



Creencias sexuales disfuncionales en población joven femenina: resultados preliminares

Estefanía Ruiz
eruib@psb.uji.es

Ángel Enrique
al107104@alumail.uji.es

Rafael Ballester
rballest@psb.uji.es

I. Resumen

1126



Introducción

Las creencias son ideas sobre uno mismo o sobre el entorno que predisponen a actuar de una determinada manera. Los pensamientos relacionados con la sexualidad guían el comportamiento en este ámbito generando patrones de funcionamiento más o menos adaptativos. Este estudio evalúa la existencia de creencias sexuales disfuncionales en mujeres jóvenes.

Método

Se administró la versión española del *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (Nobre et al., 2003) a 59 mujeres universitarias con una edad media de 22 años (DT=2,33). La totalidad era heterosexual y el 90,9% de nacionalidad española. El 52,3% se consideraba católica no practicante y el 67,4% informó tener pareja estable.

Resultados

La muestra presenta altos porcentajes de acuerdo en creencias adaptativas. Así, un 91,5% está de acuerdo en que hay una variedad de maneras de conseguir placer y alcanzar el orgasmo y el 84,8% en que cualquier comportamiento sexual está bien si ambos miembros de la pareja están de acuerdo. La mayor parte de ítems que evalúan creencias sexuales disfuncionales muestran porcentajes de acuerdo cercanos a 0. No obstante, existen estereotipos relacionados con el orgasmo simultáneo o con la obtención de la propia satisfacción como única finalidad de los hombres. En el análisis por factores, las creencias disfuncionales más frecuentes pertenecen a la negación del afecto en la relación sexual.

Discusión

Las jóvenes universitarias no presentan un patrón alarmante de creencias sexuales disfuncionales. Sin embargo, se advierte la existencia de mitos erróneos y pensamientos disfuncionales sobre la importancia del afecto en la relación sexual o la influencia de la maternidad en la sexualidad. Estos esquemas deben ser considerados en las intervenciones de promoción de la salud sexual pues pueden actuar como factores predisponentes para el desarrollo de disfunciones sexuales.

Palabras clave: sexualidad, creencias disfuncionales, estudiantes universitarios, mujeres

II. Introducció

1127



Desde la perspectiva cognitiva se postula que las emociones y las conductas de las personas están influidas por la percepción subjetiva y la interpretación que una persona realiza acerca de un determinado acontecimiento. Así pues, *“no es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación”* (Beck, 1996). Hay dos niveles de creencias, unas más centrales caracterizadas por ser incondicionales y difícilmente accesibles (también llamadas esquemas cognitivos), y otras más intermedias, no tan internas y por lo tanto más accesibles (también llamadas actitudes, reglas o normas). La existencia de creencias disfuncionales, exigentes y, en algunos casos, inconsistentes con la realidad conducirá a emociones y comportamientos inapropiados que interferirán en el funcionamiento de una persona.

Beck (1996) en *Beyond belief* daba algunos ejemplos de creencias disfuncionales asociadas a diferentes trastornos psicopatológicos. En el ámbito de la sexualidad, estudios clásicos como el de Kaplan (1979), LoPiccolo & Friedman (1988) o Masters & Johnson (1970) explican, bajo un enfoque clínico y cualitativo, la influencia negativa de las creencias y los mitos sexuales en el funcionamiento sexual. Estudios más recientes demuestran la mayor frecuencia de creencias sexuales disfuncionales en personas con disfunciones sexuales (Nobre & Pinto, 2006, 2008) y cómo éstas se diferencian en su funcionamiento cognitivo (Wiegel, Scepkowski & Barlow, 2007). Por el contrario, las actitudes y creencias sexuales positivas se relacionan con una mayor satisfacción sexual (Trudel, 2002).

Las disfunciones sexuales femeninas han sido menos investigadas que las masculinas. Sin embargo, representan una prevalencia entre las mujeres del sur de Europa (Francia, Israel, Italia y España) de alrededor del 20% (Laumann, Nicolosi, Glasser, Paik, Gingell, Moreira et al., 2005) y una incidencia entre el 40% y el 45%, cuando se generaliza a algún momento de la vida (Lewis, Fugi-Meyer, Bosch, Fugi-Meyer, Laumann, Lizza et al., 2004). Además, problemas sexuales persistentes afectan a la satisfacción sexual y al bienestar psicológico de la persona (Rehbein, García & Madson, 2006; Sprecher & Cate, 2004).

