

TFM. Almudena Gil Ordóñez

por Almudena Gil Ordóñez

ARCHIVO	89313_ALMUDENA_GIL_ORDONEZ_TFM._ALMUDENA_GIL_ORDONEZ_1 651689_1807925068.PDF (619.82K)		
HORA DE LA ENTREGA	08-MAY.-2020 03:53P. M. (UTC+0200)	NÚMERO DE PALABRAS	11052
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	1319441583	SUMA DE CARACTERES	60655

Almudena
Gil
Ordóñez



Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

EL IMPACTO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LOS PENSAMIENTOS INTRUSIVOS EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL DE MUJERES ESPAÑOLAS

Autor/a: Almudena Gil Ordóñez
Director/a Profesional: Robin Rica Mora
Director/a Metodológico/a: David Paniagua Sánchez

EL IMPACTO DE LA INSATISFACCIÓN CORPORAL Y LOS PENSAMIENTOS INTRUSIVOS EN LA SATISFACCIÓN SEXUAL
DE MUJERES ESPAÑOLAS



MADRID | Mayo, 2020

Resumen

El objetivo de este trabajo fue analizar la influencia mediadora de los pensamientos intrusivos sobre la relación directa entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual. Para ello se realizó un estudio ex post facto, con una muestra no clínica de 314 mujeres de entre 18 y 68 años. Asimismo, esta investigación evaluó las relaciones existentes entre cuatro grupos de edad y las variables de estudio de forma independiente (i.e., satisfacción sexual, insatisfacción corporal y frecuencia de pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal). A raíz de los resultados, se concluye, por un lado, que no se puede demostrar que exista un efecto de mediación de los pensamientos intrusivos en la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual. Por otro lado, tampoco se ha encontrado evidencia empírica que indique que a mayor edad se reduzca la satisfacción sexual ni la insatisfacción corporal. Sin embargo, se ha podido observar que la frecuencia de pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal disminuye con la edad.

Palabras clave: satisfacción sexual, insatisfacción corporal, pensamientos intrusivos

Abstract

This study aims to analyze the mediating influence of intrusive thoughts on the relationship between body dissatisfaction and sexual satisfaction. For this purpose, an ex post facto study was carried out, with a non-clinical sample of 314 women between the ages of 18 and 68. Furthermore, this research assesses the relationships between four age groups and the study variables independently (i.e., sexual satisfaction, body dissatisfaction, and frequency of intrusive thoughts related to body image). Based on the results, it is concluded, on the one hand, that it cannot be demonstrated that there is a mediating effect of intrusive thoughts on the relationship between body dissatisfaction and sexual satisfaction. On the other hand, no empirical evidence has been found that indicates that sexual satisfaction or body dissatisfaction are reduced at an older age. However, it has been observed that the frequency of intrusive thoughts related to body image decreases with age.

Keywords: sexual satisfaction, body dissatisfaction, intrusive thoughts

El Impacto de la Insatisfacción Corporal y los Pensamientos Intrusivos en la Satisfacción Sexual de Mujeres Españolas

La sexualidad forma parte de nuestra vida cotidiana y es imprescindible para tener una buena salud y calidad de vida (Bridges, Ellison & Lease, 2004; Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004). La sexualidad es definida por la Organización Mundial de la Salud (i.e., OMS) como “una variable esencial del ser humano que incluye el sexo, la identidad y rol de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción” (Zapata, Soriano & Marín, 2016, p.46). El completo desarrollo de la sexualidad es fundamental para poder satisfacer nuestras necesidades biológicas, sociales, emocionales y culturales, y esto se consigue a través de la satisfacción de necesidades primarias como la intimidad, el contacto o el placer. (Arrington, Cofrancesco & Wu, 2004).

La salud sexual es un término relativamente reciente que fue definido por primera vez por la OMS en 1975 como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean positivamente enriquecedoras y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (OMS, 1975, p.6; Guasch, 1993, p. 115; Pérez, 2013, p.46). Más adelante, la OMS en 2006 amplía este concepto de salud sexual añadiendo que es un estado de bienestar relacionado con la sexualidad a nivel mental, emocional, físico y social, remarcando que no es únicamente la inexistencia de enfermedad o malestar (OMS, 2018). Además, es preciso concebir tanto la sexualidad como las relaciones sexuales desde una mirada respetuosa y positiva, y para ello es imprescindible respetar los derechos sexuales de las personas (OMS, 2018). La Encuesta Nacional de Salud Sexual del Ministerio de sanidad y política social de España (2009), encontró que gran parte de la población española (i.e., 87% hombres y 78% mujeres) consideraba la sexualidad como un aspecto necesario para el equilibrio personal (Larrañaga, Santiago & Yubero, 2012).

La sexualidad es intrínseca al ser humano y se encuentra a lo largo de todas las etapas evolutivas (De la Cruz, 2018). Crooks y Baur (2010) explican la sexualidad desde un enfoque biopsicosocial, es decir, como un concepto en el que están implicados factores biológicos como la función hormonal o del sistema nervioso; factores sociales determinados por nuestras normas y creencias culturales y contextuales; y, por último, factores psicológicos, que incluyen nuestras emociones, actitudes y motivaciones. La sexualidad comprende a su vez tres componentes: el deseo sexual, el funcionamiento sexual y la satisfacción sexual (Poinot, Brédart, This, De La Rochefordière & Dolbeault, 2005). El deseo sexual, Fuertes y López (1997) lo definen como la interacción entre la activación neurofisiológica, la disposición

cognitiva y emocional a la actividad sexual y la presencia de estímulos sexuales que pueden ser internos o externos (citado en Zubeidat, Ortega, Villar & Sierra, 2003; Zubeidat, Ortega & Sierra, 2004). El funcionamiento sexual por su parte, hace referencia al acto sexual en sí, es decir, el grado de excitación o la frecuencia y calidad de los orgasmos. Por último, la satisfacción sexual hace referencia a la percepción a nivel general de la sexualidad (Pintado, 2013).

La satisfacción sexual se ha definido a lo largo de la historia de diferentes formas debido a que el concepto ha ido evolucionando junto con la sociedad (Sorli, 2002 citado en Pinedo & Carlos, 2016). Muchas de las definiciones hacen referencia a la actividad sexogenital. Sin embargo, es fundamental tener en cuenta la percepción subjetiva de cada persona (Paredes & Pinto, 2009). La satisfacción sexual es definida por Rodríguez (2010, p. 42) como “la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones de la persona de su relación sexual en base a la percepción del cumplimiento de las necesidades y expectativas sexuales del individuo, así como de su pareja”.

La investigación sobre la satisfacción sexual resulta compleja debido a la implicación de variables tanto individuales, como de la respuesta sexual y relacionadas con la pareja (Ahumada, Lüttges, Temistodes & Soledad, 2014). En este sentido, encontramos dos tipos de estudios sobre la satisfacción sexual. Por un lado, aquellos que se centran en la frecuencia de la actividad sexual y la calidad de los orgasmos y por otro, estudios que hacen hincapié en los aspectos internos y afectivos como el amor o la comunicación (González-Rivera, Veray-Alicea, Santiago-Santos, Castro-Castro, & Quiñones-Soto, 2017).

La satisfacción sexual tiene importantes repercusiones en nuestro bienestar y calidad de vida. Sin embargo, un estudio realizado en 26 países con una muestra de 26.032 personas, siendo un 49% hombres y 51% mujeres, concluyó que solamente el 44% de la muestra está satisfecha con su vida sexual (Durex, 2007). En España este porcentaje asciende ligeramente, hasta un 49% según este informe. En esta misma línea, Pinedo y Carlos (2016) encontraron que un 50% de la población española no se siente satisfecha sexualmente.

Con respecto al género hay resultados contrapuestos en diferentes estudios. Por un lado, Ahumada et al. (2014) y González-Rivera et al. (2017) observan una mayor satisfacción sexual en varones que en mujeres. Sin embargo, Ojanlatva, Helenius, Rautava, Ahvenainen, & Koskenvuo (2003) han observado que las mujeres presentan un mayor grado de satisfacción sexual. Asimismo, en el Informe Durex (2007) se muestra que las mujeres se encontraban satisfechas en un 54% frente al 44% en los hombres. Estas discrepancias se podrían explicar debido a las conclusiones de otros estudios que indican que la satisfacción sexual en las mujeres

abarca una percepción subjetiva que no se reduce únicamente a la actividad sexual genital y por tanto existirían más variables que estarían influyendo en la satisfacción sexual (Valdés, Sapién & Córdoba, 2004).

