



Discapacidad no es Incapacidad.

*Programa de Educación sexual en personas
adultas con lesión medular.*

Curso académico: 2021-2022
Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz
Aiala Jiménez de Aberasturi Durán
5568 palabras

Agradecimientos

Gracias a mi madre y a mi padre, por aconsejarme, apoyarme y acompañarme incondicionalmente durante toda mi vida.

Gracias a mi hermano por animarme cuando más lo necesitaba.

Gracias a mi abuela, por creer en mí.

Gracias a Andrés, Andoni, Erika, Leire, Irati y Leire, por darme esta maravillosa amistad con la que siempre puedo contar.

Gracias a Loli Calle por su compromiso y dedicación como directora de este trabajo. Ha sido un placer.

Gracias a todos, de todo corazón.

Índice	
Introducción	5
Marco conceptual y Justificación	6
1) Meta	11
2) Objetivo General	11
3) Objetivos intermedios	11
Metodología pedagógica	11
Diseño del proyecto	13
1) Definición de la población y criterios de inclusión	13
2) Estrategias de difusión y captación	14
3) Esquema de sesiones:	15
4) Desarrollo de las sesiones:	21
5) Presupuesto del programa de educación	21
6) Evaluación del programa	22
Bibliografía	24
Anexos	27
2) Anexo 2: Proceso de búsqueda y selección de la literatura:	27
3) Anexo 3: Ecuación de búsqueda y resultados	29
4) Anexo 4: Diagrama de flujo	35
5) Anexo 5: Guión de lectura científica de estudios de investigación cualitativa	36
6) Anexo 6: Tabla de resumen	45
7) Anexo 7: Desarrollo de la sesión 2	54
8) Anexo 8: Desarrollo de la sesión 3	58
9) Anexo 9: Desarrollo de la sesión 4	61
10) Anexo 10: Póster del programa	66
11) Anexo 11: Tríptico del programa	67
12) Anexo 12: Presentación Power Point Sesión 2	67
13) Anexo 13: Copia En Busca del Placer	74
14) Anexo 14: Presentación Power Point Sesión 3	75
15) Anexo 15: Fotocopia de la tabla "Te protege, Me protege, NOS PROTEGE".	84

16) Anexo 16: Tabla “Te protege, Me protege, NOS PROTEGE” con las respuestas.	85
17) Anexo 17: Presentación Power Point Sesión 4	86
18) Anexo 18: Encuesta de satisfacción	91
19) Anexo 19: Cuestionario	92

Introducción

La Lesión Medular Espinal (LME) hace referencia a los daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo, enfermedad o degeneración. Las lesiones medulares, pueden clasificarse según la gravedad de la misma o la localización en la médula espinal. Al contrario de lo que pueda parecer, la prevalencia de esta condición es más común de lo que a primera vista puede parecer, ya que sólo en el municipio de Álava, alrededor del 2,15 de cada 1000 habitantes sufre lesiones medulares y a nivel estatal, se estiman entre 800 y 1.000 casos nuevos al año.

La sociedad concibe la sexualidad de una manera única, y esto afecta directamente aquellas personas que no cumplen con esa visión de la sexualidad, como las personas con lesión medular.

El hecho de que la sexualidad siga siendo un tabú ampliamente interiorizado en la sociedad, crea un área de necesidades vitales sin cubrir que afectan al bienestar y salud de la persona. A nivel emocional, social y físico las personas con lesión medular a menudo experimentan insatisfacción sexual, baja autoestima, alteraciones en la imagen corporal... por no hablar de que tienen más dificultades para relacionarse con las personas y su entorno. Además de esto, suelen tener un menor deseo, sequedad vaginal, disfunción eréctil, incontinencia urinaria y/o fecal... que se tratan de manera escasa en el ámbito sanitario. Es por esto que, las personas con LME reclaman la inclusión de la sexualidad en los programas de rehabilitación, para lograr así un bienestar bio-psico-social.

Dada la insatisfacción de las personas con lesión medular en cuanto a la formación en este área, se ha observado la necesidad de elaborar un programa de educación sexual dirigido a personas con lesión medular con el objetivo de proporcionar estrategias para vivir la sexualidad de manera sana y satisfactoria. Para alcanzar dicho objetivo, se van a llevar a cabo actividades y dinámicas en busca de aportar conocimiento, habilidad y motivación para lograr así su redescubrimiento sexual.

Este programa de educación ha sido diseñado desde la "Teoría Social de Aprendizaje de Bandura" manteniendo una perspectiva centrada en la persona. Su planificación consiste en 5 sesiones impartidas por un profesional de Enfermería con conocimientos sobre la materia. Además, tendrá una evaluación formativa y sumativa con la finalidad de que los participantes adquieran las competencias necesarias para vivir la sexualidad de forma plena.

Marco conceptual y Justificación

El concepto de Lesión Medular Espinal (LME) hace referencia a los daños sufridos en la médula espinal a consecuencia de un traumatismo, enfermedad o degeneración^{1,2,3}. Las lesiones medulares, pueden clasificarse según la gravedad de la misma o la localización en la médula espinal^{1,4}. De acuerdo a la afectación en la médula espinal, la Asociación Americana de Lesión Medular (ASIA), clasifica las lesiones medulares en Completas o Incompletas, esto es: Si a tres segmentos por debajo del nivel de la lesión no existe preservación ni de la función motora ni sensitiva, se trata de una lesión completa⁴. Por el contrario, si existe una preservación de la función motora o sensitiva a más de tres segmentos por debajo del nivel de la lesión, entonces es una lesión incompleta⁴.

Si en cambio, queremos clasificar la lesión según su localización, tenemos la Tetraplejía o la Paraplejía⁴. Hablamos de tetraplejía si hay una disminución o privación de la función motora y/o sensitiva a partir de los segmentos cervicales⁴. Como consecuencia, esta lesión afecta tanto a los brazos como el tronco, piernas y órganos pélvicos⁴. La paraplejía por el contrario, es una lesión en la que hay una disminución o privación de la función motora y/o sensitiva a partir de los segmentos torácicos, lumbares o sacros y que no compromete los miembros superiores^{1,3,4}.

No existen estimaciones fiables de su prevalencia a nivel internacional, pero se calcula que su incidencia mundial anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes¹. En España, se estiman entre 800 y 1.000 casos nuevos al año y en Álava, 2,15 casos de lesión medular por 1000 habitantes^{4,7}. En relación a la prevalencia según la edad y el sexo, el mayor porcentaje de casos se presenta entre los 20 y 40 años de edad, y de éstos, aproximadamente el 80% son hombres^{4,9}. En cuanto a la etiología, el 70% son de etiología traumática^{4,9}. Con respecto al nivel de estudios, la población con LME de 16 años o más presenta un nivel educativo superior al de otros tipos de discapacidad en España¹⁰. Por otra parte, parece que hay una tendencia a que este colectivo viva en zonas urbanas, en el que el 85,9% de la muestra vive en ciudades de más de 10.000 habitantes⁸.

Hemos comentado los problemas físicos asociados a la LME, pero no hemos hablado de las necesidades psicológicas y sociales que reposan subyacentes en esta situación. Entre otras encontramos la vivencia de la sexualidad, la cual es el núcleo de este trabajo.

Definimos la sexualidad como el estado mental en el que cada individuo vive, siente y establece el hecho de ser hombre o mujer sexuados; a través de sus vivencias, creencias y experiencias que evolucionan desde el nacimiento hasta su fallecimiento^{11,12}.

Sin embargo, las personas con LME tienen dificultades para disfrutar de una sexualidad plena. Esto se debe a que existen barreras bio-psico-sociales que afectan de manera negativa a este colectivo.

Las barreras físico-emocionales están condicionadas por el sexo de la persona con LME. Los hombres con lesión medular tienen dificultades a la hora de realizar ciertas posiciones sexuales debido a la debilidad muscular¹⁸. Además, suelen tener disfunción eréctil^{5,9,15,18,22}. La dificultad para mantener las erecciones, evita aquellos encuentros que incluyen el coito vaginal, práctica que a menudo es la forma más habitual de expresar la erótica¹⁸. Todas estas limitaciones físicas acaban provocando el distanciamiento de la pareja, ya que ambos integrantes se sentían frustrados, provocando una disminución del deseo y una menor satisfacción asociada a la sexualidad^{18,22}.

En el caso de las mujeres, la falta de capacidad para satisfacer a la pareja, la falta de cualquier sensación en la vulva, una dificultosa posición sexual y la falta de lubricación vaginal son las barreras físicas más comunes a las que se enfrenta una mujer con LME^{5,23}. En muchos casos, si la falta de lubricación no se trata, puede desarrollarse una abrasión vaginal no identificada por falta de sensibilidad en la zona genital²³. En cuanto a la imagen corporal, las mujeres se comparan a sí mismas con el aspecto que tenían antes de la lesión, siguiendo los ideales de belleza de la sociedad^{16,17}. Las preocupaciones más habituales relacionadas con la imagen corporal incluyen pérdida de masa muscular, exceso de peso y la región del vientre que se percibe como grasa debido a la parálisis de los músculos abdominales¹⁷.

En común para ambos sexos, las personas con LME describen el temor a ser rechazados por su pareja, especialmente respecto a su imagen corporal y cómo ha afectado a su autoconcepto y a la incontinencia, la cual es considerada una de las principales barreras para el placer sexual^{15,16,17,18}. Además de esto, las personas con lesión medular no sólo corren un mayor riesgo de abuso sexual sino que realizan actividades sexuales de alto riesgo con mayor frecuencia, debido en parte al modelo erótico heteronormativo sobre el que se basa nuestra sociedad²³. Este modelo se basa principalmente en la concepción de la sexualidad centrada en el coito, así como la relación sexual exclusivamente entre un hombre y una mujer que cumplan los cánones de belleza y funcionalidad actuales. Esta visión no incluye la prevención de las ITS y el bienestar de los individuos, en todo caso contempla la prevención de embarazos no planificados.

Con respecto a las barreras de índole social, la literatura no hace distinción entre aquellas que experimentan hombres o mujeres. Algunas de estas barreras repercuten en la sexualidad de manera directa y otras lo hacen indirectamente. Entre las barreras sociales directas más prevalentes encontramos los estigmas sociales y, entre ellos, las falsas creencias de que la persona con LME es asexual, que estas personas no pueden tener relaciones sexuales por placer, que son infértiles o que son incapaces de tener una erección en el caso de los

hombres^{8,13,14,15}. En muchos casos, las personas con lesión medular acaban interiorizando estas falsas creencias, lo que puede provocar otra serie de barreras emocionales¹⁶.

Por otro lado, entre las barreras sociales indirectas encontramos la pérdida de empleo, autonomía y relaciones eróticas y románticas¹⁷. El acceso a la socialización puede ser un desafío para muchos hombres y mujeres en términos de factores externos, ya que cuentan con barreras arquitectónicas en la estructura urbana, un acceso limitado al transporte público y privado...^{5,13,14,18,19}. Las variables económicas y de apoyo familiar son esenciales para tener una buena salud física, ya que muchos de estos servicios no cuentan con cobertura pública¹⁰.

Además, la LME produce cambios significativos en los roles y patrón de vida de una persona^{5,11,18}. En concreto, las parejas de las personas con LME tienden a acentuar su rol de cuidadores dejando sus relaciones en un segundo plano y generando una frustración en ambos integrantes de la pareja^{17,18}.

En algunos casos, el abordaje de la sexualidad no es solo dificultoso a nivel comunitario, sino que los profesionales sanitarios también tienen dificultades a la hora de tratar estos temas, debido a los estigmas sociales previamente mencionados^{5,20,21}. En la realidad, en caso de proporcionar atención sanitaria sobre la sexualidad, los contenidos e información brindada son escasos, puesto que los servicios de rehabilitación se centran únicamente en la incontinencia y en el uso de medicamentos para lograr la erección²².

El hecho de que la sexualidad no se trate debido a una priorización de necesidades errónea, evita prevenir y tratar el problema, lo cual provoca que se perpetúe el tabú de la sexualidad-diversidad funcional, en el entorno físico, psico-social y político^{8,13,14}. Todos estos prejuicios por el contrario, han sido ampliamente desmentidos, puesto que los estudios demuestran que los deseos sexuales y la necesidad de expresarlos permanecen intactos tras la lesión^{20,23}.

Respecto a las necesidades físico-emocionales y en el caso de los hombres, las principales preocupaciones residen en mantener una erección, tener un orgasmo, eyacular, el posicionamiento durante el acto erótico y el estado psicológico¹⁵. Por parte de las mujeres, sus preocupaciones residen mayormente en el área emocional, aunque también demandaban consejos prácticos específicos para la actividad erótica, como las diferentes posturas y el modo de dar placer a su pareja¹⁷.

Las personas con una LME incompleta muestran una mayor adaptabilidad a sus nuevas capacidades sexuales, en comparación con las personas con una LME completa¹⁶. Con respecto al nivel de la lesión, Amjadi et al y la AOTA (The American Occupational Therapy Association) afirman que, las personas con lesiones más altas y/o completas suelen reportar menores necesidades sexuales a nivel físico que aquellas personas que tienen el nivel de la lesión más bajo o es incompleta^{12,23}.

Las personas con LME muestran la necesidad de nuevas maneras de sentir placer pero para ello, es necesario un cambio de enfoque con respecto al concepto de la sexualidad, entendía la sexualidad como coito y una pseudo obligación de conseguir el orgasmo, en vez de poner el énfasis en el proceso de recibir y dar placer²². Parte de la recuperación sexual está estrechamente relacionado con el autoestima y el autoconcepto, sentirse bien con sus cuerpos y ser deseados por otras personas¹⁷. Para algunos, esto significaba tener parejas eróticas casuales o temporales y para otros, relaciones más significativas a nivel emocional¹⁷.

A nivel social, en diversos estudios se describe que las personas con LME expresan la necesidad de compartir sus inseguridades, tanto con sus parejas como con personas afectadas por la misma condición^{16,23}. De acuerdo con la literatura, la adaptación y comunicación de la pareja es esencial para mejorar la relación de la misma y el autoestima de la persona afectada¹⁷. De hecho, problemas como la incontinencia urinaria y/o fecal y la falta de disposición para retomar las relaciones eróticas podrían ser resueltos o minimizados gracias a la comunicación asertiva en la pareja²³.

Con respecto a las necesidades que expresan las personas con LME a nivel sanitario, es primordial un asesoramiento proactivo por parte de los profesionales para mejorar el apoyo centrado en la sexualidad^{15,20}. La razón de este enfoque, se basa en el tabú con respecto a la sexualidad mencionado anteriormente, por el que pocos pacientes e incluso profesionales se animan a preguntar^{5,18}. Es difícil conocer con exactitud la necesidad real de estas personas puesto que, varios autores consideran que la mayoría de las personas con lesión medular desconocen su capacidad sexual y reproductiva porque no se les ha proporcionado la suficiente información^{4,5}. Sin embargo, el hecho de que las personas afectadas tengan necesidades físicas diferentes y diversas, ayuda a que las personas con LME exploren nuevas áreas de placer, ayudando así a su rehabilitación o redescubrimiento sexual¹⁷. Una de las estrategias que les funciona a estas personas, reside en la estimulación de áreas genitales y no genitales (zonas del nivel o por encima de la lesión) en solitario o en compañía¹⁶. Este acto derivaba en experiencias agradables y placenteras a pesar de tener fuerza, sensibilidad o movilidad reducida¹⁶.

En el estudio de Nevin et al. se describe que algunos participantes preferían realizar las sesiones en grupo, ya que se sentían menos avergonzados al discutir estos temas dentro de una multitud²⁴. Otros artículos mencionan la importancia del apoyo de los compañeros, ya que proporciona una fuente de conexión, valores y empoderamiento¹⁵. Otros por el contrario, se decantaban por interacciones menos directas como tener conversaciones en solitario con la enfermera o el acceso a información online brindada por los profesionales^{20,22}.