Los aspectos comúnmente citados por los estudios como factores etiológicos de las disfunciones sexuales femeninas, utilizando principalmente población adulta y en algunos casos población clínica, han sido las creencias religiosas y el conservadurismo (Nobre & Carvalho, 2010; Le Gall, Mullet & Rivière, 2002; Yasan & Gürgen, 2009), en algunos casos ligadas a estereotipos culturales y de género (McGoldrick, Loonan, Wohlsifer, 2007; Meana & Nunnink, 2006), el rol del afecto en el sexo, el miedo a la intimidad o a perder el control en la relación sexual (Bancroft, Loftus & Long, 2003, Dove & Wiederman, 2000; Graham, Sanders, Milhausen & McBride, 2004), y en mayor medida la percepción sobre la

propia imagen corporal (Cash, Maikulla & Yamamiya, 2004; Nelson & Purdon, 2011; Pujols, Meston & Seal, 2010; Sánchez & Kiefer, 2007).

La evaluación temprana de los factores cognitivos implicados en el funcionamiento sexual facilitará la detección de creencias sexuales disfuncionales y permitirá la implementación de programas de educación e intervención sexual para combatir los mensajes sexuales distorsionados aprendidos de forma que se logre la vivencia de una sexualidad satisfactoria. Por ello, el objetivo del presente trabajo es evaluar la existencia de creencias sexuales disfuncionales en población joven, así como examinar la influencia de variables como la edad, la religión o el tipo de pareja en estas creencias.

III. Metodología

a) Muestra

Se empleó una muestra de 59 mujeres estudiantes pertenecientes a la Universidad Jaume I de Castellón. La edad media era de 22 años (DT=2,33). La totalidad de la muestra era heterosexual y el 90,9% eran de nacionalidad española. En el momento de la recogida de datos, el 67,4% tenían pareja estable, el 23,3% no tenían pareja y el 9,3% restante informaron tener pareja esporádica. Con respecto a la religión, más de la mitad de la muestra se consideraban católicas no practicantes (52,3%), un 40,9% se consideraban agnósticas o ateas, un 4,5% practicantes de otras religiones y un 1,7% católica practicante.

b) Instrumentos

La medida de evaluación utilizada fue una adaptación y validación realizada por Ballester et al. (en preparación) de la versión femenina del cuestionario *Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire* (SDBQ) desarrollado por Nobre, Gouveia & Gomes (2003). El SDBQ cuenta con dos versiones, una para hombres y otra para mujeres. Ambas están compuestas por 40 ítems que intentan recoger aquellas creencias sexuales disfuncionales que la literatura clínica ha definido como factores predisponentes del desarrollo de disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Los participantes han de responder en función de su grado de acuerdo con las afirmaciones mediante una escala Likert de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). El análisis factorial revela una estructura de seis componentes:

F1. Conservadurismo sexual (CONSER). Ítems 2, 4, 7, 13, 14, 17, 27, 28 y 32. Los ítems revelan creencias como que el coito es el aspecto central de la sexualidad humana, que algunas actividades sexuales (masturbación, sexo oral, etc.) son desviadas y pecaminosas, que el rol sexual de la mujer debe ser pasivo y receptivo y que la virginidad es un importante valor para las mujeres no casadas.

F2. Deseo sexual y placer como pecado (PECADO). Ítems 15, 34, 35, 36, 37 y 39. Estos ítems plantean el sexo como una actividad masculina, donde la mujer debe controlar sus impulsos sexuales y placeres, ya que estos son experiencias pecaminosas.

F3. Creencias relacionadas con la edad (EDAD). Ítems 5, 6, 8, 11 y 20. Revelan la asociación de la disminución del deseo sexual, del placer o del orgasmo con una mayor edad, especialmente en la etapa postmenopáusica.

F4. Creencias relacionadas con la autoimagen (AUTOIM). Ítems 10, 12, 38 y 40. Sitúan la autoimagen como un aspecto central de la sexualidad femenina.

