indaga en las expectativas terapéuticas y objetivos personales).

- "¿Qué cosas te gustaría que cambiaran en tu relación contigo misma y con tu sexualidad?"

  (Aborda la dimensión intrapersonal y el empoderamiento sexual).

- "¿Hay algo que te preocupe o que quisieras evitar durante este proceso?"

  (Facilita la identificación de resistencias o temores).

- "¿Qué elementos te harían sentir más cómoda y segura en las sesiones?"

  (Favorece un encuadre respetuoso y personalizado).

Posteriormente, se procederá a la firma del contrato de confidencialidad, (ubicado en el apéndice F), asegurando un marco seguro y profesional para el desarrollo del tratamiento. Finalmente, se resolverán posibles dudas y se brindará un espacio para que la paciente exprese cualquier inquietud antes de dar por concluida la sesión.

Sesión 2

Objetivos:

- Explicar las características del trastorno
- Identificar cómo afecta su vida diaria.
- Explorar posibles causas del problema.

Técnicas:

- Diálogo socrático.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.

Procedimiento: La sesión dará inicio con una breve conversación destinada a explorar el estado emocional y el bienestar general de la paciente durante la última semana. Seguidamente, se explicará la estructura de la sesión y su propósito, garantizando que la paciente comprenda la importancia de la psicoeducación como parte fundamental del programa de intervención.

En primera instancia, se abordará el concepto de psicoeducación, entendida como un proceso de transmisión de información clara, accesible y basada en evidencia científica, cuyo objetivo es proporcionar a la paciente una mejor comprensión de su situación y de los factores que influyen en su salud sexual. Esta herramienta no solo favorece la toma de decisiones informadas, sino que también promueve el empoderamiento, la adherencia al tratamiento y la disminución del estigma asociado a las disfunciones sexuales.

En el marco de esta intervención, la psicoeducación adquiere un valor esencial para contextualizar el problema, desmontar creencias erróneas y facilitar estrategias de afrontamiento más eficaces.

A continuación, se ofrecerá una explicación detallada sobre dicho trastorno, incluyendo sus principales síntomas y el impacto que puede tener en la vida cotidiana de quienes lo padecen:

El TIESF, el cual forma parte de las disfunciones sexuales recogidas en el *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2023).

Este trastorno se caracteriza por una disminución o ausencia persistente del interés sexual y/o de la excitación durante la actividad erótica, manifestada a través de síntomas como:

- Falta de pensamientos o fantasías sexuales,
- Escasa receptividad ante estímulos sexuales,
- Reducción de sensaciones genitales y no genitales,
- Disminución en la iniciativa sexual o en la respuesta a la iniciativa de la pareja.

Estas dificultades deben provocar un malestar clínicamente significativo y no explicarse por otros factores médicos, psicológicos o relacionales. El TIESF puede afectar significativamente la autoestima, la calidad de vida, la intimidad en la pareja y el bienestar emocional de la mujer.

A lo largo de la sesión, se continuará reforzando la alianza terapéutica, proporcionando a la paciente un espacio seguro, confidencial y libre de juicios, en el que pueda expresarse con libertad. Con el objetivo de promover una mayor implicación en el proceso terapéutico, se indagarán sus expectativas respecto al programa, facilitando así su participación activa en las siguientes sesiones.

Sesión 3

Objetivos:

- Conocer estado de ánimo de la paciente.
- Establecer una conexión entre los valores personales y el proceso terapéutico.

Técnicas:

- Escucha activa.
- "Metáfora del jardín" (Hayes et al., 2014).
- Psicoeducación.

Procedimiento: La sesión dará comienzo con una breve fase psicoeducativa orientada a explicar a la paciente el concepto de valores personales y su función como principios orientadores de la conducta. Esta introducción permitirá sentar las bases para un trabajo terapéutico más profundo, en el que se fomente la toma de conciencia sobre aquello que resulta significativo en su vida.

A continuación, se procederá a la clarificación de dichos valores mediante la "metáfora del jardín" (Hayes et al., 2014), adaptada al contexto del TIESF, Para una correcta aplicación de la "metáfora del jardín" remito al/la lector/a apéndice G , las "flores" simbolizan las áreas vitales que la paciente valora especialmente —como la intimidad, el bienestar emocional o la conexión con su pareja—, mientras que las "malas hierbas" representan patrones de evitación, malestar o conductas que dificultan la relación con su sexualidad.

El objetivo de este ejercicio es promover una reflexión significativa sobre el tiempo, la energía y el compromiso que la paciente desea dedicar al cultivo de sus

“flores”, en contraposición al desgaste que suponen las “malas hierbas” en su desarrollo personal y sexual.

Durante la sesión, se integrará el diálogo socrático como técnica de exploración para facilitar la diferenciación entre metas específicas (por ejemplo, “mantener relaciones sexuales con mayor frecuencia”) y valores subyacentes (como “sentirse emocionalmente conectada”), favoreciendo una comprensión más profunda de sus motivaciones.

Para concluir, se propondrá una pregunta orientadora que invite a la autorreflexión, además de proporcionarle una libreta tipo agenda en donde apuntará sus reflexiones, la cual se usará a lo largo de todo el programa: ¿Tus acciones actuales te están acercando a la dirección que marca tu brújula, o te están alejando de ella?

Sesión 4

Objetivos:

- Definir los valores personales.
- Identificar los patrones de pensamientos asociados al TIESF.
- Comprender los patrones derivados del TIESF.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Ejercicios experienciales.
- Dialogo socrático.
- Reestructuración cognitiva.

Procedimiento: En esta sesión se retomará la pregunta formulada previamente, y a partir de ella se reflexionará sobre cómo los valores personales pueden estar influenciados tanto por factores socioculturales como por el entorno inmediato. Este análisis permitirá establecer metas alineadas con una vida plena y con sentido, en coherencia con los principios individuales de la paciente. En caso de que la tarea no haya sido completada, se abordará nuevamente al inicio de la sesión mediante una dinámica alternativa en la cual se reflexionará junto a la paciente con ayuda del terapeuta la pregunta planteada como tarea para luego continuar con la sesión establecida. (ver apéndice H)

Asimismo, se abordarán aspectos específicos relacionados con el TIESF, destacando que su impacto no se limita exclusivamente a la salud sexual, sino que también puede derivar en consecuencias emocionales significativas, tales como tristeza, baja autoestima, rechazo a las relaciones sexuales y temor al contacto íntimo.

- Para favorecer la exploración emocional de estas repercusiones, se propondrán preguntas orientadas a promover la introspección y el reconocimiento del malestar asociado, tales como:
- "¿Sientes que la disminución del deseo sexual ha afectado tu bienestar emocional o estado de ánimo?"
- "¿Cómo te percibes en términos de autoestima desde que notaste cambios en tu deseo sexual?"
- "¿Sientes algún tipo de presión "interna o externa" respecto a tu deseo o actividad sexual?"
- "¿Consideras que tu autoimagen como mujer se ha visto modificada a raíz de este cambio?"

- "¿Has experimentado sentimientos de tristeza, frustración o inseguridad relacionados con tu vida sexual?"
- "¿Qué emociones suelen surgir ante la posibilidad de mantener relaciones sexuales?".

Este ejercicio permitirá que la paciente tome conciencia del impacto del TIESF en su vida cotidiana, al tiempo que se fomenta la expresión emocional vinculada a la sintomatología del trastorno. Asimismo, facilitará la identificación de la función que adquiere la conducta sexual en el contexto terapéutico.

Como tarea para casa, se le pedirá a la paciente que reflexione por escrito, en la libreta ya proporcionada con anterioridad, sobre las siguientes preguntas:

- "¿Cuáles consideras que son tus preferencias sexuales?"
- "¿Hay prácticas sexuales que hayan despertado tu interés, ya sea que las hayas experimentado o no?"
- "¿Sientes culpa asociada a alguna de estas preferencias?"

Esta actividad tiene como finalidad promover el autoconocimiento y facilitar una mayor aceptación de su vivencia sexual desde un enfoque libre de juicio.

Sesión 5

Objetivos:

- Mejorar la conciencia emocional por medio de la ACT y MBSR.
- Promover una educación sexual saludable.
- Fomentar el conocimiento acerca del propio cuerpo y placer femenino.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Diálogo socrático.
- Escucha activa.
- Respiración natural consciente.

Procedimiento: La sesión comenzará con una pregunta orientada a conocer cómo ha transcurrido la semana de la paciente, favoreciendo así la continuidad terapéutica y la expresión emocional espontánea. En caso de que la tarea no haya sido completada, se retomará al inicio de la sesión mediante una reformulación de las preguntas y, con el apoyo del terapeuta, se promoverá una reflexión conjunta con la paciente, para posteriormente continuar con la sesión establecida.

A continuación, y utilizando como punto de partida la reflexión propuesta al final de la sesión anterior, se procederá a explorar los gustos sexuales, las fantasías y las ideas preconcebidas que la paciente tiene en relación con su sexualidad.

Esta exploración se realizará mediante preguntas específicas tales como:

- "¿Hay prácticas sexuales que despierten tu interés o curiosidad, aunque no las hayas experimentado aún?"
- "¿Cómo definirías una experiencia sexual placentera y segura para ti?"
- "¿Has sentido en algún momento que tus gustos o intereses sexuales no encajan con lo que se espera social o culturalmente?"
- "¿Existen aspectos de la sexualidad que te generen vergüenza, incomodidad o culpa? ¿A qué crees que se debe?"

- "¿Qué fantasías sexuales has tenido que considerar significativas o recurrentes? ¿Cómo te sientes al respecto?".

Una vez identificadas sus preferencias e intereses, se trabajará la clarificación de los valores sexuales con el objetivo de favorecer el autoconocimiento, la aceptación y la validación de la propia identidad sexual. Este proceso, guiado por el diálogo terapéutico, permitirá a la paciente integrar sus deseos desde una perspectiva libre de juicio, fomentando una visión más flexible y saludable de su sexualidad.

Para concluir la sesión, se realizará un ejercicio de respiración consciente mediante la guía del terapeuta, proporcionándole a la paciente las instrucciones necesarias para su correcta ejecución y su utilidad en momentos de autoexploración emocional o búsqueda de bienestar. Para un desarrollo detallado de la técnica de respiración consciente guiada remito al/la lector/a al apéndice I

Como tarea para casa, se propondrá la exploración activa de sus preferencias sexuales a través de medios como libros, videojuegos o recursos digitales de carácter educativo, promoviendo así la expansión de su conocimiento personal y la consolidación de un proceso de autodescubrimiento sexual informado, además se incitará a que apunte los conocimientos adquiridos de sus preferencias sexuales en la libreta tipo agenda.

Sesión 6

Objetivos:

- Fomentar la conexión entre valores sexuales y acciones concretas.
- Desmitificar y desmentir las asociaciones negativas a las fantasías sexuales.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Imaginación guiada.

Procedimiento: En esta sesión se trabajará la identificación y comprensión de las fantasías sexuales, así como el reconocimiento de las emociones asociadas a ellas. Se partirá del supuesto de que la paciente ha completado la tarea asignada en la sesión anterior, lo cual permitirá mantener la continuidad del proceso terapéutico y facilitar la exploración de aspectos más profundos relacionados con su vivencia sexual.

En una primera fase, se promoverá un espacio de diálogo abierto y seguro que favorezca la expresión libre de las fantasías sexuales por parte de la paciente. El objetivo será detectar posibles prejuicios o creencias desadaptativas vinculadas a dichas fantasías.

