



Efectividad del mindfulness en el tratamiento de las disfunciones sexuales no debidas a sustancias ni a afecciones fisiológicas conocidas: una revisión sistemática.

Michael Stiven García Barrera

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Asesor

Javier Ignacio Salazar Velásquez, Magíster (MSc) en Filosofía

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2024

Cita

(García Barrera, 2024)

Referencia

Estilo APA 7 (2020)

García Barrera, M. S. (2024). *Efectividad del mindfulness en el tratamiento de las disfunciones sexuales no debidas a sustancias ni a afecciones fisiológicas conocidas: una revisión sistemática* [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

A mi madre, por su fortaleza y amor incondicional.

Agradecimientos

Al profesor Javier Salazar, mi asesor, gratitud inmensa por su apoyo, paciencia y comprensión durante la realización de este trabajo. Al profesor Alejandro Naranjo, por brindarme apoyo cuando lo necesité para seguir adelante. A todos los profesores que hicieron parte de mi formación profesional durante estos años, de cada uno me llevo valiosas enseñanzas y una gran admiración.

Tabla de contenido

Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
1 Planteamiento del problema	13
2 Justificación.....	16
3 Objetivos	20
3.1 Objetivo general	20
3.2 Objetivos específicos.....	20
4 Marco teórico	21
4.1 Disfunciones sexuales	21
4.1.1 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos – CIE 10	22
4.2 Las terapias contextuales.....	23
4.2.1 Mindfulness o atención plena	24
4.3 Mindfulness como herramienta terapéutica:	27
4.4 Mindfulness y las disfunciones sexuales.....	28
5 Metodología	30
5.1 Estrategia de búsqueda	31
5.2 Criterios de inclusión	31
5.3 Criterios de exclusión.....	31
6 Consideraciones Éticas.....	32
7 Resultados	33
7.1 Muestras de los estudios.....	38
7.2 Tipo de estudio	39
7.3 Disfunciones sexuales	39

7.4 Mindfulness.....	41
7.5 Instrumentos utilizados para medir función sexual.....	43
7.5.1 Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)	43
7.5.2 Escala de Distrés Sexual Femenino (FSDS) y Escala de Distrés Sexual Femenino - Revisada (FSDS-R).....	44
7.5.3 Inventario Femenino del Deseo e Interés Sexual (SIDI-F).....	45
7.5.4 Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).....	45
7.5.5 Breve Evaluación de Pornografía (BPS).....	46
7.5.6 Índice de Deseo Sexual de Halbert (HISD)	46
7.5.7 Cuestionario de Autorrevelación Sexual (SSDQ).....	46
7.6 Instrumentos utilizados para medir Mindfulness	47
7.6.1 Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ)	48
7.6.2 Cuestionario Mindfulness Sexual de Cinco Facetas (FFMQ-S).....	48
7.6.3 Escala Mindfulness de Toronto (TMS).....	49
7.7 Resultados de las intervenciones basadas en Mindfulness.....	50
7.7.1 Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	50
7.7.2 Terapia Sexual Cognitivo Conductual Basada en Mindfulness (MBCT-S)	51
7.7.3 Terapia Cognitivo Conductual grupal Basada en Mindfulness (M-gCBT)	52
7.7.4 Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP).....	52
7.7.5 Terapia Grupal Basada en Mindfulness	53
7.7.6. Otras Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)	53
8 Discusión	55
9 Limitaciones	58
10 Conclusiones	59
Referencias	60

Lista de tablas

Tabla 1 Resumen de los estudios incluidos en la presente revisión	33
Tabla 2 Muestras de los estudios.....	38
Tabla 3 Tipos de estudio	39
Tabla 4 Disfunciones sexuales presentes en los estudios.....	40
Tabla 5 Enfoque Mindfulness utilizado en los estudios.....	43
Tabla 6 Instrumentos utilizados en los estudios para medir función sexual	47
Tabla 7 Instrumentos utilizados en los estudios para medir mindfulness	50

Lista de figuras

Figura 1 Publicaciones relacionadas a mindfulness y disfunciones sexuales en PubMed entre 2010 y 2022	17
Figura 2 Diagrama de flujo PRISMA-P	30