F5. Negación de la importancia del afecto en las relaciones sexuales (NEGAFECTO). Ítems 1, 3, 18, 22, 23 y 24. Plantean que el afecto, acuerdo y amor entre la pareja no son necesarios para tener relaciones sexuales.

F6. Importancia de la maternidad (MATERN). Ítems 26, 30, 31 y 33. Refieren que las actividades maternas proporcionan el mayor placer que puede obtener una mujer y que la procreación es el fin último de cualquier experiencia sexual.

No obstante existen varios ítems que, por razones estadísticas, no se han incluido en ningún factor, a saber: 9) *“Hay una variedad de maneras de conseguir placer y alcanzar el orgasmo”*, 16) *“El orgasmo simultáneo entre los dos miembros de la pareja es necesario para que una relación sea sexualmente satisfactoria”*, 19) *“Una carrera profesional brillante implica el control de las relaciones sexuales”*, 21) *“Los hombres sólo prestan atención a las mujeres jóvenes y atractivas”*, 25) *“La mujer que inicia las relaciones sexuales es inmoral”* y 29) *“Si las mujeres se desinhiben sexualmente están totalmente bajo el control de los hombres”*.

La puntuación total de cada uno de los factores se obtiene a partir del sumatorio de la puntuación de cada uno de los ítems que los componen, por lo que a mayor puntuación, mayor nivel de creencias sexuales disfuncionales. De acuerdo con los objetivos del presente estudio, se ha utilizado la versión femenina del cuestionario la cual ha obtenido adecuados índices de consistencia interna (.81) y de fiabilidad test-retest (.73) con los participantes que han formado parte del mismo.

c) Procedimiento

Este estudio se enmarca dentro de una línea de investigación más amplia que tiene como objetivo último analizar los factores emocionales y cognitivos que podrían influir en la aparición y mantenimiento de problemas sexuales. El proceso de recogida de datos se realizó a través de campañas informativas sobre salud sexual realizadas en las diferentes facultades de la universidad. Las personas interesadas en participar en el proyecto cumplieron una batería de cuestionarios, entre ellos el

SDBQ, a cambio de un taller psicoeducativo e introductorio sobre las disfunciones sexuales masculinas y femeninas. Los cuestionarios se rellenaron de forma voluntaria, individual y anónima, de manera que se garantizara completamente la confidencialidad de los datos recogidos.

d) Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS-17. Debido a que los resultados representan un análisis descriptivo de los elementos relacionados con las creencias sexuales disfuncionales, se utilizaron frecuencias para mostrar la prevalencia de acuerdo con las diferentes cuestiones planteadas y medias y desviaciones típicas para los factores del cuestionario. Por otra parte, se realizaron análisis de correlación: Pearson (puntuación total del factor) y Rho de Spearman (ítems) para examinar cómo están relacionadas las creencias sexuales disfuncionales y la edad. Por último, se utilizó la prueba estadística paramétrica t de Student para determinar la presencia de diferencias significativas en creencias sexuales disfuncionales en función del tipo de pareja (estable vs. no estable) y de las creencias religiosas (católicos no practicantes vs. ateos/agnósticos).

IV. Resultados

a) Prevalencia de creencias sexuales disfuncionales


En primer lugar, cabe destacar que existe un alto número de ítems que obtienen porcentajes de acuerdo cercanos a 0. Además, los porcentajes más altos de acuerdo (suma de totalmente de acuerdo y de acuerdo) se obtienen en dos ítems que miden creencias adaptativas, como por ejemplo: *hay una variedad de maneras de conseguir placer y alcanzar el orgasmo* (91,5%). No obstante, no hemos encontrado ninguna participante que no tenga ninguna creencia sexual disfuncional. Por ello, es importante analizar qué mitos y estereotipos negativos acerca de la sexualidad obtienen mayores porcentajes de acuerdo. Como podemos ver en la Tabla 1 son aquellos relacionados con la negación de la importancia del afecto en la relación sexual y con la prioridad de sentimientos maternales frente a los sexuales.