Como resumen y a nivel general, las personas con LME reclaman la inclusión de la sexualidad en los programas de rehabilitación y lograr satisfacción en su vida sexual, ya que la sexualidad está vinculada a su salud física, mental y bienestar general²⁰.

La revisión de servicios de salud pública para personas con LME es crucial para poder realizar una atención adecuada, así como comprobar la accesibilidad de estos servicios^{9,10,15}. Según la OMS, la salud sexual debe ser reconocida como un derecho fundamental que debe garantizarse a todas las personas, por lo que como enfermeras y enfermeros debemos ser capaces de promocionar y tratar la sexualidad de las personas³.

La creación de un programa de educación sexual influiría positivamente en estos pacientes, ya que el asesoramiento sexual genera cambios en las actitudes y estereotipos sexuales con un mayor impacto que la propia diversidad funcional física^{3,17,19,26}. Esto contribuye a que estas personas desarrollen sus propias estrategias para llevar a cabo su revolución y redescubrimiento sexual^{17,26}. Asimismo, reduciría también el coste económico que suponen los embarazos no planificados, la contracepción de ITS, y protegería de la violencia sexual a las mujeres con LME²³.

Según el estudio de la UNESCO, los costos de formación, promoción y materiales didácticos para un programa de educación sexual, no superarían el 20% del gasto total²⁷. De hecho, el mayor coste del programa sería el salario de los docentes²⁷. Según este análisis, la costo-eficacia de un programa de educación sexual supondría una reducción en los gastos que suponen tratar los embarazos no planificados y las diferentes ITS como el tratamiento del VIH, que tiene un valor de 67.825 dólares estadounidenses por persona de por vida^{23,27}.

Objetivos del programa:

- 1) Meta: Este programa pretende contribuir a la mejora del bienestar sexual de las personas con lesión medular dentro del municipio alavés.
- 2) Objetivo General: Al finalizar el programa, las personas con lesión medular habrán desarrollado las competencias para vivir su sexualidad de forma plena.
- 3) Objetivos intermedios: Al finalizar el programa, los participantes serán capaces de:
 - Adquirir los conocimientos sobre la sexualidad que les permita satisfacer sus necesidades amorosas y eróticas.
 - Mostrar una actitud y afectividad positiva ante su sexualidad.
 - Adquirir las habilidades necesarias para vivir su sexualidad de manera sana y satisfactoria.

Metodología pedagógica:

Tradicionalmente, la educación sanitaria se ha realizado desde un modelo paternalista o de técnicas unidireccionales^{28,29}. Bajo este modelo, las necesidades de aprendizaje de las personas con lesión medular no se resuelven, dado que el profesional sanitario ofrece la información que cree necesaria, centrándose solamente en la parte biológica y dejando de lado las circunstancias de vida de la persona, sus emociones y sus capacidades. De esta manera, el profesional es el que decide cuándo y cómo proporcionar la información al paciente, y éste es el responsable de su comprensión y gestión.

Sin embargo, en este programa de educación para la salud se va a trabajar desde la “Teoría social de aprendizaje de Bandura”, la cual afirma que los factores personales, sociales y ambientales interactúan constantemente²⁹. Esto supone que la persona sea tratada como un ser holístico o bio-psico-social, de manera que se tendrán en cuenta los propios recursos, necesidades y dificultades de la persona, para que desarrollen las capacidades necesarias que les permita tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia sexualidad, haciendo referencia así al principio de aprendizaje de la individualidad^{5,6,29,30}.

En este sentido, la concepción social de la sexualidad excluye a las personas con lesión medular y éstas lo integran en sus vidas adaptándose a esa creencia. Por ello es necesario tener en cuenta estos factores ambientales y sociales⁵.

De acuerdo con este punto de vista, en este programa se hará uso de un modelo bidireccional, la cual potencializa la retroalimentación entre los participantes y la enfermera³¹. En este programa, la enfermera hará de “guía”, adoptando un rol facilitador, para que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones

conscientes y autónomas sobre su propia sexualidad. Mostrándose para ello empática, cercana y sincera en todo momento. De esta manera, se consigue una mayor efectividad mediante implicar emocionalmente a las personas, además de proporcionarles información que se adecue a las necesidades del grupo haciendo uso de apoyos comunicativos y cambios sociales y en el medio^{5,6,31}.

Cada sesión comenzará con un contenido más teórico, de manera que podamos dotar de conocimiento al grupo y desmentir falsas creencias, evitando el principio de saturación de información y respetando la simplicidad de la información ofrecida³⁰. Añadir que, en el lenguaje a emplear se evitarán tanto tecnicismos que alejan la atención del paciente como vulgarismos que hagan perder credibilidad y seguridad en el profesional. Para que el contenido del programa sea captado de una manera más eficiente, aplicaremos la pirámide de Edgar Dale, de manera que utilizaremos diferentes medios audiovisuales como, Power Points, role playing, debates etc. Haciendo referencia así, al principio de aprendizaje de la multisensorialidad^{30,33}.(Anexo 1).

Con respecto a la adquisición de conceptos, trabajaremos aquellos factores que facilitan la adaptación sexual de los individuos, principalmente mediante actividades como debates, preguntas y recordar conceptos clave de sesiones anteriores²⁶. En relación al aprendizaje subjetivo, experiencial y sensitivo, en este programa se trabajarán aspectos conductuales y sentimentales, ajustándose al contexto social y cultural de los participantes^{9,25}. Para ello se hará uso de actividades y dinámicas como el role playing, relatar experiencias, expresar opiniones y sentimientos... basándose en sus dificultades y necesidades, mediante fomentar su reflexión e implicación³⁰. Por último y en cuanto a la motivación, se trabajará mediante la entrevista motivacional y la motivación por pares. Según la entrevista motivacional, la enfermera tendrá que hacer uso de varias estrategias comunicativas, trabajando la motivación intrínseca de los participantes³⁰. El objetivo será reforzar la autoestima y conseguir que los participantes se sientan hombres y mujeres deseables. En segundo lugar, el guía procurará realizar dinámicas grupales además de contar con un invitado que relatará su experiencia con LME, a fin de que los participantes se sientan comprendidos y capacitados para transformar su sexualidad.

Toda la información proporcionada, estará disponible para todos aquellos participantes que la quieran conservar o que quisieran trabajarla individualmente en caso de no querer participar en las sesiones. También se facilitarán medios como asociaciones o información adicional en caso de que los pacientes estén interesados.

Diseño del proyecto:

1) Definición de la población y criterios de inclusión

El programa va dirigido a personas con lesión medular mayores de 18 años, que hayan sufrido la lesión en los últimos dos años y serán incluidos ambos sexos.

La razón por la que se ha escogido a personas mayores de edad, es debido a que las tasas de incidencia de la OMS, indican que el mayor porcentaje que presenta esta condición ocurre en adultos jóvenes y ancianos¹. El motivo por el que he escogido personas que hayan sufrido la lesión recientemente es, porque artículos recientes han demostrado que las personas muestran preocupaciones y dudas frente a cómo van a vivir su sexualidad antes de los 2 primeros años⁸. Además, aquellas personas veteranas en la lesión, tienen ya una visión muy diferente de cómo vivir su sexualidad. Esto se une a que los tabúes de la sociedad que mellan en el sistema sanitario, las personas que hayan sufrido la lesión medular en este período de tiempo, recibirán información escasa o ningún tipo de información sobre el tema⁸.

Es por esto que se ha escogido a personas que hayan sufrido la lesión en los 2 últimos años, de manera que puedan disfrutar y tener una sexualidad plena poco tiempo tras la lesión y poder así prevenir complicaciones que pueda padecer la persona en un futuro.

Otra de las razones por las que he definido de esta manera el grupo diana, es porque ambos sexos tienen necesidades similares con respecto a la sexualidad, teniendo en cuenta las individualidades de cada uno². Además, para conseguir un número de participantes apto con el que poder realizar una intervención colectiva, se ha decidido que los grupos serán heterogéneos en cuanto a edad, sexo, nivel educativo, económico, cultural y nivel de la lesión. En cuanto al nivel de la lesión, serán excluidos aquellos participantes que no puedan desplazarse, de manera autónoma o no, hasta el centro cívico Hegoalde. Por otro lado, también serán excluidos los acompañantes o parejas de los participantes, ya que el programa será direccionado a las necesidades de los participantes de manera individual.

Es importante señalar que, al no incluir acompañantes en el programa, la enfermera tendrá que ayudar a los participantes no sólo en el sentido pedagógico sino también en lo físico, en caso de que los participantes necesiten ayuda en un momento determinado para quitarse la ropa, beber agua...

Los grupos tendrán un número de participantes variable, idealmente de 8-14 participantes, dependiendo de los voluntarios que deseen participar en el proyecto, de manera que sea un espacio en el que puedan sentirse libres de expresar sus pensamientos y emociones, y que puedan ayudarse y complementarse los unos a los otros.

2) Estrategias de difusión y captación

El programa se realizará en el centro cívico Hegoalde, ya que se encuentra cerca del centro de la ciudad y tiene fácil acceso vía el transporte público. De esta manera el acceso al centro cívico será más fácil. Pasando a la difusión y captación será encaminada a aquellas entidades y profesionales de la salud que quieran promocionar el programa, como es el caso de: Osakidetza; tanto unidades hospitalarias como centros sociosanitarios públicos de Vitoria, Centros cívicos de Vitoria y Asesorías interesadas de Vitoria, tales como: “Asexoría” (asesoría sexológica) y “Psicoasesoría” (asesoría psicológica) o “Eginaren Eginez” (asociación de personas con discapacidad física). Se utilizarán diferentes formatos de información para los interesados como trípticos y Pósters en las unidades sanitarias anteriormente mencionadas, de manera que el grupo diana pueda visibilizar el programa y los sanitarios puedan promocionarlo y/o recomendarlo de una manera más visual. Aquellas personas interesadas que hayan recibido la información del proyecto vía profesionales de unidad hospitalaria, atención primaria, residencia o asesoría, recibirán la información pertinente para realizar la inscripción del mismo en cualquier centro cívico. La inscripción deberá realizarse en formato de papel y se deberán rellenar los siguientes datos: Nombre y apellidos, edad, sexo, barrio de residencia, municipio y nivel educativo. Por último inscribirán el email de manera que reciban la fecha, hora y lugar de la primera sesión. Además de manera opcional deberán describir si desean recibir información sobre los contenidos trabajados y por trabajar.

El período de captación se realizará durante 6 meses, concretamente entre el 5 de junio y el 5 de diciembre de 2022. De esta manera, habrá suficiente tiempo para que un gran porcentaje de la población esté informada, sin que los participantes acaben olvidando el programa debido a la realización tardía de ésta. Tras cerrar el periodo de captación, habrá 2 meses de margen de manera que podamos reunirnos con el responsable de cada centro cívico en el que se han realizado las inscripciones, con el fin de contabilizar el número aproximado de participantes de cada centro, para poder crear los grupos pertinentes.

3) Esquema de sesiones:

SESIÓN	FECHA Y HORARIO	LUGAR Y PRESENCIALIDAD	OBJETIVOS DE APRENDIZAJE	ACTIVIDADES
<p>1 Desmintiendo mitos</p>	<p>Sábado 5 de febrero Domingo 6 de febrero 17:00 h - 19:00 h</p>	<p>Centro cívico Hegoalde, Sala polivalente Presencial, no obligatoria</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar sus sentimientos con respecto a su sexualidad. ❖ Identificar aquellos mitos y falsas creencias que les perjudican a la hora de vivir su sexualidad. ❖ Identificar sus propios prejuicios con respecto a su sexualidad. ❖ Describir el concepto de la sexualidad. 	<p>1. Conociéndonos...</p> <p>Ejercicio en el que la enfermera se presentará y describirá brevemente el funcionamiento del programa. Animará a los participantes a presentarse y expresar sus expectativas del programa.</p> <p>2. ¿Qué significa tener una lesión medular para ti?</p> <p>Ejercicio reflexivo en el que se presentarán unas preguntas encaminadas a la recogida de sensaciones y sentimientos que les provoca tener la LME.</p> <p>3. Dinámica semáforo: Debatiendo mitos</p> <p>Debatir mitos de la sexualidad en grupos, mediante levantar tarjetas (roja, amarilla o verde) dependiendo si los diferentes grupos piensan que el mito sea real, dudoso o falso para posteriormente ser debatido entre todos.</p>

				<p>4. ¿Qué es la sexualidad?</p> <p>Los participantes definirán individualmente el significado de la sexualidad. Tras pensar en este concepto, se compartirán las ideas con el resto del grupo.</p>
<p>2</p> <p>¿Qué es la sexualidad?</p>	<p>Sábado 12 de febrero</p> <p>Domingo 13 de febrero</p> <p>17:00 h - 19:00 h</p>	<p>Centro cívico Hegoalde, Sala polivalente</p> <p>Presencial, no obligatoria</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar la no necesidad del coito para llevar a cabo actividades eróticas placenteras. ❖ Expresar satisfacción ante la idea de ser hombres y mujeres sexuados. ❖ Desarrollar las estrategias necesarias para buscar nuevas formas de sentir placer de manera individual o en pareja. ❖ Mostrar una actitud positiva ante la actividad erótica. ❖ Tomar conciencia de la importancia de reforzar la autoestima de uno mismo. 	<p>1. ¿Coito... qué? Yo no tengo esos prejuicios</p> <p>Dinámica de parejas en la que cada pareja desmentirá varios mitos poniéndolos en común con el resto de participantes.</p> <p>2. El hombre/mujer ideal</p> <p>Ejercicio en el que cada participante pensará en su idea de hombre/mujer ideal, de manera que la enfermera realizará un contraste de las expectativas físicas y las emocionales de una persona.</p> <p>3. En busca del Placer</p> <p>Dinámica a realizar en el domicilio, para que los participantes exploren nuevas formas de sentir placer, solos o en compañía.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar un balance entre las dificultades y capacidades individuales para el redescubrimiento sexual. 	
<p>3</p> <p>En los zapatos del otro</p>	<p>Sábado 26 de febrero</p> <p>Domingo 27 de febrero</p> <p>17:00 h - 19:00 h</p>	<p>Centro cívico Hegoalde, Sala polivalente</p> <p>Presencial, no obligatoria</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mostrar motivación gracias a escuchar las experiencias similares del invitado para vivir la sexualidad. ❖ Describir las alternativas posibles para ser madre/padre. ❖ Identificar conductas que puedan aplicar en su vida diaria para la obtención de placer. ❖ Expresar sentimientos generados tras la escucha del testimonio real del invitado. ❖ Desarrollar estrategias que faciliten la consulta con un profesional en el caso de desear ser madre/padre. 	<p>1. Mi experiencia.</p> <p>Un invitado relatará su experiencia con la lesión y la sexualidad, de manera que pueda motivar a los participantes.</p> <p>2. Hablemos claro: La fertilidad e infertilidad en la lesión medular.</p> <p>Dinámica de parejas en la que las diferentes parejas deberán conectar conceptos relacionados con la maternidad/paternidad.</p> <p>3. Te protege, Me protege, NOS PROTEJE.</p> <p>Realizar una tabla con diferentes ítems en grupo, en torno a la protección durante diferentes actividades eróticas.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar un balance de los diferentes métodos anticonceptivos. 	
<p>4</p> <p>¡No tengas miedo de hablar!</p>	<p>Sábado 19 de febrero</p> <p>Domingo 20 de febrero</p> <p>17:00h - 19:00 h</p>	<p>Centro cívico Hegoalde, Sala polivalente</p> <p>Presencial, no obligatoria</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar emociones ante el descubrimiento de nuevas formas de sentir placer. ❖ Aplicar herramientas individualizadas para conseguir placer. ❖ Describir alternativas posibles para afrontar las dificultades eróticas. ❖ Identificar los componentes de una comunicación asertiva. ❖ Desarrollar habilidades comunicativas para la expresión de sus deseos, miedos y pensamientos a su pareja o posibles parejas sexuales. 	<p>1. ¿Qué tal la actividad en Busca del Placer? Recoger aquellas experiencias realizadas por los participantes en el domicilio.</p> <p>2. Lluvia de ideas: Dificultades eróticas</p> <p>Ejercicio en el que los participantes relatarán las dificultades eróticas que han experimentado, para posteriormente describir diferentes alternativas.</p> <p>3. ¡No tengas miedo de hablar!: Role-playing</p> <p>Role-playing en el que los participantes realizarán una escenificación de una situación hipotética y el feedback de éste; de esta manera se podrán trabajar los componentes de una comunicación asertiva.</p>

<p>5 Cultivando la erótica</p>	<p>Sábado 5 de marzo Domingo 6 de marzo</p> <p>17:00 h - 19:00 h</p>	<p>Centro cívico Hegoalde, Sala polivalente</p> <p>Presencial, no obligatoria</p>	<p>Al finalizar la sesión los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Realizar un resumen de los contenidos clave de las sesiones. ❖ Expresar haber experimentado otras formas de sentir placer. ❖ Expresar autoeficacia para afrontar su vida diaria para expresar su sexualidad como verdaderos hombres y mujeres. ❖ Demostrar habilidad para elaborar estrategias para las dificultades en el encuentro erótico. ❖ Expresar el grado de satisfacción con el programa. 	<p>1. ¿Cómo describirías el programa?</p> <p>Reconstrucción de los contenidos trabajados y retomar dudas o inquietudes.</p> <p>2. ¿Qué opinas?</p> <p>Opiniones del grupo sobre las sensaciones y experiencias en el transcurso del programa.</p> <p>3. ¿Quieres más información?</p> <p>Proporcionar herramientas, foros y contactos a los participantes por si quieren continuar su formación.</p> <p>4. Encuesta de Satisfacción</p>
--	--	---	--	---

				Encuesta de satisfacción con aporte de sugerencias y áreas de mejora del programa.
--	--	--	--	--

4) Desarrollo de las sesiones:

1ª SESIÓN: DESMINTIENDO MITOS

La descripción de la sesión se encuentra en la tabla del esquema de las sesiones.

