

Universidad Europea de Valencia
Facultad de Psicología
Trabajo Fin de Máster en Psicología General Sanitaria



Universidad
Europea VALENCIA

**¿Es el Mindfulness un tratamiento psicológico eficaz en
pacientes víctimas de abuso sexual que presentan problemas
sexuales?**

Autora: Muñoz Román, Laura

DNI: 03950998N

Tutora: Laura Millán Casado

Línea de investigación: Clínica/Sexualidad

Curso académico 2021/2023

Convocatoria de presentación: Junio 2023



Universidad
Europea VALENCIA

Resumen y palabras clave

Introducción: Una de cada cinco mujeres y uno de cada setenta y un hombres sufrirán abuso sexual durante sus vidas, con los consecuentes síntomas relacionados con el estrés postraumático. Entre estas consecuencias destaca la disfunción sexual, puesto que en este tipo de víctimas se multiplican por cuatro las probabilidades de padecerla, sobre todo la falta de deseo y de excitación sexual. Para el tratamiento de estos síntomas, actualmente se utilizan diversas terapias psicológicas y farmacológicas. Entre ellas, la práctica de la atención plena, aunque se observa una falta de estudios dirigidos al origen de los síntomas. **Método:** Por todo lo expresado, el presente trabajo propone realizar una revisión sistemática sin metaanálisis seleccionando según los criterios de elegibilidad la bibliografía existente en este campo, para observar la eficacia evaluada hasta el momento sobre el tratamiento a través del Mindfulness para la disfunción sexual derivada del abuso sexual. **Resultado:** La bibliografía revisada permite confirmar que el Mindfulness es eficaz como tratamiento en pacientes que muestran disfunción sexual debido a diferentes causas, entre las que se encuentra el abuso sexual. Sin embargo, se encuentran limitaciones en la metodología de los estudios, que a su vez, sugieren grandes líneas futuras de investigación.

Palabras clave: Mindfulness; abuso sexual; disfunción sexual; tratamientos psicológicos

Abstract and keywords

Introduction: One in five women and one in seventy-one men will suffer sexual abuse during their lives, with the consequent symptoms related to post-traumatic stress. Among these consequences, sexual dysfunction stands out, since in this type of victims the probabilities of suffering it are multiplied by four, especially the lack of desire and sexual



arousal. Various psychological and pharmacological therapies are currently used to treat these symptoms. Among them, the practice of mindfulness, although there is a lack of studies aimed at the origin of the symptoms. **Method:** In view of the above, the present work proposes to carry out a systematic review without meta-analysis, selecting according to the eligibility criteria the existing literature in this field, in order to observe the efficacy evaluated so far on the treatment through Mindfulness for sexual dysfunction derived from sexual abuse. **Result:** The literature reviewed confirms that Mindfulness is effective as a treatment for patients who show sexual dysfunction due to different causes, including sexual abuse. However, limitations are found in the methodology of the studies, which in turn, suggest great future lines of research.

Keywords: Mindfulness; sexual abuse; sexual dysfunction; psychological treatments



Índice

Resumen y palabras clave	4
1.Introducción.....	7
1.1. Justificación	7
1.1.1 Abuso sexual.....	7
1.1.2 Síntomas abuso sexual	8
1.1.3 Tipos de tratamiento psicológico en abuso sexual	10
1.1.4 Satisfacción sexual.....	13
1.1.5 Mindfulness como terapia sexual.....	15
1.2. Objetivos.....	17
2. Método	18
2.1. Criterios de elegibilidad	18
2.2. Fuentes de información	20
2.3. Estrategia de búsqueda	20
2.4. Proceso de selección de los estudios	21
2.5. Codificación	22
3. Resultados.....	22
3.1. Selección de los estudios	22
3.2. Características de los estudios incluidos	23
3.3. Resumen de los estudios	30
3.4 Análisis de resultados	34
4. Discusión.....	35
4.1. Reafirmar los objetivos de la revisión y las preguntas de investigación	35
4.2. Interpretación de los resultados	37
4.3. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación	39
4.4. Limitaciones de los hallazgos.....	40
5.Bibliografía.....	41

1.Introducción

1.1. Justificación

1.1.1 Abuso sexual

El abuso sexual en la infancia se conceptualiza como una relación sexual no deseada que se produce entre un menor y una persona adulta. Estos encuentros pueden darse en forma de penetración oral, vaginal y/o anal, con los dedos, el pene y también con objetos extraños, además también puede producirse a través de tocamientos sexuales forzados por parte del adulto y el abuso sin contacto, como por ejemplo mostrando los genitales al niño (Pulverman, Kilimnik & Meston, 2018).

El abuso sexual en la infancia es un problema histórico que comprende variables sociales, individuales, familiares y culturales. Las diferencias de prevalencia e incidencia que se han ido dando durante la historia muestran un cambio social y legislativo, pero no de números, es un problema que se ha mantenido en el tiempo con cifras similares. Las consecuencias psicosociales son graves, no solo para la vida de la víctima, sino para sus familiares, el entorno y la salud pública (Losada, 2012). En cuanto a los datos mundiales sobre abuso sexual infantil, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que existe una prevalencia del 27% contra las niñas y un 14% contra los niños (2011a). En España, Save the Children realiza un estudio retrospectivo en adultos en el que se estima que entre ochocientos mil y un millón seiscientos mil habitantes ha sufrido abuso durante su infancia (Save the children, 2017).

Según El Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual una de cada cinco mujeres y uno de cada setenta y un hombres, será víctima de violencia sexual al menos una vez durante su vida. Solamente en Estados Unidos el 81% de las

mujeres y el 35% de los hombres que han sufrido violencia sexual acusan haber sufrido trastorno por estrés postraumático. Además, se conoce que entre las secuelas psicológicas que estos acontecimientos dejan en sus vidas se encuentran: la depresión, la ansiedad, la baja autoestima e intentos de suicidio. Todo este correlato psicológico se une a consecuencias físicas como problemas gastrointestinales, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual y dificultades ginecológicas y en el embarazo (2011b).

Según García-Moreno y basándose en los datos recopilados en el Estudio Multipaís de la OMS sobre violencia doméstica contra la mujer, la primera relación sexual de una cantidad sustancial de mujeres había sido bajo forcejeo y una cantidad mayor, reportaba que esa iniciación no había sido deseada (OMS, 2005).

En referencia a las cifras nacionales, López et al. (1995), desarrollaron en España una revisión sobre los abusos sexuales con una muestra de dos mil sujetos representando comunidades, edades y sexo, recopilando referencias del pasado. En esta se observó que los perpetradores normalmente son hombres, la prevalencia en mujeres va del 20-25% y en hombres del 10-15% y que más de la mitad de las veces no es una única vez, teniendo consecuencias a corto plazo en el 70% y a largo plazo en el 30%. El dato más alarmante es que una gran cantidad de los abusos no son denunciados. Losada, en esta revisión va haciendo alusión a diferentes estudios, que durante el paso de los años hasta el momento en que publica la misma, se han ido encontrando resultados similares en España, así como en otros países (Losada, 2012).

1.1.2 Síntomas abuso sexual

En Pereda (2009) se detallan los diferentes síntomas iniciales percibidos en víctimas de abuso sexual infantil, recogiendo una recopilación de estudios que informan sobre los porcentajes encontrados de población infantil que ha desarrollado problemas emocionales, relacionales, funcionales, cognitivos y de conducta. Entre ellos, se pueden destacar: sintomatología postraumática, ansiedad

y depresión, baja autoestima, sentimiento de culpa, estigmatización, ideación y conducta suicida, falta de concentración y disminución del rendimiento académico, falta de confianza en los iguales y adultos, con la consecuencia de tener pocos amigos, problemas de sueño y alimentación, conductas sexualizadas, conformidad compulsiva (aquellos actos dirigidos a conformarse y vigilar la interacción con los adultos para crear un ambiente agradable evitando la hostilidad), conducta disruptiva y agresiva (Pereda, 2009).

Pereda (2010) concluye que a largo plazo se observan los siguientes trastornos emocionales experimentados en víctimas de abuso sexual infantil: depresivos, bipolares, de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, conductas autolesivas, suicidas, autodestructivas, baja autoestima. En el área relacional se advierten relaciones de pareja disfuncionales. Dentro de los problemas funcionales se observan dolores corporales sin razón médica que los respalden, cefaleas, fibromialgias, y trastornos gastrointestinales. Además, existe gran cantidad de bibliografía que evidencia el trastorno de la conducta alimentaria en este tipo de víctimas, en concreto la bulimia nerviosa (Pereda, 2010).

En la revisión meta-analítica de Dworkin, Menon, Bystrynski y Allen se ofrecen los resultados analizados de la literatura empírica disponible entre el 1970 y el 2014, sobre cómo la agresión sexual causa trauma en la víctima e influye en la psicopatología posterior que la persona desarrolla (2017). Gracias a esta recopilación de resultados empíricos, consiguen ofrecer la evidencia de que sufrir agresión sexual está vinculado a un riesgo superior a la disfunción psicológica, sobre todo al estrés postraumático y al suicidio (Dworkin et al., 2017).