Tabla 1. Porcentaje de acuerdo con cada uno de los ítems del SDBQ

		%
F1. Conservadurismo sexual		
27	Las relaciones sexuales mediante la menstruación pueden causar problemas de salud	3,4
32	El sexo anal es una actividad perversa	1,7
7	La masturbación no es una práctica adecuada para una mujer respetable	1,7
28	El sexo oral es una de las mayores perversiones	0
17	El orgasmo solo es posible mediante el coito vaginal	0
14	Las relaciones sexuales deben ser iniciadas por los hombres	0
13	Llegar al orgasmo es aceptable para los hombres pero no para las mujeres	0
4	El mejor regalo que una mujer puede llevar al matrimonio es su virginidad	0
2	La masturbación es mala y dañina	0
F2. Deseo sexual y placer como pecado		
37	Una buena madre debe controlar sus urgencias sexuales	1,7
15	El sexo es sucio y pecaminoso	0
34	El sexo debería ocurrir sólo cuando el hombre lo inicie	0
35	Sólo hay una manera aceptable de practicar el sexo (la postura del misionero)	0
36	Experimentar placer durante la relación sexual no es apropiado para una mujer respetable	0
39	Una mujer que sólo obtiene placer a través de la estimulación del clítoris es una mujer enferma y perversa	0
F3. Creencias relacionadas con la edad		
5	Después de la menopausia la mujer pierde su deseo sexual	5,1
20	A medida que la mujer envejece, el placer que obtiene del sexo decrece	5,1
6	La mujer que tiene fantasías sexuales es una perversa	0
8	Tras la menopausia las mujeres no consiguen llegar al orgasmo	0
11	En la habitación, el hombre es el jefe	0
F4. Creencias relacionadas con la autoimagen		
40	Las mujeres puras no participan activamente en las relaciones sexuales	1,7

1131



10	Las mujeres que no son físicamente atractivas no pueden estar satisfechas sexualmente	0	1132
12	Una buena madre no puede ser sexualmente activa	0	
38	Una mujer fea no es capaz de satisfacer a su pareja	0	
F5. Negación de la importancia del afecto			
23**	El sexo sin amor es como la comida sin sabor	44	
1**	El amor y el afecto de una pareja son necesarios para tener buen sexo	18,7	
18	La finalidad del sexo para el hombre es estar satisfecho	18,7	
3**	El componente más importante del sexo es el afecto mutuo	18,6	
22**	El sexo es una actividad bella y pura	8,6	
24**	Todo está bien se ambos miembros de la pareja están de acuerdo	6,8	
F6. Importancia de la maternidad			
31	Las emociones más maravillosas que una mujer puede experimentar son los sentimientos maternos	20,7	
26	El sexo sólo tiene significado para la procreación	1,7	
30	Ser amable y sonreír a los hombres puede ser peligroso	1,7	
33	En la habitación, la mujer es la jefa	1,7	

** Ítems puntuados inversamente por lo que en estos casos el valor indica el porcentaje de desacuerdo

Aunque hemos expuesto las puntuaciones directas en la Tabla 2 donde se observa la variabilidad en el rango de puntuaciones mínimas y máximas que se pueden obtener por factor, para establecer un orden en cuanto a la importancia de cada factor, hemos restado la puntuación mínima de cada factor a cada media. Al observar estos resultados vemos que NEGAFFECTO es el factor que obtiene mayores puntuaciones medias, seguido de EDAD, MATERN y CONSER.

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de cada factor del SDBQ

Factor	Rango	Media	DT	Media ponderada
Conservadurismo sexual (CONSER)	9/45	11,32	2,78	2,32
Placer como pecado (PECADO)	6/30	6,57	1,07	0,57
Creencias relacionadas con edad (EDAD)	5/25	8,08	2,27	3,08
Creencias relacionadas con autoimagen (AUTOIM)	4/20	4,75	1,17	0,75
Negación de la importancia del afecto (NEGAFFECTO)	6/30	14,1	3,53	8,1
Primacía de la maternidad (MATERN)	4/20	6,87	1,68	2,87

1133



b) Análisis diferenciales en función del tipo de pareja y de la religión

Para el análisis de las diferencias en función del tipo de pareja y de la religión se han escogido las categorías con pareja estable y sin pareja, en el primer caso, y católico no practicante y ateo o agnóstico, en el segundo. Estas categorías suponían más del 90% del total de la muestra en ambos casos.