2ª SESIÓN: ¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

La descripción de la sesión se encuentra en el Anexo 7.

3ª SESIÓN: EN LOS ZAPATOS DEL OTRO

La descripción de la sesión se encuentra en el Anexo 8.

4ª SESIÓN: ¡NO TENGAS MIEDO DE HABLAR!

La descripción de la sesión se encuentra en el Anexo 9.

5ª SESIÓN: CULTIVANDO LA ERÓTICA

La descripción de la sesión se encuentra en la tabla del esquema de las sesiones.

5) Presupuesto del programa de educación

• **Recursos humanos**

Profesional	Duración del programa	Horas de impartición del programa	% de jornada	Tasa (euros/h)	Importe
1 Enfermera/o	7,5 horas	7,5 horas	18,75 %		

• **Recursos materiales**

Material fungible	Coste de la unidad	Cantidad	Coste total
Lápiz	0,37 €	* 14	5,18 €
Copias del cronograma (1ª sesión)	0,20 €	* 14	2,80 €
Copias de los mitos (1ª sesión)	0,20 €	* 14	2,80 €

sesión)			
Cartulina verde	0,50 €	* 2	1 €
Tarjetas amarillas	0,50 €	* 2	1 €
Tarjetas rojas	0,50 €	* 2	1 €
Hojas en blanco	0,05 €	* 17	0,34 €
Pinturas	2,99 €	* 24	5,98 €
Fotocopias de las frases (2ª sesión)	0,20 €	* 14	2,80 €
Fotocopias "En busca del Placer" (2ª sesión)	0,20 €	* 14	2,80 €
Fotocopias de la encuesta de satisfacción	0,20 €	* 14	2,80 €

Equipamiento	Coste de la unidad	Cantidad	Coste total
Proyector	Viene incluido con la sala	1	0 €
Ordenador portátil con acceso a Internet	Viene incluido con la sala	1	0 €
Sala polivalente	Desconocido	1	Desconocido

*Calculando que participan 12 personas en el programa de educación.

6) Evaluación del programa

En este programa de educación, se utilizará una evaluación tanto formativa como sumativa con motivo de evaluar el proceso y el resultado de cada una de ellas, es decir, la recogida de datos se basará tanto en el transcurso de las sesiones como al final de dicho programa.

Para la evaluación formativa de proceso, se utilizarán técnicas como las preguntas abiertas, recoger las opiniones y las inquietudes de los participantes, recordar y aplicar el contenido trabajado en sesiones anteriores, evaluar la eficacia de las dinámicas realizadas y el tiempo dedicado a éstas. Por otro lado, el enfermero/a que guíe el programa, medirá los objetivos de aprendizaje planteados a lo largo de las sesiones mediante la evaluación continua de los resultados, con el fin de adaptar las estrategias de aprendizaje en el transcurso de las sesiones.

Para la evaluación sumativa de proceso, se les entregará a los participantes al final de la última sesión una encuesta de satisfacción donde se recogerá la valoración del contenido del programa, las dinámicas empleadas, los recursos materiales y humanos utilizados (Anexo 18). Con el objetivo de realizar la evaluación sumativa de resultado, se pasará un cuestionario al final de la última sesión en el que se recogerán las actitudes y aptitudes de los participantes (Anexo 19). De esta manera, podrán desarrollarse tanto áreas de mejora para implementar en otro programa, como ser consciente del impacto y efecto provocado en los participantes.

Bibliografía

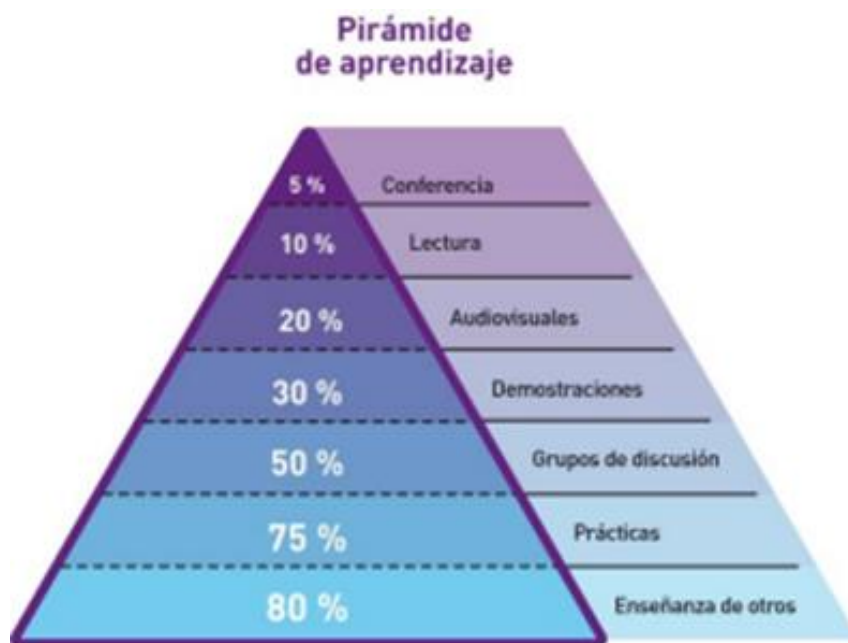
- 1) Organización Mundial de la Salud (OMS). Lesiones medulares [Internet]. Sitio web mundial. 2013 Nov [Consultado 10 May 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/spinal-cord-injury>
- 2) New P. Sexual and Body Esteem in People with Spinal Cord Damage. Sex Disab. 2018 Dic 14;13.
- 3) Cuenca AIC, Sampietro-Crespo A, Virseda-Chamorro M, Martín-Espinosa N. Psychological impact and sexual dysfunction in men with and without spinal cord injury. The journal of sexual medicine 2015;12(2):436-444.
- 4) Alonso A. Importancia de la función sexual en personas con lesión medular y variables asociadas [Tesis]. Universidad de Coruña: Facultade de Ciencias da Saúde; 2016. Recuperado a partir de: https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/17155/AlonsoFlores_Angeles_TFG_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- 5) Hough S, Cordes CC, Goetz LL, Kuemmel A, Lieberman JA, Mona LR, et al. A Primary Care Provider's Guide to Sexual Health for Individuals With Spinal Cord Injury. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation 2020;26(3):144-151.
- 6) AOTA. The American Occupational Therapy Association [Internet]. Bethesda MD: AOTA; [2013; citado el 26 de Octubre de 2021]. Occupational Therapy's role with Sexuality [2]. Disponible en: <https://www.aota.org/~media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatsOT/RDP/Facts/Sexuality.pdf>
- 7) INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: INE; 2021 [citado el 31 de Octubre]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p418/a2008/hogares/p02/modulo1/10/&file=04028.px#!tab-table>
- 8) Ponsa Masana M, Sánchez i Ruiz E, Botella L. Salud sexual de las personas con discapacidad física: educación sexual. International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de psicología, 2018;(1):41-52.
- 9) Christian G, Roberts K, Eller J. Quadriplegic sexuality: Demystifying misconceptions. Leisure Sciences 2020;42(3-4):322-339.

- 10) Diaz E, Huete A. Análisis sobre la lesión medular en España. Aspaym. 2018. Disponible en: http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5510/An%c3%a1lisis_sobre_la_lesi%c3%b3n_medular_en_Espa%c3%b1a.pdf?sequence=1&rd=0031155908660494
- 11) Correyero F, Calle L. Escuela universitaria de Vitoria-Gasteiz. Sexualidad: Un abordaje enfermero. Curso 2020-2021.
- 12) AOTA. The American Occupational Therapy Association [Internet]. Bethesda MD: AOTA; [2015; citado el 26 de Octubre de 2021]. Occupational Therapy and the Care of Individuals With Spinal Cord Injury [2]. Disponible en: <https://www.aota.org/-/media/Corporate/Files/AboutOT/Professionals/WhatsOT/RDP/Facts/SCI-fact-sheet.pdf>
- 13) Esmail S, Darry K, Walter A, Knupp H. Attitudes and perceptions towards disability and sexuality. *Disabil Rehabil* 2010;32(14):1148-1155.
- 14) Akman RY, Çelik EC, Karatas M. Sexuality and sexual dysfunction in spinal cord-injured men in Turkey. *Turkish journal of medical sciences* 2015;45(4):758-761.
- 15) Thurston C, Blom L, Conradsson DM, Joseph C. Sex, support and society: a journey to reclaiming sexuality for individuals living with paraplegia in Cape Town, South Africa. *Spinal Cord* 2021;59(2):225-233.
- 16) Parker MG, Yau MK. Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sex Disab* 2012;30(1):15-27.
- 17) Beckwith A, Yau MK. Sexual recovery: Experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. *Sex Disab* 2013 ;31(4):313-324.
- 18) Sunilkumar MM, Boston P, Rajagopal MR. Views and attitudes towards sexual functioning in men living with spinal cord injury in Kerala, south India. *Indian journal of palliative care* 2015;21(1):12
- 19) Choi YA, Kang JH, Shin HI. Sexual activity and sexual satisfaction in Korean men with spinal cord injury. *Spinal cord* 2015;53(9):697-700.
- 20) Kathnelson JD, Kurtz Landy CM, Ditor DS, Tamim H, Gage WH. Supporting sexual adjustment from the perspective of men living with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2020;58(11):1176-1182.
- 21) Rodger S. Evaluating sexual function education for patients after a spinal cord injury. *British journal of Nursing* 2019 Nov 28;28(21):1374-1378.

- 22) Warren N, Redpath C, New P. New sexual repertoires: Enhancing sexual satisfaction for men following non-traumatic spinal cord injury. *Sex Disab* 2018;36(1):19-32.
- 23) Amjadi MA, Simbar M, Hosseini SA, Zayeri F. The sexual health needs of women with spinal cord injury: A qualitative study. *Sex Disab* 2017 ;35(3):313-330.
- 24) Nevin S, Melby V. Talking about post-injury sexual functioning: The views of people with spinal cord injuries. A qualitative interview study. *Int J Nurs Pract* 2021:e12977.
- 25) New PW, Seddon M, Redpath C, Currie KE, Warren N. Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study. *Spinal cord* 2016;54(12):1203-1209
- 26) Rodríguez MK, Fuentes LC, Cruz YA, Brawn JRF, Brey LC, Báez P, et al. Aplicación de un Programa de Educación Sexual a pacientes con lesión medular en el Centro Internacional de Salud 'La Pradera'. *Lecturas: Educación física y deportes* 2006;1(99):26.
- 27) Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países. UNESCO. Marzo de 2012:7-34.
- 28) Bandura A. Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annu Rev Psychol* 2001;52(1):1-26.
- 29) Larrauri RC. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima. Disponible en: <http://www.google.com.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- 30) Calle L, Yoldi A. Escuela universitaria de Vitoria-Gasteiz. Komunitateko erizaintza. Curso 2019-2020.
- 31) Gómez C. Metodología didáctica en educación para la salud. *Matronas Profesión* 2001;2(5):4-9.
- 32) Maasoumi R, Zarei F, Merghati-Khoei E, Lawson T, Emami-Razavi SH. Development of a Sexual Needs Rehabilitation Framework in Women Post-Spinal Cord Injury: A study From Iran. *Arch Phys MEd Rehabil* 2018;99(3):548-554.
- 33) Basurto FM. Las Comunidades Profesionales de Aprendizaje: motor de la innovación pedagógica sostenible. Instituto Escalae 2013;1.

Anexos

1) Anexo 1 Pirámide del Aprendizaje de Edgar Dale(33)



Fuente: National Training Laboratories, Bethel, Maine, USA

2) Anexo 2: Proceso de búsqueda y selección de la literatura:

- ❖ Objetivo de búsqueda: Identificar las necesidades amorosas y eróticas de las personas con lesión medular.

Concepto	Sinonimo (lenguaje natural en español)	Sinónimo (lenguaje natural en inglés)	Descriptor (lenguaje controlado)
Lesión medular	Traumatismo medular Lesión de la médula espinal Daño medular Daño espinal Paraplejia	Medullary injury Medullary trauma Spinal Cord Injury Spinal damage Paraplegia	MEDLINE: Spinal Cord Injuries, Paraplegia, Quadriplegia, Spinal Cord Diseases. CINAHL: Spinal Cord Injuries, Paraplegia, Quadriplegia.

	<p>Tetrapleja</p> <p>Cuadripleja</p>	<p>Tetraplegia</p> <p>Quadriplegia</p>	<p>PSYCINFO: Spinal Cord Injury, Paraplegia, Quadriplegia.</p> <p>LILACS: Traumatismos de la médula espinal, Paraplejía, Cuadriplejía.</p>
<p>Educación sexual</p>	<p>Salud sexual</p> <p>Educación y Sexo</p> <p>Asesoramiento sexual</p> <p>Bienestar sexual</p>	<p>Sexual Health</p> <p>Education and sex</p> <p>Sexual advisory</p> <p>Sexual wellbeing</p>	<p>MEDLINE: Sexual Health, Sex Counseling.</p> <p>CINAHL: Sexual Health, Sex Counseling, Sexual wellbeing.</p> <p>PSYCINFO: Sexual Health, Sex therapy.</p> <p>LILACS: Salud sexual, Consejo sexual.</p>
<p>Sexualidad</p>	<p>Sexualidad</p>	<p>Sexuality</p>	<p>MEDLINE: Sexuality.</p> <p>CINAHL: Sexuality.</p> <p>PSYCINFO: Sexuality.</p> <p>LILACS: Sexualidad.</p>

3) Anexo 3: Ecuación de búsqueda y resultados

- ❖ Objetivo de búsqueda: Identificar las necesidades amorosas y eróticas de las personas con lesión medular.