A través de la psicoeducación, se abordará la importancia de comprender que las fantasías sexuales forman parte inherente de la experiencia humana, y que, en sí mismas, no constituyen una manifestación negativa ni patológica, esto se llevará a cabo mediante una serie de frases expuestas a continuación:

- "En este espacio no hay respuestas correctas ni incorrectas. Lo que importa es lo que tú piensas, sientes o fantaseas, sin que haya juicios de por medio".
- "Te invito a que hablemos con libertad sobre tus pensamientos, ideas o imágenes relacionadas con tu sexualidad, incluidas tus fantasías. Todo lo que quieras compartir será escuchado con respeto y confidencialidad".

- “Las fantasías sexuales son un aspecto natural del deseo. Aquí puedes explorarlas con calma, sin presiones”.
- “Mi papel es acompañarte a comprender qué significan para ti estas fantasías y qué papel juegan en tu bienestar, no juzgarlas ni categorizarlas como buenas o malas”.

Esta intervención permitirá desmitificar ideas erróneas, promoviendo una actitud más saludable y flexible hacia la propia sexualidad, mediante una detección de prejuicios o creencias desadaptativas vinculadas a las fantasías a través de preguntas:

- “¿Cómo te sientes cuando aparecen estas fantasías?”
- “¿Hay alguna parte de ti que te diga que no ‘deberías’ pensar en eso?”
- “¿Qué creencias sientes que entran en conflicto con lo que realmente te gustaría experimentar o imaginar?”
- “¿Alguna vez has sentido culpa o vergüenza por lo que fantaseas? ¿De dónde crees que vienen esos sentimientos?”

A continuación, se implementará una técnica de imaginación guiada desarrollada en el apéndice J, en la cual se invitará a la paciente a visualizar, de manera controlada y progresiva, cómo sería la vivencia de sus fantasías sexuales, por ejemplo, en el contexto de una relación íntima con su pareja.

Este ejercicio buscará fortalecer la conexión con las emociones, sensaciones físicas y estados internos asociados a dichas imágenes mentales, favoreciendo una mayor aceptación de sus deseos y contribuyendo al desarrollo de una sexualidad más consciente y satisfactoria.

Esta metodología permitirá no solo identificar posibles bloqueos o creencias limitantes, sino también promover una actitud más abierta y positiva hacia la expresión de su sexualidad.

Para finalizar, se asignará como tarea para casa compartir esta fantasía con su pareja, con el propósito de fomentar la comunicación y el entendimiento mutuo, fortaleciendo así la confianza y la conexión dentro de la relación.

Sesión 7

Objetivos:

- Identificar las fantasías de la paciente y alinearlas con sus valores personales.
- Explorar las barreras emocionales asociadas a la intimidad.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Contacto con el momento presente.
- Atención plena.

Procedimiento: La sesión comenzará con una revisión de la tarea asignada previamente, la cual consistía en conversar con su pareja sobre sus fantasías sexuales. Se le preguntara a la paciente como fue llevar a cabo esta tarea con una serie de preguntas:

- “¿Cómo te sentiste compartiendo tus fantasías con tu pareja?”
- “¿Cómo fue su reacción cuando compartiste esas fantasías?”
- "¿Quieres describir las emociones que tuviste en el proceso?”.

A continuación, con el objetivo de facilitar a la paciente el reconocimiento de sus sensaciones corporales, emocionales y pensamientos. Se realizará el ejercicio de “Los cinco sentidos”, se guiará a la paciente en un breve ejercicio centrado en el reconocimiento consciente del entorno inmediato mediante los sentidos. Para una explicación pormenorizada sobre la técnica “Los cinco sentidos” acuda al Apéndice K.

Este ejercicio pretende anclar la atención en el presente de la paciente, ya que uno de los aspectos a tener en cuenta, es la desconexión corporal que presentan muchas pacientes, debido a la preocupación anticipatoria frente a las situaciones íntimas, la evitación experiencial o la rumiación.

Para concluir la sesión, se asignará como tarea la elaboración de un "Diario de exploración y conexión con el deseo", en el que, durante una semana, la paciente deberá dedicar unos minutos al día a reflexionar sobre cómo se sintió al hablar de sus fantasías con su pareja, así como sobre las emociones que experimentaría al llevarlas a cabo. Este ejercicio permitirá reforzar la conexión con su deseo y fomentar una mayor conciencia sobre su bienestar sexual.

Sesión 8

Objetivos:

- Definir una meta sexual concreta coherente con los valores personales.
- Fomentar la conexión entre valores sexuales y acciones concretas.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Acción comprometida.
- Fragmentación de objetivos.

Procedimiento: La sesión dará comienzo con la revisión y el análisis de los patrones de pensamiento, emociones y conductas registrados por la paciente durante la semana, en relación con la tarea asignada en la sesión anterior. En caso de que la tarea no haya sido completada, se retomará al inicio de la sesión mediante una dinámica alternativa, durante la cual, con el apoyo del terapeuta, se fomentará una reflexión conjunta relacionada con la conexión con el deseo sexual, lo que permitirá dar continuidad a la sesión establecida (véase Apéndice L).

Esta fase inicial se desarrollará mediante la técnica del diálogo socrático, empleando preguntas orientadoras cómo: "¿Cómo fue para ti completar este registro?" o "¿Hubo emociones o conductas que se repitieron con frecuencia?", con el fin de facilitar la toma de conciencia y la reflexión sobre los procesos internos de la paciente.

A continuación, se implementará la técnica de acción comprometida (véase Apéndice M), orientada a fomentar la coherencia entre las acciones de la paciente y los valores personales identificados en sesiones previas.

Esta técnica tiene como objetivo promover conductas dirigidas hacia metas significativas, incluso en presencia de barreras emocionales o cognitivas, consolidando así el compromiso con una vida valiosa desde la perspectiva de la ACT.

Para concluir la sesión, se invitará a la paciente a mantener el registro diario de pensamientos, emociones y conductas durante la semana, con el fin de continuar el

seguimiento de su evolución terapéutica. Asimismo, se le asignará como tarea la realización de la acción comprometida previamente acordada con él o la terapeuta, asegurando que dicha actividad esté alineada con sus valores y se perciba como alcanzable y significativa.

Sesión 9

Objetivos:

- Fomentar la conexión entre los valores sexuales y acciones concretas.
- Explorar las barreras emocionales asociadas a la intimidad.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Atención plena.
- Escucha activa.
- Diálogo socrático.

Procedimiento:

Se abordará el análisis de la acción comprometida previamente pautada, con el objetivo de identificar posibles patrones de inflexibilidad psicológica. Para ello, se explorarán las dificultades que la paciente haya podido experimentar durante la ejecución de dicha tarea, así como las situaciones específicas que surgieron en ese contexto. Para un desarrollo más detallado sobre la exploración de la acción comprometida a implementar por parte del terapeuta, véase el apéndice N.

Posteriormente, se procederá al análisis funcional de las conductas observadas, examinando sus consecuencias a corto y largo plazo en términos de costes y beneficios:, lo cual se llevará a cabo mediante las siguientes preguntas:

- "¿Qué efecto inmediato tuvo la decisión que tomaste? ¿Qué ganaste o qué alivio sentiste?"
- "¿Y qué consecuencias tuvo más adelante una vez pasado el momento?"
- "¿Cómo afecta esta forma de responder a tus valores o a la vida que quieres construir?"
- "¿Has notado que cuanto más intentas controlar lo que sientes o piensas, más se intensifica? "
- "¿Qué pasaría si, en lugar de intentar evitar la emoción, pudieras hacerle espacio y avanzar igual hacia lo que valoras?"
- "¿Qué diferencia habría entre controlar lo que sientes y relacionarte con ello de otra forma?"

Esta reflexión buscará facilitar en la paciente la toma de conciencia o *insight*, favoreciendo la comprensión de la paradoja del control y la evitación experiencial.

En el caso de que la paciente no haya llevado a cabo la acción comprometida, se le instará a realizarla para la siguiente sesión. Mientras tanto, se continuará el trabajo terapéutico focalizándose en las estrategias de afrontamiento utilizadas hasta el momento, diferenciando entre aquellas que resultan funcionales y las que actúan como barreras para su desarrollo personal y sexual.

Este proceso se complementará con la aplicación de la dinámica "Las máscaras que me pongo" (Para una explicación completa de la técnica "Las máscara que me pongo", acuda al Apéndice Ñ), una técnica proyectiva en la que se invita a la paciente a

dibujar o describir, en diferentes caretas, los roles o máscaras que adopta en su vida cotidiana como formas de evitación emocional. Estas representaciones metafóricas reflejan los mecanismos de defensa que, si bien pueden resultar adaptativos en determinadas circunstancias, también pueden dificultar el contacto genuino con sus valores sexuales o con experiencias íntimas satisfactorias.

Sesión 10

Objetivos:

- Definir una actividad sexual concreta.
- Identificar los valores sexuales de la paciente.
- Fomentar la conexión con sus valores sexuales y acciones concretas.

Técnicas:

- Clarificación de valores.
- Planificación de acción comprometida.
- Escucha activa.
- Psicoeducación.
- Diálogo socrático.

Procedimiento: La sesión, se iniciará con un espacio de conversación en el que el terapeuta explorará el estado emocional de la paciente y su percepción sobre su deseo sexual durante la última semana, usando como puente la Acción Comprometida establecida previamente en la sesión 9. Mediante una serie de preguntas del tipo:

- "¿Cómo te has sentido esta última semana con respecto a tu sexualidad?"

- "¿Ha habido algún momento en el que te hayas sentido más conectada o desconectada con tu deseo sexual?"
- "¿Qué emociones han aparecido en relación con tu pareja o tu intimidad esta semana?"

Se explicará el propósito de la sesión, en primer lugar se repasan con la paciente los valores previamente definidos en las sesiones anteriores, para favorecer la coherencia entre acción y sus valores. Con preguntas del tipo:

- "¿Qué valores identificaste en las sesiones anteriores que se relacionan con tu sexualidad o intimidad?"
- "¿Qué tipo de persona te gustaría ser en el ámbito íntimo y emocional con tu pareja?"
- "¿Cuáles de esos valores crees que has dejado de lado últimamente?"

En segundo lugar se procederá a la planificación de un actividad comprometida, ayudando a la paciente a elegir una experiencia íntima con su pareja que le genere comodidad y curiosidad.. Esta intervención se detalla en el apéndice O. Se reforzará la idea de que esta actividad debe estar alineada con su bienestar emocional, sin implicar la obligación de mantener relaciones sexuales completas, sino promoviendo la experimentación desde el consentimiento y la seguridad.

Para finalizar, se establecerá un compromiso de acción, definiendo cómo y cuándo se llevará a cabo la actividad planificada; este compromiso será formalizado en un folio detallado, disponible en el apéndice P.

Sesión 11

Objetivos:

- Identificar las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales.
- Favorecer el contacto de la paciente con sus valores sexuales y experiencias íntimas.

Técnicas:

- Psicoeducación.
- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Defusión cognitiva.

Procedimiento: Se repasará el acuerdo previamente establecido con la paciente sobre la "acción comprometida" con su pareja, asegurando que quede claro que esta tenía como objetivo explorar la experiencia sin emitir juicios.

A continuación, se invitará a la paciente a describir el encuentro, enfocándose en sus emociones, pensamientos y sensaciones antes, durante y después del evento. Se abordarán las expectativas previas mediante una serie de preguntas detalladas en el apéndice Q, cuyo propósito es identificar las emociones y barreras percibidas, con el fin de analizar cómo se percibe a sí misma tras el encuentro y si experimenta alguna sensación de culpa o incomodidad.

Posteriormente, se trabajarán los pensamientos negativos que la paciente haya experimentado durante la vivencia sexual. La terapeuta buscará validar dichas emociones mediante la técnica de defusión cognitiva, Para un desglose sobre la técnica de "Defusión cognitiva" remito al/la lector/a al apéndice R. Será importante explicar a la paciente que esta técnica no tiene como finalidad eliminar los pensamientos

disfuncionales relacionados con el deseo sexual, sino fomentar su aceptación y desarrollar una mayor flexibilidad psicológica.