Actualmente, se conoce que en las mujeres que han sufrido abuso o agresión sexual la tasa de padecimiento de disfunción sexual se dispara hasta el 60% (Oberberg et al., 2004). Incluso existe la evidencia de que personas que han padecido trauma sexual, tienen cuatro veces más probabilidades de sufrir problemas sexuales que las que no lo han vivido (Haase et al., 2009). La agresión sexual es también el motivo que más probabilidades tiene de provocar el Trastorno por Estrés postraumático (Kessler, 2000). Entre los síntomas que este trastorno

conlleva, existe la necesidad de evitar revivir situaciones que recuerdan el trauma, dada la hiperactivación aversiva y los recuerdos intrusivos (APA, 2013).

Además, el trastorno por estrés postraumático, que afecta entre un 30-44% de mujeres tras haber sufrido una agresión sexual y caracterizado por una sintomatología ansiosa grave, cuando está unido a un diagnóstico de dolor crónico, se asocia a niveles más altos de dolor (Henzell, Berzins & Langford, 2017).

En Pulverman, Kilimnik y Meston (2018) con una muestra de mujeres con antecedentes de abuso sexual se demuestra que estas padecen más disfunción sexual que el grupo de control que no ha sido víctima de abuso. Además, observan que el abuso sexual en la infancia es uno de los predisponentes más influyentes para el desarrollo de la disfunción sexual en la etapa adulta, entre los síntomas destacan la falta de deseo sexual, la excitación, el orgasmo y el dolor durante el coito. Según el Manual diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5ª edición (DSM-5) la disfunción sexual se conoce como la incapacidad para experimentar placer sexual y esta imposibilidad se centra en etapas de la respuesta sexual, pero se conoce el impacto más amplio que este problema conlleva, influyendo cognitiva y conductualmente en la persona que lo padece, incluso llegando a evitar estos contactos (American Psychiatric Association [APA], 2013).

1.1.3 Tipos de tratamiento psicológico en abuso sexual

En Vallejo y Córdoba (2012) se realiza una revisión sobre los tipos de tratamiento psicológico más utilizados en víctimas de abuso sexual y concluyen en los siguientes: terapia individual y grupal con enfoque psicodinámico y psicoanalítico, terapia cognitivo-conductual con técnicas de desensibilización sistemática, inundaciones y reestructuración cognitiva, terapias en programación neurolingüística, grupos focales, terapias de escritura y terapias con enfoques de género. Además, demuestran que el tiempo que transcurre entre el momento del abuso sexual y el comienzo del proceso terapéutico es crucial, cuanto antes se realice la intervención mejor pronóstico tendrán sus síntomas y más accesibles

serán los resultados terapéuticos en sintomatología depresiva, enfado, disociación y aislamiento. En cambio, los pacientes que más tiempo han vivido desde el hecho traumático hasta la intervención, acaban presentando síntomas más graves (Vallejo & Córdoba, 2012).

En la actualidad, existen dos tipos de tratamientos terapéuticos de la rama cognitiva muy utilizados para tratar el trastorno por estrés postraumático. En primer lugar, la terapia de Exposición Narrativa (TEN), en concreto la versión STAIR (Skill Training Affective and Interpersonal Regulation), es un tratamiento terapéutico destinado a la asimilación e integración del trauma complejo cuando este se ha producido en la infancia (Crespo, Castro y Gómez-Gutiérrez, 2017). Se llama trauma complejo a la experiencia prolongada de traumas interpersonales, tanto en niños como en adultos, que desarrollan una serie de trastornos psicológicos que no pueden categorizarse dentro del TEPT (Van der Kolk et al., 2005).

El objetivo de la versión STAIR es que el usuario pueda narrar lo que ocurrió entonces, conectado en todo momento al presente. El papel del terapeuta para que esto pueda darse, es psicoeducar durante toda la terapia en el hecho de que las emociones y sensaciones físicas que experimenta, suceden al estar tocando y activando el recuerdo, de esta forma el terapeuta estará conectando el episodio con los sentimientos que renacen al recordarlo. La terapia finaliza una vez que los sentimientos que se expresan durante la sesión, sobre todo el miedo, disminuyen. La terapia STAIR irá dirigida a crear resiliencia en el paciente, para que puedan disminuir los síntomas postraumáticos (Crespo, Castro & Gómez-Gutiérrez, 2017).

Por otro lado, en torno al 1990 Patricia Resick y otros desarrollaron la terapia de procesamiento cognitivo. En un principio, su uso fue destinado a grupos de mujeres víctimas de violación, más tarde se ha validado para el tratamiento de otro tipo de traumas, así como se ha visto que también es efectiva en formato individual o al combinar los dos. Esta terapia se asienta en la teoría de esquemas cognitivos, la cual explica que los individuos van organizando los inputs derivados de las situaciones que viven en diferentes compartimentos que recogen la cognición, lo percibido y las emociones experimentadas de cada momento. Por

tanto, cuando se sufre trastorno por estrés postraumático, se concibe que ocurre una alteración en los esquemas que pueden codificar ese momento. Por ello, la terapia irá dirigida a reorganizar los esquemas para que el paciente pueda volver a interpretar esa realidad y las que puedan conectarse con ella en el futuro, sin que le cause malestar (Bass et al., 2013; Resick et al., 2008).

Assis et al. (2012), apuntan que para el tratamiento del abuso sexual es necesaria la interdisciplinariedad, aún más cuando se habla de trastorno por estrés postraumático (TEPT) derivado del abuso (citado en Vallejo & Córdoba, 2012). Para ello, apuntan que es recomendable combinar diferentes técnicas. Entre ellas se detallan la relajación para disminuir el estrés, la reestructuración cognitiva, psicoterapia psicodinámica, los fármacos y la hipnosis. Así como se ha comprobado que en casos leves de TEPT será posible proceder únicamente a través de la psicoterapia y en casos de moderados a graves, será necesario combinar la psicoterapia con el uso de fármacos al menos durante doce meses (Foa, Davidson & Francés, citado en Mingote et al., 2001).

Bernik y otros autores (2003), justifican el uso de los fármacos y la psicoterapia, cuando existe un trauma significativo en la vida del paciente, debido a la transformación neurobiológica que se produce en el cerebro. Diferentes autores demuestran que la medicación permite regular la respuesta de estrés y los síntomas de ansiedad, siempre que se use acompañada del tratamiento psicológico (Bernik et al., 2003). No obstante, se debe revisar el tipo de medicación que se ofrece a estos pacientes, ya que según Basson y Gilks (2018), el uso de farmacología antidepresiva y antipsicótica pueden contribuir a la disfunción sexual.

La dispareunia o vestibulodinia provocada, es un trastorno del dolor genital que se caracteriza por la sensación de dolor agudo en el vestíbulo vulvar y como se exponía en el apartado anterior es uno de los síntomas mayoritarios experimentados en víctimas de abuso sexual según Pulverman, Kilimnik y Meston (2018). Esto provoca que el coito llegue a ser imposible, por lo que provoca consecuencias negativas en la relación romántica, en la intimidad sexual de estas mujeres, en su bienestar emocional y en la satisfacción sexual. Puesto que se ha observado poca eficacia y efectos secundarios del tratamiento a través de

medicación para la dispareunia, en los últimos diez años se han enfocado estos tratamientos a través de la intervención psicológica, en concreto la terapia cognitivo conductual se sitúa en la primera línea de tratamientos para el dolor crónico en los encuentros sexuales y cada vez más el Mindfulness, incluso en ocasiones sustituyendo esta segunda a la primera. Además, estos tratamientos no solo causan mejoría en la experiencia del dolor, también mejoran el deseo sexual y la excitación (Dunkley & Brotto, 2016).

1.1.4 Satisfacción sexual

Para comprender la satisfacción sexual y el impacto que esta tiene en la vida de las personas que no gozan de ella de manera funcional, necesitamos entender la respuesta sexual humana. Esta ha sido recientemente aclarada pues en el DSM-4 las críticas por los conceptos de los trastornos sexuales femeninos según estaban definidos, llevaron a una segunda publicación bajo una revisión en el 2013, con la consecuencia de que antes se entendía como necesario el deseo sexual para conseguir la respuesta sexual en mujeres y en hombres. En cambio, ahora se reconocen los estudios que apoyan que el deseo puede ser después o al mismo tiempo que la respuesta sexual de excitación por estímulos sexuales. Por tanto, en Basson y Gilks (2018), se explica la respuesta sexual humana como un ciclo de fases que se superponen y no tienen porqué ser lineales, que se basa en la motivación/incentivo.

Como se exponía, el deseo no necesariamente se experimentará desde el inicio, puede darse a través de la excitación sexual creada por el interés en los estímulos sexuales. Por lo que, la excitación sexual nace de la conjunción entre lo subjetivo (el placer, la excitación, el deseo) y lo físico (las respuestas genitales y no genitales). Además, influyen en la evaluación cerebral de los estímulos sexuales los factores psicológicos y biológicos. Por último, los efectos sexuales y no sexuales obtenidos impactarán directamente en la motivación sexual en el presente y también en el futuro (Basson & Gilks, 2018).