BASE DE DATOS	ECUACIÓN PROBADA	LÍMITES ADICIONALES	RESULTADOS (Cantidad)	OBSERVACIONES	ARTÍCULOS VÁLIDOS
Medline 1	Spinal Cord Injuries OR paraplegia OR Quadriplegia OR Spinal Cord Diseases AND Sexual Health OR Sex Counseling OR Sexuality		85	<u>Búsqueda no efectiva:</u> “Spinal Cord diseases” añade ruido a la investigación ya que habla de todo tipo de lesiones en la médula, por lo que se desecha como tesoro. Dividimos “sexuality” y “educación sexual” dado que representan diferentes significados.	0
Medline 2	Spinal Cord Injuries OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexuality	Resumen disponible 2011-Current	20	<u>Búsqueda efectiva.</u>	0

Medline 3	Spinal Cord Injuries OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexual Health OR Sex Counseling OR Sex Education	Resumen disponible 2011-Current	11	<u>Búsqueda efectiva.</u>	0
Psycinfo 1	Spinal Cord Injury OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexual health OR Sexuality OR Sex therapy		46	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Debido a que teniendo estos dos tesauros diferenciados se consiguen más artículos válidos que al ponerlos juntos no saldrían en los resultados. Dividimos “sexuality” y “Sexual health” dado que representan diferentes significados y añadimos el tesoro de “Sex education”.	0
Psycinfo 2	Spinal Cord Injury OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexual health OR Sex education OR Sex therapy		35	<u>Búsqueda efectiva</u>	0

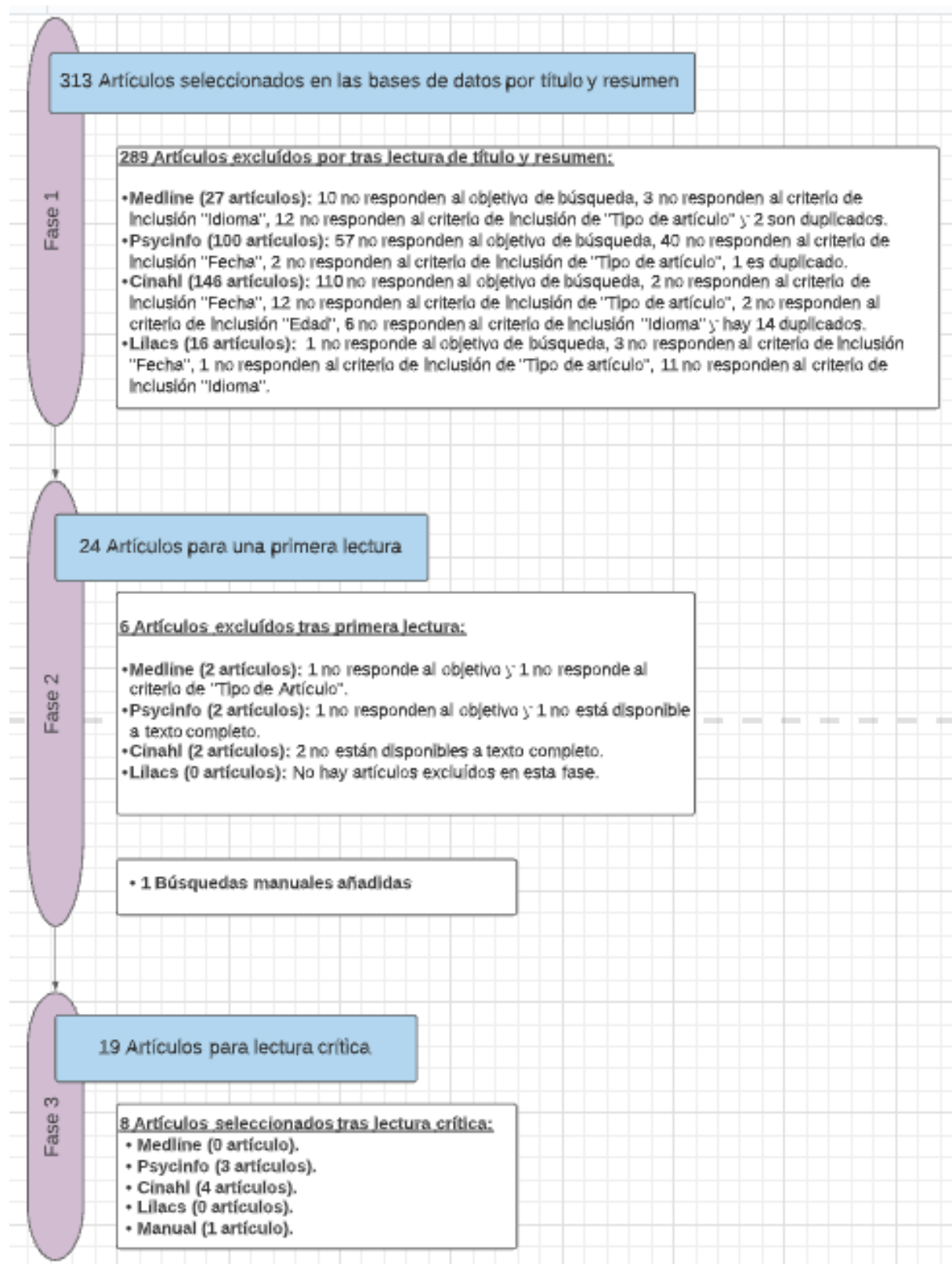
Psycinfo 3	Spinal Cord Injury OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexuality		72	<u>Búsqueda efectiva.</u>	3
Cinahl 1	Spinal Cord Injury OR paraplegia OR Quadriplegia AND Sexual Health OR Sexual Counseling OR Sexuality OR sexual wellbeing	Resumen disponible 2011-2021	123	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Dividimos “sexuality” y “Sexual health” dado que representan diferentes significados.	0
Cinahl 2	Spinal Cord Injury OR Sci OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexual Health OR Sexual Counseling	Resumen disponible 2011-2021	57	<u>Búsqueda efectiva.</u>	2

Cinahl 3	Spinal Cord Injury OR Sci OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexuality OR Sexual wellbeing	Resumen disponible 2011-2021 Inglés	101	<u>Búsqueda efectiva.</u>	2
Cinahl 4	Spinal Cord Injury OR Sci OR Paraplegia OR Quadriplegia AND Sexuality OR Sexual wellbeing	Resumen disponible 2011-2021 Español	1	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Un único artículo que no responde al objetivo de búsqueda.	0
Lilacs 1	Traumatismos de la médula espinal OR Paraplejía OR Cuadriplejía AND salud sexual OR Consejo sexual OR sexualidad		17	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Dividimos “Sexualidad” y “Salud sexual” dado que representan diferentes significados.	0

Lilacs 2	Traumatismos de la médula espinal OR Paraplejía OR Cuadriplejía AND Sexualidad		17	<u>Búsqueda efectiva:</u> Se consiguen los mismos artículos que en la ecuación anterior.	0
Lilacs 3	Traumatismos de la médula espinal OR Paraplejía OR Cuadriplejía AND salud sexual OR Consejo sexual		1	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Artículo duplicado que aparece en la búsqueda anterior.	0
Cochrane 1	Spinal cord injury OR spinal cord injured AND sexual and reproductive health OR sexual dysfunction	2011-2021	14	<u>Búsqueda no efectiva:</u> Todos los artículos encontrados eran con un objetivo de efectividad de modo que no sirven para responder al objetivo de búsqueda. No se ha podido realizar una segunda búsqueda ya que no he encontrado más tesauros relacionados con la sexualidad o salud sexual.	0

Google académico	Spinal Cord Injury AND Sexuality	2011-2021 Ordenar por fecha	14	<u>Búsqueda efectiva.</u>	0
Google académico	Spinal Cord Injury AND Sex Education	2011-2021 Ordenar por fecha	3	<u>Búsqueda efectiva.</u>	1

4) Anexo 4: Diagrama de flujo



5) Anexo 5: Guión de lectura científica de estudios de investigación cualitativa

Artículo: Thurston C, Blom L, Conradsson DM, Joseph C. Sex, support and society: a journey to reclaiming sexuality for individuals living with paraplegia in Cape Town, South Africa. Spinal Cord, 2021 ; 59(2): 225-233.			
Objetivos	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos? ¿Es un objetivo de una investigación cualitativa?	Si R No	¿Por qué? El objetivo del estudio es “explorar cómo las personas que viven con paraplejía en Sudáfrica experimentan la sexualidad y la intimidad y cómo perciben los servicios de salud relacionados con el apoyo que recibieron mientras se adaptaban a la vida después de la lesión”. En este caso la pregunta de la investigación queda implícita, puesto que al tratarse de un estudio cualitativo, el objetivo se centra en conocer las experiencias de los participantes.
Metodología y Método	¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta al objetivo de la investigación?	Si R No	¿Por qué? La investigación pretende explorar las experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio, por tanto, es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados.
	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? (Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido Fenomenología, Teoría fundamentada, Etnografía...)	Si R No	¿Por qué? Justifica el diseño explicando que mediante un estudio cualitativo se puede comprender mejor este tema desconocido y tabú ya que al recoger información sobre personas diversas, los datos recogidos también serán variados. Sin embargo, no hace uso de un diseño etnográfico, fenomenológico, biográfico...
Población y muestra	¿Se identifica y describe la población?	Si R No	¿Por qué? Este estudio tiene un tamaño muestral de 10 personas, adecuado si se trata de un estudio cualitativo en el que es importante que los participantes tengan características variadas en torno al sexo, edad, tipo de lesión, tiempo tras la lesión... de manera que puedan recogerse la mayor cantidad de experiencias y poder responder así al objetivo de la investigación.

est reo			<p>En este caso, los participantes eran de entre 18 y 48 años de edad de los cuales 8 eran hombres y 2 eran mujeres. Con respecto al tipo de lesión, el artículo describe que los participantes tenían paraplejía, completa e incompleta. Estos datos corresponden con la incidencia encontrada en la literatura.</p> <p>Los participantes habían sufrido la lesión hace 1-20 años, por lo que las experiencias y necesidades de cada uno pueden variar mucho.</p> <p>El artículo describe que los participantes se definían como heterosexuales, característica que es importante tener en cuenta para comprender la visión de los participantes.</p> <p>Además, el artículo bjhace uso de los siguientes criterios de inclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Habitantes de la comunidad dentro del área metropolitana de Cape Town. - Paraplejía de grado A-D, según la definición de ASIA (Asociación americana de lesiones medulares). - Lesionado por más de 1 año. - Previamente atendidos dentro del sistema público de salud de Cape Town.
	<p>¿Es adecuada la estrategia de muestreo? ¿Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes? ¿Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio?. -¿ El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó</p>	<p>S R No</p>	<p>¿Por qué? Se explicita que además de identificar y contactar con los participantes registrados en la base de datos “Western Cape spinal injury”, se utilizó un muestreo intencional para obtener la mayor variabilidad de participantes, lo que ayuda a lograr el objetivo de la investigación.</p> <p>El artículo explicita que se utilizó el principio de máxima variación para escoger a los mejores participantes teniendo en cuenta el sexo, la edad, el tipo de lesión y el tiempo pasado tras la lesión.</p> <p>El investigador explica que los participantes fueron contactados vía telefónica o correo electrónico.</p>

	a los participantes del estudio?		Los participantes fueron convocados en la zona metropolitana de Cape Town, Sudáfrica. No se explicita quién convocó a los participantes.
	¿Se explicitan estrategias de calidad como la saturación para finalizar el muestreo?	Si R No	¿Por qué? Se utiliza la estrategia de calidad de saturación junto a “el concepto del poder de la información” y la técnica de la bola de nieve para conseguir la mayor cantidad de casos posibles.
Re co gid a de la inf or ma ció n	¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica? ¿Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos? (entrevistas en profundidad, grupos de discusión, grupos focales, observación participante, etc.) ¿Se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)? ¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?	Si R No	¿Por qué? Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio, ya que al ser una temática tabú, conversaciones individuales semiestructuradas (9 cara a cara y 1 telefónica, debido a la imposibilidad de asistir presencialmente) ayudan a que los participantes expresen sus necesidades. Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos (entrevistas individuales y semiestructuradas en profundidad) de manera que los participantes pudiesen aportar temas y experiencias personales que no estuvieran preestablecidas y aportar así una mayor riqueza informativa al estudio. Las entrevistas se grabaron y fueron posteriormente transcritas. 2 de las entrevistas fueron traducidas ya que 2 de los participantes hablaban en africano. Con respecto al lugar de la recogida de datos, los participantes podían escoger el lugar, y en caso necesario acudir a la universidad de Western Cape. En cuanto al periodo de tiempo, las entrevistas duraron entre 29-70 minutos.
Contr ol de Sesg os	¿Se ha reflexionado sobre la posible influencia del propio investigador en el proceso de investigación? (Reflexividad): ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? ¿Se	Si R No	¿Por qué? El artículo hace referencia a que el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación incluyendo sesgos potenciales como la formulación y reformulación de preguntas y conceptos durante las entrevistas, la

	<p>ha solicitado aprobación de un comité ético? ¿Se han contemplado el impacto del estudio en los participantes?</p>		<p>selección de los participantes, la elección del ámbito de estudio.</p> <p>Se han tenido en cuenta los aspectos éticos como la confidencialidad de los datos. Se ha solicitado aprobación de un comité ético. Se ha contemplado el impacto del estudio en los participantes mediante el manejo de la vulnerabilidad emocional durante las entrevistas del estudio.</p>
	<p>¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio?</p> <p>¿Se ha triangulado el análisis de los datos? ¿se ha llevado a cabo una triangulación de datos entre investigadores? ¿Se han triangulado los datos con los participantes? ¿Se han triangulado los datos entre las fuentes de información?</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>Hacen referencia a la técnica de la bola de nieve para conseguir la mayor cantidad de casos posibles.</p> <p>Los resultados del estudio cumplen con los criterios de flexibilidad, credibilidad y transferibilidad para asegurar la validez del estudio.</p> <p>Para cumplir estos criterios de flexibilidad y credibilidad, se han triangulado los datos entre los investigadores y las fuentes de información.</p> <p>No se han triangulado los datos con los participantes, por lo que no se puede afirmar la confirmación como criterio de inclusión.</p>
<p>Resultados, Discusión y conclusiones</p>	<p>¿Se explica el tipo de análisis realizado (de contenido, de discurso...)?</p> <p>¿Se explica el proceso de análisis (recursivo, inductivo o deductivo)? ¿Se explica cómo se elaboró el árbol categorial?</p> <p>¿Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>El tipo de análisis realizado es de contenido.</p> <p>Se explica que el proceso de análisis era inductivo en el que el árbol categorial se elaboró mediante las entrevistas a los participantes. Tras dichas entrevistas el estudio describe 4 conceptos clave o 4 categorías (consecuencias psicológicas, discapacitado por la sociedad, falta de apoyo del sistema sanitario, avanzar hacia relaciones significativas) en las que también descomponen 4 subcategorías.</p> <p>Los resultados, discusión y conclusiones dan respuesta a la pregunta de investigación que es, conocer las experiencias de las personas con paraplejía, para ayudarlas a adaptarse a sus nuevas capacidades en el área sexual.</p>

	<p>investigación y/o hipótesis?</p> <p>¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p>¿Los “verbatim” presentados aportan evidencia a los resultados?</p> <p>¿Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos?</p> <p>¿Se discuten los resultados con estudios previos o con los marcos conceptuales/teóricos?</p> <p>¿Se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos?</p>		<p>La exposición de resultados es clara, ya que el artículo divide la información en categorías y subcategorías junto con figuras ilustrativas y los “verbatim” aportados.</p> <p>Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos y se han discutido los resultados con estudios previos y con marcos conceptuales y teóricos. Además, el estudio hace referencia a la transferibilidad del mismo a otros contextos.</p>
<p>Valoración Final</p>	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?</p> <p>¿Los resultados son aplicables a este contexto cultural, social y sanitario??</p>	<p>S</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>¿Por qué?</p> <p>A pesar de que el estudio tuvo lugar en Sudáfrica, metodológicamente es muy bueno y los resultados brindados ayudan a comprender de manera profunda las necesidades sexuales de los individuos con lesión medular, transferible a otros contextos.</p>

Artículos:

- 1- Parker MG, Yau MK. Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sex Disab* 2012;30(1):15-27.
- 2- Amjadi MA, Simbar M, Hosseini SA, Zayeri F. The sexual health needs of women with spinal cord injury: a qualitative study. *Sex Disab* 2017;35(3):313-330.
- 3- Warren N, Redpath C, New P. New sexual repertoires: Enhancing sexual satisfaction for men following non-traumatic spinal cord injury. *Sex Disab* 2018;36(1):19-32.
- 4- Sunilkumar MM, Boston P, Rajagopal MR. Views and attitudes towards sexual functioning in men living with spinal cord injury in Kerala, south India. *Indian journal of palliative care* 2015;21(1):12.
- 5- Kathnelson JD, Landy CMK, Ditor DS, Tamim H, Gage WH. Supporting sexual adjustment form the perspective of men living with spinal cord injury. *Spinal Cord* 2020;58(11):1176-1182.