Para concluir, se realizará una reflexión conjunta con la paciente sobre los pensamientos explorados durante la sesión; para una adecuada guía en la realización de dicha reflexión, véase el Apéndice S.

Sesión 12

Objetivos:

- Potenciar el desarrollo de redes sociales de apoyo.
- Fomentar la conexión entre los valores personales y la meta deseada.

Técnicas:

- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Psicoeducación.

Procedimiento: Dado que el propósito principal de la sesión es fortalecer las competencias sociales de la paciente, se iniciará con la revisión del autorregistro previamente acordado. Se analizará el estilo de afrontamiento empleado en distintas situaciones (ya sea pasivo, agresivo o asertivo), utilizado en las diferentes situaciones y adoptando estrategias más funcionales como la comunicación asertiva y desgranar un problema por partes, entre otras. Este proceso se desarrollará mediante una intervención de carácter psicoeducativo y con el apoyo de técnicas de defusión cognitiva, que faciliten la toma de distancia frente a pensamientos automáticos que interfieran en la interacción social.

Para poner en práctica lo trabajado con la paciente, se realizará un role-playing centrado en un correcto desarrollo de las habilidades sociales desarrollado en el apéndice T. Se hará hincapié en destacar positivamente los logros, recordando que todas las habilidades se refuerzan a través de la práctica.

Como tarea se recomendará practicar habilidades sociales teniendo en cuenta sus compromisos y valores (se retomará la metáfora del jardín trabajada anteriormente).

Sesión 13

Objetivos:

- Afrontar las recaídas en el proceso de cambio.
- Potenciar el desarrollo de redes sociales de apoyo.
- Establecer una conexión entre la paciente y sus valores.

Técnicas:

- Escucha activa.
- Diálogo socrático.
- Psicoeducación.
- "Metáfora del jardín" (Hayes et al., 2014).
- "Caerse de la bici" (Macías y Valero, 2022).

Procedimiento: Se comenzará con la metáfora "Caerse de la bici" (Macías y Valero, 2022) desarrollado en detalle en el apéndice U, con el fin de que la paciente comprenda que una recaída no debe interpretarse como un fracaso en el proceso terapéutico, sino como una oportunidad de aprendizaje que permite retomar el camino en la dirección de sus valores.

En esta fase, se retomará la denominada “Metáfora del jardín” con el objetivo de revisar, junto con la paciente, los valores previamente identificados y reforzar aquellos que hayan emergido a lo largo del proceso terapéutico, facilitando así una mayor conexión con su proyecto de vida.

Asimismo, durante esta sesión se aplicarán todas las medidas postest, con el fin de obtener una estimación más precisa de la evolución y mejoría experimentada por la paciente a lo largo de la intervención.

Finalmente, se llevará a cabo una revisión general de las herramientas y estrategias empleadas durante el tratamiento, brindando un espacio de cierre en el que la paciente podrá compartir sus impresiones, aprendizajes y valoraciones respecto al programa recibido

A continuación, para una mejor explicación visual de las sesiones realizadas, ver la Tabla 8.

Tabla 8.

Plan de intervención

Sesión	Objetivos	Técnicas	Tareas para casa	Materiales/Apéndices	Pautas
1	Presentación del programa. Fomentar la relación terapéutica.	Escucha activa. Diálogo socrático.		Apéndices: F	Ambiente de confianza Comunicativo Relación terapéutica

2	Explicar las características del trastorno. Identificar cómo afecta su vida diaria. Explorar posibles causas del problema.	Diálogo socrático. Escucha activa. Psicoeducación.		No se usan ni materiales y apéndices.	Explicar de forma clara y concisa.
3	Conocer el estado de ánimo de la paciente. Establecer una conexión entre los valores personales y el proceso terapéutico.	Escucha activa. "Metáfora del jardín" (Hayes et al., 2014) Psicoeducación	Pregunta de reflexión: ¿Tus acciones actuales te están acercando a la dirección que marca tu brújula, o te	Apéndice G Materiales: Libreta tipo agenda	Ambiente de confianza. Comunicativo. Relación terapéutica.

			están alejando de ella?		
4	Definir los valores personales. Identificar los patrones de pensamientos asociados al TIESF. Comprender los patrones derivados del TIESF.	Psicoeducación. Escucha activa. Ejercicios experienciales. Diálogo socrático. Reestructuración cognitiva.		Apéndice H	Los valores personales deben ser definidos de forma clara
5	Mejorar la conciencia emocional por medio de la ACT y MBSR. Promover una educación sexual saludable. Fomentar el conocimiento acerca del propio cuerpo y placer femenino.	Psicoeducación. Diálogo socrático. Escucha activa. Respiración natural consciente.	"Exploración activa de sus preferencias sexuales a través de medios como libros, videojuegos o recursos digitales de carácter educativo"	Apéndice I Materiales: Libreta tipo agenda	Educación sexual. Fomentar un espacio abierto. Brindar respuestas claras.

6	Fomentar la conexión entre valores sexuales y acciones concretas. Desmitificar y desmentir las asociaciones negativas a las fantasías sexuales.	Psicoeducación. Escucha activa. Diálogo socrático. Imaginación guiada.	“Compartir la fantasía sexual establecida en la sesión”	Apéndice J Libreta tipo agenda	
7	Identificar las fantasías de la paciente y alinearlas con sus valores personales. Explorar las barreras emocionales asociadas a la intimidad.	Psicoeducación Escucha activa Diálogo socrático “Los cinco sentidos” Contacto con el momento presente. Atención plena.	"Diario de exploración y conexión con el deseo"	Apéndice K Materiales: Libreta tipo agenda Bolígrafo	Es imprescindible identificar las fantasías sexuales de la paciente.
8	Definir una meta sexual concreta coherente con los valores personales.	Psicoeducación. Escucha activa.	“Realización de la acción comprometida previamente	Apéndice L Apéndice M	La Meta sexual

	Fomentar la conexión entre valores sexuales y acciones concretas.	Diálogo Socrático. Acción comprometida. Fragmentación de objetivos.	acordada con el o la terapeuta”		perfectamente definida
9	Fomentar la conexión entre los valores sexuales y acciones concretas. Explorar las barreras emocionales asociadas a la intimidad.	Psicoeducación “Las máscaras que me pongo” Atención plena. Escucha activa. Diálogo socrático.		Apéndice N Apéndice Ñ Materiales: Libreta tipo agenda lápices de colores. Máscaras de cartón blanco.	
10	Definir una actividad sexual concreta. Identificar los valores sexuales de la paciente. Fomentar la conexión con sus	Clarificación de valores. Planificación de acción comprometida. Escucha activa. Psicoeducación.		Apéndice O Apéndice P Materiales: Libreta tipo agenda Bolígrafo	La actividad sexual debe ser concreta y Énfasis en el disfrute

	valores sexuales y acciones concretas.	Dialogo socrático		Folio con la acción comprometida	
11	Identificar las estrategias de afrontamiento funcionales y disfuncionales. Favorecer el contacto de la paciente con sus valores sexuales y experiencias íntimas.	Psicoeducación. Escucha activa. Diálogo socrático. Defusión Cognitiva.		Apéndice Q Apéndice R Apéndice S	Diferenciar las estrategias que resultan beneficiosas
12	Potenciar el desarrollo de redes sociales de apoyo. Fomentar la conexión entre los valores personales y la meta deseada.	Escucha activa. Diálogo Socrático. Psicoeducación.	"Practicar habilidades sociales teniendo en cuenta sus compromisos y valores"	Apéndice T	Se promoverá la creació de redes sociales
13	Afrontar las recaídas en el proceso de cambio.	Escucha activa. Diálogo Socrático. Psicoeducación.		Apéndice U Materiales: Medidas postest	Preparar a la paciente para las recaídas

Potenciar el desarrollo de redes sociales de apoyo.	"Caerse de la bici" (Macías y Valero, 2022)
Establecer una conexión entre la paciente y sus valores	"Metáfora del jardín" (Hayes et al., 2014)

7.2 Evaluación de la terapia

La evaluación del programa se llevará a cabo mediante una combinación de estrategias cuantitativas y cualitativas que permitan valorar de forma integral la eficacia de la intervención. Para ello, se realizará un análisis comparativo entre las puntuaciones obtenidas en los momentos pretest y postest, utilizando los instrumentos psicométricos previamente seleccionados. Este análisis se efectuará mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, o en su defecto, mediante pruebas no paramétricas si los datos no cumplen con los supuestos de normalidad. Asimismo, se calculará el tamaño del efecto (d de Cohen) para estimar la magnitud de los cambios producidos tras la intervención.

De forma complementaria, se recogerán registros cualitativos provenientes de entrevistas semiestructuradas y observaciones clínicas, los cuales permitirán profundizar en la comprensión de la experiencia vivida por las participantes. Esta triangulación de datos facilitará una lectura más rica y matizada de los resultados, y contribuirá a identificar elementos subjetivos relevantes no captados por los instrumentos estandarizados.

Entre los criterios de éxito esperados, se contempla una mejora significativa en flexibilidad psicológica, bienestar sexual y autoestima, en consonancia con los objetivos terapéuticos planteados. Se espera también un aumento en la conexión con los valores personales y una reducción de los niveles de evitación experiencial, coherentes con los principios de la ACT.

No obstante, se tendrá en cuenta la posibilidad de resistencias al cambio, especialmente en lo relativo a creencias y fantasías sexuales, que podrían mantenerse rígidas a pesar del trabajo terapéutico. Asimismo, se considerarán posibles abandonos del programa, que podrían deberse a factores personales, falta de adherencia o dificultades para afrontar los contenidos emocionales abordados. Estas situaciones serán analizadas cualitativamente para valorar las barreras percibidas y mejorar futuras implementaciones del programa.

8. Conclusiones

El presente trabajo ha tenido como finalidad principal promover la salud y el bienestar psicológico, así como mejorar la calidad de vida de mujeres jóvenes diagnosticadas con TIESF, residentes en Santa Cruz de Tenerife. Esta condición, aun escasamente visibilizada, acarrea importantes consecuencias emocionales, relacionales y en la autoimagen sexual de quienes la padecen, lo que pone de manifiesto la necesidad de diseñar intervenciones específicas, adaptadas al contexto y a las particularidades de esta población.

La intervención propuesta se fundamenta en la integración de enfoques terapéuticos de tercera generación, en particular la ACT y el MBSR, cuya eficacia ha sido respaldada por diversas investigaciones en los ámbitos de la salud sexual y el bienestar psicológico (Jaderek y Lew-Starowicz, 2019; Harris, 2019; Bossio et al.,

2018). Al centrarse en el desarrollo de la flexibilidad psicológica, la aceptación de las experiencias internas y la conexión con los valores personales, se espera que dicha intervención contribuya a disminuir la evitación experiencial, potenciar la autoestima sexual percibida y favorecer una comunicación íntima más efectiva entre las participantes.

Asimismo, se plantea que el entrenamiento en *mindfulness* facilite una mayor conexión con el momento presente, promoviendo una vivencia de la sexualidad más plena, consciente y libre de juicios.

Estos efectos previstos tras la aplicación del programa se alinean con hallazgos previos que evidencian la eficacia de la ACT en el abordaje de disfunciones sexuales al favorecer la flexibilidad psicológica de las pacientes (Calderón, 2022; Amil, 2015). Asimismo, estudios que aplican *mindfulness* en contextos similares muestran beneficios en la atención plena al cuerpo, la reducción del juicio negativo y el fortalecimiento de la conciencia erótica (Navarro-Leis & Hernández-Ardieta, 2013). La combinación de ambos enfoques, ACT y *mindfulness* permite no solo intervenir sobre la sintomatología, sino también sobre las condiciones subjetivas y sociales que lo sostienen.