Según lo anteriormente expuesto, la satisfacción sexual es la percepción positiva de la propia vida sexual, la cual vendrá dada según el resultado sexual de cada encuentro y se entiende positiva como grata, satisfactoria (Lawrence & Byers, 1995). En Bigras, Godbout, Hebert y Sabourin se explica cómo la satisfacción sexual en víctimas de abuso sexual, puede verse mermada de manera significativa (2017). Esto se observa gracias a que estas personas tienen dificultades para experimentar con plena presencia el momento en el que se encuentran y pueden desarrollar angustia psicológica, además de otras circunstancias internas desagradables, influyendo negativamente a su satisfacción sexual (Briere et al., 2010). Son varios los estudios que demuestran que las personas adultas que consultan en terapia por problemas sexuales suelen referir traumas interpersonales (Bigras et al., 2017; Berthelot et al., 2014).

Como se mostraba en el apartado de síntomas por abuso sexual, las mujeres víctimas de abuso sexual durante su infancia y adolescencia reportan trastornos del deseo, vaginismo, dispareunia y evitación, falta de excitación y dificultad para experimentar el orgasmo, todo ello va a afectar a la satisfacción sexual. Además, cuando el perpetrador es conocido la satisfacción sexual y el deseo experimentado son aún menores. En cambio, cuando el perpetrador es un desconocido las víctimas pueden llegar con más frecuencia al orgasmo, sufren menos dolor y menor evitación por tener relaciones sexuales (López et al., 2017).

En el DSM-5, se va a denominar de forma general “trastorno por dolor a la penetración genitopélvica” al “vaginismo” y las demás causas de dolor sexual, puesto que en el DSM-4 se incluían estas definiciones por separado y se observó una dificultad para diferenciarlas. En el presente, para realizar un diagnóstico de trastorno sexual se utilizan tres criterios: se deben haber presentado los síntomas al menos durante seis meses, se deben haber advertido los síntomas en todos o casi todos los encuentros sexuales o haberse dado de forma persistente o recurrente, y deben haber causado un malestar clínicamente significativo. El DSM-5 no dispone de cuestionarios validados para el diagnóstico de los trastornos sexuales en la definición actual de los mismos. Se conocen los datos de un sondeo británico que reportó que el 22,8% de las mujeres declaraban tener una o más

dificultades sexuales (problemas con el orgasmo, falta de interés y excitación sexual o relaciones sexuales con dolor), de este 22,8% solo el 3,6% cumplía con los tres criterios anteriormente citados para diagnosticar el trastorno (Basson y Gilks, 2018).

1.1.5 Mindfulness como terapia sexual

El Mindfulness se describe como el estado de conciencia y atención plena (Brown & Ryan, 2003). Se puede hablar de mindfulness estado, que es con el que se trabaja en las intervenciones terapéuticas y el mindfulness disposicional, que es el que va implícito a la personalidad del ser humano (Kabat-Zinn, 1990). La atención plena disposicional media en la actividad sexual, pues se observa que cuando hay distracción cognitiva la satisfacción y el deseo sexual son menores que cuando no (Dove y Wiedermann, 2000; Dosch et al., 2016). Tanto es así, que se ha confirmado mediante estudios empíricos que el mindfulness puede mejorar el deseo sexual (Brotto y Basson, 2014; Brotto et al., 2016).

Mindfulness nace con el budismo, una religión y doctrina filosófica, aunque los budistas inciden en que no hay un solo budismo, sino numerosos, que han ido prosperando en función de que los budistas y los estudiosos del budismo lo hayan ido extendiendo a través del este y el sur de Asia. El budismo entiende que experimentar la atención plena ayuda al ser humano a entender y aliviar el sufrimiento, entendiendo que este sufrimiento tiene como origen el ansia y el deseo: apego por aquello que deseamos y aversión por lo que no (Peterson, 2017).

En Peterson (2017), Meg-John Barker realiza un capítulo dirigido al Mindfulness en la terapia sexual. En este mismo, se define el mindfulness como una manera de ser que se puede cultivar en todo lo que hacemos, así como también en el sexo. Por ello, define la terapia sexual consciente como la manera de usar la terapia sexual con atención plena y no el hecho de añadir la atención plena a la terapia sexual que ya se practica (Peterson, 2017).

En el sexo este apego y aversión, junto al ansia, que dan lugar al sufrimiento, vienen originados por la ansiedad de saciar la excitación, abandonar la realidad, buscar el placer. Precisamente esto es lo que lleva al ser humano a quedarse enganchado en la búsqueda constante de los estímulos que le trasladen a lo anteriormente mencionado. Aunque este enganche puede traducirse en el apego por buscar una erección, un tipo de sexo concreto o en la aversión y evitación del mismo, ya que los sentimientos desagradables que el sexo puede traer consigo son la vergüenza, el pudor y el miedo. Por tanto, sea por apego o evitación, el sexo puede derivar en una ansiedad sexual por ser disfuncional (Peterson, 2017).

Selice y Morris (2022), realizan una revisión sistemática en la que recopilan estudios sobre la relación entre Mindfulness y disfunción sexual y concluyen que el tratamiento en Mindfulness es eficaz para diversos problemas sexuales: angustia sexual, hipersexualidad, disfunción eréctil, deseo sexual y satisfacción sexual. También, destacan la importancia de investigar en población que no sea heterosexual, puesto que las investigaciones existentes se enfocan en este tipo de muestra (Selice y Morris, 2022).

La terapia cognitiva basada en la atención plena, en inglés conocida como Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) fue desarrollada por Segal, Williams y Teasdale (2002) y, en su origen, se diseñó para el tratamiento de la depresión mayor, así como para la prevención de recaídas. El programa está dirigido a que los pacientes aprendan a modificar la relación que tienen con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Esto se consigue gracias a enseñar al paciente a desenfocarse de la experiencia, promoviendo la separación de los pensamientos y sensaciones del propio “yo” o restándoles veracidad. A través de ocho sesiones donde se guía al paciente concienciando con atención plena y trabajo cognitivo de las sensaciones de la tristeza para que aprenda a regularlas (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Lori Brotto es una psicóloga canadiense conocida por el estudio de la excitación sexual femenina y es una de las psicólogas claves en la práctica del mindfulness para la terapia sexual. En su laboratorio de Vancouver ha realizado

diferentes ensayos empíricos, aunque ella misma explica que son muchas más las aplicaciones que se han realizado en la clínica del mindfulness como tratamiento individual para las disfunciones sexuales, que los estudios para demostrar su eficacia (Peterson, 2017).

Brotto y Basson (2014) han generado un tipo de intervención escogiendo como base la MBCT, es la terapia sexual cognitivo-conductual basada en Mindfulness (MBCST). Esta aúna en cada sesión la psicoeducación en cuanto a cómo se da la respuesta sexual y factores de la terapia cognitiva, y la realización de Mindfulness (Brotto & Basson, 2014).

En El cuerpo lleva la cuenta de Bessel Van der Kolk (2020), se explican los tipos de regulación que se pueden realizar en el estrés traumático, para desactivar la alerta por peligro ante cualquier situación después de haber vivido un acontecimiento traumático. En concreto, se explica cómo la meditación consciente y el yoga pueden ayudar a que se dé una regulación desde la corteza prefrontal medial hasta la amígdala, actuando así de reforzador para el control de vigilancia de las sensaciones del cuerpo (Van der Kolk, 2020).

Por todo lo anteriormente justificado, se propone analizar la bibliografía existente sobre el tratamiento en Mindfulness dirigido a la disfunción sexual en pacientes con antecedentes de abuso sexual y por tanto, con sintomatología postraumática que impacta directamente en el cuerpo y sus sensaciones, con el fin de poder comprobar su eficacia y el interés en seguir investigando en este campo.

1.2. Objetivos

- Objetivo general:

-Analizar a través de una revisión sistemática sin metaanálisis, la terapia en Mindfulness como forma de intervención psicológica para el tratamiento de los problemas sexuales en población adulta, para poder dar respuesta a la pregunta de investigación que da nombre al presente trabajo: “¿Es el Mindfulness un tratamiento psicológico eficaz en pacientes víctimas de abuso sexual que presentan problemas sexuales?”.

- **Objetivos específicos:**

- Profundizar en la terapia en Mindfulness como forma de intervención para el tratamiento de los síntomas postraumáticos en el área sexual de la persona, derivados del abuso sexual.

- Analizar el tipo de muestra de los ensayos, para evaluar la correlación entre el origen de la sintomatología y el tratamiento en Mindfulness como terapia sexual.

- Analizar la evidencia científica que estudia el impacto de la terapia en Mindfulness como forma de intervención para el tratamiento de los síntomas de disfunción sexual.

- Observar el impacto que tiene la terapia en Mindfulness en la satisfacción sexual de los pacientes evaluados.

- Encontrar una muestra significativa de estudios publicados desde el año 2012, que tengan como población diana pacientes víctimas de abuso sexual y se haya utilizado como tratamiento psicológico la terapia en Mindfulness.

2. Método

2.1. Criterios de elegibilidad

- **Como criterios de inclusión se han seleccionado los siguientes:**

- Los estudios que se sometan al análisis deberán poseer como población diana: Adultos (>18 años) con problemas sexuales.



-Al menos uno de los tratamientos utilizados para la intervención de los síntomas será la terapia en Mindfulness: MBCT, MBCST, MBT, Mindful Sex,...

-La comparación deberá estar realizada gracias a grupo control activo/no activo o serán estudios de grupo único pre-post.