6- Nevin S, Melby V. Talking about post-injury sexual functioning: The views of people with spinal cord injuries. A qualitative interview study. Int J Nurs Pract 2021:e12977.

7- Beckwith A, Yau MK. Sexual recovery: experiences of women with spinal injury reconstructing a positive sexual identity. Sex Disab 2013;31(4):313-324.

		1	2	3	4	5	6	7
Objetivos e hipótesis	¿Están los objetivos y/o hipótesis claramente definidos?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
	¿Es un objetivo de una investigación cualitativa?							
Metodología y Método	¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta al objetivo de la investigación?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
	¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? (Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido Fenomenología, Teoría fundamentada, Etnografía...)	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
Población y muestra y muestreo	¿Se identifica y describe la población?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
	¿Es adecuada la estrategia de muestreo?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
	¿Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes? ¿Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio?. -¿ El							

	investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio?							
	¿Se explicita estrategias de calidad como la saturación para finalizar el muestreo?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
Recogida de la información	<p>¿Las técnicas de recogida de datos se encuentran en consonancia con los objetivos del estudio y la orientación teórico-metodológica?</p> <p>¿Se justifica la selección de la técnica de recogida de datos? (entrevistas en profundidad , grupos de discusión, grupos focales, observación participante, etc.)</p> <p>¿Se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.)?</p> <p>¿El lugar y el período de tiempo ha sido adecuado?</p>	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
Control de Sesgos	<p>¿Se ha reflexionado sobre la posible influencia del propio investigador en el proceso de investigación? (Reflexividad):</p> <p>¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? ¿Se ha solicitado aprobación de un comité ético? ¿Se ha contemplado el impacto del</p>	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No

	estudio en los participantes?							
	¿Se hace referencia a las técnicas utilizadas para asegurar la validez del estudio? ¿Se ha triangulado el análisis de los datos? ¿se ha llevado a cabo una triangulación de datos entre investigadores? ¿Se han triangulado los datos con los participantes? ¿Se han triangulado los datos entre las fuentes de información?	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No
Resultados, Discusión y conclusiones	¿Se explica el tipo de análisis realizado (de contenido, de discurso...)? ¿Se explica el proceso de análisis (recursivo, inductivo o deductivo)? ¿Se explica cómo se elaboró el árbol categorial? ¿Los resultados, discusión y conclusiones dan	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No	Si R No

	<p>respuesta a la pregunta de investigación y/o hipótesis?</p> <p>¿Es clara la exposición de los resultados?</p> <p>¿Los “verbatim” presentados aportan evidencia a los resultados?</p> <p>¿Se han tenido en cuenta resultados contradictorios o casos únicos?</p> <p>¿Se discuten los resultados con estudios previos o con los marcos conceptuales/teóricos?</p> <p>¿Se hace referencia a la transferibilidad de los resultados a otros contextos?</p>							
Valoración Final	<p>¿Utilizarías el estudio para tu revisión final?</p> <p>¿Los resultados son aplicables a este contexto cultural, social y sanitario??</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>	<p>Si</p> <p>R</p> <p>No</p>

6) Anexo 6: Tabla de resumen

Autor, año y lugar de publicación	Tipo de Estudio	Objetivo	Muestra y tipo de paciente	Hallazgos de interés	Palabras claves
MM Sunilkumar, Patricia Boston and MR Rajagopal	Cualitativo	Determinar los temas que representaron los puntos de vista y las actitudes hacia el funcionamiento sexual en hombres que viven con lesión de la médula espinal en Kerala, India.	Hombres adultos de edades entre 18 a 60 años de edad, con paraplejía después de una lesión en la médula espinal. Los participantes habían sufrido la lesión hace 6-11 años. No se hace mención a la orientación sexual de los participantes.	Según el estudio, la autoconfianza masculina se vio afectada por los siguientes factores: los participantes expresaron que el hecho de tener una movilidad reducida implicaba tener un menor repertorio de posiciones posibles para realizar el acto. Esto junto a la falta de fuerza muscular, los problemas que causa la incontinencia urinaria y la incapacidad de mantener una erección, generaba ansiedad y frustración en la pareja.	Indian men, Qualitative research, Sexuality, Spinal cord injury, Views and attitudes.
Narelle Warren, Cameron	Métodos mixtos.	Examinar los factores que impactan la satisfacción sexual	8 hombres de entre 48 y 69 años con lesión medular, de los cuales 2 de ellos tenían una	Los participantes mostraron una combinación de: Menos deseo, respuesta reducida a estímulos externos, dificultad para mantener una postura durante el acto, incapacidad para lograr o mantener una	Rehabilitation, Sexuality, Sexual behavior,

<p>Redpath, Peter New.</p> <p>10 Octubre 2017.</p> <p>Publicado en Springer.</p>		<p>de los hombres con LME..</p>	<p>tetraplejia incompleta y 6 una paraplejia incompleta.</p> <p>Los participantes habían sufrido la lesión hace 5-20 años o más.</p> <p>No se hace mención a la orientación sexual de los participantes.</p>	<p>erección, dificultades para lograr un orgasmo y dificultades para eyacular. También se describe que, en caso de que ocurriese un orgasmo, éste se realizaba con una menor sensación de placer. En nuestro estudio, la mayoría de los hombres no encontraron mucho placer a través del coito.</p> <p>Sin embargo, varios participantes afirmaron haber realizado un cambio en su percepción de la sexualidad, de tener un componente meramente físico, a tener un un mayor valor emocional y psicológico. Este cambio se debió en parte al papel que jugaban sus parejas/relaciones. Ellos explicaron cómo sus relaciones a largo plazo proporcionaban una sensación de continuidad contra la cual podían manejar su sexualidad a pesar de la parálisis. Por desgracia, las relaciones no siempre proporcionaban un efecto positivo, sino que crearon una nueva fuente de ansiedad para algunos participantes. Esto fue especialmente notable para los hombres que no estaban en una relación o se encontraban en una nueva relación.</p> <p>Los participantes expresaron su necesidad de contar con servicios de rehabilitación sexual proporcionados</p>	<p>Spinal cord diseases, Australia</p>
--	--	-------------------------------------	--	--	--

				<p>por el personal sanitario. Algunos preferían contar con estos servicios de manera individual a través de soporte o información en línea (incluido YouTube) o mediante un DVD proporcionado por el personal sanitario. Otros, explicaron que tener discusiones grupales con personas que sufrían la misma condición les sería de gran ayuda.</p>	
<p>Marjan Akhvan Amjadi, Masoumeh Simbar, Seyyed Ali Hosseini, Farid Zayeri.</p> <p>21 Julio 2017.</p> <p>Publicado online en Springer.</p>	Cualitativo	No se menciona en el artículo	<p>15 mujeres con lesión de la médula espinal (LME) de 18 a 55 años de edad. 1 de los participantes tenía tetraplejía, mientras que el resto de participantes tenía paraplejía.</p> <p>Los participantes habían sufrido la lesión hace 5-14 años.</p>	<p>Con respecto a las necesidades físicas que describieron las participantes se encuentran los siguientes: Las participantes mencionaron la necesidad de tener relaciones sexuales y la necesidad de que la pareja adoptase una posición adecuada durante las relaciones sexuales. En muchas ocasiones, debido al proceso de la enfermedad, la mujer podrá tener una secreción vaginal más limitada que antes de la lesión e incluso, espasmos musculares involuntarios durante el acto sexual. Por último, algunas participantes mencionaron una mejora en la recurrencia del orgasmo gracias a la acupuntura.</p> <p>Con respecto a las necesidades emocionales, se encuentran varias experiencias que podrían tratarse</p>	<p>Sexual health, Sexual reproductive health, Spinal cord injury, Women with disabilities, The Islamic Republic of Iran.</p>

			<p>No se hace mención a la orientación sexual de los participantes.</p>	<p>en terapia de pareja y que están relacionadas con la comunicación: La falta de satisfacción y placer de la mujer, la persistencia del deseo sexual a pesar de la lesión, o lo contrario, la falta de preparación de la mujer por reiniciar las relaciones sexuales tras la lesión... También mencionaron que era crucial cómo se enfrentaban las parejas ante la incontinencia fecal de la mujer durante el acto.</p>	
<p>Alison Beckwith, Matthew Kwai-sang Yau.</p> <p>12 octubre 2013.</p> <p>Publicado online.</p>	<p>Descriptivo</p>	<p>Los objetivos fueron documentar las experiencias de las mujeres con lesión medular reconstruyendo su identidad sexual e identificar las barreras y la información que recibieron sobre la rehabilitación sexual.</p>	<p>7 Mujeres mayores de 18 años con LME no congénita, que vivan en la comunidad después de la rehabilitación.</p> <p>2 de las participantes tenían tetraplejía, mientras que 5 participantes tenían paraplejía.</p> <p>Los participantes habían sufrido la lesión hace 4-39 años.</p>	<p>Las mujeres se comparaban a sí mismas con el aspecto que tenían antes de la lesión, normalmente influenciados por los ideales de la sociedad y de sus parejas. Estas comparaciones crearon inseguridades en las participantes, sobre todo: La flacidez muscular especialmente en la zona del vientre, que debido a la parálisis de los músculos abdominales se percibe como grasa. Otro factor significativamente negativo fue tener un catéter permanente o una bolsa en la pierna.</p> <p>Las parejas a menudo terminaron la relación después de la LME, porque se centraron en sus roles como cuidadoras y madres, y pusieron en un segundo plano sus relaciones eróticas. Las mujeres reconocieron cómo estos factores de pérdida afectaron su</p>	<p>Australia, Disability, Identity Recovery, Sexuality, Spinal injury, Women.</p>

			<p>No se hace mención a la orientación sexual de los participantes.</p>	<p>autoestima e impactaron la identidad sexual en su conjunto. Además, las participantes expresaron tener menos oportunidades de conocer gente y formar relaciones. Todas las participantes informaron de que percibieron cierta negatividad con respecto a la atención del profesional de la salud ante su sexualidad. Ellas informaron que querían consejos prácticos específicos para LME, como sensaciones, posicionamiento y saber lo que alguien más ha experimentado.</p>	
<p>Charlotte Thurston, Lisa Blom, David Moulæe Conradsson, Conran Joseph.</p> <p>13 Octubre 2021.</p>	<p>Cualitativo y descriptivo</p>	<p>Explorar cómo las personas que viven con paraplejia en Sudáfrica experimentan el sexo y la intimidad y cómo perciben los servicios de salud relacionados y el apoyo que recibieron mientras se adaptaban a la</p>	<p>10 personas con lesión medular de entre 18 y 48 años de edad, de los cuales 8 eran hombres y 2 eran mujeres.</p> <p>Todos los participantes tenían paraplejía grado A-D, según la definición de la Asociación Estadounidense de Lesiones Espinales.</p>	<p>Todos los participantes identificaron barreras psicológicas derivadas de los cambios fisiológicos resultantes de la lesión. Las dificultades orgánicas que definieron los participantes fueron las siguientes: Incontinencia durante el acto, disfunción eréctil, no poder mantener una erección, no poder eyacular.</p> <p>En cuanto a las barreras sociales, muchos participantes fueron influenciados por las creencias sociales con respecto a su sexualidad, en este caso los participantes comentaron sobre la creencia predominante en la sociedad de que las personas con discapacidad son asexuales. En el estudio, parece</p>	<p>No se menciona en el artículo.</p>

Publicado online.		vida después de la lesión.	<p>Los participantes habían sufrido la lesión hace 1-20 años.</p> <p>Los participantes se definían como heterosexuales.</p>	<p>haber una tendencia a buscar una mayor estabilidad en las relaciones eróticas tras la lesión, en comparación de antes de la lesión.</p> <p>Estas barreras físicas y sociales acabaron derivando en barreras psicológicas, resultando en una baja autoestima, falta de confianza y temor por el rechazo de sus parejas. Algunos participantes describieron que sentían la necesidad de cumplir con su pareja, es decir, llegar a cierto nivel para que su pareja quede satisfecha. Este hecho refuerza el temor al rechazo anteriormente mencionado.</p>	
<p>Malorie G. Parker, Matthew K. Yau.</p> <p>10 Julio 2011.</p> <p>Publicado online en Springer.</p>	Cualitativo	<p>Explorar las experiencias y percepciones de una pequeña muestra de mujeres adultas con LME con respecto a su sexualidad después de la lesión.</p>	<p>4 Mujeres adultas de entre 31 y 53 años de edad, que hayan sufrido la LME hace mínimo 2 años.</p> <p>3 de las participantes tenían tetraplejia y 1 participante tenía paraplejia.</p>	<p>Las barreras comunes identificadas por los participantes incluyen las siguientes: Cada participante describió cómo al inicio de la “post lesión” había alterado su imagen corporal y cómo había impactado en su autoconcepto e imagen corporal. Discutieron las dificultades en términos de conocer parejas que estén dispuestas a tener una relación íntima con una mujer con LME y no sentirse incómodas. Aunque los participantes describieron el intento de evitar los estereotipos sociales (como la asexualidad y la falta de atractivo), expresaron haber interiorizado estas ideas.</p>	<p>Sexuality, Sexual identity, Qualitative study, Physical disability, Australia.</p>

			<p>Las participantes habían sufrido la lesión hace 15-30 años.</p> <p>No se hace mención a la orientación sexual de los participantes.</p>	<p>Con respecto a las herramientas positivas que desarrollaron los participantes mencionaron las siguientes: Por un lado, la exploración sexual, los participantes descubrieron que la estimulación de áreas no genitales y áreas hipersensibles (áreas por encima del nivel de la lesión) generalmente resultaban experiencias sexuales placenteras. Por otro lado descubrieron la influencia positiva del apoyo de los compañeros y cómo poder hablar sobre temas sexuales, con alguien en una situación similar proporcionaba un apoyo que no podía ofrecer una persona sin lesión medular.</p>	
<p>Jacqueline D. Kathnelson, Christine M. Kurtz Landy, David S. Ditor, Hala Tamim, William H. Gage.</p> <p>27 Abril 2020.</p>	Cualitativo	<p>Explorar la experiencia vivida de la sexualidad para los hombres después de una lesión de la médula espinal (LME) y describir el estado actual de las herramientas y los recursos disponibles</p>	<p>6 hombres de entre 24 y 49 años con LME completa o incompleta.</p> <p>La mitad de los participantes tenían tetraplejía y la otra mitad, paraplejía.</p> <p>Los participantes habían sufrido la lesión desde hacía 7 meses a 24 años.</p>	<p>Todos los participantes en este estudio dijeron que la cantidad de recursos disponibles y proporcionados durante la rehabilitación era inadecuada, y que el contenido de los recursos disponibles también era inadecuado. Los participantes expresaron que sería muy útil si hubiera un lugar designado al que pudieran ir para encontrar toda la información relevante, ya sea un terapeuta sexual designado o un "sexperto", una dirección de correo electrónico en línea a la que pudieran enviar sus preguntas y recibir respuestas precisas, o un centro de información que contiene</p>	<p>No se menciona en el artículo.</p>

Publicado online en The International Spinal Cord Society (ISCoS).		para ayudar con la adaptación sexual desde la perspectiva de los hombres que viven con LME.	Los participantes se definían como heterosexuales.	enlaces a todos los recursos de salud sexual existentes.	
Sheila Nevin, Vidar Melby DPhil. 9 Mayo 2021. Publicado en International Journal of Nursing Practice.	Cualitativo	Explorar las percepciones de las personas con lesiones de la médula espinal sobre la información que recibieron durante su programa de rehabilitación sobre funcionamiento sexual posterior a la lesión.	29 Personas mayores de 18 años y con LME sin especificar. No se hace mención a más datos como el tipo de lesión de los participantes, cuánto tiempo hace que tienen la lesión y la orientación sexual de los mismos.	Algunos participantes explicaron que no eran sexualmente activos antes de su lesión debido a su estado civil, edad o enfermedad preexistente. Los participantes que habían sido sexualmente activos antes de su lesión afirmaron que restaurar su sexualidad era una prioridad clave para ellos y buscaron activamente información sobre el tema. La mayoría de los participantes informaron que no habían recibido información sobre el funcionamiento sexual como parte de su programa de rehabilitación. Otros sin embargo, informaron que recibir información sobre el funcionamiento sexual no era una prioridad para ellos durante la rehabilitación. Algunos participantes sugirieron que su edad puede haber influido en la educación sobre el funcionamiento sexual de algunos	No se mencionan en el artículo.

miembros del personal, lo que sugiere actitudes discriminatorias por edad.