Con respecto al tipo de pareja, observamos en la Tabla 3 que la muestra sin pareja obtiene puntuaciones medias superiores en CONSER, PECADO, EDAD y NEGAFFECTO, lo cual es indicador de un mayor nivel de creencias disfuncionales en estos factores. Sin embargo, la muestra con pareja estable, obtiene puntuaciones superiores en AUTOIM y MATERN, por lo que presentaría un patrón más disfuncional en estos ámbitos. Ninguno de los factores obtiene diferencias significativas a nivel estadístico realizando una prueba t. Al realizar el análisis diferencial por ítems, vemos que existen diferencias estadísticamente significativas sólo en dos ítems: ítem 16, *“El orgasmo simultáneo entre los dos miembros de la pareja es necesario para que una relación sea sexualmente satisfactoria”* ($t=2.586$; $p=.014$), en el que la muestra sin pareja obtiene unas puntuaciones significativamente mayores e ítem 31 (MATERN), *“Las emociones más maravillosas que una mujer puede experimentar son los sentimientos maternales”* ($t=-2,159$; $p=.037$), en el que la muestra con pareja estable presenta mayores puntuaciones medias.

Tabla 3. Prueba t en función del tipo de pareja

Factores	Rango	Sin pareja		Pareja estable		t	p
		Media	DT	Media	DT		
CONSER	9/45	12,4	2,87	11,2	2,96	1,042	.304
PECADO	6/30	6,7	1,05	6,48	0,95	0,606	.548
EDAD	5/25	8,5	2,01	8,2	2,39	0,346	.731
AUTOIM	4/20	4,7	1,33	4,79	1,2	-0,205	.839
NEGAFECTO	6/30	14,7	3,26	13,83	3,71	0,659	.514
MATERN	4/20	6,3	1,82	7,07	1,63	-1,244	.221



En cuanto a religión, la muestra que se considera católica no practicante obtiene puntuaciones medias superiores en todos los factores, excepto en NEGAFECTO (véase Tabla 4). Esto indica un mayor grado de creencias sexuales disfuncionales en este grupo. No obstante, únicamente CONSER ha obtenido diferencias estadísticamente significativas realizando una prueba t ($t=2,293$; $p=.027$). Si realizamos el análisis diferencial por ítems, obtenemos diferencias significativas a nivel estadístico en tres ítems: ítem 2 (CONSER), “*La masturbación es mala y dañina*” ($t=2,274$; $p=.029$); ítem 5 (EDAD), “*Después de la menopausia la mujer pierde deseo sexual*” ($t=2,048$, $p=.045$) e ítem 6 (PECADO), “*La mujer que tiene fantasías sexuales es una perversa*” ($t=2,041$; $p=.048$). En todos ellos, la muestra de católicas no practicantes es la que obtiene puntuaciones medias más elevadas que las que se consideran ateas o agnósticas.

Tabla 4. Prueba t en función de la religión

Factores	Rango	Católico no practicante		Ateo o agnóstico		t	p
		Media	DT	Media	DT		
CONSER	9/45	12,3	3,33	10,3	1,64	2,293	.027
PECADO	6/30	6,69	1,14	6,16	0,38	1,874	.068
EDAD	5/25	8,56	2,29	7,61	1,91	1,419	.164
AUTOIM	4/20	4,86	1,39	4,67	0,9	0,535	.596
NEGAFECTO	6/30	13,6	4,09	15,33	3,16	-1,474	.149
MATERN	4/20	6,86	1,48	6,55	1,82	0,589	.560

c) Evolución por edad de las creencias sexuales disfuncionales

Como vemos en la Tabla 5, no se han obtenido correlaciones significativas a nivel estadístico entre ninguno de los factores evaluados y la edad. Al realizar el análisis por ítems, únicamente encontramos una correlación significativa a nivel estadístico con signo negativo entre la edad y el ítem 18 (NEGAPECTO), “*la finalidad del sexo para el hombre es estar satisfecho*” ($Rho=-0.409$; $p=.020$).