-Entre las variables a medir deberán encontrarse las siguientes: satisfacción sexual, deseo sexual, excitación sexual, disfunción sexual, dolor durante las relaciones sexuales, ansiedad ante el encuentro sexual, evitación del encuentro sexual, síntomas relacionados con el TEPT derivado de un abuso sexual.

-Los estudios seleccionados deberán ser investigaciones empíricas.

- Como criterios de exclusión se han seleccionado los siguientes:

-Que la muestra participante no sea población adulta (> 18 años), ni muestre sintomatología relacionada con problemas sexuales.

-Que la intervención realizada en el estudio no incluya entre los tratamientos utilizados la terapia Mindfulness, MBCT, MBCST, MBCT-S o Mindful Sex.

-Que la comparación no se realice con grupo control activo/no activo o con grupo único pre-post.

-Que entre las variables medidas no se encuentre ninguna de las siguientes: problemas sexuales, satisfacción sexual, sintomatología relacionada con el TEPT derivado de un abuso sexual, población que haya sido víctima de abuso sexual, bien sea en la infancia, adolescencia o durante su vida adulta. La primera y tercera variable se detallan en profundidad en el apartado "2.5 Codificación".

-Que los estudios revisados no sean investigaciones empíricas.

2.2. Fuentes de información

Para realizar la búsqueda de los estudios que han sido seleccionados para someterse al análisis cualitativo de la presente investigación, se han utilizado las siguientes fuentes de información:

-PubMed, base de datos libre, enfocada en las ciencias de la salud, que cuenta con la posibilidad de realizar búsquedas complejas. Lo que va a permitir en la presente revisión ajustar la exploración a través de las palabras clave seleccionadas, acotar por la franja de años que se requiere y descartar aquellos estudios que no tengan acceso libre al texto completo y no estén publicados en idioma anglosajón o no tengan como población diana y tratamiento utilizado los requeridos para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada.

-PsycInfo, es una base de datos perteneciente a la ciencia de la Psicología. Ha sido creada por la Asociación Americana de Psicología y contiene más de un millón de resúmenes de libros, estudios científicos, artículos de revistas y tesis.

-Google Scholar o Google Académico en castellano, es el motor de búsqueda de Google y permite filtrar información con el objetivo de seleccionar bibliografía científico-académica. Aparece en el año 2004 y tiene como lema “a hombros de gigantes” de Isaac Newton, cita que considera la investigación como imprescindible.

2.3. Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo la búsqueda de los estudios, se realizó revisión bibliográfica sistemática en PubMed, ScienceDirect y Google Scholar, limitando la fecha de búsqueda a enero de 2012 hasta el presente, con el objetivo de recopilar la información más reciente y que utilicen como idioma de publicación el inglés.

Los términos utilizados en PubMed fueron los siguientes: Mindfulness OR mindfulness therapy OR MBCT AND sexual dysfunction OR sexual disorder OR sexual problems AND sexual abuse OR sexual assault, obteniendo 513 resultados al filtrar por años 2012-2023, idioma de texto inglés y estudios de investigación.

Por su parte, en PsycINFO se utilizaron: Mindfulness OR mindfulness therapy OR MBCT AND sexual dysfunction OR sexual disorder OR sexual problems AND sexual abuse OR sexual assault. El tipo de archivo seleccionado fue empírico a texto completo, y se limitó por fechas: 2012-2023. El resultado final fueron: 996 resultados.

En tercer lugar, en Google Scholar se escogieron los siguientes elementos para la búsqueda: Mindfulness OR mindfulness therapy OR MBCT AND sexual dysfunction OR sexual disorder OR sexual problems AND sexual abuse OR sexual assault, franja de años 2012-2023, el idioma "cualquiera", ya que no se pudo filtrar en la búsqueda avanzada. Los documentos encontrados fueron 17600.

La última búsqueda se realizó el 20 de abril de 2023 en los tres exploradores y fue realizada por un solo investigador.

2.4. Proceso de selección de los estudios

Para analizar los resultados de la búsqueda bibliográfica se han atravesado tres fases. En la primera fase se han examinado todos los artículos encontrados a partir del título y el resumen. En la segunda fase se han descartado los estudios duplicados y los que no responden a los criterios de elegibilidad establecidos. Por último, la tercera fase, se ha utilizado para proceder a la recuperación y examen del texto completo de aquellos artículos que en la segunda fase se ha comprobado que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

2.5. Codificación

A continuación, se muestran las variables que se someterán a evaluación para poder realizar la discusión y conclusiones de la presente revisión sistemática, con el objeto de poder alcanzar el objetivo general y específicos que se plantean en el apartado 2.1.

-Problemas sexuales: disfunción sexual, insatisfacción sexual, falta de deseo sexual o de excitación sexual, dolor durante las relaciones sexuales, ansiedad ante el encuentro sexual, evitación del encuentro sexual, dificultad para la experimentación del orgasmo.

-Sintomatología relacionada con el TEPT o trauma complejo: trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad, trastorno límite de la personalidad, conductas autolesivas, suicidas, auto destructivas, baja autoestima, relaciones de pareja disfuncionales, dolores corporales sin razón médica que los respalden, cefaleas, fibromialgias, trastornos gastrointestinales y trastornos de la conducta alimentaria.

-Población que muestre sintomatología relacionada con problemas sexuales.

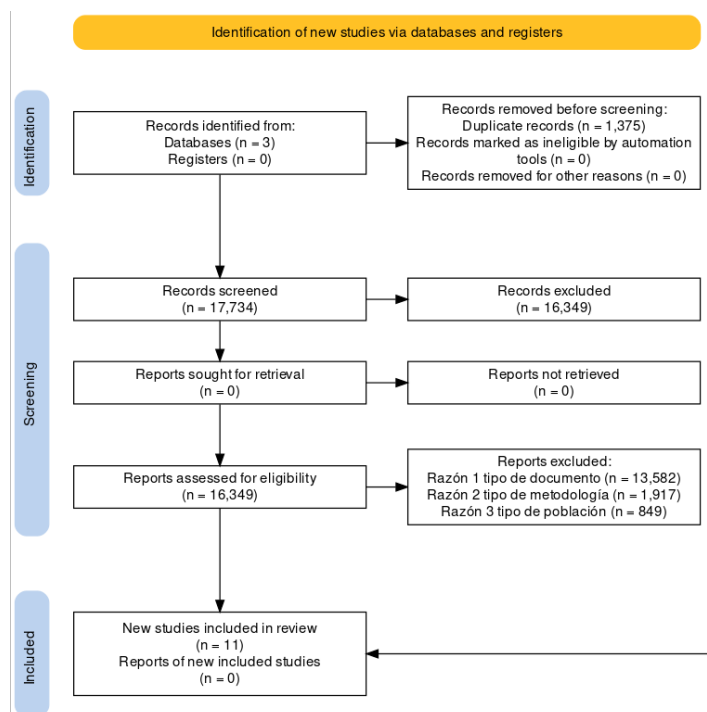
-Mindfulness para el tratamiento de los problemas sexuales.

3. Resultados

3.1. Selección de los estudios

Siguiendo los estándares PRISMA 2020 para revisiones bibliográficas, seleccionando las bases de datos anteriormente mencionadas: Pubmed, PsycINFO y Google Scholar, la selección de los estudios para la presente revisión se muestra a través de la siguiente figura:

Figura 1
Diagrama de flujo prisma



Nota. Adaptado a través de Haddaway, Page, Pritchard & McGuinness (2022)

3.2. Características de los estudios incluidos

Las características detalladas de cada estudio seleccionado son las siguientes: autores y año de la publicación, muestra, método, objetivo y resultados de la investigación. Así como la tabla 1 muestra:

Tabla 1

Características de los estudios seleccionados

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
(Brotto, Seal & Rellini, 2012)	20 mujeres (>22años) con historia de abuso sexual, que sufren problemas sexuales.	MBT (12 mujeres) y TCC (8 mujeres). Ambos métodos se realizan en dos sesiones. a	FSDS, FSFI, Evaluación de los antecedentes de abuso sexual infantil, VPA. b	Comparar la intervención con TCC y MBT en población víctima de abuso sexual con problemas sexuales.	Las mujeres que recibieron el tratamiento en MBT mostraron mayor excitación que el grupo tratado con TCC y el pretratamiento.
(Brotto, Erksine, Carey, et al., 2012)	31 mujeres (>31años) supervivientes de cáncer de endometrio o cuello uterino, que han sufrido una histerectomía, que sufren problemas sexuales en sus relaciones de pareja	MB-CBT (31 mujeres) reciben en tres sesiones de 90 minutos, cada un mes, frente al grupo control que no recibe ningún tratamiento en los 6 meses que dura el estudio.	FSFI, FSDS, BDI, VPA, SFQ. c	Comparar la intervención con MB-CBT con un grupo control que está dos meses en lista de espera para recibir el mismo tratamiento.	El grupo que recibió el tratamiento reportó mejoras en todas las áreas evaluadas, respecto al grupo en lista de espera.