La mayoría de los participantes afirmaron que las conversaciones individuales con una enfermera eran su método preferido para recibir información sobre la sexualidad. Otros participantes indicaron que preferirían las sesiones grupales ya que se sentirían menos avergonzados al discutir estos temas dentro de un grupo; podían simplemente escuchar y esperar que alguien más hiciera las preguntas que querían que fueran contestadas.

7) Anexo 7: Desarrollo de la sesión 2

Actividad 2.1: ¿Coito... qué? Yo no tengo esos prejuicios.

Objetivos	Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de: <ul style="list-style-type: none">❖ Identificar la no necesidad del coito para llevar a cabo actividades eróticas placenteras.❖ Expresar sus sentimientos sobre el coitocentrismo y el orgasmo.❖ Mostrar una actitud positiva ante la actividad erótica.❖ Responder a las dudas de sus compañeros.❖ Reflexionar acerca de sus propios prejuicios sobre la sexualidad antes y después de la lesión.
Descripción	<p>Separaremos a los participantes en parejas (el número de parejas dependerá del número de participantes) y se repartirán un número de oraciones equivalentes por grupo (lo ideal sería 2 frases por grupo, de manera que haya 8 frases en total). Estas frases, tratarán sobre el coitocentrismo y el orgasmo en nuestra sociedad, y la falsa creencia de que una relación sexual es “completa” únicamente por vía penetración intravaginal. (10 minutos).</p> <p>A continuación, pondrán en común lo debatido frente al resto de compañeros mediante un representante y el resto de personas darán su opinión al respecto. Asimismo, a través de las frases, transmitiremos la satisfacción de la relación erótica como la finalidad de la misma, dejando a un lado la imposición social de lograr el orgasmo en cada encuentro. Las frases a exponer serán las siguientes y su consecuente respuesta, de manera que se pueda aportar feedback al debate realizado:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Una relación no es completa si no hay coito. <p>La sexualidad es todo un mundo de posibilidades, no sólo existe el coito, hay muchas actividades que pueden realizarse en solitario o en pareja. El concepto de “relación sexual” excluye todas esas actividades fuera del coito que nos hacen sentir placer, además de que estas actividades, incluida el coito no son obligatorias, sino una serie de complementos que la persona o la pareja elige de manera consensuada.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Tener un orgasmo significa tener relaciones satisfactorias.

Culturalmente, asociamos el orgasmo a una relación satisfactoria, cuando no tiene por qué. El orgasmo es una respuesta mental de nuestro cuerpo, y no siempre debe manifestarse. Una persona puede sentir placer disfrutando el momento, en vez de focalizarse en una finalidad, en una exigencia.

3. Antes del coito se deben hacer los preliminares.

¿Qué son los preliminares? ¿Preliminares a qué? ¿Al coito?

Como se ha descrito anteriormente, la sexualidad es un mundo libre en el que cada persona disfruta de manera diversa y diferente, no a todos nos gusta lo mismo, ni nos gusta en el mismo orden. Hay un millón de posibilidades y combinaciones que puede realizar una persona, y no seguir la norma de “preliminares” y luego coito.

4. Todas las mujeres son multiorgásmicas.

Este prejuicio muchas veces ha llegado a la pseudo obligación de que las mujeres deben ser multiorgásmicas. Sin embargo, cada cuerpo es diferente y al igual que se puede tener más de un orgasmo, se puede tener también uno o ninguno, y ello no implica un mayor o menor nivel de placer en la persona.

5. Hay diferentes tipos de orgasmos.

El orgasmo es de origen cerebral o mental, y a pesar de que cada orgasmo es diferente, no existe tal cosa como una clasificación de los tipos de orgasmos.

6. Si no hay erección, significa que no le atrae la otra persona.

Para que una persona tenga una erección, hay muchos factores que influyen en este fenómeno, no sólo la atracción física. Algunos de esos factores pueden ser patologías como la diabetes o algunas lesiones medulares.

7. Las mujeres suelen tener orgasmos por penetración.

Al contrario de lo que culturalmente se puede conocer, las mujeres tienen diferentes áreas genitales sensibles. A la mayoría os sonará el clítoris, sólo que este no sólo está en la parte externa de la vulva, sino que también abarca áreas internas. Las mujeres pueden sentir placer por diferentes puntos, ya que las terminaciones nerviosas son muy numerosas y distribuidas. De manera que, si queréis dar placer a una persona con vulva, preguntadle que le provoca placer, ya que cada persona disfruta de manera diferente.

8. Si no hay eyaculación no hay orgasmo.

	<p>A pesar de que culturalmente relacionamos la eyaculación con el orgasmo, no siempre van de la mano. Una persona puede tener un orgasmo sin eyacular, o eyacular sin sentir un orgasmo.</p> <p>(40 minutos).</p> <p>Siguiendo con este tema, a través de un Power Point, introduciremos el concepto de zonas erógenas y el erotismo, para que los participantes reflexionen sobre la actividad hecha y si encuentran símiles o por el contrario cosas nuevas que descubrir. Éstas resultan ser más variadas de lo que socialmente entendemos; debido a la falsa concepción de que el placer sólo reside en los genitales. Así pues, intentaremos animar a los participantes a explorarlas y descubrirlas, ya que cada persona vive la sexualidad de una manera única, válida y diferente. (10 minutos)</p>
Tiempo	60 minutos.
Recursos humanos y materiales	Fotocopias de las frases, ordenador y proyector.

Actividad 2.2: El hombre/mujer ideal

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar sus sentimientos e inseguridades sobre lo que significa ser la mujer/hombre ideal. ❖ Expresar satisfacción ante la idea de ser verdaderos hombres y mujeres. ❖ Reconocer los aspectos positivos de sí mismos. ❖ Tomar conciencia de la importancia de reforzar la autoestima de uno mismo.
Descripción	<p>Esta actividad dará comienzo con la siguiente pregunta: “¿Cuál es el hombre/mujer ideal para ti?”.</p> <p>La idea es que cada participante piense en las cualidades que debe tener su sexo, es decir, en el caso de las mujeres, deberán pensar en que características definen a la mujer ideal, y en el caso de los hombres, tendrán que definir aquellas características que construyen el hombre ideal. (5 minutos).</p> <p>Una vez pensado en el concepto, tendrán que compartir con el grupo, qué cualidades les han atribuido a cada uno de los sexos. (15 minutos, la mitad para</p>

	<p>definir a cada sexo).</p> <p>Es entonces cuando la enfermera puntualizará que, seguramente, las características que han definido los participantes habrán sido sobre todo cualidades físicas.</p> <p>A continuación, se hará una serie de preguntas para que los participantes se den cuenta de que sus cuerpos son válidos. Esas preguntas son las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Es lo mismo que buscas en una pareja? ❖ ¿Qué buscas entonces? ❖ ¿Por qué te exiges algo distinto? <p>(5 minutos por pregunta)</p>
Tiempo	35 minutos.
Recursos humanos y materiales	Portátil y proyector.

Actividad 2.3: En busca del placer

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mostrar una actitud positiva frente a la actividad. ❖ Desarrollar las estrategias necesarias para buscar nuevas formas de sentir placer de manera individual o en pareja. ❖ Realizar un balance entre las dificultades y capacidades individuales para el redescubrimiento sexual.
Descripción	<p>Siguiendo con las dinámicas, en este caso la llamada “En busca del Placer”, se le entregará a cada participante una fotocopia de una ruleta en la que ha de escribir/le escribirán (dependiendo de sus capacidades físicas) en cada porción un verbo o una parte del cuerpo de su elección, que más tarde se interrelacionarán, con el fin de ser conscientes de diversas formas de sentir placer. (Anexo 10) (10 minutos)</p> <p>Con esta actividad, y de manera voluntaria, los participantes practicarán este ejercicio fuera de los horarios del programa, de manera que puedan redescubrirse y explorarse. De esta forma, tendrán un mayor autoconocimiento y puede que desarrollen herramientas útiles para disfrutar de manera libre y son prejuicios de su sexualidad, solos o en compañía, dejando a un lado los modelos eróticos canónicos y coitocentradas que acechan nuestra actualidad.</p>

	<p>Se les animará también a recordar los mitos que trabajamos y aquellos que quizá no hayamos tenido en cuenta de manera que la persona pueda hacer un balance entre lo que le frena de tener una sexualidad plena y qué le impulsa a ello. (5 minutos)</p> <p>Para ello, previamente se explicarán mediante un Power Point los siguientes conceptos: Zonas erógenas, erótica y deseo. De esta manera, los participantes contarán con una mayor información, de manera que en “En Busca del Placer” puedan interiorizar y aplicar estos conceptos. Conceptos que hacen referencia a la libertad e individualidad de los cuerpos. (10 minutos)</p>
Tiempo	25 minutos.
Recursos humanos y materiales	Fotocopia “En busca del placer” (Anexo 10).

8) Anexo 8: Desarrollo de la sesión 3

Actividad 3.1: Mi experiencia

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Mostrar motivación gracias a escuchar las experiencias similares del invitado para vivir la sexualidad. ❖ Conocer el punto de vista de sus compañeros. ❖ Identificar conductas que puedan aplicar en su vida diaria para la obtención de placer. ❖ Expresar sentimientos generados tras la escucha del testimonio real del invitado.
Descripción	<p>Para dar inicio a la 3ª sesión, un invitado con lesión medular contará la historia de su redescubrimiento sexual tras la lesión medular.</p> <p>En esta historia contará sus previos estereotipos, sus inseguridades con respecto a la imagen de su cuerpo y sus nuevas limitaciones. Después describirá cómo</p>

	<p>deconstruyendo esos estereotipos y trabajando su autoestima, logró sentirse un ser sexuado con un cuerpo y capacidades válidas y únicas.</p> <p>Esto lo lograría mediante diferentes estrategias como la comunicación, la reflexión y la motivación, entre otros.</p>
Tiempo	40 minutos.
Recursos humanos y materiales	La persona invitada, proyector y portátil.

Actividad 3.2: Hablemos claro: La fertilidad e infertilidad en la lesión medular.

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Describir las alternativas posibles para ser madre/padre. ❖ Compartir con sus compañeros el deseo o no deseo de ser madres/padres. ❖ Desarrollar estrategias/herramientas que faciliten la consulta con un profesional en el caso de desear ser madre/padre.
Descripción	<p>En esta actividad la enfermera dividirá a los participantes en parejas. El número de parejas dependerá del número de participantes. (5 minutos).</p> <p>Una vez divididos, la enfermera hará las siguientes preguntas: “¿Cómo nos podemos quedar embarazados?” “¿Qué métodos para quedarse embarazados conocéis?” (2 minutos)</p> <p>Tras mostrar esas preguntas, las parejas tendrán que conectar los siguientes conceptos a las siguientes definiciones. (10 minutos)</p> <p>Tras acabar el tiempo predeterminado, la enfermera preguntará a los participantes, con qué definición han juntado cada concepto (10 minutos).</p> <p>He aquí el concepto con su definición correspondiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Método tradicional: Como hemos trabajado en otras sesiones, que las personas con lesión medular no se puedan quedar embarazados es en parte un mito. Es necesario acudir a un profesional en este campo para saber si nos podemos quedar embarazados bajo este método.

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Inseminación artificial: Es el tratamiento de fertilidad de menor complejidad. Esta técnica consiste en introducir los espermatozoides en el tracto genital femenino, para que se produzca la fecundación. ❖ Adopción: Es necesario cumplir una serie de requisitos para acceder a este método. Estos requisitos son diferentes dependiendo de que el carácter sea nacional o internacional. ❖ Fecundación in vitro: Es un método de reproducción asistida que consiste en unir óvulo y espermatozoide en el laboratorio para crear un embrión, que posteriormente se transferirá al útero de la mujer.
Tiempo	30 minutos.
Recursos humanos y materiales	Portátil, proyector

Actividad 3.3: Te protege, Me protege, NOS PROTEJE.

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Describir los pros y los contra de los diferentes métodos anticonceptivos. ❖ Argumentar qué métodos anticonceptivos se adecuan más a sus gustos.
Descripción	<p>En esta actividad se trabajarán los diferentes métodos anticonceptivos, de manera que los participantes sean plenamente conscientes de los materiales que pueden utilizar para realizar diferentes actos eróticos de manera sana y segura.</p> <p>Para ello, la enfermera dividirá a los participantes en grupos de 4 personas con la técnica 1, 2, 3, 4. El número de grupos dependerá del número de participantes. (5 minutos).</p> <p>Una persona de cada grupo se ocupará de escribir en la tabla las siguientes características de cada método anticonceptivo, esto es:</p> <p>Métodos anticonceptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Píldora del día después ❖ Condón masculino

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ DIU ❖ Pastillas anticonceptivas diarias ❖ Condón femenino ❖ Operaciones quirúrgicas ❖ Otros <p>Características de cada método:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Es posible el embarazo? ❖ ¿Se pueden contraer ITS? ❖ ¿Cuánto cuesta? ❖ ¿Cuánto tiempo dura? ❖ ¿Es eficaz? ❖ ¿Tiene efectos secundarios? <p>(25 minutos)</p> <p>Una vez rellena la tabla, la enfermera preguntará a los participantes que han puesto en cada casilla y completará la información que falte en cada caso. (10 minutos)</p> <p>La tabla con las respuestas se encuentra en el Anexo 13.</p>
Tiempo	40 minutos.
Recursos humanos y materiales	Proyector, portátil, 3 fotocopias de la tabla “Te protege, Me protege, NOS PROTEGE” (suponiendo que son 12 participantes) y un bolígrafo por grupo.

9) Anexo 9: Desarrollo de la sesión 4

Actividad 4.1: ¿Qué tal la actividad “En busca del Placer”?

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar emociones ante el descubrimiento de las nuevas formas de sentir placer. ❖ Aplicar herramientas individualizadas para conseguir placer.
------------------	---

Descripción	<p>Para dar inicio a la 3ª sesión, la enfermera preguntará a los participantes qué tal ha resultado la actividad, preguntando las siguientes preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Alguien quiere contar su experiencia? ❖ ¿Has encontrado puntos positivos? ❖ ¿Y negativos? ❖ ¿Te ha sido útil? <p>De esta manera valoraremos si realmente esta herramienta ha sido útil y les ha ayudado en el proceso de realizar su redescubrimiento sexual.</p>
Tiempo	15 minutos.
Recursos humanos y materiales	Proyector y portátil.