Tabla 5. Correlaciones entre los factores del SDBQ y la edad

Factor	r	p
CONSER	-0,096	.469
PECADO	0,071	.595
EDAD	-0,029	.829
AUTOIM	-0,132	.322
NEGAPECTO	-0,235	.076
MATERN	0,054	,689

V. Discusión

Algunos estudios indican que las dificultades en el funcionamiento sexual son una experiencia común dentro de la población general (Ballester & Gil, 1995; Laumann et al., 2005; Lewis et al., 2004). Además, la alta tasa de disfunciones sexuales observadas en mujeres (Dennerstein & Hayes, 2005) hace necesario un análisis de los factores que pueden estar incidiendo en su desarrollo. Desde la década de los 70 han ido apareciendo trabajos que explican la interferencia de creencias sexuales negativas en la vivencia de la sexualidad. En este sentido, el presente estudio pretende realizar una evaluación preliminar de la existencia de creencias cognitivas sexuales disfuncionales en mujeres jóvenes.

Como cabía esperar por pertenecer a una población no clínica, la muestra no presenta altas puntuaciones en las creencias sexuales disfuncionales evaluadas. Éstas son menores a las obtenidas por el grupo no clínico del estudio de Nobre et al. (2003) realizado en Portugal, en todos los factores excepto en negación de la importancia del afecto en una relación. Además de las diferencias culturales entre ambas muestras, la menor edad media de las mujeres que pertenecen a nuestro estudio podría ser otro factor explicativo. La mayoría destaca pensamientos adaptativos como la importancia de conseguir un acuerdo con la pareja para que una relación funcione. Este dato va en la línea de las investigaciones de Bancroft et al. (2003) y Graham et al. (2004), en las

cuales, una mayor calidad de la relación con la pareja predecía menor angustia sexual y trastornos sexuales en una amplia muestra de mujeres.

Analizando cada una de las cuestiones evaluadas de forma más profunda encontramos que en nuestro estudio todas las mujeres poseen algún pensamiento disfuncional en mayor o menor grado. Los más frecuentes están relacionados con la negación de la importancia del afecto y el amor entre una pareja como condición para tener relaciones sexuales. Como sugiere Giddens (2000), quizá se esté presenciando en la sociedad moderna una transformación de la intimidad, el amor y la sexualidad de las mujeres, hacia una sexualidad más flexible, autónoma y vinculada principalmente al placer sexual.

Aunque en menor medida, siguen apareciendo algunas creencias disfuncionales vinculadas con la masturbación, con la realización de otras prácticas sexuales como el coito anal o con el sexo en la menopausia, sobre todo en el grupo de mujeres católicas no practicantes. Como indican algunos trabajos (Nobre et al., 2010; McGoldrick et al., 2007; Ortega et al., 2005; Smith, Mann, Mirza & Hunter, 2011; Yasan et al., 2009), a lo largo de la historia de la sexualidad humana, algunas prácticas sexuales han estado asociadas a sentimientos de culpabilidad y se llegaron a considerar inaceptables desde la religión. Así por ejemplo, Zaleski & Schiaffino (2000) mostraron una relación negativa entre religiosidad y uso del preservativo en jóvenes universitarios. Por otra parte, aunque minoritarias se aprecian creencias relacionadas con la primacía de la experiencia maternal frente a la sexual, especialmente en el grupo que tiene pareja estable. La percepción del placer y del deseo sexual como pecado junto con la preocupación por el atractivo físico y la insatisfacción hacia el propio cuerpo son los aspectos menos disfuncionales en la muestra de nuestro estudio a diferencia de lo que encontramos en otros estudios (Cash et al., 2004; Meana et al., 2006, Nelson et al., 2011; Pujols et al., 2010, Sánchez et al., 2007).

Se hace necesaria la elaboración, desarrollo e implementación de programas destinados tanto a población general como a colectivos considerados de riesgo, donde se proporcione psicoeducación sexual y se trabajen las actitudes y las creencias sexuales negativas con el objetivo de prevenir los trastornos sexuales y promocionar la salud sexual.