De manera más específica al aplicar este enfoque terapéutico centrado en las terapias de tercera generación, se espera que variables como el "deseo sexual" mejoren en intensidad y frecuencia al reducirse la evitación experiencial mediante el trabajo con valores y la aceptación de pensamientos y emociones relacionadas con la sexualidad. La "autoestima", por su parte, se verá potenciada a través de ejercicios centrados en la sensación corporal plena y aceptación, lo cual es crucial considerando la presión estética y los discursos normativos a los que están expuestas las mujeres jóvenes (De Miguel Álvarez, 2020; Vives-Cases et al., 2024). En cuanto al "malestar psicológico", se prevé

una reducción significativa, especialmente en síntomas de ansiedad, autocrítica y vergüenza, variables que han sido documentadas como mediadoras del TIESF (Rosen et al., 2018; Dubé et al., 2019).

En consecuencia, se prevé que los efectos de la intervención puedan traducirse en mejoras tanto a nivel individual en términos de autoconocimiento, satisfacción sexual y bienestar emocional, como a nivel relacional, al propiciar una mayor calidad en la comunicación y en el vínculo de pareja.

Desde una perspectiva de aplicación clínica, este programa ofrece varias implicaciones para la práctica profesional. En primer lugar, su estructura grupal facilita la economía de recursos sin renunciar al acompañamiento individualizado, lo que lo convierte en una alternativa viable para contextos públicos o instituciones con limitaciones presupuestarias. En segundo lugar, su fundamentación en ACT y *mindfulness* lo hace adaptable a otros entornos, como centros de salud sexual, consultas privadas o servicios universitarios de atención psicológica, siempre que se respeten los principios metodológicos y se cuente con profesionales debidamente formados en estas terapias.

No obstante, su implementación real plantea algunos desafíos. Uno de ellos es la dificultad para identificar a mujeres jóvenes que cuenten con un diagnóstico previo de TIESF, dada la escasa frecuencia con que este se reconoce en atención primaria. Otro reto consiste en la resistencia que algunas participantes podrían presentar hacia el trabajo emocional profundo o hacia prácticas contemplativas como el *mindfulness*, especialmente si no están familiarizadas con enfoques experienciales. Por ello, la adaptación cultural, la creación de un entorno seguro y la formación del terapeuta en sensibilidad de género son factores clave para el éxito del programa.

En síntesis, la intervención propuesta busca no solo aliviar el síntoma del deseo sexual hipoactivo, sino transformar la forma en que las mujeres jóvenes se relacionan con su sexualidad, promoviendo una vivencia erótica más libre, consciente y alineada con sus valores. Esto representa un aporte significativo a la psicología clínica contemporánea, al integrar la perspectiva de género, los aportes de las terapias de tercera generación y una comprensión contextualizada del deseo sexual femenino.

No obstante, el presente diseño también presenta ciertas limitaciones que conviene señalar. En primer lugar, la dificultad para reclutar una muestra que cumpla estrictamente con los criterios de inclusión y exclusión podría condicionar a la aplicabilidad y generalización de los resultados de la intervención. Además el hecho de que la colaboración se realice en el contexto de una institución hospitalaria podría generar sesgos asociados a la percepción de enfermedad, afectando la adherencia y la participación.

El estigma social que aún recae sobre el TIESF en mujeres jóvenes representa, igualmente, un obstáculo importante que puede limitar su implicación activa en el proceso terapéutico. Entre otras limitaciones, cabe mencionar la escasa inclusión de variables contextuales relevantes, como el impacto de las redes sociales en la construcción de la autoimagen sexual, así como la falta de participación directa de la pareja, aspecto que podría enriquecer el abordaje terapéutico.

Por otro lado, el carácter cuasi experimental del diseño, al carecer de un grupo control, restringe la posibilidad de establecer relaciones causales sólidas entre la intervención y los efectos observados. Del mismo modo, la ausencia de evaluaciones de seguimiento dificulta valorar la permanencia de los cambios alcanzados a medio y largo plazo.

A partir de estas consideraciones, futuras líneas de desarrollo podrían orientarse a la implementación del programa en contextos comunitarios o extrahospitalarios, lo que permitiría reducir el sesgo de medicalización y fomentar una mayor accesibilidad. Asimismo, sería conveniente incluir de forma sistemática variables como la orientación sexual, el uso de redes sociales y la diversidad en los modelos relacionales. Se recomienda, además, ampliar el tamaño muestral, incorporar diseños con grupo control y establecer evaluaciones de seguimiento que permitan analizar la estabilidad de los resultados obtenidos en el tiempo.

Por último, la inclusión de la pareja en determinadas fases del proceso terapéutico podría aportar una perspectiva más completa y favorecer una intervención de carácter integral.

El contenido del trabajo se ha estructurado a partir de una revisión teórica y empírica rigurosa que justifica la pertinencia de la intervención propuesta. Analizando el papel que desempeñan variables como autoestima, flexibilidad psicológica, deseo sexual, etc. Asimismo, se destaca la falta de programas terapéuticos adaptados al momento vital de la juventud, así como la necesidad de enfoques que trascienden la visión tradicional biomédica de la disfunción sexual. En este sentido, la intervención aquí planteada no solo busca aliviar los síntomas del TIESF, sino fomentar una relación más saludable y consciente con la propia sexualidad femenina.

La principal aportación, al campo de la intervención psicológica sexual radica en su propuesta original e innovadora: la unificación de ACT y *Mindfulness* como estrategias terapéuticas complementarias para tratar el TIESF en mujeres jóvenes. Esta combinación metodológica, aun escasamente explorada en la literatura especializada, permite trabajar con profundidad tanto la aceptación de experiencias internas como la

clarificación de valores personales, facilitando procesos de reconexión con el deseo y el placer desde una perspectiva respetuosa y empoderadora.

En definitiva, esta propuesta representa un primer avance hacia la creación de intervenciones psicológicas contextualizadas, sensibles a las particularidades de la población destinataria y fundamentadas en la evidencia científica. La integración de la ACT y *mindfulness* en el abordaje del TIESF en mujeres jóvenes ofrece una vía de trabajo prometedora. No solo se busca mejorar su salud sexual y bienestar psicológico, sino también contribuir a una concepción más amplia, inclusiva y respetuosa de la sexualidad femenina. Se espera que este trabajo constituya una base sólida para el desarrollo de futuros programas que continúen profundizando en esta línea de intervención, orientados a mejorar la calidad de vida de esta población.

9. Referencias bibliográficas

Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., Keil, J., Ruf, M., Schauer, M., y Neuner, F. (2011). Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli - evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, *12*(1). https://doi.org/10.1186/1471-2202-12-127

Aldana-Calva, E., Gómez, L. M. E., y Mota, G. C. (2016). *Atención psicológica en el climaterio. Psicología Clínica Institucional: Intervención* (pp.67-102). Editorial Prado.

American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR® Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: Texto revisado* (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana S.A.

Angulo, R. H. E., Paz, C. X. C., Andrade, D. L. R., y Insuasty, H. C. A. (2023). *Disfunción sexual actividad física en mujeres universitarias.* https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=9626652

Ascuntar Insuasty, H. C., Chaves Paz, C. X., Riascos Andrade, D. L., y Eraso Angulo, R. H. (2024). Disfunción sexual y actividad física en mujeres universitarias. *Movimiento Científico*, 24 (1), 35 43. https://revmovimientocientifico.ibero.edu.co/article/view/2715

Bernad, B. M., y Adán, J. C. M. (2023). Algunas diferencias biológicas y psicosociales en la salud de mujeres y hombres. *Encuentros multidisciplinares*, *25*(74), 16. http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/2503

Bossio, J. A., Basson, R., Driscoll, M., Correia, S., y Brotto, L. A. (2018). Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A Mixed-Methods Feasibility Analysis and Pilot Study. *The Journal Of Sexual Medicine*, *15*(10), 1478-1490. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.013

Briken, P., Matthiesen, S., Pietras, L., Wiessner, C., Klein, V., Reed, G. M., y Dekker, A. (2020). *Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. Deutsches Ärzteblatt International*. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0653

Cabrera Mena, J. J., Enríquez-Narváez, L. X., Peña-Nonsoque, S., y Velásquez-Barrero, A. V. (2021). Cartilla educativa informativa acerca de las disfunciones sexuales femeninas. *Repositorio Institucional Universidad Católica de Colombia - RIUCaC.* https://repository.ucatolica.edu.co/entities/publication/505cccca-a545-427c-98c0-99268961a9

Callado, G. Y., Gutfreund, M. C., Pardo, I., Hsieh, M. K., Lin, V., Sampson, M. M., Nava, G. R., Marins, T. A., Deliberato, R. O., Martino, M. D. V., Holubar, M., Salinas, J. L., y Marra, A. R. (2024). Syphilis Treatment: Systematic Review and Meta-Analysis Investigating Nonpenicillin Therapeutic Strategies. *Open Forum Infectious Diseases*, *11*(4). https://doi.org/10.1093/ofid/ofae142

Calva, E. A., y Álvarez, G. C. (2021b). Disfunciones y trastornos sexuales en mujeres en climaterio: pacientes del Instituto Nacional de Perinatología. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, *12*(2), 563. https://doi.org/10.21501/22161201.3534

Cámara, A. D. (2018). *Sobre la asociación entre el dimorfismo sexual en estatura y el estado nutricional de hombres y mujeres en el largo plazo. Nutrición Hospitalaria*, 35(5). https://doi.org/10.20960/nh.2094

Camacho y López, S. M., Chávez-Martínez, L. C., Martínez-Campos, J. F., Padrón-Arce, A., Rivera-Suárez, E. E., y Tapia-Rodríguez, R. A. (2022). Sexología basada en evidencia: la respuesta sexual humana y sus disfunciones. *XIKUA*

Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan, *10*(20), 18-26. https://doi.org/10.29057/xikua.v10i20.9109

Cevallos, P. A. E. (2023). Uso de Técnicas de relajación para evitar el estrés en personas adultas. *Revista Retos Para la Investigación.*, *2*(2), 51-61. https://doi.org/10.62465/rri.v2n2.2023.62

Chauca, J. A. L., y De la Caridad Hernández Rodríguez, Y. (2022a). 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.2588-1000vol6iss42.2022pp36-44

Chauca, J. A. L., y De la Caridad Hernández Rodríguez, Y. (2022b). 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.2588-1000vol6iss42.2022pp36-44

Coronado, H. C. R., Ayuso, K. R., y Díaz, J. G. (2025). Las Etapas psicosexuales: Un impacto vital en nuestra psique. *MORPHEÚS: Revista Digital de Psicología de la Universidad Marista de Querétaro*, *2*(02), 12-19.

https://doi.org/10.18256/2175-5027.2024.v16i1.5175

Dahab, J., Rivadeneira, C., y Minici, A. (2005). Desensibilización sistemática aplicada a disfunciones sexuales – *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*. (s. f.). https://cetecic.com.ar/revista/desensibilizacion-sistematica-aplicada-a-disfunciones-sexuales/?utm_source=chatgpt.com

De la Hoz, F. J. E. (2021). Incidencia a un año de deseo sexual hipoactivo en mujeres que planifican con implante subdérmico de levonorgestrel. Estudio de cohorte. Armenia, Colombia, 2014-2019. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *72*(1), 33-42. https://doi.org/10.18597/rcog.3520

De la Hoz, F. J. E. (2022). Eficacia y seguridad de la testosterona en el tratamiento del deseo sexual hipoactivo en mujeres: ¿qué dice la evidencia? *Revista Internacional de Andrología*, *21*(1), 100328. https://doi.org/10.1016/j.androl.2021.09.002

De la Hoz, F. J. E. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, *69*(1), 9. https://doi.org/10.18597/rcog.3035

De la Viuda-Suárez, M. E., y Casas-Posada, A. (2020). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional: un estudio piloto. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *7*(2). https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.07.2.5

Del Amor Espinosa, M., y Del Río Olvera, F. J. (2024a). Análisis de la efectividad de las Terapias de Tercera Generación en las Disfunciones Sexuales: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, *35*(128), 48-55. https://doi.org/10.5944/rdp.v35i128.40923

Del Amor Espinosa, M., y Del Río Olvera, F. J. (2024b). Análisis de la efectividad de las Terapias de Tercera Generación en las Disfunciones Sexuales: Una Revisión Sistemática. *Revista de Psicoterapia*, *35*(128), 48-55. https://doi.org/10.5944/rdp.v35i128.40923

De Miguel Álvarez, A. (2020). Sobre la pornografía y la educación sexual: ¿puede «el sexo» legitimar la humillación y la violencia? Gaceta Sanitaria, 35(4), 379-382. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.01.001

Diamond, J. (2020). *¿Por qué es divertido el sexo?; la evolución de la sexualidad humana.* Bogotá: Editorial Debate.