Actividad 4.2: Lluvia de ideas: Dificultades eróticas

Objetivos	<p>Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Expresar sus sentimientos frente a las dificultades eróticas que presentan. ❖ Compartir algunas de sus dificultades eróticas con sus compañeros. ❖ Describir alternativas posibles para afrontar las dificultades eróticas.
Descripción	<p>A continuación, daremos lugar a una conversación en la que contaremos aquellos problemas e inseguridades con los que los participantes pueden encontrarse a la hora de llevar a cabo las relaciones eróticas, tales como: Barreras sociales para conocer gente, prejuicios sociales y personales que dificultan encontrar una posible pareja sexual, alteraciones en la percepción de la imagen corporal, y problemas físicos como la debilidad muscular además de los problemas propios que puede ocasionar la lesión en el aparato genitourinario como alteraciones en la lubricación y sensibilidad de la vulva, disfunción eréctil y alteraciones de semen, incontinencia urinaria y también incontinencia fecal. En el transcurso de esta conversación semi-estructurada, se flexibilizará el curso de la conversación permitiendo a los participantes ampliar el campo de visión con respecto a estas peculiaridades y</p>

	<p>aportar información nueva que pueda ser de utilidad para sus compañeros o en el desarrollo de un programa de sexualidad en el mundo de la lesión medular. (20 minutos)</p> <p>Además, los participantes se retroalimentarán entre ellos, aportando sus experiencias y sus puntos de vista. Podrán también compartir aquellas estrategias y sugerencias que les ayuden a sobrellevar este tipo de situaciones. Asimismo, completaremos la información que los participantes han compartido con el afán de aportarles posibles recomendaciones como (20 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Actividades que no requieran de tanta fuerza muscular para lidiar con las limitaciones posturales, tales como: Masturbación, sexo oral, masajes, caricias, besos, juguetes sexuales... ❖ El uso de lubricantes para ayudar a la sequedad de la vulva. ❖ Resaltar la importancia de que cada cuerpo es único y como tal, tiene formas diversas y únicas de sentir placer. ❖ Reforzar la idea de que el coito no es la actividad principal, ni siquiera una erección o un orgasmo, sino sentir placer durante el proceso. ❖ Trabajar la comunicación para hacer frente a estas dificultades. En muchos casos una de estas dificultades suele ser la incontinencia urinaria y/o fecal. De esta forma reforzaremos el hecho de que es un proceso normal y del que no hay que sentirse avergonzados. ❖ El hecho de haber desmentido mitos y haber probado nuevas formas de sentir placer en las sesiones anteriores, ayudará a los participantes a conocerse a sí mismos y poder trabajar la comunicación de manera más eficiente. ❖ Es cierto que las barreras sociales no las podemos controlar pero, si la gente se conciencia de este problema, puede que cada vez haya más facilidades.
Tiempo	40 minutos
Recursos humanos y materiales	Proyector y portátil.

Actividad 4.3: ¡No tengas miedo de hablar!: Role-playing

Objetivos	Al finalizar la actividad los participantes serán capaces de:
------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar los componentes de una comunicación asertiva. ❖ Aportar feedback positivo y áreas de mejora a los compañeros que participaron en el role-playing. ❖ Desarrollar habilidades comunicativas para la expresión de sus deseos, miedos y pensamientos a su pareja o posibles parejas sexuales. ❖ Compartir sus sensaciones con respecto a las actuaciones de sus compañeros.
<p>Descripción</p>	<p>Los participantes serán divididos en 3 grupos (idealmente de 4 personas cada uno) en el que se les será asignada una situación hipotética de una persona con diferentes conflictos/creencias... en el ámbito erótico; tales como complejos, miedos, deseos...</p> <p>Tendrán que crear un diálogo de una máxima duración de 3 minutos en el que intentarán resolver el conflicto de la manera más asertiva posible. Para ello, primero se reunirán en los grupos correspondientes y una vez preparado, harán un role playing delante del resto de grupos mostrando la manera en la que han decidido afrontar dicha situación. (10 minutos de preparación y 3 minutos por grupo de presentación)</p> <p>Al final de cada representación, los demás grupos expondrán los puntos positivos y los negativos de cada representación, añadiendo sugerencias o cómo habrían abordado ellos la situación. (8 minutos por grupo).</p> <p>Los casos hipotéticos son los siguientes:</p> <p>A- Una persona que le da vergüenza enseñar su desnudez frente a su pareja erótica.</p> <p>B- Una persona que tiene un accidente por incontinencia durante una relación y el otro actor es su pareja erótica.</p> <p>C- Una persona que no consigue tener una erección y su pareja erótica.</p> <p>Para aportar el feedback de los compañeros, habrá 4 preguntas pre-establecidas de manera que haya varios puntos comunes a comentar. Estas preguntas serán tratadas de manera flexible, de forma que los participantes que aporten el feedback</p>

	<p>puedan añadir otras ideas y sugerencias fuera de las preguntas pre-establecidas. (20 minutos).</p> <p>Estas son las preguntas pre-establecidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ ¿Cómo afrontaríais la situación? ❖ ¿Habríais hecho algo diferente? ❖ ¿Qué alternativas propondríais? ❖ ¿Qué alternativas propondríais?
Tiempo	60 minutos.
Recursos humanos y materiales	Proyector, portátil, papeles y lápices.

10) Anexo 10: Póster del programa



**DISCAPACIDAD NO
ES INCAPACIDAD**

Programa de Educación Sexual en
personas adultas con lesión medular.

¡ANÍMATE A PARTICIPAR!

INSCRÍBETE EN CUALQUIER CENTRO CÍVICO DE
VITORIA-GASTEIZ, ENTRE EL 5 DE JUNIO Y EL 5
DE DICIEMBRE DE 2022.

11) Anexo 11: Tríptico del programa

¿De qué va el programa?

Es un programa de educación sexual, basado en dinámicas y trabajando de manera colectiva las capacidades y dificultades a las que se enfrenta el colectivo de las personas con lesión medular.

Todo con el objetivo de vivir la sexualidad de manera plena.

¡ANÍMATE A PARTICIPAR!

Inscríbete

En cualquier centro cívico de Vitoria-Gasteiz, entre el 5 de junio y el 5 de diciembre de 2022.

Contacta con nosotros

Discapacidad.no.es.incapacidad@gmail.com

DISCAPACIDAD NO ES INCAPACIDAD

Programa de Educación Sexual en personas adultas con lesión medular.

12) Anexo 12: Presentación Power Point Sesión 2

¿QUÉ ES LA SEXUALIDAD?

2. SESIÓN

ACTIVIDADES

- ¿Coito... qué? Yo no tengo esos prejuicios
- El hombre/mujer ideal
- En Busca del Placer

¿COITO... QUÉ? YO NO TENGO ESOS PREJUICIOS

Os separaréis por parejas y se repartirán un número de oraciones equivalentes por grupo (lo ideal sería 2 frases por grupo)

A continuación, el representante de cada pareja expondrá la opinión al resto de parejas, con intención de que el resto de parejas exponga también sus opiniones al respecto.

PAREJA 1

Una relación no es completa si no hay coito.

Tener un orgasmo significa tener relaciones satisfactorias.



Antes del coito se deben hacer los preliminares.

PAREJA 2



Todas las mujeres son multiorgásmicas.

PAREJA 3



Si no hay eyaculación no hay orgasmo.

Si no hay erección, significa que no le atrae la otra persona.

PAREJA 4

Las mujeres sólo tienen orgasmos por penetración.

El orgasmo es algo físico.

EL COITO NO ES LA NORMA, ES UNA ELECCIÓN

Hay una multitud de prácticas que podéis realizar:

- Sexo oral
- Masturbación
- Masajes
- Caricias, besos
- Nuevas posiciones...

be yourself



EL HOMBRE/MUJER IDEAL

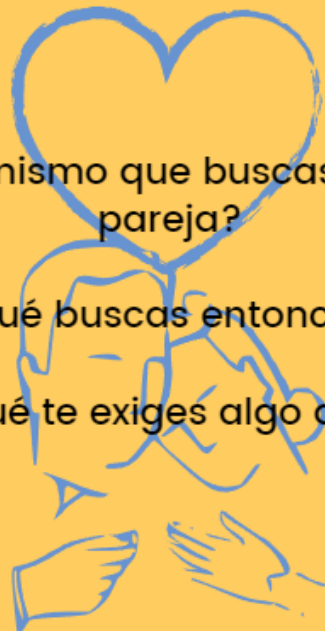
¿Cuál es el hombre/mujer ideal para ti?



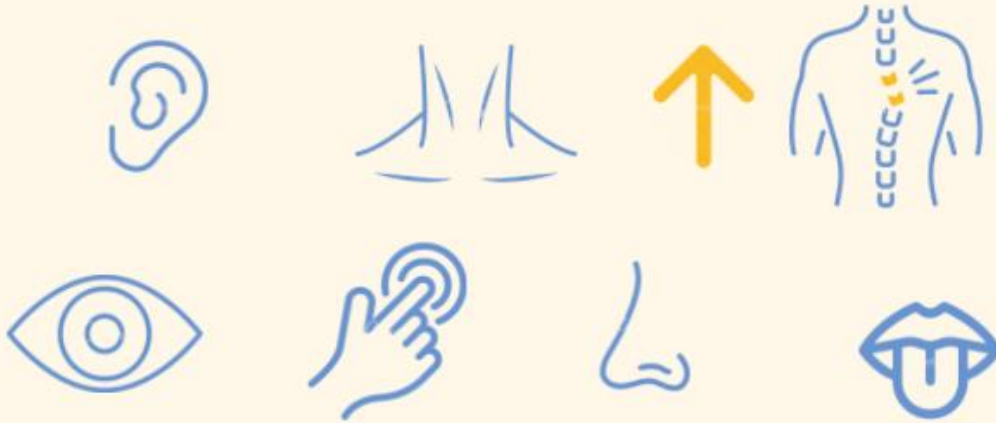
¿Es lo mismo que buscas en una pareja?

¿Qué buscas entonces?

¿Por qué te exiges algo distinto?



EL CUERPO COMO PLACER



ZONAS ERÓGENAS

Muchos habréis oído hablar de las ZONAS ERÓGENAS.

Estas zonas son partes del cuerpo que tienen una sensibilidad más agudizada y esto, nos puede aportar placer.

Por lo general el cuello, la boca y los oídos son los preferidos, pero cada persona tiene sus preferencias.





Sin embargo, la erótica y el deseo van mucho más allá

El erotismo se puede encontrar en actitudes, olores, ciertas vestimentas.... dependiendo de los gustos de la persona.

ERÓTICA Y DESEO

La erótica es aquella actividad que nos hace sentir placer en compañía.

En nuestra sociedad el erotismo se suele reducir al coito entre un hombre y una mujer con cuerpos normativos.



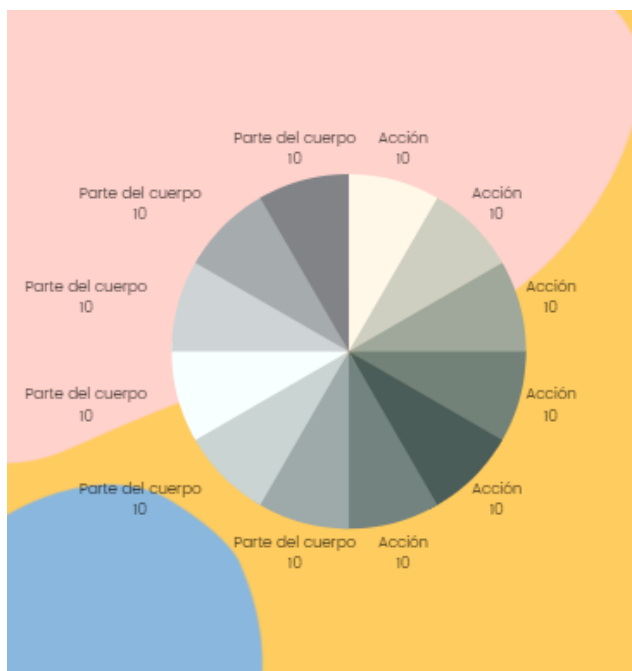
EN BUSCA DEL PLACER

Actividad para realizar en casa

Con esta ruleta podréis experimentar nuevas formas de sentir placer que quizá no os habíais planteado.

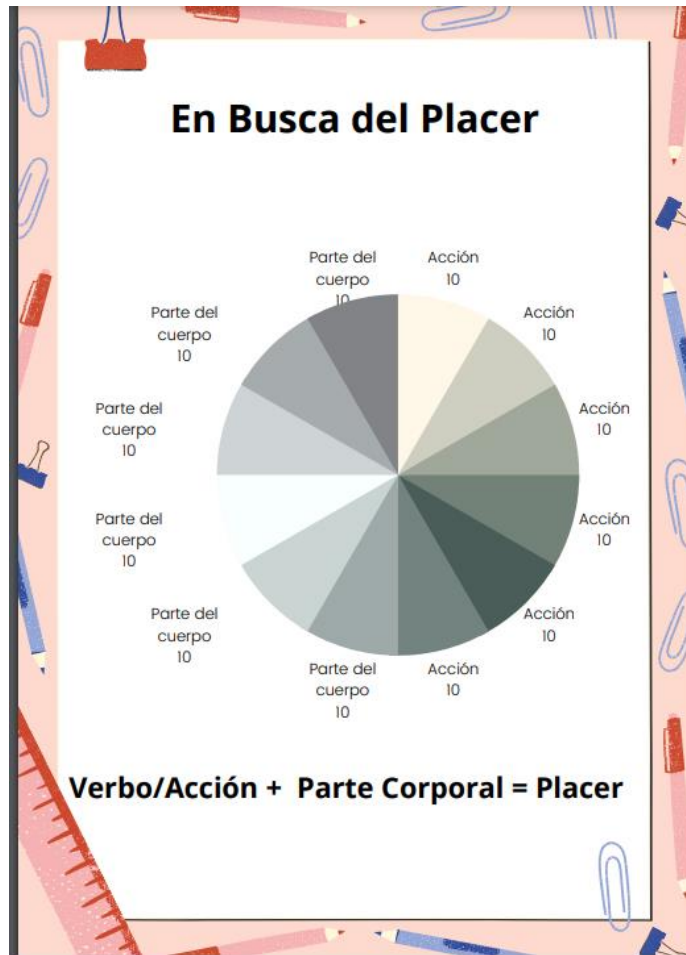
Puede que descubráis algo nuevo de vosotros mismos.

Os animo a que lo probéis solos o en compañía.





13) Anexo 13: Copia En Busca del Placer



**EN LOS ZAPATOS
DEL OTRO**

3. SESIÓN

ACTIVIDADES

- Mi experiencia
- Hablemos claro
- Te protege, Me protege, NOS PROTEJE.

MI EXPERIENCIA

**Mi viaje hacia una nueva
sexualidad**

HABLEMOS CLARO

¿Cómo nos podemos quedar embarazados?



¿Qué métodos para quedarse embarazados conocéis?



CONECTA LAS DEFINICIONES

Método tradicional



Inseminación artificial



Fecundación in vitro



Adopción



Conecta los conceptos con las definiciones

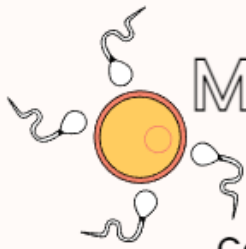
Inseminación artificial

Fecundación in vitro

Adopción

Método tradicional

Como hemos trabajado en otras sesiones, que las personas con lesión medular no se puedan quedar embarazados es en parte un mito. Es necesario acudir a un profesional en este campo para saber si nos podemos quedar embarazados bajo este método.



MÉTODO TRADICIONAL

Todos conocemos este método. Como hemos trabajado en otras sesiones, que las personas con lesión medular no se puedan quedar embarazados es en parte un mito.

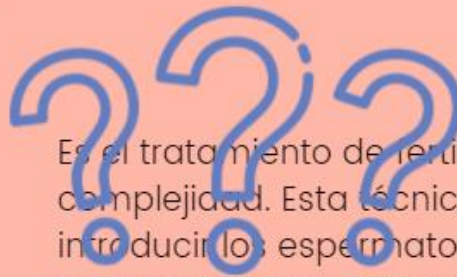
Es necesario acudir a un profesional en este campo para saber si nos podemos quedar embarazados bajo este método.

Inseminación artificial

Fecundación
in vitro

Adopción

Método tradicional



Es el tratamiento de infertilidad de menor complejidad. Esta técnica consiste en introducir los espermatozoides en el tracto genital femenino, para que se produzca la fecundación.