En la investigación realizada por Carpenter, Nathanson & Kim (2009), los autores encontraron que la satisfacción sexual varía en función de la edad, disminuyendo en la adultez media. Más concretamente, los varones presentan un mayor grado de satisfacción sexual que las mujeres hasta los 25 años. No obstante, son las mujeres las que a partir de los 34 años se sienten más satisfechas que los hombres (Durex, 2007). Además, a pesar de que existe una disminución generalizada de la satisfacción sexual con la edad, se observa que las mujeres de entre 25 y 34 años son las que presentan una mayor satisfacción sexual (Durex, 2007).

Algunas de estas variables, que pueden ampliar el concepto de satisfacción sexual, fueron propuestas por Stulhofer, Busko & Brouillard (2004). Estos autores desarrollaron la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) bajo un marco teórico que incluía cinco dimensiones en la satisfacción sexual: las sensaciones sexuales, la conciencia sexual, el intercambio sexual, el apego emocional y las actividades sexuales. Sin embargo, tras el análisis factorial exploratorio del modelo no se pudo confirmar la propuesta teórica inicial, dando como resultado un modelo de dos dimensiones. Por un lado, aspectos centrados en uno mismo y por otro, aspectos centrados en la pareja sexual. De esta forma, estas dos dimensiones engloban las cinco propuestas iniciales. Más adelante, Ahumada et al. (2014) propusieron el bienestar psicológico, la comunicación en pareja y la autoaceptación como posibles variables que pudieran estar influyendo en la satisfacción sexual.

El estudio de la satisfacción sexual es de gran relevancia dado que es un potente predictor del bienestar psicológico (Carrobles & Guadix, 2011). De hecho, Arrington et al. (2004) encontraron mayores niveles de ansiedad, depresión, y malestar psicológico en personas que presentaban una baja satisfacción sexual (Carrobles & Guadix, 2011). Pinedo y Carlos (2016) añaden que la insatisfacción sexual influye en la salud mental, se relaciona con mayores niveles de inseguridad y menores índices de felicidad percibida.

La comunicación dentro de la pareja, la capacidad de expresar emoción y la satisfacción con la pareja son aspectos que igualmente influyen en la satisfacción sexual (Bryers, 2005). Asimismo, se ha encontrado que la percepción y evaluación subjetiva sobre nuestro cuerpo es otro aspecto que se relaciona con la satisfacción sexual (Calado, Lameiras & Rodríguez, 2004). En esta línea, existe una correlación entre la evaluación de la percepción del propio cuerpo, y la frecuencia de la actividad sexual en las mujeres (Faith, Mitchell & Schare, 1993; citado en Paredes & Pinto, 2009).

Teniendo en cuenta la influencia ejercida por la cultura en la imagen corporal cabe destacar la excesiva preocupación por la apariencia física y el cumplimiento de los estándares de belleza en las sociedades occidentales actuales (Vaquero-Cristóbal, Alacid, Muyor & López-Miñarro, 2013). En nuestra cultura, el estar delgado se asocia con la belleza, estar en forma, ser exitoso y tener seguridad (De Alda, 2009). La presión social que existe para alcanzar el “ideal de belleza” se ha convertido en una forma de consumo, aumentando el uso de tratamientos estéticos, de productos adelgazantes o de productos y servicios para tonificar el cuerpo (Salaberria, Rodríguez & Cruz, 2007).

El constructo de la imagen corporal lo definió Paul Schilder como “la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente” (Raich, 2004, p.16). Más adelante, Cash y Pruzinsky (1990) amplían la definición añadiendo que éste es un constructo multifacético en el que están implicadas las percepciones, los sentimientos y los pensamientos sobre la forma, tamaño y figura del cuerpo. Esta representación subjetiva está a su vez influenciada por la cultura y la sociedad (Raich, 2004). Además, la imagen corporal se desarrolla de forma evolutiva (Salaberria et al., 2007) y por tanto es un constructo dinámico (Gómez, 2013) que se va modificando según las etapas vitales y diferentes experiencias (Cash & Pruzinsky, 2004 citado en Gómez, 2013). Además, la imagen corporal afecta a nuestra forma de comportarnos, es decir, influye en nuestra conducta (Gómez, 2013).

La imagen corporal tiene a su vez tres dimensiones: perceptual, cognitiva-afectiva y conductual. La dimensión perceptual hace referencia al tamaño corporal. La cognitivo-afectiva implica las actitudes, los sentimientos y valoraciones sobre el cuerpo, peso y tamaño. Finalmente, la dimensión conductual, hace referencia a las conductas provocadas por la percepción corporal y los sentimientos asociados (Thompson, 1990 citado en Raich, 2004).

Por consiguiente, la imagen corporal cuenta con un componente de valoración subjetiva, de modo que las personas pueden sentirse más o menos satisfechas con su cuerpo independientemente del peso, tamaño y figura del mismo (Otero, Fernández & Castro, 2004). La satisfacción corporal es un constructo que se ha estudiado ampliamente. En este sentido, Cash y Green (1986) encontraron que el 55% de las mujeres y el 41% de los hombres no estaban satisfechos con su físico. Veinticinco años después, la insatisfacción por la apariencia física se ha visto aumentada en ambos sexos (Cash & Hrabosky, 2004; Marco, 2004).

Las investigaciones relacionadas con la satisfacción de la imagen corporal se han desarrollado mayoritariamente utilizando dos parámetros. Por un lado, el deseo de tener una figura más delgada, y por otro, el deseo de perder peso. En relación con el primer tipo de estudios, algunos autores observan que en torno a un 80% de jóvenes desean estar más delgados

(Tannenhaus, 1995 citado en De Alda, 2009). En esta línea, Baile y Garrido (1999) estudiaron la insatisfacción corporal en un grupo de 130 mujeres adolescentes de entre 15 y 17 años, encontrando que el 78% de éstas manifestaban que les gustaría estar más delgadas. Lora-Cortez y Saucedo-Molina (2006) realizaron una investigación con un total de 659 mujeres de entre 25 y 45 años en México en el que encontraron evidencia de que el 78% de las mujeres presentaban insatisfacción con su imagen corporal y que el 70.1% quería estar más delgada. Algunas investigaciones más recientes señalan que esta presión hacia la delgadez es mayor en las mujeres dado que el ideal estético corporal es distinto en mujeres que hombres, observándose en estos últimos una mayor tendencia a desear un aumento de la masa muscular (Trejo, Castro, Facio, Mollinedo, & Valdez, 2010).

En cuanto al segundo tipo de estudios, relacionados con el peso, el 89% de las mujeres muestran un claro deseo de perder peso y el 56% manifiestan estar insatisfechas con su físico (Garner, 1997). De la misma forma, Bellisle, Monneuse, Steptoe y Wardle (1995) en un estudio realizado en 21 países hallaron que un 44% de mujeres deseaba perder peso. En esta línea, en un estudio realizado con jóvenes universitarios en España, el 64,4% de los participantes que consideraron la necesidad de perder peso fueron mujeres (Castejón, Berengüí & Garcés de los Fayos, 2016). Lameiras, Calado, Rodríguez y Fernández (2003), en otra investigación con 451 estudiantes universitarios, de los cuales el 71% eran mujeres, observaron que, el 70% de estas, deseaba pesar menos a pesar de que el 84.2% de la muestra tenía un peso saludable. En otra investigación, realizada con 2168 personas, de las cuales el 74% eran mujeres con una media de 31 años y un peso saludable, se encontró que el 69% quería perder peso siendo el 77% por razones estéticas (Rodríguez-Rodríguez, Aparicio, López-Sobaler & Ortega, 2009).

Los estudios realizados sobre la insatisfacción corporal se han centrado fundamentalmente en población joven (Valenciano & Solano, 2012). Según Cano (2017) la edad y la etapa del ciclo vital de las personas son dos aspectos a tener en cuenta en el estudio de la satisfacción e insatisfacción corporal. Así los resultados obtenidos por Lameiras et al. (2003) y Castejón et al., (2016), concuerdan con lo que proponen Knauss, Paxton y Alsaker (2007) sobre que las etapas con un mayor malestar e insatisfacción por el cuerpo son la adolescencia y la juventud entendiendo estas etapas entre los 12 y 18 años. Sin embargo, Sánchez y Maganto (2009), en una investigación realizada en España con 176 personas mayores de 50 años dividiéndolas en dos grupos, madurez (entre 50 y 65 años) y vejez (mayores de 65), observaron que dos de cada tres personas de la muestra mostraban una preocupación significativa por su imagen corporal. Estos autores proponen que no es que haya una disminución de la insatisfacción corporal con la edad, sino que las preocupaciones son

distintas. De hecho, todavía no existe evidencia de que un aumento de la edad esté relacionado con una disminución de la insatisfacción corporal (Sánchez & Maganto, 2009). En este sentido, las investigaciones apuntan que, en la madurez, la insatisfacción corporal cambia, dando más importancia a aspectos relacionados con los signos de la edad como la presencia de arrugas o la pérdida de pelo (Sánchez & Maganto, 2009).