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
	de una duración de 22.1 años de media.				
(Brotto & Basson, 2014)	117 mujeres (>19años) con problemas sexuales: bajo deseo sexual y excitación.	MBCST (68 mujeres) y MBCST 3 meses más tarde (49 mujeres).	SIDI, FSIDS, FSFI, DASA, BDI, DAS, FFMQ. d	Comparar la intervención mediante la MBCST en un grupo al que se le trata de forma inmediata y compararlo con la intervención con el mismo tratamiento en un grupo al que se le administra 3 meses después de estar en lista de espera.	El grupo que recibió el tratamiento frente al que lo recibió tras los 3 meses, mejoró en todas las áreas de los problemas sexuales reportados. La angustia sexual, respuesta orgásmica y síntomas depresivos mejoraron en ambos grupos.
(Brotto, Basson, Smith et al., 2015)	85 mujeres (>39 años), que padecen de dolor vestibular y disfunción sexual.	Se administra el programa que desarrollan: IMPROVED Mindfulness integrado	Cambios en alodinia relacionados con el dolor, PISES, PCS, PVAQ,	Comparar la intervención con un programa de Mindfulness integrado para el dolor vestibular en un grupo de	Mejóro el dolor genital en la exploración con algodón, así como mejoró la

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
		para la vestibulodinia provocada al grupo tratamiento (n=62), tres meses más tarde al grupo diferido (n=23).	FSDS, FSFI, BDI, FFMQ, STAI. e	tratamiento inmediato y uno de tratamiento diferido.	autoeficacia ante el dolor en ambos grupos.
(Brotto, Chivers, Millman, et al., 2016)	79 mujeres con dificultades sexuales.	MBCST en el grupo tratamiento seleccionado (n=79).	FSFI, SIDI, FSDS.	Analizar el efecto de la terapia en Mindfulness en una muestra a la que se evalúa a través de la respuesta sexual psicofisiológica y subjetiva.	Mejóro la excitación sexual subjetiva y psicofisiológica, pero solamente la excitación subjetiva predijo la que se evaluaba a través del fotopletismógrafo (objetiva).
(Paterson, Handy & Brotto, 2017)	26 mujeres (>25 años) con disfunción sexual: falta de deseo y excitación sexual.	MBCT-S a las 26 mujeres del estudio.	SIDI, FSDS-R, FSFI, FFMQ, BDI-II, SCS, MAIA, RRS, ASI-3. f	Evaluar la eficacia de la MBCT-S en 26 mujeres diagnosticadas de trastorno de interés y	Mejoraron el deseo y la angustia sexual, así como los síntomas depresivos

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
				deseo sexual.	y la atención plena.
(Bossio, Basson, Driscoll, et al., 2018)	10 hombres (>18 años) con disfunción eréctil situacional.	4 semanas de tratamiento de terapia basada en mindfulness en grupo, para los 10 participantes.	IIEF, RAS, FFMQ. ⁹	Comprobar si es posible adaptar los protocolos creados para mujeres de terapia en mindfulness para la disfunción sexual en hombres con disfunción eréctil situacional.	Es posible adaptar el tratamiento hasta entonces probado en mujeres para hombres con disfunción eréctil situacional.
(Brotto, Zdaniuk, Chivers, et al., 2021)	148 mujeres (>18 años) con trastorno de interés/excitación sexual.	MBCT más psicoeducación (n=70) Y STEP (n=78) aleatoriamente asignadas, durante ocho sesiones semanales.	FSFI, FSFS, FFMQ.	Comparar la MBCT más psicoeducación y la terapia sexual, educación y apoyo (STEP).	Se encuentran resultados favorables en ambos tipos de tratamiento para la sintomatología abordada.
(Rashedi, Massoumi,	70 (>18 años) mujeres con	MBCST a 70 mujeres durante 4 semanas,	HSID, FSFS-R, FSFI, SDQ. h	Evaluar si el MBCST es eficaz en un grupo de 70	Se observan mejoras en la función, el

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
Vosougui, et al., 2022)	disfunción sexual.	frente al grupo de control que no recibe el tratamiento.		mujeres con disfunción sexual frente a un grupo control.	deseo y la angustia sexual en comparación con el grupo de control.
(Sears, Millman, Brotto & Walker, 2022)	30 mujeres (>18 años) supervivientes a un cáncer de mama que padecen del trastorno de interés y excitación sexuales.	MBCT en el grupo de tratamiento durante 8 semanas. Al menos 20 participantes asisten a 6 de las 8 sesiones.	FSFI, BDI, FSDS, SIDI.	Analizar la eficacia y la viabilidad del programa MBCT para tratar el trastorno de interés y excitación sexual en mujeres tras un tratamiento por cáncer de mama.	Se encontraron mejoras en la angustia y el deseo y el interés sexual.
(Brotto, Stephenson & Zippan, 2022)	30 mujeres (>18 años) con trastorno de interés sexual.	eSense-Mindfulness en el grupo de tratamiento (n=30) que reportan feedback autoinformado, de las cuales solo 25 completan el	FSDS-R, FSFI, EDITS (adaptado para muestra femenina), cuestionario creado para evaluar la	Evaluar la viabilidad de un programa online (eSense-Mindfulness) en un grupo de mujeres que reporta disfunción sexual.	Los resultados indican que es posible su viabilidad y su eficacia, pues se encuentran mejoras en la angustia, la excitación y el interés

AUTORES, AÑO DE PUBLICACIÓN	MUESTRA	MÉTODO	MEDIDAS DE EVALUACIÓN	OBJETIVO	RESULTADOS
		programa.	usabilidad, las impresiones globales y el cumplimiento de las tareas del tratamiento. i		sexual de las participantes.

Nota. a MBT: Terapia basada en Mindfulness TCC: Terapia cognitivo-conductual. b FSFS: Escala de angustia sexual femenina, FSFI: Índice de función sexual femenina, VPA: Amplitud del pulso vaginal. c BDI: Inventario de depresión de Beck, SFQ: Cuestionario de función sexual. d SIDI: Inventario de interés y de deseo sexual; DASA: Evaluación detallada de la excitación sexual; DAS: Escala de adaptación diádica; FFMQ: Cuestionario de las cinco facetas de la atención plena. e PISES: Escala de autoeficacia de relaciones sexuales dolorosas, PCS: Escala de catastrofización de dolor, PVAQ: Cuestionario de dolor, vigilancia y conciencia, STAI: Escala de ansiedad estado-rasgo. f FSFS-R: Escala de angustia sexual femenina revisada, BDI-II: Inventario de depresión de Beck II, SCS: Escala de auto-compasión, MAIA: Evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva, RRS: Escala de respuestas rumiativas, ASI-3: Índice de sensibilidad a la ansiedad 3. g IIEF: Índice internacional de Función Eréctil, RAS: Escala de valoración de la relación. h HSID: Índice Hulbert de deseo sexual; SDQ: Cuestionario de fuerzas y dificultades. i EDITS: Inventario de disfunción eréctil de la escala de satisfacción con el tratamiento.

3.3. Resumen de los estudios

Primer estudio seleccionado: (Brotto, Seal & Rellini, 2012)

El estudio tiene como objetivo evaluar la capacidad del tratamiento en Mindfulness frente a la terapia cognitivo-conductual en un grupo de veinte mujeres, que estando en pareja y con una historia de abuso sexual, sufren problemas sexuales en la actualidad. Esto se lleva a cabo al observar la falta de tratamientos eficaces para tratar los problemas sexuales en esta población. Los resultados revelan que la terapia en Mindfulness resulta más eficaz que la terapia cognitivo-conductual y el pretratamiento, en la relación entre excitación sexual subjetiva y genital, ya que reportan mejoras significativas en el deseo. Los dos grupos reportaron una mejoría en la angustia sexual.

Segundo estudio seleccionado: (Brotto, Erskine, Carey et al., 2012)

La investigación quiere comprobar la eficacia del tratamiento MB-CBT en mujeres supervivientes de cáncer ginecológico que han atravesado una histerectomía, y presentan disfunción sexual, frente a una muestra de las mismas características en lista de espera. Tras evaluar a través de pruebas objetivas y subjetivas que informan de sintomatología sexual y depresiva, se observa que el grupo de tratamiento en MBCT en comparación con las que se quedaron en lista de espera y no recibieron el programa, reportaron mejoras del deseo sexual, excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción, así como que disminuyó su angustia sexual. Aunque al medirlo de forma objetiva mediante el análisis del flujo sanguíneo a los genitales no se observaron cambios, por lo que se entiende que los cambios fueron cognitivos y emocionales.

Tercer estudio seleccionado: (Brotto & Basson, 2014)

En Brotto y Basson se quiere observar el tratamiento en Mindfulness en un grupo que reporta dificultades sexuales y sintomatología depresiva, frente a un grupo que con los mismos resultados en cuestionarios para medir estas, reciben el tratamiento 3 meses después de estar esperando a ello. Tras cuatro sesiones recibiendo prácticas de meditación en atención plena, terapia cognitiva y psicoeducación sexual se observa que el grupo que recibe el tratamiento inmediato mejora en el deseo sexual, la excitación, lubricación y satisfacción sexual. Este mismo y el grupo de tratamiento diferido mejoran tanto en la angustia sexual, en las dificultades para experimentar orgasmos y en los síntomas depresivos. Se concluye que la atención plena mejora la sintomatología sexual y la depresión.