VI. Bibliografía

Ballester, R. Y Gil, M.D. (1995). Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de disfunciones sexuales en la Comunidad Valenciana. *Psicothema*, 7(1), 95-104.

Bancroft, J., Loftus, J. & Long, S. (2003). Distress about sex: a National Survey of Women in Heterosexual Relationships. *Archives of Sexual Behavior*, 32(3), 193-208.



Beck, A. T. (1996). Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. En P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.

Cash, T. F., Maikkula, C. L. & Yamamiya, Y. (2004). "Baring the body in the bedroom": body image, sexual self-schemas, and sexual functioning among college women and men. *Electronic Journal of Human Sexuality*, 7.

Dennerstein, L. & Hayes, R. D. (2005). Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. *Journal of Sexual Medicine*, 2(Suppl3), 118-132.

Dove, N. L. & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 67-78.

Giddens, A. (2000). *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 33(6), 527-538.

Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. New York: Brunner Mazel.

Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E. & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40-80: prevalence and correlates identified in the Global Study on Sexual Attitudes and Behavior. *International Journal of Impotence Research*, 17, 39-57.

Le Gall, A. Mullet, E. & Rivière, S. (2002) Age, religious beliefs, and sexual attitudes. *Journal of Sex Research*, 39(3), 207-216.

Lewis, R. W., Fugi-Meyer, K. S., Bosch, R., Fugi-Meyer, A. R., Laumann, E. O., Lizza, E., et al. (2004). Epidemiology risk factors of sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1), 35-39.

LoPiccolo, J., & Friedman, J. M. (1988). Broad spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral and systemic therapy. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorders* (pp. 107-144). New York: Guilford Press.

Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown, & Co.

McGoldrick, M., Loonan, R. & Wohlsifer, D. (2007). Sexuality and culture. En S. R. Leiblum, *Principles and practice of Sex Therapy* (4th Edition). New York: Guilford Press.



Meana, M., & Nunnink, S. (2006). Gender differences in the content of cognitive distraction during sex. *Journal of Sex Research, 43*, 59-67.

Nelson, A. L. & Purdon, C. (2011). Non-erotic thoughts, attentional focus, and sexual problems in a community sample. *Archives of Sexual Behavior, 40*(2), 395-406.

Nobre, P. & Carvalho, J. (2010). Predictors of women's sexual desire: The role of psychopathology, cognitive-emotional determinants, relationship dimensions, and medical factors. *Journal of Sexual Medicine, Vol. 7* (2, Pt 2), pp. 928-937.

Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. (2006). Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors to sexual dysfunction. *Journal of Sex Research, 43*, 68-75

Nobre, P. & Pinto-Gouveia, J. (2008). Cognitive and Emotional Predictors of Female Sexual Dysfunctions: Preliminary Findings. *Journal of Sex & Marital Therapy, 34*(4), 325-342.

Pujols, Y., Seal B. N. & Meston, C. M. (2009). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine, 7*(2), 905-916.

Rehbein, R., García, E., & Madson, L. (2006). The relation between self-esteem and sexual functioning in collegiate women. *Journal of Social Psychology, 146*, 250-252.

Sánchez, D. T. & Kiefer, A. K. (2007). Body concerns in and out of the bedroom: Implications for sexual pleasure and problems. *Archives of Sexual Behavior, 36*, 808-820.

Smith, M. J., Mann, E., Mirza, A. & Hunter, M. S. (2011). Men and women's perceptions of hot flushes within social situations: are menopausal women's negative beliefs valid? *Maturitas, 69*, 57-62.

Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.). *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235-256). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Trudel, G. (2002). Sexuality and marital life: Results of a survey. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*, 229-24.

Wiegel, M., Scepkowski, L. A., & Barlow, D. H. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. In E. Janssen (Ed.), *Psychophysiology of sex* (pp. 143-166). Bloomington: Indiana University Press.

Yasan, A. & Gürgen, F. (2009). Marital satisfaction, sexual problems and the possible difficulties on sex therapy in traditional Islamic culture. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 35(1), 68-75.

Zaleski, E. H. & Schiaffino, K. M. (2000). Religiosity and sexual risk-taking behavior during the transition to college. *Journal of Adolescence*, 23, 223-227.

1139