Por insatisfacción corporal se entiende la desvalorización y el desprecio por el cuerpo, que puede darse mediante alteraciones perceptivas, cognitivas, actitudinales y motivacionales (Garner & Garfinkel, 1981). Las alteraciones perceptivas son las distorsiones de la imagen corporal, es decir, la incapacidad de la persona para ser objetiva con el tamaño y aspecto de su cuerpo. Por otro lado, las alteraciones cognitivas, actitudinales y motivacionales son las formas que tiene la persona de evitar su cuerpo y desvalorarlo. (Garner & Garfinkel, 1981). Por tanto, esta concepción de la insatisfacción corporal divide entre lo que observamos en nuestro cuerpo y cómo nos hace sentir eso que vemos (Garner & Garfinkel, 1981).

Esta percepción que cada uno tenemos sobre nuestra imagen corporal nos afecta en la manera que tenemos de pensar, comportarnos, sentir y de relacionarnos con los otros (Gómez, 2013). Por tanto, las alteraciones en la imagen corporal se producen cuando “la representación mental del cuerpo no coincide con el cuerpo que está siendo representado” (Paredes & Pinto, 2009). Como consecuencia, las alteraciones en la percepción de la imagen corporal pueden influir en varios factores como, por ejemplo, en el ámbito sexual (Calado, et al., 2004). En esta línea, diversos autores destacan la importancia de la imagen corporal en la satisfacción sexual. La forma de percibir y evaluar de forma subjetiva nuestro aspecto físico se relaciona con nuestra satisfacción sexual (Calado et al., 2004; Paredes & Pinto, 2009). Algunos estudios sugieren que las personas que tienen una autopercepción positiva de su físico tienen una mayor satisfacción sexual debido a que su confianza es mayor y esto repercute en un aumento de las oportunidades para relacionarse e implicarse sexualmente (Meston, Trapnell & Gorzalka, 1997). En esta línea, las mujeres con una alta autoconciencia sobre su cuerpo y su imagen corporal muestran estar más satisfechas con su vida sexual que las que presentan una baja autoconciencia (Dove & Wiederman, 2000).

Sin embargo, el aspecto sexual no es el único que puede verse afectado para aquellas personas que presentan distorsiones en la imagen corporal. Éstas percepciones pueden influir también en tener una baja autoestima, ansiedad interpersonal, rechazo al propio cuerpo, depresión, disfunciones sexuales, inseguridad, sentimientos de ineficacia, entre otros (Holander, Cohen & Simeon, 1993; Trejo et al., 2010); de tal forma que pueden desencadenar conductas y acciones que lleven a restaurar ese malestar emocional (Baños, Botella & Perpiñá,

2002). En esta misma línea De Alda (2009), destaca que tener una visión negativa del cuerpo puede llevar a poner en marcha conductas para perder peso entre ellas la restricción alimentaria, abuso del ejercicio físico, o incluso iniciar tratamientos estéticos (Holander et al., 1993; Gómez, 2013). Asimismo, estas conductas pueden influir en la aparición de trastornos de la alimentación (Trejo et al., 2010).

Los trastornos de la conducta alimentaria (i.e., TCA) son un tipo de trastornos que se caracterizan por presentar perturbaciones en el comportamiento y las conductas relacionadas con la alimentación y la ingesta de comidas (De Alda, 2009). Dado el aumento de su prevalencia, el estudio de los TCA, concretamente de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, tiene un gran interés en nuestra sociedad (De Alda, 2009). Según la American Psychiatric Association (APA) entre el 1 y 2% de los jóvenes presentan Anorexia Nerviosa y entre un 2 y 3% Bulimia Nerviosa (Lucas, Beard, O'Fallon & Kurland, 1991).

Otro trastorno que refiere alteraciones en la imagen corporal es el Trastorno Dismórfico Corporal (i.e., TDC) (Marco, 2004). El TDC se define en el DSM-5 (APA, 2014) como un trastorno en el que la persona tiene una gran preocupación por su apariencia física y le generan mucha angustia sus defectos, aunque sean leves o inexistentes. Estas preocupaciones pueden ser sobre un área particular del cuerpo o que sientan que su apariencia en general está deformada o es "fea". Los pensamientos desadaptativos que se han observado más a menudo sobre la imagen corporal en las mujeres son el peso, piel, abdomen, muslos, nalgas, caderas, vello, entre otros (Arancibia, Behar, Heitzer & Meza, 2016).

Aunque los TCA y el TDC tienen como componente central la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal, existen diferencias entre ellos. Mientras que en los TCA las preocupaciones están más focalizadas en el peso y la figura corporal de manera más amplia, en el TDC las preocupaciones están más dirigidas a zonas concretas del cuerpo (Arancibia, et al., 2016). También encontramos diferencias en ambos cuadros en cuanto al género, de forma que en el TDC la proporción es de 3:2, siendo ligeramente más prevalente en mujeres, y en cambio en los TCA la prevalencia es mucho mayor en mujeres, siendo la proporción de 9:1 (Arancibia, et al., 2016). Por otro lado, se ha observado que en el TDC las estrategias de afrontamiento son más desadaptativas dados los pensamientos intrusivos constantes (Arancibia, et al., 2016).

El TDC se encuentra en el DSM-5 incluido en los Trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados, debido a que las personas con TDC presentan rumiaciones, obsesiones o preocupaciones excesivas (Belloch & Giraldo-O'Meara, 2017). Las preocupaciones presentes en el TDC consisten en intrusiones no deseadas de pensamientos repentinos, involuntarios, recurrentes, difíciles de controlar y que influyen en la vida de las personas que

los tienen, con el matiz de que éstos hacen referencia a aspectos relacionados con la imagen corporal (Belloch & Giraldo-O'Meara, 2017). Se observan comportamientos compulsivos, de comprobación como chequeos constantes en el espejo o evitación de estos, ocultar con la ropa los defectos percibidos, y en casos más graves pueden llegar al aislamiento social (Arancibia, et al., 2016). Además, la presencia de estos comportamientos aumenta el riesgo de presentar desórdenes en el estado de ánimo, ansiedad e hipocondría, y mayores tasas de conductas suicidas (Arancibia, et al., 2016).

Diversas investigaciones relacionan los Trastornos Obsesivo-Compulsivos con dificultades para las relaciones interpersonales, y en estas se incluye la capacidad para intimar. Según Pérez (2014), la intimidad es fundamental para la satisfacción sexual, por lo que las personas con dificultades en este ámbito presentan con frecuencia insatisfacción con su vida sexual y falta de sensualidad, llegando incluso a la evitación de las relaciones sexuales. Esto es debido a que las personas con TOC o TDC procuran ocultar sus obsesiones y compulsiones para no ser rechazados (Pérez, 2014).

Estas intrusiones mentales no deseadas son una modalidad de desadaptación consciente del pensamiento, al igual que las preocupaciones y las rumias (Pascual-Vera, et al., 2019). Sin embargo, existen diferencias entre ellos. Las preocupaciones son cadenas de pensamientos o imágenes incontrolables de contenido fundamentalmente negativo (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & Depree, 1983). Las rumias por otro lado, hacen referencia a la forma de analizar los problemas de manera repetitiva, sin tomar medidas en la acción, generando así preocupaciones y angustia (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Las tres modalidades de pensamiento son difícilmente controlables. Sin embargo, las intrusiones mentales generan un impulso mayor a llevar a cabo conductas neutralizantes (Fergus, 2013).

Las diferencias entre las intrusiones habituales que podemos encontrar en la mayor parte de la población, o las intrusiones como síntomas clínicos radica en dos aspectos fundamentalmente. Primero, en el aferramiento a los contenidos y a la angustia que le provocan las intrusiones. En segundo lugar, en los esfuerzos llevados a cabo para neutralizar o suprimir las intrusiones (Pascual-Vera & Belloch, 2018). Para reducir la angustia provocada por las intrusiones se ponen en marcha mecanismos que pueden ser abiertos o encubiertos como, por ejemplo, la ocultación, la evitación o los intentos de control, entre otros (Pascual-Vera, Sanchís & Fuster, 2017). Se genera así un círculo que contribuye al mantenimiento del problema, creándose un vínculo funcional entre las evaluaciones disfuncionales que hace la persona ante la experiencia de la intrusión y las acciones que lleva a cabo para controlarla (Pascual-Vera & Belloch, 2018).