Siglas, acrónimos y abreviaturas

APA	American Psychological Association
BPS	Breve Evaluación de Pornografía
CBT	Terapia Cognitivo Conductual
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CSBD	Trastorno por comportamiento sexual compulsivo
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
FFMQ	Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas
FFMQ-S	Cuestionario Mindfulness Sexual de Cinco Facetas
FSDS	Escala de Distrés Sexual Femenino
FSDS-R	Escala de Distrés Sexual Femenino - Revisada
FSFI	Índice de Función Sexual Femenino
HISD	Índice de Deseo Sexual de Halbert
HSDD	Trastorno del deseo sexual hipoactivo
IIEF	Índice Internacional de Función Eréctil
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MBCT-S	Terapia Sexual Cognitivo Conductual Basada en Mindfulness
MB-EAT	Mindfulness-Based Eating Awareness Training
MBI	Intervenciones Basadas en Mindfulness
MBRP	Mindfulness para la Prevención de Recaídas
MBSR	Mindfulness-Based Stress Reduction
M-gCBT	Terapia Cognitivo Conductual grupal Basada en Mindfulness
MT	Mindfulness Training
OMS	Organización Mundial de la Salud
PGAD	Trastorno de excitación genital persistente
PLV	Vulvodinia Provocada Localizada
PRISMA-P	Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols
PVD	Vestibulodinia Provocada
RCT	Randomized Controlled Trial
SIAD	Trastorno de interés/excitación sexual femenino

SIDI-F	Inventario Femenino del Deseo e Interés Sexual
SSDQ	Cuestionario de Autorrevelación Sexual
STEP	Terapia sexual, educación y apoyo
TMS	Escala Mindfulness de Toronto

Resumen

El mindfulness ha sido utilizado en diferentes terapias y para el tratamiento de variados trastornos en psicología, la presente revisión sistemática explora un enfoque poco estudiado en los últimos años, pero del cual se viene proponiendo cada vez más: la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento de disfunciones sexuales que no son debidas a uso de sustancias ni a afecciones fisiológicas, entre los años 2018 y 2022.

Para llevar a cabo esta revisión se realizaron búsquedas en las bases de datos APA PsycNet, PubMed, y Scopus. Siguiendo el protocolo PRISMA-P, se analizaron 14 estudios que fueron viables según criterios de inclusión y exclusión. Los resultados de los estudios mostraron como, en general, las intervenciones basadas en mindfulness ayudan en la mejoría clínica de los síntomas asociados a diferentes disfunciones sexuales, independientemente del enfoque utilizado: MBCT, MBRP, M-gCB, entre otros. Las MBI muestran ser una alternativa para el tratamiento de las disfunciones sexuales no debidas a uso de sustancias ni afecciones fisiológicas conocidas, aunque hace falta más investigación, sobre todo, orientada a la población masculina.

Palabras clave: mindfulness, disfunciones sexuales, trastornos de la sexualidad, intervenciones basadas en mindfulness

Abstract

Mindfulness has been used in different therapies and for the treatment of various disorders in psychology. The present systematic review explores an approach that has been little studied in recent years, but which has been increasingly proposed: the effectiveness of mindfulness-based interventions for the treatment of sexual dysfunctions that are not due to substance use or physiological conditions.

To carry out this review, searches were carried out in the databases APA PsycNet, PubMed, and Scopus. Following the PRISMA-P protocol, 14 studies that were viable according to inclusion and exclusion criteria were analyzed. The results of the studies showed how, in general, mindfulness-based interventions help in the clinical improvement of symptoms associated with different sexual dysfunctions, regardless of the approach used: MBCT, MBRP, M-gCB, among others. MBIs appear to be an alternative for the treatment of sexual dysfunctions not due to substance use or known physiological conditions, although more research is needed, especially aimed at the male population.

Keywords: mindfulness, sexual dysfunctions, sexuality disorders, mindfulness-based interventions.

Introducción

En los últimos años, la producción de investigación sobre el Mindfulness, entendido como la capacidad de prestar atención plena al momento presente, se ha popularizado, impulsada principalmente por diversos usos que ha implementado tanto la clínica médica como la psicológica, uno de los cuales ha sido el tratamiento para trastornos de la sexualidad que no se corresponden con un origen orgánico.

La ejecución de esta propuesta de investigación implica el seguimiento del Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) para la exploración y análisis de las investigaciones publicadas en bases de datos bibliográficas, en los últimos 5 años (2018-2022), relacionados con el uso del Mindfulness como procedimiento para mejorar las disfunciones sexuales no debidas a sustancias ni afecciones fisiológicas conocidas (OMS, 2016) y, con esto, presentar una síntesis cualitativa que logre dar cuenta de la efectividad de tal procedimiento para el tratamiento de dichas afecciones.