D'Alessandro, D. A., y Olaz, F. O. (2024). Eficácia de uma Intervenção Breve Baseada

na Terapia de Aceitação e Compromisso. *Revista de Psicologia Da IMED*, *16*(1), 100. https://doi.org/10.18256/2175-5027.2024.v16i1.5175

Establés, M., LLovet, C., y Gómez, C. G. (2025). Teléfonos móviles, socialización sexual y educación mediática: percepciones y retos en la protección digital de la infancia y la adolescencia. *Revista de Comunicación*, *24*(1), 127-181. https://doi.org/10.26441/rc24.1-2025-3762

Gelman, F., y Atrio, J. (2017). Flibanserin for hypoactive sexual desire disorder: place in therapy. *Therapeutic Advances In Chronic Disease*, *8*(1), 16-25. https://doi.org/10.1177/2040622316679933

Gómez, A. H. (2019). Intervención desde la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Activación Conductual en un caso de ansiedad social. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, *10*(2), 156-171. https://doi.org/10.29059/rpcc.20190602-97

Guzmán Calderón, K. (2022). Evaluación de la eficacia de un protocolo basado en terapia de aceptación y compromiso, terapia sexual clásica y mindfulness para el tratamiento de la eyaculación precoz. *Bogotá D.C : Fundación Universitaria Konrad Lorenz*, 2022. Disponible en: https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4960

Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)* (pp.483). Bilbao: Editorial Desclée De Brouwer.

Ibáñez, M. G., Viñals, C. R., & Del Olmo Arriaga, J. L. (2022). Instagram and TikTok: The role of women in social media. *Revista Internacional de Cultura Visual*, *9*(3), 1-11. https://doi.org/10.37467/revvisual.v9.3525

Jaderek, I., y 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

Kaplan, H. (1969). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. Boston: Little, Brown and Co.

Kingsberg, S. A., Clayton, A. H., Portman, D., Williams, L. A., Krop, J., Jordan, R., Lucas, J., y Simon, J. A. (2019). Bremelanotide for the treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Obstetrics and gynecology*, *134*(5), 899-908. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000003500

Kingsberg, S. A., y Woodard, T. (2015). Female sexual dysfunction. *Obstetrics And Gynecology*, *125*(2), 477-486. https://doi.org/10.1097/aog.0000000000000620

Kniotek, M., Roszczyk, A., Zych, M., Wrzosek, M., Szafarowska, M., Zagożdżon, R., y Jerzak, M. (2021). Sildenafil citrate downregulates expression in women with recurrent pregnancy loss without altering angiogenic factors, a preliminary study. *Journal Of Clinical Medicine*, *10*(21), 5086. https://doi.org/10.3390/jcm10215086

Lardies, F., y Potes, M. V. (2022). Redes sociales e identidad: ¿desafío adolescente? *Avances En Psicología*, *30*(1), 1-17. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2022.v30n1.2528

La Rosa, V. L., Shah, M., Kahramanoglu, I., Cerentini, T. M., Ciebiera, M., Lin, L., Dirnfeld, M., Minona, P., y Tesarik, J. (2019). Quality of life and fertility preservation counseling for women with gynecological cancer: an integrated

psychological and clinical perspective. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *41*(2), 86-92. https://doi.org/10.1080/0167482x.2019.1648424

Li, X., Luan, T., Zhao, C., Zhang, M., Dong, L., Su, Y., y Ling, X. (2020). Effect of sildenafil citrate on treatment of infertility in women with a thin endometrium: a systematic review and meta-analysis. *Journal Of International Medical Research*, *48*(11). https://doi.org/10.1177/0300060520969584

Lira, M. C. M., Lillo, K. S., y Lillo, J. P. (2023). Creencias de docentes en formación y en ejercicio acerca de la educación con perspectiva en identidad de género. *Revista Conhecimento Online*, *2*, 337-364. https://doi.org/10.25112/rco.v2.3358

Lorentzen, V., Fagermo, K., Handegård, B. H., Skre, I., y Neumer, S. (2020). A randomized controlled trial of a six-session cognitive behavioral treatment of emotional disorders in adolescents 14–17 years old in child and adolescent mental health services (CAMHS). *BMC Psychology*, *8*(1). https://doi.org/10.1186/s40359-020-0393-x

Lombard Cabrera, E., Quintana Ugando, M., & Fuentes Suárez, I. (2019). Estudio exploratorio de los conocimientos en relación con el desarrollo psicosexual en la edad escolar que tienen estudiantes de psicopedagogía de la Universidad de Cienfuegos. *Revista Conrado, 15(71), 20-26*. Recuperado de http://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado

Macias, J, J., Y Valero, L., (2022). *Fundamentos y aplicaciones clínicas de FACT, Una intervención para abordar el sufrimiento humano a través de las terapias contextuales*, Pirámide, 149-171

Maclnnes, J., y Perez Diaz, J. (2008). The third revolution of modernity; the reproductive revolution. *Revista española de investigaciones sociologicas*, (122), 89-118.

Marin, L., Andrisani, A., Bordin, L., Dessole, F., Noventa, M., Vitagliano, A., Capobianco, G., & Ambrosini, G. (2021). Sildenafil Supplementation for Women Undergoing Infertility Treatments: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal Of Clinical Medicine*, *10*(19), 4346. https://doi.org/10.3390/jcm10194346

Maridueña, P., Torres, J., y López, A. (2022). *Prácticas educativas en contextos interculturales*. Editorial Universitaria Andina. https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/78139

Maritza, C. L. L., Lorena, C. H. Y., Dary, H. R. L., & Camila, T. R. S. (2019, 1 junio). *Características de la disfunción sexual femenina*. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. https://hdl.handle.net/20.500.12494/33599

Marshall, W. L., y Kingston, D. A. (2018). Diagnostic Issues in the Paraphilias. *Current Psychiatry Reports*, *20*(8). https://doi.org/10.1007/s11920-018-0919-6

Meyers, M., Margraf, J., y Velten, J. (2020). Psychological Treatment of Low Sexual Desire in Women: Protocol for a Randomized, Waitlist-Controlled Trial of Internet-Based Cognitive Behavioral and Mindfulness-Based Treatments. *JMIR Research Protocols*, *9*(9), e20326. https://doi.org/10.2196/20326

Meza Dávalos, M. B., y Morales Trejo, E. B., (2022). *Orgasmo femenino. Una mirada multidisciplinar*. http://dspace.uan.mx:8080/jspui/handle/123456789/2503

Mines. A. (2022) La sexología médica y las ontologías corporales. El abordaje clínico de las disfunciones sexuales de hombres y mujeres cis en la Ciudad de Buenos Aires, 28. https://doi.org/10.34096/mora.n28.12321

Moll, L. C. (1987). Bilingual classroom studies and community analysis: Some recent trends. *Educational Researcher*, 16(6), 20–24. https://doi.org/10.2307/1175364

Montesinos, F., y Ortega, M. (2022). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) para el tratamiento de hipersexualidad y chemsex: protocolo de intervención y resultados de un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, *48*(177), 89-111. https://doi.org/10.33776/amc.v48i177.7204

Navarro-Leis, M., & Hernández-Ardieta, M. L. (2013). Terapias cognitivo conductuales para el tratamiento de los trastornos de personalidad [Cognitive behavioral therapies for the treatment of personality disorders]. *Acción Psicológica*, *10*(1). https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7031

Olivera, S., Ramos, R., y Herrera, A. (2021). Desde el discurso médico: perspectivas sobre las disfunciones sexuales femeninas y masculinas en el Perú contemporáneo. *La Colmena*, *14*, 7-27. https://doi.org/10.18800/lacolmena.202101.001

Parish, S. J., y Hahn, S. R. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, *4*(2), 103-120. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009

Parish, S. J., Simon, J. A., Davis, S. R., Giraldi, A., Goldstein, I., Goldstein, S. W., Kim, N. N., Kingsberg, S. A., Morgentaler, A., Nappi, R. E., Park, K., Stuenkel, C. A., Traish, A. M., y Vignozzi, L. (2021). International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *The Journal Of Sexual Medicine*, *18*(5), 849-867. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.10.009

Panay, N., Al-Azzawi, F., Bouchard, C., Davis, S. R., Eden, J., Lodhi, I., Rees, M., Rodenberg, C. A., Rymer, J., Schwenkhagen, A., y Sturdee, D. W. (2010). Testosterone treatment of HSDD in naturally menopausal women: the ADORE study. *Climacteric*, *13*(2), 121-131. https://doi.org/10.3109/13697131003675922

Pettigrew, J. A., y Novick, A. M. (2021). Hypoactive sexual desire disorder in women: Physiology, assessment, diagnosis, and treatment. *Journal Of Midwifery & Women S Health*, *66*(6), 740-748. https://doi.org/10.1111/jmwh.13283

Pizarro, S. M., y Lozano, J. S. (2023). *Relajación muscular progresiva de Jacobson en pacientes con ansiedad. Revisión de la literatura*. https://www.ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e2630gt

Prazeres, P. J. A. D., Paiva, V. M. M., y Prazeres, K. L. A. D. (2024). Da noção de sexualidade e tipos de sexualidade. *Prisma Juridico*, *23*(1), 74-87. https://doi.org/10.5585/2024.23123

Quinto, R. M., Russo, F., Scafuto, F., Innamorati, M., Montecucco, F. N., y Ghiroldi, S. (2025). Effects of a Body-Based Mindfulness Program on Alexithymia, Dispositional Mindfulness, and Distress Symptoms: A Pilot Clinical Trial. *Behavioral Sciences*, *15*(1), 55. https://doi.org/10.3390/bs15010055

Rodríguez López, T., y Salgueiro Labrador, L. R. (2020). Parafilias: consideraciones clínicas y médico legales. (Spanish). *Revista de Ciencias Médicas de Pinar Del Río*, 24(6), 1–13.