Cuarto estudio seleccionado: (Brotto, Basson, Smith et al., 2015)

Se desarrolla un tratamiento en grupo de cuatro sesiones basado en el fomento de habilidades de atención plena, psicoeducación y debates sobre teoría cognitiva, en dos grupos de mujeres que sufren vestibulodinia provocada. En uno de ellos se aplica el tratamiento de forma inmediata en el segundo se hace tras 3 meses de lista de espera. Los resultados reportan mejoras en la autoeficacia del dolor, el dolor al introducir el hisopo de algodón, la angustia sexual y la hipervigilancia y catastrofización del dolor. Se observa positivo tratar el dolor genital en mujeres (PVD) a través de la práctica de la atención plena.

Quinto estudio seleccionado: (Brotto, Chivers, Millman et al., 2016)

Hasta este momento, las pruebas evaluadas sobre el Mindfulness para el tratamiento de la disfunción sexual, han sido subjetivas a través de autoinformes. Dada esta limitación dicho estudio pretende observar el funcionamiento sexual de 79 mujeres con dificultades en el deseo/excitación sexual a través de una

evaluación objetiva. De esta manera se observa la concordancia de la excitación sexual, que recoge la excitación sexual que el paciente reporta y su respuesta sexual medida a través de un fotopletismógrafo vaginal. Se observa que la concordancia de la excitación sexual aumenta, pero solo los cambios en la excitación sexual autoinformada predijeron la excitación sexual objetiva.

Sexto estudio seleccionado: (Paterson, Handy & Brotto, 2017)

Se realiza un programa de terapia cognitiva basada en mindfulness para la sexualidad, de ocho sesiones en grupo para tratar la disfunción sexual en 26 mujeres que tienen diagnosticado un trastorno de interés/excitación sexual. Antes y después de cada sesión las participantes rellenan unos formularios validados. Aumentó el deseo sexual, la angustia sexual aminoró, además la sintomatología depresiva y la atención plena de las participantes también mejoraron.

Séptimo estudio seleccionado: (Bossio, Basson, Driscoll et al., 2018)

Este estudio es el primero en incluir muestra masculina para evaluar la terapia en mindfulness para la disfunción sexual en hombres. Por lo que se han adaptado los protocolos realizados hasta este estudio en mujeres, para tratar las necesidades de los hombres que padecen disfunción eréctil situacional. Se realiza a través de métodos mixtos en 10 hombres. Los participantes realizaban sesiones de 2 horas, 25 minutos, prácticas en casa de atención plena diarias junto a psicoeducación y terapia sexual. El resultado del estudio prueba que es posible la adaptación del tratamiento hasta entonces probado en mujeres, para la disfunción sexual en hombres, aunque al ser tan poca muestra y no tener grupo control no es posible mostrar su eficacia y generalización.

Octavo estudio seleccionado: (Brotto, Zdaniuk, Chivers, et al., 2021)

Este estudio tiene como objeto comparar la terapia MBCT grupal con educación sexual y la terapia grupal sexual de apoyo y educación, en una muestra

de mujeres que padecen trastorno de interés/excitación sexual. Tras ocho tratamientos semanales y completar diferentes medidas: angustia, deseo, excitación sexual y satisfacción en la relación, así como la rumiación sobre el sexo y las impresiones ante el cambio, al comenzar, al terminar el tratamiento, a los seis meses y a los doce, se obtienen los siguientes resultados: deseo y excitación muestran grandes tamaños del efecto, tanto en el grupo MBCT como en el grupo STEP. La angustia sexual mejora más en el grupo MBCT, aunque se da en ambos y en todas las mediciones realizadas. La satisfacción con la relación y la rumiación mejoraron en ambos tratamientos, aunque en mayor medida con MBCT. La mitad de la muestra de cada tratamiento reportan mejoría en el deseo y la sexualidad global.

Noveno estudio seleccionado: (Rashedi, Massoumi, Vosoughi et al., 2022)

Se realizó un estudio en 70 mujeres que padecen trastorno del deseo sexual y angustia sexual y se comparan con un grupo control. Se imparten cuatro sesiones semanales de psicoeducación en grupo (MBCST). Los resultados concluyen que en el grupo de tratamiento el funcionamiento sexual, la angustia y el deseo sexual mejoraron frente al grupo control.

Décimo estudio seleccionado: (Sears, Millman, Brotto et al., 2022)

Este estudio tiene como objetivo observar la viabilidad y eficacia de la MBCT como tratamiento del Trastorno de Interés y Excitación sexuales en un grupo de 30 mujeres que han atravesado un tratamiento para el cáncer de mama. El 67% del grupo logró completar 6 de las 8 sesiones. Se recibieron comentarios positivos de las participantes sobre el programa, aunque sugirieron que puede mejorar la forma de tratar sus preocupaciones. Al observar sus respuestas pre y post de los cuestionarios pasados se pudieron comprobar que hubo mejoras en la angustia sexual, así como en el interés y el deseo sexual.

Undécimo estudio seleccionado: (Brotto, Stephenson & Zippan, 2022)

Se quiere adaptar un programa eficaz que se realiza de forma presencial y se orienta con un profesional, de intervención en atención plena para la disfunción sexual, a un formato en línea, para evitar la falta de búsqueda del tratamiento por el estigma, la vergüenza y la falta de disponibilidad. El programa (eSense-Mindfulness), se prueba en un grupo de 30 mujeres con trastorno de interés sexual, de las cuales sólo 25 lo completan. La viabilidad se evalúa a través del abandono y el autoinforme de la muestra y la eficacia gracias al cambio de la respuesta sexual y la angustia sexual reportada. Resultó viable por la facilidad para la utilización del programa y para comprenderlo, así como eficaz pues la angustia aminoró, el deseo, excitación y satisfacción aumentaron, pese a que el tamaño del efecto de la lubricación, orgasmo y dolor no fue tan grande.

3.4 Análisis de resultados

Los once estudios seleccionados cumplieron los criterios de inclusión y son estudios cuasiexperimentales. Los problemas sexuales es una de las variables medidas que se observa en los once estudios, en diez de ellos la disfunción sexual en mujeres y sólo en uno de los estudios la disfunción sexual en hombres (Bossio, Basson, Driscoll et al., 2018). Cinco de los estudios miden el nivel de mindfulness (La angustia sexual es otra de las variables medidas en cada uno de los estudios seleccionados. En (Brotto, Zdaniuk, Chivers, et al., 2021) se mide la satisfacción con la relación de pareja. En cuatro de ellos se miden la sintomatología depresiva y ansiosa (Brotto, Erksine, Carey, et al., 2012; Brotto & Basson, 2014; Brotto, Basson, Smith et al., 2015; Sears, Millman, Brotto & Walker, 2022). En uno de los estudios se mide la hipervigilancia y catastrofización del dolor (Basson, Smith et al., 2015). En Paterson, Handy & Brotto (2017) y Brotto, Zdaniuk, Chivers, et al., (2021) se miden la rumiación respecto al sexo. Además, dos de los estudios miden los resultados extraídos a través de una prueba objetiva (Brotto, Chivers, Millman et al., 2016; Brotto, Erskine, Carey et al., 2012).

Respecto a la población escogida como muestra de cada estudio, dos de ellos se realizan en supervivientes de cáncer ginecológico (Brotto, Stephenson & Zippan, 2022; Brotto, Erskine, Carey et al., 2012), uno de ellos en población que padece vestibulodinia provocada (Brotto, Basson, Smith et al., 2015) y otro de los estudios escoge población con historia de abuso sexual (Brotto, Seal & Rellini, 2012).

Diez de los estudios realizan sus ensayos vivenciados, de forma grupal y dirigida por un profesional y solamente uno de ellos se realiza en línea, de forma individual y sin orientación profesional (Brotto, Stephenson & Zippan, 2022). En los once estudios revisados se aplica el mindfulness grupal como tratamiento para los síntomas de la muestra, junto a la terapia cognitiva conductual y educación sexual, uno de ellos (Brotto, Zdaniuk, Chivers, et al., 2021) compara este con el tratamiento en terapia grupal sexual de apoyo y educación.

4. Discusión

4.1. Reafirmar los objetivos de la revisión y las preguntas de investigación

Según el objetivo general: Analizar a través de una revisión sistemática sin metaanálisis, la terapia en Mindfulness como forma de intervención psicológica para el tratamiento de los problemas sexuales en población adulta, para poder dar respuesta a la pregunta de investigación que da nombre al presente trabajo: “¿Es el Mindfulness un tratamiento psicológico eficaz en pacientes víctimas de abuso sexual que presentan problemas sexuales?”, la presente revisión logra este fin. Sin embargo, no se ha podido comprobar que la terapia Mindfulness sea un tratamiento eficaz

para los problemas sexuales de pacientes víctimas de abuso sexual, puesto que solo se ha encontrado un estudio con este origen de sintomatología y no es generalizable al poseer un tamaño muestral de $n=20$.

Según los objetivos específicos, en primer lugar: profundizar en la terapia en Mindfulness como forma de intervención para el tratamiento de los síntomas postraumáticos en el área sexual de la persona, derivados del abuso sexual. No ha sido posible profundizar en la terapia mindfulness como tratamiento para síntomas en el área sexual de origen postraumático tras sufrir abuso sexual, debido a la falta de estudios de investigaciones con el presente objeto de estudio.