1 Planteamiento del problema

Mindfulness o “atención plena”, es un concepto asociado a la capacidad de tomar conciencia del momento presente. Para ello la atención es dirigida a un evento específico actual, bien sea interno o externo, los aspectos desde los que se hace toma de conciencia involucran el sentir, el pensar y el hacer, sin lanzar juicios de valor, con apertura y aceptación radical (Sánchez-Sánchez & Valderrama Rodríguez, 2022). Esta capacidad de estar conscientemente en el momento presente implica, además, percibir los estímulos “tal como son” y se relaciona de manera positiva con la propia habilidad de un individuo para concentrarse y dirigir la atención de manera sostenida a una actividad concreta (Shao & Skarlicki, 2009). Según Brown y Ryan (2003) una persona “mindful” se encuentra enfocada en su experiencia presente, viviéndola con todos sus sentidos y con una atención de alta calidad. En contraste, una persona “mindless” puede poseer dificultad para dirigir su atención al presente debido a una alta rumiación enfocada al pasado o en pensamientos ansiosos sobre el futuro.

La meditación basada en la atención plena o Mindfulness ha sido ampliamente estudiada y ha demostrado ser efectiva para lograr una mayor conciencia corporal (Sánchez-Sánchez et al., 2021), estabilizar o disminuir los marcadores de depresión, ansiedad y estrés (Lin et al., 2019) y además contribuir a la disminución de juicios y autocríticas, así como al control de emociones (Sánchez-Sánchez & Valderrama Rodríguez, 2022). En otros estudios se han tenido resultados positivos frente a disminución de los rasgos de ansiedad y angustia psicológica, así como el aumento de niveles de empatía tras la implementación de un programa de mindfulness de 8 semanas de duración con un grupo de estudiantes jóvenes (Shapiro et al., 1998), además, los individuos con un alto grado de conciencia en el presente mostraron una disminución en la intensidad de emociones desagradables, así como una mayor la apertura a la experiencia (Brown & Ryan, 2003). Se observa entonces que el Mindfulness puede ser útil ayudando a controlar las respuestas de ansiedad, la tensión propia del estrés (Lin et al., 2019) y las alteraciones de la imagen corporal (Sánchez-Sánchez & Valderrama Rodríguez, 2022), siendo todos estos, elementos que suponen alteraciones tanto en la función como en la satisfacción sexual.

Diversos estudios han señalado la prevalencia de niveles bajos de interés-deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres (Ráquira Gutiérrez, 2021). La tercera Encuesta Nacional de Actitudes y Estilos de Vida Sexual (NATSAL-3) llevada a cabo en Gran Bretaña evaluó a 4913

hombres y 6777 mujeres, encontrando que más del 40% de los hombres y el 50% de las mujeres reportaron uno o más problemas en su respuesta sexual (Mitchell et al., 2013). Un estudio canadiense, llevado a cabo con una muestra de 2400 personas encontró además que “el bajo deseo y las dificultades de erección para los hombres, y el bajo deseo y las dificultades del orgasmo para las mujeres, fueron predictores de la felicidad general con la vida sexual” (Quinn-Nilas et al., 2018). Así mismo, este último estudio señala como el problema más común en ambos sexos el bajo deseo sexual: 30% de los hombres y 40% de las mujeres informaron menor deseo del que quisieran, durante los últimos seis meses.

La disminución del interés y la pérdida de excitación sexual son áreas en las cuales han demostrado efectividad los tratamientos basados en técnicas cognitivo-conductuales, específicamente el mindfulness. Como lo indica Brotto (2017), mediante el:

Entrenamiento de atención plena, las mujeres con bajo deseo pueden volverse más conscientes de los cambios físicos que experimentan durante o antes de la actividad sexual (vaso congestión genital, hormigueo...), lo que puede aumentar y mantener su excitación y deseo subjetivos (pp. 14-15).

La disminución del interés y pérdida de la excitación sexual, son áreas en las que se ha demostrado la efectividad de tratamientos basados en intervenciones tipo Mindfulness aplicado a mujeres con disfunciones sexuales (Ráquira Gutiérrez, 2021). Del mismo modo, un tratamiento basado en Mindfulness, de cuatro semanas de duración, mostró ser un método efectivo para mejorar la disfunción eréctil, la satisfacción sexual general y la observación sin prejuicios de la experiencia sexual en hombres (Bossio et al., 2018).