Roels, R., y Janssen, E. (2020). Sexual and Relationship Satisfaction in Young, Heterosexual Couples: The Role of Sexual Frequency and Sexual Communication. *The Journal Of Sexual Medicine*, *17*(9), 1643-1652. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.06.013

Reino, D. M. M., y Cárdenas, J. P. T. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la unidad académica de salud y bienestar de la universidad católica de Cuenca, año 2019. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca*, *38*(1), 53-63. https://doi.org/10.18537/rfcm.38.01.08

Salas, D. H., López, V. M., Gallegos, W. L. A., y Rivera, R. (2019). Análisis psicométrico de la escala de machismo sexual en estudiantes universitarios peruanos y chilenos. *Revista de PsicologíA*, *28*(2). https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55806

Salinas, G., y Pardo, A. (2024). La sexualidad humana: acercamiento a un enfoque ontológico y antropológico. *Studium Filosofía y Teología*, *27*(54), 235-274. https://doi.org/10.53439/stdfyt54.27.2024.235-274

Sánchez Cerquin, Y. D. (2025). Satisfacción sexual en primíparas y secundíparas con y sin episiotomía. *Centro de Salud Lajas. Chota-Cajamarca, 2023*. https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7726

Sánchez, F. S. (2010). Deseo sexual hipoactivo femenino: una propuesta de intervención médica. *Revista Internacional de Andrología*, *8*(1), 21-27. https://doi.org/10.1016/s1698-031x(10)70005-4

Sánchez, M. (2010). *Acercamiento a la disfunción sexual femenina desde la fisioterapia: una cuestión de género y salud. En I. Vázquez Bermúdez,* (pp. 1089–1103). Universidad de Sevilla

Santamaría, F. C. (2007). Tratamiento del deseo sexual hipoactivo de la mujer. *Revista Internacional de Andrología*, *5*(1), 29-37. https://doi.org/10.1016/s1698-031x(07)74031-1

Siehl, S., Wilhelms, L., y Crombach, A. (2021). Commentary on Raghuraman et al. (2021). On the Long-Term Efficacy and Effectiveness of Narrative Exposure Therapy. *Frontiers In Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.771958

Urrea, G. E. V., Cibrián, L. J. S., y Armenta, R. E. A. (2024). Disfunciones sexuales femeninas (DSF): una mirada oculta de la sexualidad. *La Colmena: Revista de la*

Universidad Autónoma del Estado de México, (122), 63-70. file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DisfuncionesSexualesFemeninasDSF-9758328%20(2).pdf

Vásquez-Dextre, E. R. (s. f.). *Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas*. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006

Vives-Cases, C., Castellanos-Torres, E., y Sanz-Barbero, B. (2024). Violencia sexual y jóvenes: «no es algo con lo que naces, sino con lo que aprendes». *Gaceta Sanitaria*, *38*, 102371. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2024.102371

Walker, A. M., y Lutmer, A. (2024). Sexual Skills, Sexual Responsiveness, and Sexual Mindfulness: Components of Great Sexual Experiences. *Sexuality & Culture*. https://doi.org/10.1007/s12119-024-10226-y

Wettergren, L., Eriksson, L. E., Bergström, C., Hedman, C., Ahlgren, J., Smedby, K. E., Hellman, K., Henriksson, R., y Lampic, C. (2022). Prevalence and risk factors for sexual dysfunction in young women following a cancer diagnosis – a population-based study. *Acta Oncologica*, *61*(10), 1165-1172. https://doi.org/10.1080/0284186x.2022.2112283

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics* (11th ed.). https://icd.who.int

Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2020). *The theory and practice of group psychotherapy*. Hachette UK.

10. Apéndices

Apéndice A. Dimorfismo sexual.

El dimorfismo sexual secundario incluye características que no son esenciales para el transporte de gametos o la procreación, pero que marcan diferencias adicionales entre los sexos, como rasgos físicos y conductuales (Ciccia, 2021). En esta línea, aunque existen diferencias notables en las respuestas fisiológicas humanas entre hombres y mujeres, en ambos géneros las reacciones que dan lugar a la interacción sexual son muy similares (Camacho-y López et al., 2022).

Lira et al., (2023) señalan que los individuos no solo están determinados por su sexo biológico, sino también por las tradiciones socioculturales en las que viven. Estas influencias contribuyen al desarrollo de la identidad de género, entendida como la autodefinición del ser y como una construcción social en la que tanto la sociedad como los individuos adoptan diversos estereotipos de género. Prazeres et al. (2024), por su parte, la define como "el conjunto de caracteres que individualizan a una persona o cosa, haciéndola distinta de las demás".

Apéndice B. Componentes de la viagra femenina o Sildenafilo.

También es conocido el uso del Sildenafilo o viagra femenina cuyos componentes activos principales incluyen *Maca y Ginko biloba,* principalmente extractos de plantas, además contiene L-arginina, un aminoácido que favorece la producción de óxido nítrico produciendo una vasodilatación y mejorando la respuesta sexual (*Sildenafilo: MedlinePlus Medicinas,* s. f.).

Apéndice C. Tabla 3.

Tabla 3.

Factores principales cognitivo-conductuales para tratar el TIESF.

Ámbito de control	Abordar las respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas
Técnicas propuestas	Diseñar programas específicos destinados al tratamiento de diversos trastornos
Contexto educativo	La TCC tiene en cuenta que la conducta y la cognición vienen muy influenciadas por el tipo de ámbito educativo
Autoevaluación	Este factor subraya la importancia del carácter autoevaluativo

Los autores Hucker y McCabe (2015) en su estudio utilizaron un tipo de terapia específica, basada en la TCC, conocida como *Pursuing Pleasure.* Esta consta de 6 módulos de los que se abarca desde la psicoeducación hasta las técnicas cognitivas. Comprobaron que el funcionamiento sexual de las 26 mujeres que terminaron el tratamiento aumentaba de manera significativa. Otro estudio que cabe mencionar ha evidenciado la efectividad del TCC para el tratamiento del TIESF, como el de Chauca y De la Caridad (2022b), quienes realizaron una revisión sistemática que incluía hasta 60 artículos, llegando a la conclusión de que la TCC es efectiva para incrementar el deseo

sexual y reducir la angustia relacionada al desempeño sexual.

Apéndice D. Entrevista Semiestructurada Trastorno de interés/excitación sexual femenino (TIESF).

Introducción:

Buenos días/tardes, mi nombre es [nombre del entrevistador/a] y formó parte del equipo de investigación que lleva a cabo este estudio sobre el Trastorno de interés/excitación sexual femenino (TIESF) en mujeres jóvenes. Antes de comenzar, queremos asegurarnos de que cumple con los criterios de inclusión establecidos para participar en este estudio.

Toda la información que nos proporcione será tratada con absoluta confidencialidad y anonimato, de acuerdo con la normativa de protección de datos. Puede retirarse del estudio en cualquier momento sin necesidad de dar explicaciones.

Criterios de Inclusión y Exclusión.

Antes de proceder con la entrevista, me gustaría hacerle algunas preguntas para asegurarnos de que cumple con los criterios de inclusión:

- Edad: ¿Podría indicarme su edad? (Incluir solo mujeres entre 18 y 30 años).
- Diagnóstico: ¿Ha recibido un diagnóstico de Trastorno de Deseo Sexual Femenino (TIESF)? (Solo incluir si la respuesta es afirmativa).
- Sexo: ¿Se identifica como mujer? (Solo incluir mujeres cisgénero o transgénero que se identifiquen como mujeres).

- Idioma: ¿Su lengua materna es el castellano o tiene un nivel suficiente para comprender y participar en esta entrevista? (Excluir si existen barreras idiomáticas significativas).

- Disponibilidad: ¿Tiene disponibilidad para asistir a las sesiones programadas? (Excluir si la respuesta es negativa).

- Residencia: ¿Reside actualmente en Tenerife? (Excluir si la respuesta es negativa).

- Estado cognitivo: ¿Ha sido diagnosticada con algún tipo de deterioro cognitivo o tiene dificultades importantes de comprensión? (Excluir si la respuesta es afirmativa).

- Consumo de sustancias: ¿Tiene o ha tenido problemas relacionados con el consumo de sustancias? (Excluir si la respuesta es afirmativa).

- Embarazo: ¿Se encuentra actualmente en estado de gestación? (Excluir si la respuesta es afirmativa).

- Tratamiento previo: ¿Se encuentra actualmente en tratamiento médico o psicológico para el TIESF? (Excluir si la respuesta es afirmativa).

Cierre de la Entrevista.

Muchas gracias por compartir su experiencia. La información proporcionada será utilizada para comprender mejor el impacto del TIESF y diseñar intervenciones más eficaces. ¿Le gustaría compartir algo adicional antes de finalizar la entrevista? Si en algún momento tiene dudas o necesita apoyo, no dude en ponerse en contacto con el equipo de investigación.

Apéndice E. Plan de intervención de recaídas en el Trastorno de interés/excitación sexual femenino (TIESF).

Este plan tiene como objetivo proporcionar herramientas y estrategias para que la paciente pueda mantener los avances logrados en terapia, manejar posibles dificultades futuras y seguir promoviendo una relación saludable con su sexualidad.

1. Identificación de Factores de riesgo

Objetivo: La paciente hará una lista de factores que han influido previamente en la disminución de su deseo sexual, tales como:

- Estrés y fatiga.
- Conflictos de pareja.
- Presión o expectativas.
- Factores emocionales o psicológicos.

Intervención: Se trabajará en identificar señales tempranas de estos factores para intervenir a tiempo y evitar que generen un impacto negativo prolongado.

2. Estrategias para manejar momentos de baja motivación sexual

Objetivo: Implementar acciones concretas cuando la paciente perciba una disminución en su deseo sexual, sin caer en la evitación o la autocrítica.

Técnicas propuestas

- Prácticas de *mindfulness* y conexión corporal.
- Ejercicios de autoexploración sensorial.
- Ajuste de expectativas.

Intervención: Se reforzará la idea de que una disminución temporal del deseo sexual es normal y no significa ningún retroceso irreversible.

3. Plan de acción ante una recaída.

Objetivo: Definir pasos específicos a seguir si la paciente nota que ha vuelto a patrones de evitación o desconexión.

Plan estructurado:

- Reconocer la situación: Identificar qué factores han influido en la disminución del deseo.
- Aplicar estrategias de afrontamiento: Utilizar las técnicas aprendidas en terapia (mindfulness, autoexploración, comunicación con la pareja).
- Evitar la autocrítica: No juzgarse por una recaída, sino entenderla como parte del proceso de aprendizaje.
- Revaluar valores y objetivos: Reflexionar sobre cómo quiere vivir su sexualidad y qué acciones pequeñas pueden ayudar a reconectar con su deseo.
- Buscar apoyo si es necesario: En caso de persistencia del problema, considerar retomar sesiones terapéuticas o explorar nuevas estrategias en pareja.

Intervención: Se diseñará un documento de compromiso personal donde la paciente plasmará sus estrategias de afrontamiento y las acciones que implementará en caso de recaída.

Apéndice F. Consentimiento informado para participantes en el programa de intervención.

1. INFORMACIÓN GENERAL.

Usted ha sido seleccionada a participar en un programa de intervención dirigido a

mujeres jóvenes diagnosticadas con TIESF. Este programa tiene como objetivo proporcionar estrategias y herramientas para mejorar el bienestar y la calidad de vida en el ámbito de la sexualidad y las relaciones de pareja.

2. NATURALEZA DEL PROGRAMA.

El programa consta de sesiones estructuradas que incluirán evaluaciones psicológicas, intervenciones terapéuticas y ejercicios diseñados para abordar las dificultades asociadas con el TIESF. La duración estimada del programa es de [indicar duración], con sesiones de [indicar frecuencia y duración].

3. BENEFICIOS Y RIESGOS.

La participación en este programa puede proporcionar herramientas para mejorar su deseo sexual, fortalecer su relación de pareja y mejorar su bienestar emocional. Sin embargo, algunos ejercicios pueden generar malestar emocional temporal o llevar a la exploración de experiencias personales difíciles.

4. CONFIDENCIALIDAD.

Toda la información recopilada durante su participación será tratada con estricta confidencialidad. Sus datos solo serán accesibles para el equipo profesional a cargo del programa y se utilizarán exclusivamente para fines terapéuticos y de investigación anónima (si aplica).

5. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y DERECHO A RETIRARSE.

Su participación en este programa es completamente voluntaria. Usted tiene el derecho de retirarse en cualquier momento sin necesidad de justificar su decisión y sin que esto implique perjuicio alguno para usted.