A pesar del impacto que puede llegar a tener en las personas, los pensamientos intrusivos son universales y comunes a la experiencia humana (Pascual-Vera et al., 2017). Rachman y De Silva (1978) fueron los primeros en observar que las intrusiones mentales no se podían distinguir entre la población clínica y la no clínica. Actualmente, encontramos estudios que muestran que entre el 80 y el 99% de la población no clínica presentan ocasionalmente intrusiones mentales (Clark & Rhyno, 2005; Pascual-Vera et al., 2017). Clark et al., (2014) encontraron que el 93.6% de los individuos en 13 países diferentes informaron haber experimentado pensamientos intrusivos obsesivos. Es más, el 84% de la población sin psicopatología tenía pensamientos intrusivos con contenidos parecidos a las personas que padecían un Trastorno Dismórfico Corporal (Onden-Lim y Grisham, 2013). Estos datos concuerdan con lo que proponían Belloch y Giraldo-O'Meara (2017) apoyando así la universalidad de estas intrusiones mentales. Autores como Striegel-Moore y Bulik (2007) explican esta universalidad atendiendo a la presión social por la apariencia física en nuestra cultura. Estos autores inciden también en que la presión es mayor para las mujeres que para los hombres (Striegel-Moore & Bulik, 2007; Pascual-Vera et al., 2017; Belloch & Giraldo-O'Meara, 2017). Asimismo, se ha evidenciado la existencia de una relación inversa con la edad, es decir, a mayor edad se reduce la frecuencia de intrusiones (Belloch & Giraldo-O'Meara, 2017).

A nivel psicopatológico, los contenidos de las intrusiones mentales están relacionados con los miedos centrales de cada trastorno (Pascual-Vera, et al., 2017). De esta forma, los contenidos pueden ser referidos a obsesiones, preocupaciones dismórficas, imágenes sobre enfermedades y muerte o pensamientos e impulsos sobre la alimentación, entre otros (Pascual-Vera & Belloch, 2018). En todos los casos estas intensas preocupaciones son percibidas como intrusivas, angustiantes y disfuncionales (Pascual-Vera, et al., 2017). Como consecuencia, las intrusiones mentales al operar en diferentes trastornos clínicos, se consideran un factor Transdiagnóstico. Por tanto, puede ser una experiencia universal independientemente de la cultura o de las influencias sociales (Pascual-Vera, et al. 2019).

En definitiva, la insatisfacción corporal está afectando a una parte de la población, siendo éstas en mayor medida mujeres (Cash & Green, 1986; Lameiras et al., 2003; Cano, 2017). Una alta insatisfacción corporal trae consigo múltiples consecuencias, entre ellas ansiedad interpersonal, depresión, inseguridad, baja autoestima, rechazo al propio cuerpo, disfunciones sexuales (Holander et al., 1993; Trejo et al., 2010). Además, estas personas suelen presentar frecuentemente intrusiones cognitivas y compulsiones (Roncero, Perpiñá & Belloch, 2010). Tanto las intrusiones como el malestar ocasionado por la insatisfacción corporal hacen

que se pongan en marcha mecanismos que mantienen el problema como la evitación, la ocultación (Pascual-Vera et al., 2017), restricción alimentaria, conductas para perder peso, abuso del ejercicio físico, entre otras (Holander et al., 1993; Gómez, 2013). Pese a toda la evidencia que existe acerca de la insatisfacción corporal (Cano, 2017) y de las intrusiones cognitivas (Roncero, et al., 2010), las investigaciones sobre cómo afectan éstas a los distintos ámbitos de la vida de estas personas, en concreto a la esfera sexual, son escasas (Pérez, 2014).

La percepción de un nivel alto de satisfacción sexual se relaciona con una mejor salud tanto física como psicológica, con un mayor nivel de bienestar y con una mayor calidad de vida (Ahumada, et al., 2014). Por el contrario, la insatisfacción sexual se relaciona con un mayor malestar psicológico (Arrington et. al, 2004) y se ve influida significativamente por el nivel de insatisfacción corporal (Calado et al., 2004; Dove & Wiederman, 2000). La preocupación excesiva por la imagen corporal se acompaña de frecuentes pensamientos intrusivos sobre ello, y esto afecta a la calidad de las relaciones sexuales de forma que cualquier distorsión cognitiva afecta negativamente a la actividad sexual (Otero et al., 2004). Por consiguiente, resulta pertinente estudiar la influencia de la imagen corporal en la satisfacción sexual y cómo las distorsiones cognitivas relacionadas con la imagen corporal pueden estar influyendo en esta relación.

Por todo ello, se plantea como objetivo general de este estudio explorar la posible relación entre la insatisfacción corporal y el grado de satisfacción sexual de las mujeres españolas, y cómo afectan a esta relación los pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal. Para llevar a cabo esto, se proponen dos objetivos específicos. El primero, observar la influencia mediadora de la frecuencia de los pensamientos intrusivos en la relación entre la satisfacción sexual y la insatisfacción corporal en mujeres. Y el segundo, estudiar si existen diferencias entre los grupos de edad en función de la satisfacción sexual, la insatisfacción corporal y la frecuencia de pensamientos intrusivos de forma independiente.

Además, a partir de los estudios e investigaciones científicas revisadas, se proponen cuatro hipótesis.

H1: La frecuencia de pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal median en la relación entre la satisfacción corporal y la satisfacción sexual.

H2: A mayor edad, las mujeres presentan una menor satisfacción sexual.

H3: No existen diferencias en la insatisfacción corporal entre las mujeres en función de la edad.

H4: A mayor edad, las mujeres presentan una menor frecuencia de pensamientos intrusivos con respecto a su imagen corporal.

Método

Participantes

El presente estudio se realizó sobre una muestra no clínica compuesta por 324 participantes, 314 mujeres y 10 hombres de entre 18 y 68 años (96.9% y 3.1%, respectivamente). Del total, 315 fueron de nacionalidad española y nueve de otra; además, cinco personas no habían mantenido nunca relaciones sexuales. El acceso a la muestra y la recogida de datos fue a través de una plataforma online para tener un mejor acceso a la población.

Los criterios de inclusión para la participación fueron, mujeres españolas mayores de edad y que hubieran mantenido relaciones sexuales. Por tanto, los varones, las mujeres que no hubieran mantenido nunca relaciones sexuales, y las menores de edad quedaron excluidas del estudio. La muestra final del estudio estaba compuesta por 301 mujeres, siendo la media de edad de 33.59 años (DT = 14.17). El 25.6% estaban solteras, el 44.2% en pareja, el 23.6% casadas, el 5.6% divorciadas y el 1% viudas. En cuanto a la orientación sexual, el 88.4% refirió ser heterosexual, frente al 6% homosexual y un 9.6% bisexual.

Instrumentos

Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Stulhofer, Busko & Brouillard, 2010; Pérez, 2013). Esta escala evalúa el nivel de satisfacción sexual mediante 20 ítems tipo Likert de uno a cinco, siendo uno *nada satisfecho* y cinco *extremadamente satisfecho*. La escala mide dos dimensiones específicas de la satisfacción sexual que son, por un lado, “aspectos centrados en uno mismo” y por otro, “aspectos centrados en la pareja sexual”. La puntuación de los ítems se divide en cuatro rangos, baja satisfacción sexual (de 29 a 59 puntos), media (de 60 a 69 puntos), alta (de 70 a 79) y muy alta satisfacción (de 80 a 98 puntos). En su versión original, el cuestionario presenta un alfa de Cronbach de .90, y para la versión en castellano se obtuvo una fiabilidad alta ($\alpha = .93$).

Body Attitude Test (BAT) o Test de las Actitudes Corporales (Probst, Van Coppenolle & Vandereycken, 1997; Gila, Castro, Gómez, Toro & Salamero 1999). Cuestionario autoinformado de 20 ítems que evalúa la insatisfacción corporal mediante una escala tipo Likert de cero a cinco, siendo cero *nunca* y cinco *siempre*. El BAT está compuesto por tres factores que son “la apreciación negativa del tamaño del cuerpo”, “la falta de familiaridad con el propio cuerpo” y “la insatisfacción general con el cuerpo”. Estos explican el 64.2% de la varianza en

la versión original, y un 67.1% en la versión en castellano. La puntuación de los ítems es de 0 a 100, con un punto de corte de 36. El cuestionario presentó una consistencia interna alta en la versión original ($\alpha = .93$), y un alfa de Cronbach de .92 para la versión en castellano.

Appearance Intrusions Questionnaire (AIQ) en su versión reducida (Belloch & Giraldo-O'Meara, 2017). Esta escala evalúa la frecuencia de pensamientos intrusivos mediante 27 ítems tipo Likert de uno a siete, siendo uno, *nunca he tenido esta intrusión* y siete, *tengo esta intrusión varias veces al día*. El cuestionario está compuesto por cinco factores que son, “preocupaciones relacionadas con defectos”, “relacionados con los otros”, “ocultamiento”, “funciones corporales” e “impulso de hacer algo”. En su versión original, el cuestionario presenta un alfa de Cronbach de .96.