En segundo lugar, el objetivo específico: analizar el tipo de muestra de los ensayos, para evaluar la correlación entre el origen de la sintomatología y el tratamiento en Mindfulness como terapia sexual, se ha podido conseguir, ya que se ha revisado el tipo de muestra de cada estudio y las medidas que se han tomado a los participantes y se puede evaluar que existe cierta correlación entre la sintomatología que presentan y el tratamiento en Mindfulness, pues se encuentra siempre el factor depresión y ansiedad, síntomas que se incluyen en el TEPT.

En tercer lugar: analizar la evidencia científica que estudia el impacto de la terapia en Mindfulness como forma de intervención para el tratamiento de los síntomas de disfunción sexual, este objetivo específico se ha podido realizar, ya que se ha hecho una exploración a través de tres bases de datos relevantes con palabras clave que se enfocan en este área y se ha cribado hasta tener los estudios empíricos que la abordan, y a partir de ahí se han estudiado sus resultados.

En cuarto lugar, el objetivo: observar el impacto que tiene la terapia en Mindfulness en la satisfacción sexual de los pacientes evaluados, se ha logrado al estudiar los resultados que ha tenido la terapia en Mindfulness en la excitación, deseo y angustia sexual de los participantes de cada estudio.

Por último, el objetivo específico: encontrar una muestra significativa de estudios publicados desde el año 2012, que tengan como población diana pacientes víctimas de abuso sexual y se haya utilizado como tratamiento psicológico la terapia en Mindfulness, se ha logrado, puesto que como se enunciaba en el primer objetivo, este tipo de muestra solo se escoge en uno de los estudios encontrados, pero este estudio piloto es extendible a la población, debido al tipo de selección de muestra que ha seguido.

4.2. Interpretación de los resultados

Según los resultados obtenidos a partir de cada estudio y su relación con la justificación bibliográfica, se puede concluir lo siguiente:

La terapia en Mindfulness, así como su aplicación online sin el acompañamiento de un profesional, es un método de intervención validado para el tratamiento de los problemas sexuales: angustia sexual, falta de deseo sexual, de interés sexual, dolor durante el coito, dificultad para experimentar el orgasmo, ..., en los siguientes tipos de población: mujeres con trastorno de interés/deseo sexual que presentan sintomatología depresiva, mujeres supervivientes de cáncer de mama, mujeres con historia de abuso sexual, hombres con disfunción eréctil situacional, mujeres supervivientes de cáncer de útero o endometrio que han sufrido una histerectomía y mujeres con dolor vestibular.

Estos resultados se obtienen debido a que la MBCT (Segal, Williams & Teasdale, 2002), a través de la modificación de la relación que los pacientes tienen con sus pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales y en concreto, la aplicación de esta que Brotto y Basson (2014) realizan para la terapia sexual. Actúa modulando de igual manera en el estado mental y corporal a la hora de tener relaciones sexuales, puesto que desengancha a los pacientes de la aversión y evitación del sexo que Peterson (2017) explica, pues ya no esperan que les duela o que tenga que darse en unas condiciones concretas, su mente y su cuerpo,

gracias a la psicoeducación sexual sobre cómo el ciclo de la respuesta sexual humana no es lineal (Basson & Gilks, 2018), y la práctica de la atención plena (Kabat-Zinn, 1990) consiguen no esperar nada y en un ambiente favorable y seguro, estar aquí y ahora, pues ya no hay distracción cognitiva (Dove & Wiedermann, 2000).

Según la revisión sistemática de Jaderek y Lew-Starowicz (2022), entre los factores psicológicos que provocan dificultades en la vida sexual de los participantes de los estudios que ellos revisaron, estaba la ansiedad por haber vivenciado en el pasado o presente un abuso sexual, el sentimiento de culpa y la vergüenza en el encuentro sexual, la baja autoestima o experiencias negativas sexuales, así como el estrés. En la presente revisión, se puede confirmar esto, ya que se encuentra que en todos los estudios seleccionados la baja autoestima y los síntomas depresivos son factores comunes en los participantes, indiferentemente del tipo de muestra que se esté evaluando.

Esto concuerda con lo mostrado por Bigras y colaboradores (2027) y Berthelot y colaboradores (2014), sobre las vivencias de traumas interpersonales que han vivenciado la mayoría de pacientes que refieren disfunción sexual.

Estos síntomas, propios de trauma interpersonal, pueden ser tratados a través de terapias cognitivas y narrativas como la TEN y la STAIR (Crespo, Castro & Gómez-Gutiérrez, 2017). No obstante, el cuerpo tiene una implicación en la vivencia crucial, de difícil acceso a través de la cognición (Van der Kolk, 2005), es por ello que a través de la práctica de la atención plena y, en concreto, a través de la terapia sexual basada en Mindfulness se consiguen beneficios corporales para desactivar la alarma de peligro proveniente de la amígdala tras haber sido traumatizados (Van der kolk, 2020).

4.3. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación

La terapia de grupo de ocho sesiones basada en Mindfulness (MBCTS) ofrece grandes resultados en el tratamiento de la disfunción sexual en mujeres, sobre todo cuando va relacionada a sintomatología ansiosa y depresiva y a un tipo de cognición negativa. También cuando ha sido provocado por un proceso de cáncer de mama, útero o endometrio e histerectomía en los dos últimos casos. También la terapia de grupo basada en Mindfulness es prometedora en hombres para la disfunción eréctil situacional.

La terapia online basada en Mindfulness es eficaz para tratar los síntomas de disfunción sexual en mujeres (Brotto, Stephenson & Zippan, 2022).

Dados los resultados, se proponen las siguientes líneas de investigación: Realizar estudios de tratamiento basado en Mindfulness para la disfunción sexual en monoterapias. Realizar estudios en hombres y mixtos, para poder observar las diferencias entre género. Estudios que recojan más datos sobre la historia de la sintomatología de los participantes y poder relacionarlas con el trauma. Estudios que realicen el tratamiento basado en Mindfulness para la disfunción sexual en línea para hombres y mixtos. Estudios que recojan la concordancia de la excitación sexual a través de pruebas objetivas y subjetivas. Por último, se propone que los próximos estudios que se realicen en este campo se hagan a través del ensayo controlado aleatorizado en una muestra mayor y que se lleve a cabo un seguimiento prolongado, para observar cómo este tratamiento puede ser eficaz a largo plazo.

4.4. Limitaciones de los hallazgos

Los estudios encontrados están limitados en su metodología, puesto que incluyen un pequeño número de participantes y falta de personalización de los tratamientos, la aplicación de tratamientos terapéuticos complejos y escasa evaluación de resultados, lo que limita extenderlos. Ya que, por ejemplo, se observa una dificultad para discernir cuánto de la mejoría de los participantes se debe al tratamiento en Mindfulness y cuánto a la psicoeducación, así como se advierte una falta de concordancia sobre la excitación sexual, al no tener en la mayoría de los casos una medición objetiva de los resultados.

También, se encuentra que solamente un estudio de los seleccionados bajo los criterios de elegibilidad está dirigido a la disfunción sexual masculina y no dispone de grupo de control, lo cual dificulta hablar de eficacia y extensión.

Es reseñable que estos estudios se realizan en grupo, exceptuando la investigación online, por lo que se desconocen los efectos en la monoterapia.

Además, la mayoría de los estudios encontrados no explora dentro de la muestra el origen e historia de los síntomas, no se tienen en cuenta factores psicosociales y psicosexuales, por lo que no se puede conocer si ha existido trauma interpersonal y si este trauma puede estar relacionado con una historia de abuso.

5. Bibliografía

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.

Bass, J. K., Annan, J., Mclvor Murray, S., Kaysen, D., Griffiths, S., Cetinoglu, T., Wachter, K., Murray, L. K., & Bolton, P. A. (2013). Controlled trial of psychotherapy for Congolese survivors of sexual violence. *The New England journal of medicine*, 368(23), 2182–2191. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1211853>

Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health (London, England)*, 14, 1745506518762664. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>

Belleau, E. L., Bolton, T. A. W., Kaiser, R. H., Clegg, R., Cárdenas, E., Goer, F., Pechtel, P., Beltzer, M., Vitaliano, G., Olson, D. P., Teicher, M. H., & Pizzagalli, D. A. (2022). Resting state brain dynamics: Associations with childhood sexual abuse and major depressive disorder. *NeuroImage. Clinical*, 36, 103164. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103164>



Bernik, M., Laranjeiras, M., & Corregiari, F. (2003). Tratamiento farmacológico do transtorno de estresse pós-traumático [Pharmacological treatment of posttraumatic stress disorder]. *Revista brasileira de psiquiatria (Sao Paulo, Brazil : 1999)*, 25 Suppl 1, 46–50. <https://doi.org/10.1590/s1516-44462003000500011>

Berthelot, N., Godbout, N., Hebert, M., Goulet, M., & Bergeron, S. (2014). Prevalence and correlates of childhood sexual abuse in adults consulting for sexual problems. *Journal of Marital and Sex Therapy*, 40(5), 434–443. doi: 10.1080/0092623X.2013.772548

Bessel van der Kolk, M. D. (2020). *El cuerpo lleva la cuenta*. (3ª ed.). Eleftheria.