6. CONTACTO.

Si tiene dudas o inquietudes sobre el programa, puede comunicarse con el equipo responsable a través de 667253371.

7. CONSENTIMIENTO.

Declaro que he leído y comprendido la información anterior y que se me han explicado mis derechos y obligaciones. Acepto participar voluntariamente en este programa de intervención.

Nombre de la participante: _____

Firma: _____ Fecha: //____

Nombre del profesional responsable: _____

Firma: _____ Fecha: //____

Apéndice G "METÁFORA DEL JARDÍN".

Supón que eres una jardinera que ama su jardín, que disfruta cuidando de sus plantas, y que nadie más que tú tiene la responsabilidad sobre su cuidado. Imagina que las plantas representan las cosas que deseas en tu vida, y pregúntate: ¿cuáles son las plantas de tu jardín?, ¿cómo las ves cómo jardinera? ¿Tienen flores, huelen bien, están frondosas? ¿Estás cuidando las plantas que más quieres como realmente te gustaría?

Claro que no siempre florecen donde quisieras, ni en el momento que lo deseas; a veces se marchitan a pesar de tu dedicación. La cuestión es cómo ves el modo en que las estás cuidando: ¿qué se interpone en tu camino con ellas, qué obstáculos dificultan tu relación con esas plantas? Quizás estés dedicando todo tu tiempo y energía a una sola planta del jardín. Y como en todos los jardines, también en el tuyo pueden crecer malas hierbas.

Imagina una jardinera que las corta apenas las ve, pero vuelven a brotar una y otra vez. Y así, ella se consume ocupándose solo de eso, descuidando el resto del jardín. Sin embargo, a veces esas malas hierbas permiten que otras plantas crezcan, porque dejan espacio, porque hacen surcos en la tierra. Tal vez incluso esa planta que tanto te molesta tenga algún valor que aún no has descubierto.

Hay plantas que tienen partes que no nos gustan, pero que resultan necesarias, como el rosal que, para dar rosas, necesita espinas. Cualquier jardinera sabe que el crecimiento de sus plantas no depende de su estado de ánimo, sino de un cuidado constante y apropiado. Y aun así, nadie puede garantizar los resultados con cada planta.

Quizás desearías que una planta diera un número exacto de flores blancas, de cierto tamaño, en un momento específico. Pero sabes que puede ofrecerte otras flores, menos de las esperadas, o con un perfume distinto al que soñabas… o incluso algo más bello. No puedes controlarlo todo. La cuestión es si, a pesar de ello, valorar cuidar de esas plantas.

A veces te impacientas si una tarda en crecer o si lo que brota no es lo que esperabas. Si la arrancaras y sembraras otra, una y otra vez, nunca llegarías a ver el crecimiento real de ninguna. Tu vida giraría en torno a plantar sin ver florecer. Otra opción es seguir cuidando las plantas, aceptando lo que ofrecen en cada momento.

Es importante que sepamos, tú y yo, que yo nunca podré plantar semillas en tu jardín, ni decirte cuáles sembrar ni cómo crecerán mejor. Nunca podré cuidar de tus plantas. Solo tú puedes hacerlo. Y ahora te pregunto: por un momento, ¿podrías dejar de centrarte en esa planta que tanto te molesta, la que te ha traído hasta aquí? Aun con los pensamientos que tengas sobre esa planta, ¿estarías dispuesta a hablarme de las otras

que habitan tu jardín, de cómo están… e incluso a hacer algo por ellas, a cuidarlas incluso sin tener muchas ganas?"

Apéndice H "Dinámica: Tu Brújula Interior".

Objetivo:

Facilitar que la paciente reflexione sobre la coherencia entre sus acciones actuales y sus valores o metas personales, promoviendo la toma de conciencia y la motivación para ajustes conductuales.

Duración: 10-15 minutos.

Materiales:

- Papel y bolígrafo (opcional).
- Un espacio tranquilo y cómodo.

Procedimiento:

Introducción (2 minutos):

El terapeuta explica brevemente la metáfora de la brújula como símbolo de los valores y la dirección vital que la persona desea seguir.

"Imagina que tienes una brújula interior que marca la dirección hacia lo que realmente valoras en tu vida."

Pregunta central (3 minutos):

El terapeuta plantea la pregunta:

"¿Tus acciones actuales te están acercando a la dirección que marca tu brújula, o te están alejando de ella?"

Se invita a la paciente a responder en voz alta, explorando libremente sus pensamientos y emociones.

Exploración guiada (5-7 minutos):

El terapeuta profundiza con preguntas abiertas, por ejemplo:

¿Puedes identificar alguna acción concreta que te acerque a tu brújula?

¿Qué dificultades encuentras para mantenerte en esa dirección?

¿Hay acciones que crees que te alejan? ¿Por qué crees que sucede eso?

¿Qué cambios pequeños podrías hacer para alinearse más con tu brújula?

Cierre (2 minutos):

El terapeuta resume las reflexiones, enfatizando la importancia de la autoconciencia para guiar el cambio.

Se puede proponer una pequeña tarea para la siguiente sesión: observar durante la semana alguna acción que refleje esa dirección o que se desvíe de ella.

Apéndice I "Ejercicio de respiración consciente guiado por el terapeuta"

Duración aproximada: 5-7 minutos

Terapeuta (voz pausada y cálida):

Bien, vamos a realizar ahora un breve ejercicio de respiración consciente. El objetivo es ayudarte a conectar con tu cuerpo, reducir el nivel de activación y facilitar un estado de presencia más sereno y enfocado.

Te invito a sentarte en una postura cómoda. Puedes cerrar los ojos si lo deseas o mantenerlos suavemente abiertos, con la mirada baja y relajada.

Lleva tu atención, sin forzar, al ritmo natural de tu respiración. Observa simplemente cómo el aire entra y sale de tu cuerpo.

No es necesario modificar nada. Solo observa. Inhala… y exhala… a tu propio ritmo.

Ahora, vamos a acompañar la respiración con una pequeña guía. Al inspirar, repite mentalmente:

"Estoy aquí".

Al exhalar, repite:

"Estoy presente".

Inhala: *Estoy aquí…*

Exhala: *Estoy presente…*

(Dejar unos segundos en silencio)

Si tu mente se distrae, no pasa nada. Es completamente normal. Solo toma nota de ello y vuelve, con amabilidad, a la respiración. En este momento.

Ahora vamos a acompañar la respiración con un conteo.

Inhala suavemente contando hasta 4…

1… 2… 3… 4…

Retén el aire durante 2 segundos…

Y exhala contando también hasta 4…

1… 2… 3… 4…

Una vez más.

Inhala… 1… 2… 3… 4…

Retén… 1… 2…

Exhala… 1… 2… 3… 4…

Muy bien. Sigue respirando a tu ritmo, de forma natural.

Toma ahora unos instantes para notar cómo se siente tu cuerpo.

¿Hay algún cambio en tu respiración, en tu ritmo cardíaco, en tu nivel de tensión?

Cuando lo desees, puedes comenzar a mover suavemente los dedos de las manos, los pies…

Y cuando estés lista, puedes abrir los ojos, sin prisa.

Apéndice J. Procedimiento de imaginación guiada adaptado al TIESF.

Duración: 40 minutos.

1. Preparación para la visualización.

- Se explicará a la paciente que se llevará a cabo un ejercicio de imaginación guiada para conectar emocionalmente con sus fantasías de forma segura y sin juicios.
- Se recordará que ella tiene el control en todo momento y que puede detener el ejercicio si lo desea.

2. Inicio de la visualización.

- Se le invitara a la paciente a imaginar una situación en la que la fantasía puede desarrollarse, poniéndola en contexto, por ejemplo de un contexto íntimo con su pareja.
- Se guiará la imaginación con una narración pausada: “Visualiza que estás en un espacio íntimo y cómodo, en el que te sientes libre. Segura y en calma. Tu cuerpo se encuentra relajado, tienes la mente despejada y puedes conectar con lo que deseas sin miedo, vergüenza o presión externa.”

3. Conexión emocional y corporal.

Durante el ejercicio de visualización, se enfatizará en las sensaciones físicas (calor, respiración, placer), mediante preguntas del tipo: "¿Qué notaste en tu cuerpo durante la visualización? (Ejemplo: cambios en la respiración, temperatura corporal, tensión o relajación muscular.)", "¿Hubo alguna parte de tu cuerpo que se activó o cobró mayor presencia mientras imaginaros la escena?", "¿En qué momento sentiste mayor conexión con tu cuerpo? ¿Cómo fue esa experiencia?" y "¿Apareció alguna incomodidad corporal? Si es así, ¿dónde y cómo la percibiste?"

- También se enfatizan, las emociones, con una serie de preguntas expuestas a continuación: "¿Hubo algún momento en que te sentiste especialmente libre o conectada emocionalmente con la experiencia?", "¿Qué emociones te resultaron más fáciles de aceptar? ¿Cuáles te costó más identificar o permitirte sentir?", "¿Hay alguna emoción que se mantuvo presente a lo largo de todo el ejercicio? ¿Cómo la interpretas?" y "¿Qué emociones surgieron durante el ejercicio de visualización? (Ejemplo: curiosidad, calma, alegría, vergüenza, inseguridad, deseo.)"

4. Cierre y reflexión sobre el ejercicio aplicado.

- Se ayudará a la paciente a regresar lentamente al "aquí y ahora", mediante técnicas de respiración profunda.
- Se dará pie a que la paciente comparta verbalmente con la terapeuta como fue la experiencia.
- Una vez se identifiquen los aspectos y sensaciones positivas se reforzarán los mismos mediante palabras de afirmación, por ejemplo: "Es válido y saludable que sientas deseo; conectar con él es un acto de cuidado hacia ti misma.",

"Reconocer tu deseo es el primer paso para mejorar tu bienestar sexual y emocional".

Apéndice K. Ejercicio de los cinco sentidos.

Duración: 20 minutos.

Se guiará a la paciente en un breve ejercicio centrado en el reconocimiento consciente del entorno inmediato, solicitando identificar:

1. Cinco cosas que puede ver (colores, formas, luces).
2. Cuatro sonidos que puede oír (internos o externos).
3. Tres cosas que puede tocar (texturas, temperatura).
4. Dos olores presentes (agradables o neutros).
5. Un sabor que identifique en su boca o que recuerde.

Apéndice L. "Conexión con el Deseo en el Aquí y Ahora"

Duración: 5-10 minutos.

Procedimiento:

1. Invitación a la paciente:

"Quisiera que, por un momento, cierres los ojos y recuerdes una situación o fantasía que haya despertado en ti deseo o interés sexual, sin juzgarla".

2. Exploración sensorial:

"Ahora, enfócate en cómo se siente ese deseo en tu cuerpo. ¿Dónde lo notas? ¿Es una sensación cálida, un cosquilleo, una tensión suave? Trata de observar sin cambiar nada."

3. Reflexión verbal:

"Cuando te sientas lista, abre los ojos y comparte conmigo qué sensaciones y emociones has experimentado en ese recuerdo o fantasía".

4. Cierre: "Esta pequeña exploración nos ayuda a reconectar con tu deseo de manera segura y consciente. ¿Qué te ha parecido esta experiencia?"

Apéndice M. Accionó comprometida centrada en el tratamiento del TIESF

Duración: 30 minutos.

- Fragmentación de objetivos.
- Se invitará a la paciente a elegir un valor central relacionado con su bienestar sexual (por ejemplo, "intimidad", "exploración", "conexión con la pareja").
- A partir de este valor, se construye un objetivo amplio, como: "Quiero recuperar la intimidad con mi pareja".
- Luego, se fragmentará dicho objetivo en pequeños objetivos para que sea manejable, por ejemplo.

Expresar verbalmente un deseo sexual.

Reservar un momento para la conexión íntima sin expectativas sexuales.