Procedimiento

Se utilizó un diseño de tipo ex post facto y de corte transversal dado que la recogida de datos se realizó una única vez (León y Montero, 2003). El procedimiento de muestreo fue no probabilístico de tipo bola de nieve. Las variables estudiadas han sido la satisfacción sexual, la insatisfacción con la imagen corporal y la frecuencia de pensamientos intrusivos, medidas a través de cuestionarios autoinformados.

Los cuestionarios se administraron a través de una plataforma online mediante un enlace. Previamente, se proporcionó una breve explicación del estudio, así como una invitación a participar en el mismo. Al acceder al enlace, al destinatario se le pedía que leyera y aceptara el consentimiento informado antes de empezar a rellenar el cuestionario. La participación fue en todo momento voluntaria y se les informaba de que podían abandonar en cualquier momento el estudio. Posteriormente se explicaban las instrucciones de cumplimentación de cada cuestionario.

Las respuestas fueron anónimas, de forma que no era posible identificar a las participantes encuestadas con sus respuestas. Para la protección de los datos, se desactivó la opción de guardado del número IP de las participantes, guardando así su privacidad. Al finalizar se les ofreció un correo electrónico por si deseaban contactar para saber más acerca de la investigación y de los datos obtenidos.

Análisis estadísticos

Para el análisis de los resultados se utilizó el programa informático IBM Statistics SPSS (versión 26) y el programa PROCESS de Hayes (2013). En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables de estudio: edad, satisfacción sexual, insatisfacción corporal y frecuencia de pensamientos intrusivos. A continuación, se procedió a estudiar el supuesto de normalidad, a partir de la prueba Kolmogorov-Smirnov ($N > 50$), para todas las variables con el fin de observar si el conjunto de datos era consistente con una distribución normal. Seguidamente para la verificación de las hipótesis se analizaron los datos a partir de un análisis de mediación con el objetivo de comprobar de qué forma la frecuencia de pensamientos intrusivos influían en la relación entre la satisfacción sexual y la insatisfacción corporal. Para ello, se calculó el efecto mediador de la frecuencia de pensamientos intrusivos en la relación entre la satisfacción sexual y la insatisfacción corporal. Se observaron el efecto directo (c') e indirecto ($a*b$) de la mediación, así como la relación simple (c), es decir, el efecto de la insatisfacción sexual sobre la satisfacción sexual (Baron y Kenny, 1986). Para ello, se realizó un re-muestreo o *bootstrapping*, con 5000 submuestras para generar una distribución muestral de medias (Henseler et al., 2009). Además, se compararon, a través de un Chi-cuadrado, las proporciones entre los grupos de edad y las categorías de satisfacción sexual. Mediante la prueba no paramétrica Kruskal-Wallis se comprobó si existían diferencias significativas entre los grupos de edad en la insatisfacción corporal y en la frecuencia de pensamientos intrusivos. Finalmente, se realizó U-Mann-Whitney para ver cómo eran esas diferencias por cada grupo de edad. El nivel de confianza empleado en los contrastes fue del 95%.

Resultados

Una vez recabados todos los datos, se realizó un análisis descriptivo de éstos, tanto de las variables cualitativas (Tabla 1) como de las de las variables cuantitativas (Tabla 2). En la Tabla 2 se observa que la satisfacción sexual de la muestra en general es alta y que el grupo es heterogéneo ($M = 76.62$; $DT = 13.49$). En cuanto a la insatisfacción corporal, el rango de las puntuaciones oscila entre 5 y 96. Sin embargo, la puntuación media de la muestra supera el punto de corte del cuestionario (i.e., 36), lo que indicaría que la mayoría de las mujeres se muestran insatisfechas con su cuerpo ($M = 37.80$; $DT = 19.59$). La frecuencia de pensamientos intrusivos en general es baja, aunque las respuestas son muy heterogéneas también ($M = 66.59$; $DT = 34.33$).

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de grupos de satisfacción sexual, grupos de edad, orientación sexual y estado civil

Características de la muestra		Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Grupos de edad	18-23	107	35.5
	24-30	70	23.3
	31-50	71	23.6
	+50	53	17.6
Orientación sexual	Heterosexual	266	88.4
	Homosexual	6	2.0
	Bisexual	29	9.6
Estado civil	Soltera	77	25.6
	En pareja	133	44.2
	Casada	71	23.6
	Divorciada	17	5.6
	Viuda	3	1.0
Satisfacción sexual	Baja	34	11.3
	Media	47	15.6
	Alta	77	25.6
	Muy alta	143	47.5

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la satisfacción sexual, insatisfacción corporal y frecuencia de pensamientos intrusivos

Variables	Media	DT	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Error típico	Estadístico	Error típico
Satisfacción sexual	76.62	13.49	-.702	.140	.233	.280
Insatisfacción corporal	37.80	19.59	.747	.140	.018	.280
Frecuencia de intrusiones	66.59	34.33	1.093	.140	.525	.280

El resultado de la prueba Kolmogorov-Smirnov se presenta en la Tabla 3. Se puede observar que la muestra no cumple el supuesto de normalidad para ninguna de las variables ($p < .05$). Por lo tanto, el resto de los contrastes se realizaron a partir de pruebas no paramétricas.

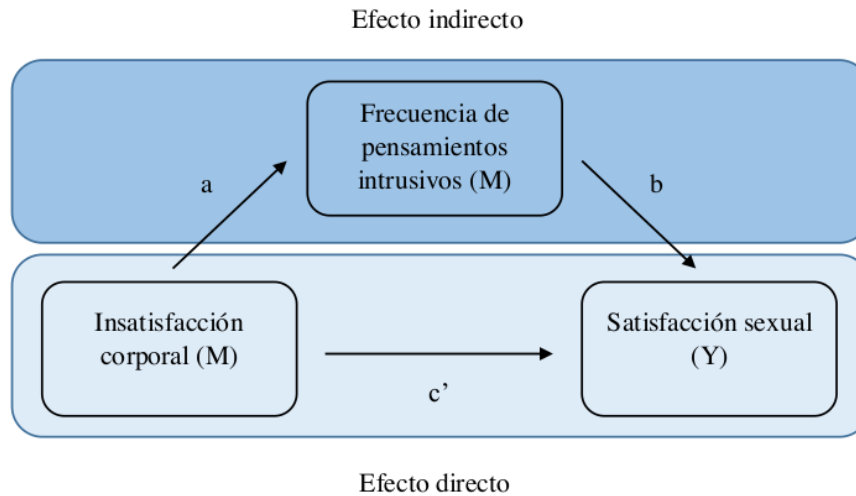
Tabla 3

Pruebas de normalidad. Kolmogorov-Smirnov.

Grupos de edad	Insatisfacción corporal			Frecuencia de intrusiones		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
18-23	.15	107	<.001	.14	107	<.001
24-30	.11	70	.024	.15	70	.001
31-50	.09	71	.200	.24	71	<.001
+50	.20	53	<.001	.20	53	<.001

En segundo lugar, se procedió a calcular el efecto mediador de la frecuencia de pensamientos intrusivos (i.e. M) en la relación entre la insatisfacción corporal (i.e. X) y la satisfacción sexual (i.e. Y). Los resultados obtenidos se presentan en la Figura 1. Se observa que la relación simple es significativa ($\beta = -.14$; $p < .001$), es decir, la insatisfacción corporal tiene un impacto inverso sobre la satisfacción sexual. También se observa que el efecto directo de X sobre Y en la mediación es significativo ($\beta = -.12$; $p < .05$). En cuando al efecto indirecto, se diferencian dos resultados, por un lado, el impacto de X sobre M (i.e. a) y por otro el de M sobre Y (i.e. b). Se ha encontrado que el efecto de la insatisfacción corporal sobre la frecuencia de pensamientos intrusivos es significativa y directa ($\beta = 1.23$; $p < .001$). Sin embargo, no se ha podido comprobar que el efecto de la frecuencia de pensamientos intrusivos sobre la satisfacción sexual sea significativo ($\beta = -.02$; $p > .05$).

Según los datos, no se ha podido comprobar que exista un efecto de mediación significativo de la frecuencia de pensamientos intrusivos de la imagen corporal en la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual ($\beta = -.03$; 95% IC [-.11 – .06]). Sin embargo, mediante una regresión lineal simple se observó que existía un efecto significativo de la frecuencia de pensamientos intrusivos en la satisfacción sexual ($\beta = -.07$; $t = -3.04$; $p < .01$).