Bossio, J.A., Basson, R., Driscoll, M., Correia, S., & Brotto, L.A. (2018). Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A MixedMethods Feasibility Analysis and Pilot Study. *J Sex Med* [Internet], 15(10), 1478–90. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.013>

Bigras, N., Godbout, N., Hebert, M., & Sabourin, S. (2017). Cumulative adverse childhood experiences and sexual satisfaction in sex therapy patients: What role for symptom complexity? *Journal of Sexual Medicine*, 14(3), 444–454. doi:10.1016/j.jsxm.2017.01.013



Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress, 23*(6), 767–774. doi:10.1002/jts.20578

Brotto, L. A., Basson, R., Smith, K.B., Driscoll, M., & Sadownik, L. (2015). Mindfulness-based Group Therapy for Women with Provoked Vestibulodynia. *Mindfulness (NY), 6*(3), 417–32. <http://doi.org/10.47626/2237-6089-2021-0459>

Brotto, L. A., Erskine, Y., Carey, M., Ehlen, T., Finlayson, S., Heywood, M., & Miller, D. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology, 125*, 320–325. doi:10.1016/j.ygyno.2012.01.035

Brotto, L. A., Chivers, M. L., Millman, R. D., & Albert, A. (2016). Mindfulness-based sex therapy improves genital subjective arousal concordance in women with sexual desire/arousal difficulties. *Archives of Sexual Behavior, 45*(8), 1907–1921. doi:10.1007/s10508-015-0689-8

Brotto, L. A., Seal, B. N., & Rellini, A. (2012). Pilot study of a brief cognitive behavioral versus mindfulness-based intervention for women with sexual distress and a history of childhood sexual abuse. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*, 1–27. doi:10.1080/0092623X.2011.569636



Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A., & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 89(7), 626–639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>

Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A. D., & Lalumière, M. L. (2023). Mindfulness and Sex Education for Sexual Interest/Arousal Disorder: Mediators and Moderators of Treatment Outcome. *Journal of sex research*, 60(4), 508–521. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2126815>

Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy*, 57(1), 43–54. doi:10.1016/j.brat.2014.04.001

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848. doi:10.1037/0022-3514.84.4.822



Crespo, M., Castro, S. & Gómez-Gutiérrez, M. (2017). Menores refugiados: psicopatología y factores relacionados. *Revista de Victimología*, 6, 9-32. doi: 10.12827/RVJV.6.01

Dosch, A., Rochat, L., Ghisletta, P., Favez, N., & Van der Linden, M. (2016). Psychological factors involved in sexual desire, sexual activity, and sexual satisfaction: A multi-factorial perspective. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 2029–2045. doi:10.1007/s10508-014-0467-z

Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 67–77. <https://doi.org/10.1080/009262300278650>

Dunkley, C.R. & Brotto, L. A. (2016). Psychological Treatments for Provoked Vestibulodynia: Integration of Mindfulness-Based and Cognitive Behavioral Therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 72(7), 637–650. doi:10.1002/jclp.22286

Dworkin, E. R., Menon, S. V., Bystrynski, J., & Allen, N. E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 56, 65–81. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.06.002>

Front Page | El Centro Nacional de Recursos sobre Violencia Sexual (NSVRC). (s. f.). National Sexual Violence Resource Center. <https://www.nsvrc.org/es>



Gibson, C. J., Huang, A. J., McCaw, B., Subak, L. L., Thom, D. H., & Van Den Eeden, S. K. (2019a). Associations of Intimate Partner Violence, Sexual Assault, and Posttraumatic Stress Disorder With Menopause Symptoms Among Midlife and Older Women. *JAMA internal medicine*, 179(1), 80–87. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.5233>

Gibson, C. J., Lisha, N. E., Walter, L. C., & Huang, A. J. (2019b). Interpersonal trauma and aging-related genitourinary dysfunction in a national sample of older women. *American journal of obstetrics and gynecology*, 220(1), 94.e1–94.e7. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.09.026>

Haase, A., Boos, A., Schoenfeld, S., & Hoyer, J. (2009). Sexual dysfunctions and sexual satisfaction in female PTSD patients. *Verhaltenstherapie*, 19, 161–167.

Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews, 18, e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>

Henzell, H., Berzins, K., & Langford, J. P. (2017). Provoked vestibulodynia: current perspectives. *International journal of women's health*, 9, 631–642.
<https://doi.org/10.2147/IJWH.S113416>

Jaderek, I., & Lew-Starowicz, M. (2019). A Systematic Review on Mindfulness Meditation-Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 16(10), 1581–1596.
<https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>

Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness. New York, NY: Delacorte

Kessler, R.C. (2000) Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 4-12; Discussion 13-14.

Lawrence, K. A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2(4), 267–285. doi:10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x

López, S. Faro, C., Lopetegui, L., Pujol, E., Monteagudo, M. & Cobo, J. (2017). Impacto del abuso sexual durante la infancia-adolescencia en las



relaciones sexuales y afectivas de mujeres adultas. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 210-219. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.010>

Losada, A. V. (2012). Epidemiología del abuso sexual infantil. *Revista de Psicología GEPU*, 3 (1), 201 - 229.

Mingote, J., Machón, B., Isla, I., Perris, A. & Nieto, I. (2001). Tratamiento integrado del TEPT. *Aperturas Psicoanalíticas*, 8, 1-36.

Oberg, K., Fugl-Meyer, A. R., & Fugl-Meyer, K. S. (2004). On categorization and quantification of women's sexual dysfunctions: An epidemiological approach. *International Journal of Impotence Research*, 16, 261–269. doi:10.1038/sj.ijir.3901151

Olivares-Noguera, E., Montoya-Moreno, R. A., & Arteaga-Noriega, A. (2021). Prevalence of sexual dysfunction among pregnant women attending prenatal care at a hospital in Rionegro, Colombia, 2020-2021. Prevalencia de disfunción sexual en gestantes en control prenatal en una institución hospitalaria en Rionegro, Colombia, 2020-2021. *Revista colombiana de obstetricia y ginecología*, 72(4), 368–376. <https://doi.org/10.18597/rcog.3761>

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados*



sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. https://who.int/gender.https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43390/924359351X_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Paterson, L. Q. P., Handy, A. B., & Brotto, L. A. (2017). A Pilot Study of Eight-Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women's Sexual Interest/Arousal Disorder. *Journal of sex research*, 54(7), 850–861. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1208800>

Pereda, N. (2009). CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS INICIALES DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. *Papeles del Psicólogo*, 30(2), 135-144.

Pereda, N. (2010). CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS A LARGO PLAZO DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.

Peterson, Z. D. (2017). *The Wiley Handbook of Sex Therapy || Mindfulness in Sex Therapy*. 435–452. doi:10.1002/9781118510384.ch27

Phillips, E. A., Rajender, A., Douglas, T., Brandon, A. F., & Munarriz, R. (2015). Sex Offenders Seeking Treatment for Sexual Dysfunction--Ethics, Medicine, and the Law. *The journal of sexual medicine*, 12(7), 1591–1600. <https://doi.org/10.1111/jsm.12920>



Pulverman, C. S., Boyd, R. L., Stanton, A. M., & Meston, C. M. (2017). Changes in the sexual self-schema of women with a history of childhood sexual abuse following expressive writing treatment. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*, 9(2), 181–188.

<https://doi.org/10.1037/tra0000163>

Pulverman, C. S., Kilimnik, C. D., & Meston, C. M. (2018). The Impact of Childhood Sexual Abuse on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual medicine reviews*, 6(2), 188–200.

<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>

Rashedi, S., Maasoumi, R., Vosoughi, N., & Haghani, S. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Sex Therapy on Improving Sexual Desire Disorder, Sexual Distress, Sexual Self-Disclosure and Sexual Function in Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of sex & marital therapy*, 48(5), 475–488.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2008075>

Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O. B., Scher, C. D., Clum, G. A. y Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243–258. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.2.243>

Save the children. (20 de septiembre de 2017). Ojos que no quieren ver.

<https://www.savethechildren.es/publicaciones/ojos-que-no-quieren-ver>

Sears, C., Millman, R., Brotto, L. A., & Walker, L. M. (2022). Feasibility and Acceptability of a Group-Based Mindfulness Intervention for Sexual Interest/Arousal Disorder Following Breast Cancer Treatment. *Journal of sex & marital therapy*, 1–17. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2154296>

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*.

Guilford Press.

Selice, L., & Morris, K. L. (2022). Mindfulness and Sexual Dysfunction: A Systematic Research Synthesis. *Journal of sex & marital therapy*, 48(4), 323–342.

<https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1991536>

Vallejo, A. R., & Córdoba, M. I. (2012). Abuso sexual: tratamientos y atención.

Revista de Psicología (PUCP), 30(1), 19-46. Recuperado en 04 de abril de 2023,

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-

[92472012000100002&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472012000100002&lng=es&tlng=es)



Van der Kolk, B., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. & Spinazzola, J. (2005). Journal of Traumatic Stress, 18 (5), 389–399.

(2011a). *Crossing the Line: Sexual Harassment at School* [PDF]. AAUW.
<https://www.aauw.org/app/uploads/2020/03/Crossing-the-Line-Sexual-Harassment-at-School.pdf>

(2011b). National Intimate Partner and Sexual Violence Survey [Conjunto de datos; PDF]. En *2010 Summary Report*.
https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/nisvs_report2010-a.pdf