Realizar una actividad sensual (no sexual) que favorezca la conexión corporal.

2. Planificación de acciones.

- Junto con la paciente, se formula un plan de acción específico y medible usando la estructura: Qué-Cuándo-Dónde- Con quién- Cómo sobre lo que he hecho.

Por ejemplo.

"Qué: Pedirle a mi pareja que tengamos una noche sin pantallas para conectar".

"Cuándo: Viernes por la noche".

"Dónde: En casa, después de cenar".

"Con quién: Con mi pareja".

"Cómo lo sabré: Lo habré hecho si esa noche nos sentamos juntos y hablamos sin distracciones durante al menos 20 minutos".

- Se exploran posibles barreras internas (miedo al rechazo, culpa, incomodidad) y se validan emocionalmente, diferenciándose de los valores que motivan la acción.
- Se refuerza la idea de que avanzar no requiere ausencia de malestar, sino voluntad de actuar en presencia de él.

Apéndice N "Exploración de la acción comprometida y detección de patrones de inflexibilidad".

1. Exploración de la acción comprometida.

Objetivo: Revisar la tarea o acción acordada previamente, observando si fue realizada y en qué condiciones.

Preguntas sugeridas:

- ¿Pudiste llevar a cabo la acción comprometida que acordamos en la última sesión?
- ¿Cómo te sentiste antes, durante y después de realizarla?
- ¿Qué facilitó que la llevaras a cabo o qué lo dificultó?
- ¿Qué fue lo más desafiante de esa experiencia?

- ¿Qué descubriste de ti misma al intentar realizar esta acción?

2. Detección de patrones de inflexibilidad psicológica.

Objetivo: Identificar mecanismos como la evitación experiencial, la fusión cognitiva o el control emocional rígido.

Preguntas sugeridas:

- ¿Aparecieron pensamientos que te decían que no podías, que no valía la pena, o que algo malo podía pasar?
- ¿Qué emociones o sensaciones trataste de evitar durante la experiencia?
- ¿Qué hiciste para dejar de sentirte así o para "controlar" lo que te pasaba?
- ¿Qué parte de ti intentó protegerse evitando esa acción? ¿Y qué coste tuvo eso?

Apéndice Ñ. Dinámica "Las Máscaras que me pongo"

Duración: 40 minutos.

Material: caretas, bolígrafos y rotuladores de colores.

Procedimiento: La paciente debe de apuntar en las diferentes caretas las técnicas de afrontamiento que utiliza en situaciones previas a encuentros íntimos de índole sexual, debe de apuntar aquellas técnicas de afrontamiento útiles, como las que no lo han sido. Después de mencionarlas y se procederá a analizar qué función cumple cada máscara, cuando aprendió a usarla, qué emociones intenta evitar con ella y cuál es el coste personal de mantenerla. Para finalizar, se relaciona cada máscara con los valores

que está bloqueando o desalineando. Se pregunta, por ejemplo: "¿Qué parte de ti se está quedando fuera cuando actúas desde esta máscara?"

Apéndice O. Planificación de una experiencia íntima.

Objetivo: Diseñar junto a la paciente una actividad comprometida, segura y emocionalmente significativa, sin expectativas rígidas.

1. Guía de planificación.

- Elige una actividad que te despierte curiosidad o bienestar (por ejemplo, un masaje mutuo, una conversación íntima, caricias sin coito, explorar fantasías).
- Asegúrate de que sea acordada en pareja y que el propósito no sea el rendimiento, sino la conexión emocional y corporal.
- Define el contexto: ¿dónde?, ¿cuándo?, ¿cuánto tiempo?, ¿qué necesitas para sentirte más cómoda?

Preguntas guía para el/la terapeuta.

- ¿Qué tipo de experiencia íntima te haría sentir más conectada contigo y con tu pareja?
- ¿Qué tipo de experiencia íntima te haría sentir más conectada contigo y con tu pareja?
- ¿Qué tipo de experiencia íntima te haría sentir más conectada contigo y con tu pareja?

Apéndice P. Compromiso de acción

Objetivo: Formalizar un plan de acción claro, medible y alineado con los valores personales.

Indicaciones para la paciente

l Define con precisión el momento (día y hora aproximada) en que realizarás la actividad.

l Haz un pequeño seguimiento de cómo te sentiste antes, durante y después (puedes usar un diario breve).

l Recuerda: el objetivo es **explorar**, no **lograr** una respuesta sexual específica.

Frase de cierre sugerida para el terapeuta

"Lo más importante no es si la experiencia fue perfecta, sino que te permitiste habitarla con curiosidad y con amabilidad contigo misma. Eso ya es un paso hacia el bienestar sexual que deseas construir."

Hoja de trabajo: Reconexión con tu deseo desde tus valores.

Nombre: _____ Fecha: _____

Objetivo de esta tarea:

Diseñar y llevar a cabo una experiencia íntima con tu pareja que esté alineada con tus valores personales. Esta actividad no busca resultados, sino abrir un espacio para reconectar contigo, con tus emociones y con tu cuerpo desde la curiosidad, el respeto y la aceptación.

1. Mis valores importantes en la intimidad son…

- _____

- _____

- _____

- _____

2. Actividad íntima que voy a realizar esta semana:

-

_____

3. ¿Qué necesito para sentirme cómoda al realizarla?

-

_____

-

_____

4. Planificación del encuentro

¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Con quién? ¿Cuánto tiempo?

5. Después de la actividad, reflexiona…

- ¿Cómo me sentí antes de comenzar?

_____

- ¿Qué pensamientos o emociones surgieron durante?

_____

- ¿Qué sensación me dejó la experiencia?

_____

- ¿Qué me gustaría repetir o cambiar en el futuro?

_____

Recuerda: No se trata de alcanzar un nivel de deseo o de tener una respuesta específica. Se trata de darte permiso para explorar tu sexualidad desde el cuidado y el respeto hacia ti misma.

Apéndice Q. Preguntas exploratorias sobre la "Acción Comprometida"

"¿Qué tipo de expectativas tenían antes del encuentro sexual?"

"¿Hubo alguna expectativas que sentiste que no pudiste cumplir? ¿Cómo te afectó esto?"

Apéndice R. Dinámica las hojas en el río

El objetivo de esta técnica radica en separar a la paciente de sus pensamientos, es decir se le ayudará a entender que tener estos pensamientos no significan verdades absolutas.

Duración aproximada: 10-15 minutos.

1. Preparación del entorno.

Invita a la paciente a sentarse cómodamente. Que adopte una postura relajada y cómoda, para continuar explicándole el propósito de la técnica a usar.

"Vamos a realizar un ejercicio breve para observar cómo tratamos ciertos pensamientos que pueden surgir cuando hablamos de sexualidad, deseo o nuestras emociones. No vamos a juzgarlos ni eliminarlos, solo observarlos."

2. Introducción a la visualización.

Guía a la paciente con una voz suave:

“Imagina que estás sentada al lado de un río tranquilo. El agua fluye lentamente, y sobre ella flotan hojas. Cada hoja se mueve suavemente corriente abajo…”

3. Asociación con pensamientos.

Explícale cómo usar esas hojas para trabajar con sus pensamientos:

“Ahora, cada vez que aparezca un pensamiento en tu mente —por ejemplo, sobre tu deseo sexual, sobre cómo te sientes contigo misma o con tu pareja— colócalo en una hoja. Sin juzgarlo, sin intentar cambiarlo. Simplemente obsérvalo como si fuera una hoja flotando en el agua.”

“Puede ser un pensamiento como: ‘No tengo ganas y eso es malo’, o ‘Estoy fallando como pareja’. Colócalo en una hoja... y déjalo ir.”

4. Observación neutral.

Guía su atención hacia la experiencia emocional:

“No intentes que el pensamiento desaparezca ni lo empujes. Solo obsérvalo mientras flota... Y si vuelves a tener ese pensamiento, colócalo en otra hoja... y déjalo ir de nuevo.”

“Recuerda: tener un pensamiento no significa que sea cierto o una verdad absoluta. Es solo eso: un pensamiento.”

5. Cierre de la técnica.

Ayuda a la paciente a volver al momento presente.

"Ahora, cuando te sientas lista, vuelve poco a poco tu atención al lugar donde estás, siente tus pies en el suelo, tu respiración… y cuando estés preparada, abre los ojos."

Apéndice S. Reflexión posterior a la técnica de las hojas en el rio

- ¿Qué pensamientos aparecieron con más fuerza?
- ¿Cómo fue para ti observarlos sin discutirlos?
- ¿Qué notaste en tu cuerpo o emociones mientras los dejabas pasar?

Apéndice T. Dinámica "Role-Playing": mis habilidades sociales

Duración: 40 minutos.

Materiales: papel con situación para representar.

Procedimiento: se pedirá a la paciente que escoja un papel entre todos los que estén disponibles para representar una situación. La situaciones que se plantean son las siguientes:

- Imagina que acabas de llegar a una nueva que te resulta placentera —por ejemplo, [añadir aquí la actividad que disfrute la paciente, como clases de baile, pintura, yoga, etc.]— y al llegar observamos que los participantes ya se encuentran organizados en grupos previamente establecidos. Ante esta situación, ¿de qué manera intentarías integrarte en alguno de esos grupos? ¿Qué pensamientos o emociones crees que podrían surgir en ese momento y cómo los gestionarías?

- Imagina que tu pareja te propone tener un encuentro sexual el cual a ti te agrada y que ya previamente has comunicado tu interés en el mismo.

Además, se podrá proponer role-playing de situaciones creadas en el registro de habilidades presentado en esa misma sesión.

Apéndice U. "Metáfora caerse de la bici¨ (Macías y Valero, 2022).

Imagina que tu proceso de cambio es como andar en bicicleta. No importa el tipo exacto de bicicleta, pero sí que tenga ciertos elementos esenciales que te ayudarán a avanzar.

Montarse y comenzar a pedalear representa el primer paso, y aunque parezca que vas perdiendo el equilibrio, en realidad es esa sucesión de pequeños desequilibrios la que te permite mantenerte firme y seguir adelante.

El cuadro de la bicicleta es el marco que sostiene todo: es como tu objetivo, el cambio que quieres lograr, definiendo sus límites, qué aspectos se ven afectados y cuáles permanecen intactos.

El manillar es lo que te guía en el camino, la dirección que eliges, la capacidad de sortear obstáculos y tomar las curvas que la vida te presenta.

El sillín es tu base, aquello sobre lo que te apoyas para avanzar: tu experiencia previa, conocimientos, recursos internos como la meditación o el aprendizaje que has acumulado.

Los pedales son donde aplicas tu energía y esfuerzo, impulsándote hacia tu meta. Son las acciones concretas que te permiten mover la bicicleta hacia adelante, paso a paso.

Los frenos simbolizan las barreras internas o externas que limitan tu avance, conscientes o no. Reflexionar sobre ellos te ayuda a entender qué podrías soltar para seguir adelante y qué riesgos estarías dispuesta a asumir.

Las ruedas son lo que realmente te hace avanzar; si están bien equilibradas, te permiten un movimiento fluido, pero si hay desequilibrios, encontrarás dificultades que ralentizan tu progreso.

El guardabarros es la protección que tienes frente a las dificultades o imprevistos del camino; te cuida, pero también debes evaluar si esa protección no se vuelve una limitación.

La cadena es el vínculo entre tu esfuerzo y el resultado, transmitiendo la energía de tus pedaleos a las ruedas que te impulsan hacia el cambio.

Finalmente, la luz delantera es tu visión del camino y del destino; cuanto más clara y amplia sea, más segura y rápida será tu marcha.

Así, tu proceso de cambio es un equilibrio dinámico donde cada parte cumple un papel esencial para avanzar hacia tu objetivo, reconociendo las fuerzas que te impulsan, las que te frenan, y la dirección que eliges seguir.