Figura 1*Modelo de mediación*

Seguidamente, a partir de la prueba Chi cuadrado, se pudo observar que no es posible afirmar que exista una asociación entre los diferentes grupos de edad y cada una de las categorías de satisfacción sexual ($\chi^2 = 10.33$; $p > .05$; $CC = .18$).

A continuación, para comprobar si existían diferencias entre los grupos de edad en función de la insatisfacción corporal y en función de la frecuencia de pensamientos intrusivos, se utilizó el estadístico Kruskal-Wallis. Los resultados reflejados en la Tabla 4 muestran que no se puede afirmar que existan diferencias significativas entre los grupos de edad y la insatisfacción corporal ($\chi^2 = 2.15$; $p > .05$). Sin embargo, se puede observar que existen diferencias significativas en la frecuencia de pensamientos intrusivos en función de la edad ($\chi^2 = 24.76$; $p < .001$; $\epsilon^2 = .073$).

Tabla 4*Contraste estadístico Kruskal Wallis*

Variables	Chi-cuadrado	gl	Sig.
BAT_Total	2.15	3	.54
AIQ_Total	24.76	3	<.001

Por último, se realizó la prueba U-Mann-Whitney para ver concretamente entre qué grupos de edad había diferencias. Para corregir el error tipo I, se realizó una corrección de Bonferroni, utilizando $p > .008$ como valor de significación. En la Tabla 5, se muestra que existen diferencias significativas entre el grupo de 18 a 23 años y el de 31 y 50 años ($U = 2897.50$; $p < .008$), siendo el de 18 y 23 el grupo que más pensamientos intrusivos presenta, con un tamaño del efecto medio ($d = .41$). También existen diferencias significativas entre el grupo de 18 a 23 años y el de mayores de 50 años ($U = 1681.50$; $p < .008$), siendo mayor el número en el grupo de 18 a 23 años, presentando éste un efecto grande ($d = .70$). Asimismo, entre el grupo de 24 a 30 años y el grupo de entre 31 y 50 años se encuentran diferencias significativas ($U = 1842.50$; $p \leq .008$), siendo el grupo de 24 a 30 años el que presenta más frecuencia de pensamientos intrusivos, con un tamaño del efecto medio ($d = .45$). Por último, se observan diferencias significativas entre el grupo de 24 a 30 años y el de mayores de 50 ($U = 1074.00$; $p < .008$), existiendo más pensamientos intrusivos en el grupo de 24 a 30 años, y presentando un efecto grande ($d = .77$).

Tabla 5

U-Mann-Whitney para la frecuencia de pensamientos intrusivos

	24-30		31-50		+50	
	U	Sig	U	Sig	U	Sig
18-23	3692.00	0.87	2897.50	0.007	1681.50	<.001
24-30			1842.50	0.008	1074.00	<.001
31-50					1521.50	0.07

Discusión

La satisfacción sexual es un predictor del bienestar psicológico (Carrobbles & Guadix, 2011). Sin embargo, ésta se ve influida por diferentes factores tanto individuales como aquellos relacionados con la pareja sexual (Ahumada, et al., 2014). En relación con los factores individuales, se ha encontrado que la insatisfacción con el propio cuerpo influye negativamente y de forma significativa en la satisfacción sexual (Calado et al., 2004). Asimismo, una elevada insatisfacción corporal genera pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal de forma recurrente (Roncero et al., 2010). De esta forma, las distorsiones cognitivas son otro factor que tiene un impacto negativo en la satisfacción sexual (Otero et al., 2004).

En esta investigación se planteó la posibilidad de que el impacto de la insatisfacción corporal sobre la satisfacción sexual no fuera únicamente un efecto directo. En definitiva, que pudieran existir otras variables que pudieran estar afectando, como por ejemplo las intrusiones cognitivas. Por ello, la propuesta de este trabajo fue plantear la posibilidad de que existiera un efecto mediador de las intrusiones mentales en la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual, en consonancia con investigaciones previas que ya habían mostrado la relación entre los pensamientos intrusivos y éstas variables (i.e., satisfacción sexual e insatisfacción corporal) de forma independiente (Otero et al., 2004). Para el desarrollo del presente trabajo se plantearon dos objetivos principales.

El primer objetivo, fue estudiar la existencia de un efecto mediador de la frecuencia de pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal en la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual. Según los resultados obtenidos, no se puede confirmar que esté existiendo este efecto mediador de los pensamientos intrusivos. Por lo tanto, no se cumple la hipótesis propuesta sobre el efecto de mediación. Sin embargo, sí se ha observado un efecto directo significativo de la insatisfacción corporal en la satisfacción sexual, de manera que tener una alta insatisfacción corporal predice una menor satisfacción sexual. Estos resultados concuerdan con lo que afirman Calado et al. (2004) sobre el impacto que tiene la presencia de alteraciones referidas a la imagen corporal sobre la satisfacción sexual. También se han obtenido resultados similares a los que encontraron Belloch y Giraldo-O'Meara (2017) con respecto a la existencia de un efecto significativo de la insatisfacción corporal en la frecuencia de pensamientos intrusivos, es decir, presentar una alta insatisfacción corporal tiene un impacto directo en una mayor presencia de pensamientos intrusivos.

A pesar de no haber podido confirmar el efecto mediador propuesto dado que no se encontró un efecto indirecto significativo de la frecuencia de pensamientos intrusivos en la satisfacción sexual, al realizar una regresión lineal simple entre ambas variables se encontró un impacto significativo de la frecuencia de pensamientos intrusivos en la satisfacción sexual, de forma que a mayor frecuencia de pensamientos intrusivos se observa una menor satisfacción sexual. Algo que ya afirmaban Otero et al. (2004). En sus investigaciones encontraron que las distorsiones cognitivas afectaban negativamente a las experiencias sexuales.

El segundo objetivo planteado fue estudiar si existían diferencias significativas entre los grupos de edad en cada una de las tres variables de estudio. En primer lugar, en cuanto a la satisfacción sexual, se propuso como hipótesis que, a mayor edad las mujeres presentarían una menor satisfacción sexual, acorde con lo que proponían Carpenter et al. (2009) con respecto a que a partir de la adultez media la satisfacción sexual disminuye. En esta investigación no se

han observado diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad. Además, en este estudio se ha observado que un 25.6% presenta una alta satisfacción sexual y un 47.5% presenta una muy alta satisfacción sexual. Por lo que un 73.1% de la muestra total se siente satisfecha con su vida sexual. Estos datos resultan interesantes dado que son porcentajes más elevados a lo encontrado en la literatura. Diversas investigaciones que evaluaron la satisfacción sexual en mujeres encontraron que un 49% presentaban satisfacción sexual (Durex, 2007), y Pinedo y Carlos (2016) observaron un 50% de satisfacción.

Estas diferencias entre los resultados en la investigación de Carpenter et al. (2009) y ésta, se podrían explicar porque la población que utilizaron Carpenter et al. fueron nacidos entre 1933 y 1952, en cambio en el presente estudio la participante con mayor edad nació en 1951. Por lo tanto, se puede observar una diferencia relevante en los periodos históricos vitales de las diferentes muestras. Esto puede estar influyendo porque el contexto en el que se desarrolla un niño tiene mucha influencia en su conducta futura, de forma que la educación de las mujeres propia de la década de los años 30 y 40 del siglo XX se caracterizaba por presentar un estilo restrictivo, basado en el cuidado del hombre y la familia, en la que la mujer tenía un papel de servicio y no tenía derecho al disfrute sexual (Galindo, 2014). Por ello, es previsible que esta educación influyese en sus vidas de adultas (Galindo, 2014). Por lo tanto, las participantes del estudio de Carpenter et al., que nacieron entre los años 30' y 50' es esperable que tengan una mayor represión sexual y por tanto menor satisfacción sexual comparado con las del estudio actual, nacidas a partir de los años 50' donde ya había comenzado el movimiento a favor de los derechos de la mujer y la búsqueda de la libertad sexual (Sisinio, 2018).

En segundo lugar, con respecto a las diferencias en la insatisfacción corporal entre los grupos de edad, los resultados del estudio muestran que no se puede afirmar que existan diferencias significativas entre los grupos. Por tanto, los datos confirmaron la hipótesis propuesta apoyada en investigaciones como la de Sánchez y Maganto (2009), quienes observaron que no se podía demostrar que la insatisfacción corporal se redujese con la edad. Lo que estos autores mostraron fue que las preocupaciones por la imagen corporal eran distintas en la juventud y en la madurez. Parece, por tanto, que la insatisfacción corporal es transversal a lo largo de la vida de las mujeres, que se encuentran sometidas a una intensa presión social por la imagen corporal y por alcanzar un ideal de belleza, ejerciendo una gran influencia para ellas a cualquier edad (Vaquero-Cristóbal et al., 2013).