INSEMINACIÓN ARTIFICIAL

Es el tratamiento de fertilidad de menor complejidad. Esta técnica consiste en introducir los espermatozoides en el tracto genital femenino, para que se produzca la fecundación.

puede costar entre 700-1.700€

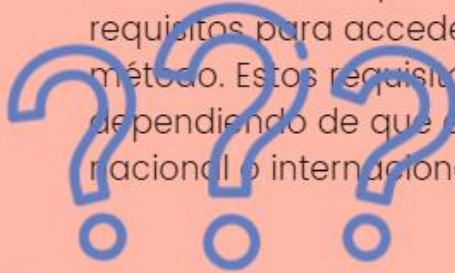
Inseminación artificial

Fecundación
in vitro

Adopción

Método tradicional

Es necesario cumplir una serie de requisitos para acceder a este método. Estos requisitos son diferentes dependiendo de que el carácter sea nacional o internacional.





ADOPCIÓN

Es necesario cumplir una serie de requisitos. Estos requisitos son diferentes dependiendo de que la adopción sea de carácter nacional o internacional. Los precios también son muy variables.

Inseminación artificial

Fecundación
in vitro

Adopción

Método tradicional

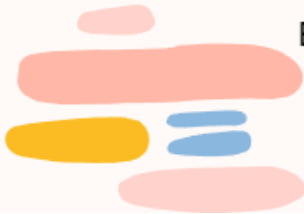
Es un método de reproducción asistida que consiste en unir óvulo y espermatozoide en el laboratorio para crear un embrión, que posteriormente se transferirá al útero de la mujer.



FECUNDACIÓN IN VITRO

Es un método de reproducción asistida que consiste en unir óvulo y espermatozoide en el laboratorio para crear un embrión, que posteriormente se transferirá al útero de la mujer. Es una técnica de alta complejidad.




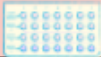
puede costar entre 500 y 5.500€.






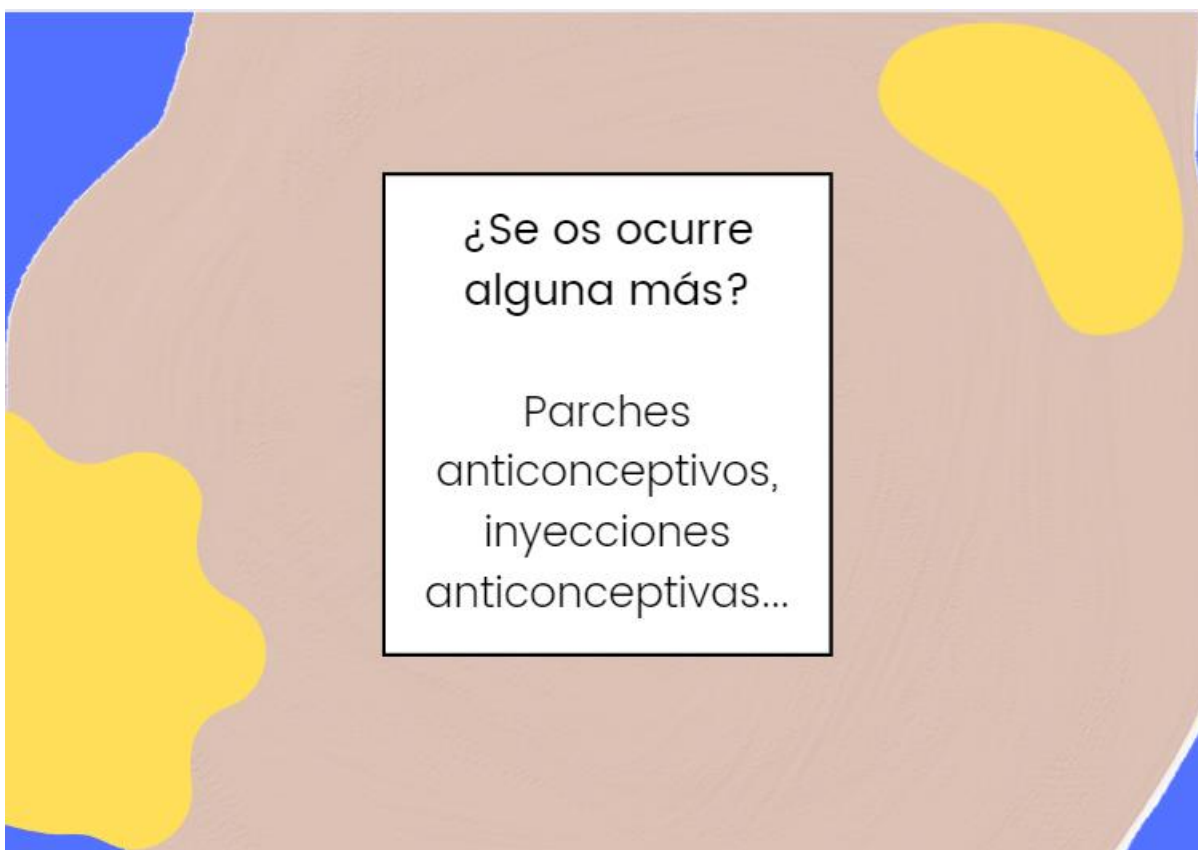
TE PROTEGE, ME PROTEGE,
NOS PROTEGE





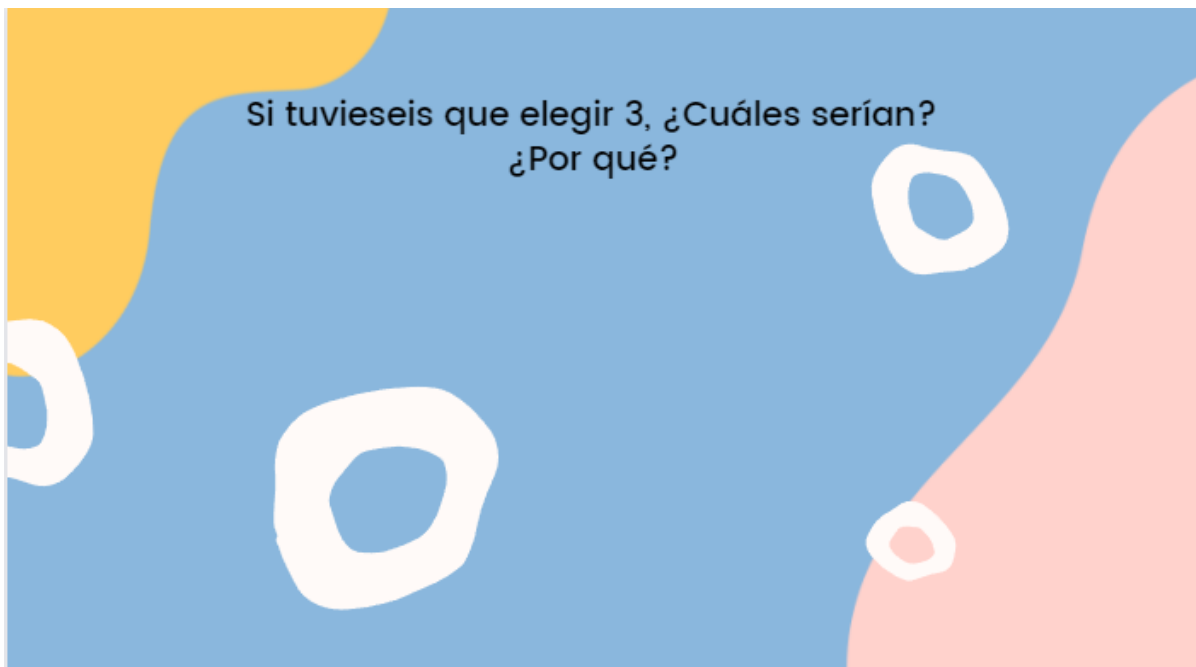
	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Anticonceptivo de emergencia 						
Preservativo masculino 						
DIU 						
Pastillas anticonceptivas diarias 						

	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Preservativo femenino 						
Anillo 						
Operación quirúrgica 						
¿Se os ocurre alguna más?						










¿Se os ocurre alguna más?

Parches anticonceptivos,
inyecciones anticonceptivas...



15) Anexo 15: Fotocopia de la tabla “Te protege, Me protege, NOS PROTEGE”.

	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Anticonceptivo de emergencia 						
Preservativo masculino 						
DIU 						
Pastillas anticonceptivas diarias 						

	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Preservativo femenino 						
Anillo 						
Operación quirúrgica 						
¿Se os ocurre alguna más?						

16) Anexo 16: Tabla “Te protege, Me protege, NOS PROTEGE” con las respuestas.

	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Anticonceptivo de emergencia	NO	sí	20-30 euros la unidad	72 primeras horas	Naúseas, vómitos, dolor abdominal, cansancio, menstruaciones dolorosas, dolor de cabeza, menstruaciones abundantes, mareos, sensibilidad en los senos	En las primeras 24h 95% en las 24-48h 85% 48-72h 58%
Preservativo masculino	NO. Es una barrera física	NO. Evita el contacto entre fluidos	10 euros la caja	Uso único	Puede ocasionar alergia al látex (en caso de que hayan sido fabricados con ese material).	97%
DIU	NO. Riesgo de embarazo ectópico	sí	100 euros el de cobre. El hormonal es más caro.	3-12 años	Calambres y dolores de espalda. Se puede expulsar de manera espontánea por el cuerpo	95%
Pastillas anticonceptivas diarias	NO	sí	Cada tableta 10 euros	Es necesario tomarlas a diario	Cambios de peso, aumento y sensibilidad de las mamas, aparición de celulitis, depresión, aumento de	91% contando con posibles olvidos

	¿Es posible el embarazo?	¿Se pueden contraer ITS?	¿Cuánto cuesta?	¿Cuánto tiempo dura?	¿Tiene efectos secundarios?	¿Es eficaz? (%)
Preservativo femenino	NO. Es una barrera física	NO Evita el contacto entre fluidos	2 euros la unidad	Uso único		97%
Anillo	NO. Libera hormonas.	sí	15-20 euros la unidad	3 semanas	Sangrado leve intermenstrual, irritación vaginal, aumento del flujo vaginal, dolor de cabeza, náuseas, depresión, disminución del deseo sexual, diarrea...	98%
Vasectomía	NO	sí	Extremadamente variable. En España la vasectomía tiene un precio medio de 700 euros.	Permanente	En caso de querer revertirla, las operaciones que se realizan no son muy eficaces.	99%
Ligadura de trompas	Diafragma, parches anticonceptivos...		Extremadamente variable. En España la ligadura de trompas tiene un precio medio de 2000 euros.	Permanente	En caso de querer revertirla, las operaciones que se realizan no son muy eficaces.	99%

17) Anexo 17: Presentación Power Point Sesión 4

¡NO TENGAS MIEDO DE HABLAR!

4. SESIÓN

ACTIVIDADES

- ¿Qué tal la actividad en busca del Placer?
- Lluvia de ideas: Dificultades eróticas
- ¡No tengas miedo de hablar!: Role-playing

¿QUÉ TAL LA
ACTIVIDAD "EN
BUSCA DEL PLACER"?

¿Alguien quiere contar su
experiencia?

¿Has encontrado puntos
positivos?

¿Y negativos?

¿Te ha sido útil?

LLUVIA DE IDEAS:
DIFICULTADES ERÓTICAS

¿Qué dificultades eróticas habéis experimentado a lo
largo de vuestra vida, después de la lesión?



DIFICULTADES ERÓTICAS

LEARNING NEVER ENDS

Aquí tengo unos ejemplos de la investigación que he hecho, de las dificultades más habituales. Pero sois libres de corregirme y añadir aquellas que no haya tenido en cuenta.

- Barreras sociales para conocer gente.
- Prejuicios sociales y personales.
- Cambios en la imagen corporal.
- Limitaciones en las posturas debido a la debilidad muscular.
- Menor lubricación en la vulva.
- Disfunción eréctil.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.

Aquí tengo unos ejemplos de la investigación que he hecho, de las dificultades más habituales. Pero sois libres de corregirme y añadir aquellas que no haya tenido en cuenta.

ALTERNATIVAS

- Ya hemos desmentido mitos.
- La imagen de nuestro cuerpo es tan válida como cualquier otro cuerpo, y **PODEMOS SENTIR PLACER.**
- Para lidiar con las limitaciones posturales, podemos hacer uso del sexo oral, masturbación, juguetes sexuales...
- Para la sequedad de la vulva podemos hacer uso de lubricantes.
- En cuanto a la disfunción eréctil, podemos estimular la zona con las alternativas explicadas, el objetivo no es conseguir una erección sino, **SENTIR PLACER.**
- Para la incontinencia urinaria y/o fecal, además del uso de enemas, lo que trabajaremos a continuación será **LA COMUNICACIÓN**, ya que es un proceso normal y del que no hay que sentirse avergonzados.
- Es cierto que las barreras sociales no las podemos controlar pero, si la gente se concienza de esto, puede que tengamos más facilidades.

¡VOSOTROS PODÉIS APORTAR MUCHO MÁS!



Sabéis mucho mejor que alternativas podéis y querer poner en marcha, éstos son sólo unos ejemplos.

¡NO TENGAS MIEDO DE HABLAR!



A continuación realizaremos una escenificación (role-playing) de situaciones ficticias en las que uno de los integrantes de las pareja, tiene una dificultad erótica y tiene que resolverla gracias a la comunicación.

ROLE-PLAYING

A

Una persona que le da vergüenza enseñar su desnudez frente a su pareja erótica.

B

Una persona que tiene un accidente por incontinencia durante una relación y el otro actor es su pareja erótica.

C

Una persona que no consigue tener una erección y su pareja erótica.

FEEDBACK



¿Cómo
afrentaríais la
situación?



¿Habríais
hecho algo
diferente?



¿Qué
alternativas
propondríais?



¿Qué os ha
gustado?

18) Anexo 18: Encuesta de satisfacción

Encuesta de Satisfacción
Los que no puedan escribir, avisadme y rellenaré lo que queráis poner.

¿Qué es lo que más te ha gustado?

¿Te ha sido útil?

¿Te han gustado las dinámicas empleadas? ¿Por qué?

¿Si pudieras cambiar algo, qué cambiarías?

¿Te gustaría seguir aprendiendo sobre este tema?

¿Te han servido los recursos materiales utilizados? ¿Añadirías alguno más? ¿Prescindirías de alguno?

**¡MUCHAS GRACIAS POR PARTICIPAR!
Y OS ANIMO A SEGUIR FORMANDOOS**

19) Anexo 19: Cuestionario

Cuestionario

Indica con números tu valoración y añade áreas de mejora

<p>1era sesión: ¿Cuánto te han gustado las actividades de la sesión? ¿Te han gustado los materiales utilizados? ¿Has aprendido algo nuevo? ¿Qué te habría ayudado a aprender más?</p>
<p>2da sesión: ¿Cuánto te han gustado las actividades de la sesión? ¿Te han gustado los materiales utilizados? ¿Has aprendido algo nuevo? ¿Qué te habría ayudado a aprender más?</p>
<p>3era sesión: ¿Cuánto te han gustado las actividades de la sesión? ¿Te han gustado los materiales utilizados? ¿Has aprendido algo nuevo? ¿Qué te habría ayudado a aprender más?</p>
<p>4a sesión: ¿Cuánto te han gustado las actividades de la sesión? ¿Te han gustado los materiales utilizados? ¿Has aprendido algo nuevo? ¿Qué te habría ayudado a aprender más?</p>
<p>5a sesión: ¿Cuánto te han gustado las actividades de la sesión? ¿Te han gustado los materiales utilizados? ¿Has aprendido algo nuevo? ¿Qué te habría ayudado a aprender más?</p>

Evaluación	No me ha gustado nada 1-2	No me ha gustado 3-4	Indiferente 5-6	Me ha gustado 7-8	Me ha encantado 9-10
------------	------------------------------	-------------------------	--------------------	----------------------	-------------------------