Por último, atendiendo a la frecuencia de pensamientos intrusivos, se planteó como hipótesis que, a mayor edad, las mujeres presentarían menos pensamientos intrusivos. Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la existencia de diferencias significativas

entre los grupos de 18 y 23 años y el de 24 a 30 años con respecto a los grupos de entre 31 y 50 y el de más de 50 años. De tal forma que, las edades comprendidas entre 18 y 30 años presentan una mayor frecuencia de pensamientos intrusivos que las participantes mayores de 31 años. Por ello, se puede afirmar la hipótesis propuesta basada en la existencia de una relación inversa significativa entre la frecuencia de intrusiones y la edad encontrada por Giraldo-O'Meara y Belloch (2017). Estos resultados van en línea con las diferentes etapas del ciclo vital de la mujer, de tal forma que lo que pudiera estar ocurriendo es que las mujeres al llegar en torno a los 31 años cambiasen sus prioridades, responsabilidades y preocupaciones. Según el Instituto Nacional de Estadística (i.e. INE), la edad media de maternidad de las mujeres en España es de 32.71 años (INE, 2019). La maternidad puede suponer un cambio en la vida de la mujer de manera que esto les obligase a centrar su atención en los hijos, de tal forma que se volvieran menos obsesivas o incluso que esas tendencias obsesivas se enfocaran ahora en los hijos.

El presente estudio plantea varias limitaciones. Una de las dificultades que se han encontrado es la medición de la satisfacción sexual. Los cuestionarios referidos a esta variable son muy antiguos y poseen una concepción de la sexualidad que no se adecúa a la actualidad. El cuestionario escogido fue el más reciente, del año 2010. El concepto de sexualidad ha cambiado mucho durante estos diez años. Por ejemplo, el cuestionario solo tiene en cuenta parejas monógamas y estables en el tiempo. Además, se centra en la satisfacción sexual en pareja y no de forma individual, lo que supone una limitación en el campo de las relaciones sexuales y de la satisfacción sexual. Asimismo, aunque diversos autores españoles lo hubieran utilizado en sus investigaciones, no se ha realizado un estudio de validación psicométrica y análisis factorial de la versión al castellano. Por otro lado, con respecto a la muestra, al haber sido un muestreo de bola de nieve, la mayoría de los participantes pertenecen a un entorno específico, con un nivel socioeconómico y socioeducativo medio-alto, algo que puede estar influyendo en los resultados, puesto que la concepción de la sexualidad y la experiencia sexual podrían variar en función del nivel socioeconómico y socioeducativo (Ruíz, 2013).

A modo de conclusión, en este estudio no se ha podido demostrar que exista un efecto de mediación de los pensamientos intrusivos en la relación entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual. Sin embargo, al estar relacionadas independientemente entre sí, podría estar ocurriendo que la interacción entre estas tres variables se produjese de forma diferente a la propuesta. Por ejemplo, que se estuviera dando un efecto de moderación de los pensamientos intrusivos. Asimismo, no se ha podido concluir que a mayor edad se reduzca la satisfacción sexual. Sin embargo, se ha observado que, en esta investigación, la insatisfacción corporal no

varía en función de la edad, y, además, que a mayor edad disminuyen los pensamientos intrusivos relacionados con la imagen corporal. Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la necesidad de seguir investigando en este campo, ya que la satisfacción sexual y la satisfacción corporal tienen un gran impacto en nuestra salud y en nuestro malestar. Todavía hoy la sexualidad, y más concretamente la sexualidad femenina, sigue siendo un tema tabú que se enfrenta a muchos mitos, falsas creencias y estereotipos (Mayenco, Mironovich & La Calle, 2014), algo que se ve reflejado incluso en los cuestionarios que miden satisfacción sexual. Conviene, por tanto, desarrollar nuevas líneas de investigación centradas en el desarrollo de nuevos instrumentos que midan la satisfacción sexual de acuerdo con un concepto actualizado y amplio donde la sexualidad no se ciña únicamente al acto sexual, teniendo en cuenta aspectos como el placer individual y la masturbación, el placer en pareja o en grupo, así como parejas tanto heterosexuales, como homosexuales, parejas poliamorosas, y relaciones esporádicas. Desarrollando instrumentos más adecuados para el contexto social y cultural actual, la psicología podrá acercarse de manera más precisa a la vivencia de los individuos para así poder detectar de una forma más eficaz la disfunción o malestar sexual y ofrecer soluciones más adaptadas.

Referencias

- Ahumada, S; Lüttges, D; Temistocles, G. & Soledad, T. (2014). Satisfacción sexual: revisión de los factores individuales y de pareja relacionados. *Revista hospital clínico universidad de Chile*, 25(4), 278-284.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA: Médica Panamericana.
- Arancibia, M., Behar, R., Heitzer, C. & Meza, N. (2016). Trastorno dismórfico corporal: aspectos clínicos, dimensiones nosológicas y controversias con la anorexia nerviosa. *Revista médica de Chile*, 144(5), 626-633.
- Arrington, R., Cofrancesco, J., & Wu, A.W. (2004). Questionnaires to measure sexual quality of life. *Quality of Life Research*, 13, 1643-1658. doi:10.1007/s11136-004-7625-z
- Baile, J. I. y Garrido, E. (1999). Autoimagen referente al peso en un grupo de chicas adolescentes. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 22, 167-175.
- Baños, R., Botella, C., & Perpiñá, C. (2002). Nuevas tecnologías aplicadas a los trastornos alimentarios: La realidad virtual en las alteraciones de la imagen corporal. En D. Kirszman y M.C. Salgueiro. *El enemigo en el espejo: De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario*. Buenos Aires, Editorial TEA.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Bellisle, F., Monneuse, M.O., Steptoe, A. & Wardle, J. (1995). Weight concerns and eating patterns: A survey of university students in Europe. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 19, 723-730
- Belloch, A., & Giraldo-O'Meara, M. (2017). El trastorno dismórfico corporal: Un problema infra-diagnosticado. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(1).
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., Depree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Bridges, S.K., Lease, S.H., & Ellison, C.R. (2004). Predicting sexual satisfaction in women: Implications for counselor education and training. *Journal of Counseling and Development*, 82, 158-166.

- Byers, E. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: a longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, (2), 11.
- Calado M., Lameiras M. y Rodríguez Y. (2004), International Journal of clinical and Health psychology. *Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC)*, 4 (2), 357 – 370.
- Cano, J. (2017). *Desarrollo y validación de un instrumento multidimensional on-line para evaluar la insatisfacción corporal*. Trabajo fin de máster, Universidad de Jaén.
- Carpenter, L.M., Nathanson, C.A., & Kim, Y.J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107. doi:10.1007/s10508-007-9215-y
- Carrobles, J. A., & Guadix, M. G. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología*, 27(1), 27-39.
- Cash, T. F. & Green, G. K. (1986). Body weight and body image among college women: Perception, cognition and affect. *Journal of Personality Assessment*, 50, 290-301.
- Cash, T. F. & Hrabosky, J. I. (2004). Treatment of Body Image Disturbances. En Thompson, J.K. (Eds.) *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 515-541). John Wiley & Sons Inc.
- Cash, T. F. & Pruzinski, T. (1990). Integrative themes in body image development, deviance, and change. En T. Cash y T. Pruzinsky (Eds.), *Body images. Development, deviance, and change*. pp. 337-349. Nueva York: Guilford Press.
- Castejón, M., Berengüí, R., & Garcés de los Fayos, E. J. (2016). Relación del índice de masa corporal, percepción de peso y variables relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, 36(1), 54-63.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M. E., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gomez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A. S., Shams, G., Sica, C., Somos, G. & Wong, W. (2014). Part 3. A question of perspective: The association between intrusive thoughts and obsessiveness in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 292-299.

- Clark, D. A., & Rhyno, S. (2005). Unwanted intrusive thoughts in non-clinical individuals. In D. A. Clark (Ed.), *Intrusive thoughts in clinical disorders. Theory, research and treatment* (pp. 1-29). New York, NY: Guilford Press
- Crooks, R. & Baur, K. (2010). Perspectivas sobre la sexualidad. En R. Crooks & K. Baur (10ªed.), *Nuestra sexualidad* (pp. 1-27). Cengage Learning.
- De Alda, I. O. (2009). La importancia de la imagen corporal, la alexitimia, la autoestima y los estilos de crianza en jóvenes con Trastorno de Conducta Alimentaria. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, 84, 106-206.
- De la Cruz, (2018). Sexualidades diversas, sexualidades como todas. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 7(1), 271-274.
- Dove, N. y Wiederman, M.W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 67-78.
- Durex. Informe sobre Bienestar Sexual-GSWS, (2007). Recuperado de: <http://www.durex.com/es-es/flashrepository/documents/informe%20durex%20de%20bienestar%20sexual%20%20-%20satisfacci%C3%B3n.pdf>
- Fergus, T. A. (2013). Repetitive thought and health anxiety: tests of specificity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35 (3), 366-374.
- Galindo, G. (2014). *Satisfacción sexual en mujeres de 35 a 50 años de edad, en etapa de climaterio*. Tesis doctoral, Universidad Autónoma del Estado de México.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. *Psychology Today*, 30, 30-44.
- Garner, D.M. & Garfinkel, P.E. (1981). Body Image in anorexia nervosa: measurement, theory, and clinical implications. *The International Journal of Psychiatric in Medicine*, 11, 263-284.
- Gila, A., Castro, J., Gómez, M. J., Toro, J., & Salamero, M. (1999). The body attitude test: Validation of the Spanish version. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 4(4), 175-178.
- Gómez, P.M. (2013). *Insatisfacción con la imagen corporal y malestar emocional: un estudio de mediación múltiple*. Trabajo fin de máster. Universidad Complutense de Madrid

- González-Rivera, J.A., Veray-Alicea, J., Santiago-Santos, D., Castro-Castro, S. & Quiñones-Soto, R. (2017). Desarrollo y validación de una escala para medir satisfacción sexual subjetiva en adultos puertorriqueños. *Salud y Conducta Humana (4)*, 1, 52-63
- Guasch, O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 64, 105-121.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. New York, NY: The Guilford Press. *Journal of Educational Measurement* 51(3).
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in International Marketing (AIM)*, 20, 277-320.
- Holander, E., Cohen, L. J. & Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Datos sobre la edad media de maternidad en España. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1579#!tabs-tabla>
- Knauss, C., Paxton, S.J. & Alsaker, F.D. (2007). Relationships amongst body dissatisfaction, internalization of the media body ideal and perceived pressure from media in adolescent girls and boys. *Body Image*, 4, 353-360.
- Lameiras, M., Calado, M., Rodríguez, Y. & Fernández, M. (2003). Hábitos alimentarios e imagen corporal en estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 23-33
- Larrañaga, E; Santiago, Y. & Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa psicológica UST* (9)2, 5-13.
- León, O. G., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. McGraw-Hill Interamericana.
- Lora-Cortez, C. I. & Saucedo-Molina, T. J. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29 (3).

- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M. & Kurland, L. T. (1991). 50-Years Trend in the incident of anorexia nervosa in Rochester: A population-based study. *American Journal of Psychiatry*, (148), 917-922.
- Marco, J. H. (2004). *Tratamiento de los trastornos alimentarios: eficacia diferencial de la terapia cognitivo comportamental con un componente de imagen corporal apoyado con técnicas de realidad virtual*. Tesis doctoral, Universidad Jaume I.
- Mayenco, F. J.; Mironovich, E. & La Calle, P. (2014). *Rompiendo mitos: la sexualidad de los pacientes con trastorno mental grave a través de los mitos*. Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609.
- Ojanlatva, A., Helenius, H., Rautava, P., Ahvenainen, J., & Koskenvuo, M. (2003). Importance of and satisfaction with sex life in a larger Finnish population. *Sex Roles*, 48, 543-553. doi:10.1023/A:1023579313434
- Organización Mundial de la Salud (1975). Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana, 572, Ginebra, OMS. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38329/WHO_TRS_572_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Onden-Lim, M., & Grisham, J. R. (2013). Intrusive imagery experiences in a high dysmorphic concern population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(1), 99-105.
- Otero, M., Fernández, M., & Castro, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of clinical and Health psychology*, 4(2), 357-370.
- Paredes, J. & Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 7(1), 28-47.

- Pascual-Vera, B., Akin, B., Belloch, A., Bottesi, G., Clark, D. A., Doron, G., Fenández-Álvarez, H., Ghisi, M., Gómez, B., Jiménez-Ros, A., Moulding, R., Ruiz, M.A., Shams, G. & Sica, C. (2019). The cross-cultural and transdiagnostic nature of unwanted mental intrusions. *International journal of clinical and health psychology*, 19(2), 85-96.
- Pascual-Vera, B., & Belloch, A. (2018). Functional links of obsessive, dysmorphic, hypochondriac, and eating-disorders related mental intrusions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 43-51.
- Pascual-Vera, B., Sanchís, M. R., & Fuster, A. B. (2017). Are unwanted mental intrusions a transdiagnostic variable? *Psicothema*, 29(2), 166-171.
- Pérez, F. (2013). *Nueva escala de satisfacción sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales*. Trabajo fin de máster, Universidad de Almería.
- Pérez, R. (2014). TOC y sexualidad. *Anuario Anxia*. 20, 38-46.
- Pinedo, N., & Carlos, G. (2016). *Satisfacción Sexual y Felicidad en los Estudiantes del Programa de Educación Superior a Distancia de la Universidad Peruana Unión Filial Tarapoto*. Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión de Tarapoto.
- Pintado, S. (2013). *Bienestar emocional, imagen corporal, autoestima y sexualidad en mujeres con cáncer de mama*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia.
- Poinsot R., Brédart A., This P., De La Rochefordière A. & Dolbeault S. (2005). Impact sur la qualité de vie et la sexualité du traitement hormonal chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. *Rev. Francoph Psycho-Oncologie*, 3, 161-169.
- Probst, M., Van Coppenolle, H., & Vandereycken, W. (1997). Further experience with the body attitude test. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 2(2), 100-104.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Anormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento Psicológico*, 7 (14) 41-52.

- Rodríguez-Rodríguez, E., Aparicio, A., López-Sobaler, A. M. & Ortega, R. M. (2009). Percepción del peso corporal y medidas adoptadas para su control en población española. *Nutrición Hospitalaria*; 24 (5), 580-587.
- Roncero, M., Perpiñá, C., & Belloch, A. (2010). Obsesividad e intrusiones alimentarias en pacientes con trastornos alimentarios y en la población general. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 15(2), 101-113.
- Ruíz, D. (2013). *Socioeconomic inequalities in sexual and reproductive health in Spain*. Tesis doctoral, Universidad Pompeu Fabra.
- Salaberria, K., Rodríguez, S., & Cruz, S. (2007). Percepción de la imagen corporal. *Osasunaz*, 8(2), 171-183.
- Sánchez, R. & Maganto, C. (2009). Satisfacción corporal y vital de personas mayores de 50 años en España. *Revista De Psicología General Y Aplicada*, 62 (4), 293-302.
- Sisinio, J. (2018). El feminismo entre las posguerras: la mujer moderna, la madre y el estado. En J. Sisinio (Eds), *Historia del feminismo* (pp. 140-180). Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Striegel-Moore, R. H., & Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181.
- Stulhofer A.; Busko V. & Brouillard P. (2004). Development and bicultural validation of the new sexual satisfaction scale. *The Journal of Sex Research*, 47 (4), 257-68.
- Trapnell, P. D., Meston, C. M. y Gorzalka, B. B. (1997). Spectatoring and the relationship between body image and sexual experience. Self focus or self valence? *The Journal of Sex Research*, 34, 267-278
- Trejo, P. M., Castro, D., Facio, A., Mollinedo, F. E., & Valdez, G. (2010). Insatisfacción con la imagen corporal asociada al Índice de Masa Corporal en adolescentes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 150-160.
- Valdés, R. M. P., Sapién, L. J. S. & Córdoba, B.D.I. (2004). Significados de satisfacción sexual en hombres y mujeres de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia social*, 6 (1), 34-48.
- Valenciano, M. C. & Solano, N. (2012). La insatisfacción corporal en mujeres adultas: un estudio piloto. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 16, 5-23.

- Vaquero-Cristóbal, R., Alacid, F., Muyor, J. M., & López-Miñarro, P. A. (2013). Imagen corporal: revisión bibliográfica. *Nutrición hospitalaria*, 28(1), 27-35.
- Zapata, R.M., Soriano, E. & Marín, R.M (2016). Sexualidades y sexología. En R.M. Boluda & M.I. Gutiérrez, *Salud sexual y reproductiva*, (pp.45-64). Almería, Universidad de Almería.
- Zubeidat, I., Ortega, V., Del Villar, C., & Sierra, J. C. (2003). Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 67(68), 71-78.
- Zubeidat, I., Ortega, V., & Sierra, J.C. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: estado emocional, actitudes sexuales y fantasías sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30 (129), 105-130.