Los hallazgos presentados por Silverstein et al. (2011) indican que las mujeres que se sometieron a un entrenamiento de meditación de atención plena mejoraron su capacidad para detectar sus propias respuestas fisiológicas a los estímulos sexuales. Esta mejora en la conciencia interoceptiva se asoció con mejoras en la atención, el juicio propio y los síntomas clínicos, que son barreras psicológicas conocidas para el funcionamiento sexual saludable. Estos hallazgos resaltan el potencial del entrenamiento de la atención plena como tratamiento de la disfunción sexual femenina.

Brotto et al. (2021) realizaron un ensayo aleatorizado en donde compararon una terapia cognitiva grupal basada en Mindfulness con una terapia sexual de apoyo grupal. Los resultados obtenidos marcaron un beneficio mayor en las mujeres que practicaron Mindfulness en cuanto a niveles de deseo sexual y excitación, angustia sexual, satisfacción con la relación de pareja y rumiación sexual (asociada a cogniciones negativas). Una revisión de literatura (de Jong, 2009) sugiere que la implementación de terapias que se centren en el fortalecimiento de los procesos atencionales, como el Mindfulness, pueden promover el tratamiento no invasivo de las disfunciones en el campo sexual. Otros tratamientos basados en Mindfulness han demostrado la capacidad de potenciar funciones biológicas como la lubricación, el orgasmo, y la disminución del dolor asociado al acto sexual, siempre que estas no estén vinculadas con afecciones orgánicas de base (Leavitt et al., 2019).

Por otra parte, existen otros trastornos que afectan la función y la satisfacción sexual, para los cuales el Mindfulness por igual ha demostrado su efectividad, tales como la epilepsia (Lin et al., 2019), el cáncer de mama (Chang et al., 2022) y traumas infantiles (Godbout et al., 2020).

Lo anterior muestra que el Mindfulness es un tema de interés por la evidencia empírica que sustenta el uso de sus prácticas en temas relacionados con la sexualidad. Sin embargo, en los últimos cinco años se ha acumulado información y evidencia de su efectividad que requieren ser sistematizados si se desea trazar nuevas investigaciones y proyectar la creación de prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible, tanto para el trabajo grupal como individual; tomando lo anterior como punto de partida se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿De acuerdo con la literatura científica de los últimos cinco años, cuál es la efectividad del Mindfulness en el tratamiento de las disfunciones sexuales no debida a sustancias ni afecciones fisiológicas conocidas?

2 Justificación

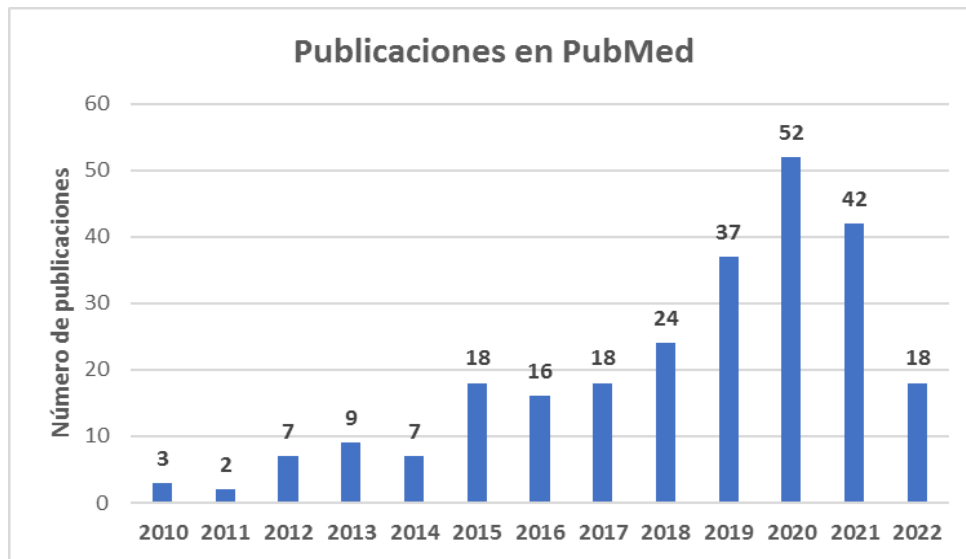
La sexualidad es un aspecto influyente en la calidad de vida y de las relaciones de pareja, sin embargo, existen diversos motivos por los cuales se puede ver afectada. Factores individuales, culturales y sociales, son asociados a la aparición de diversas disfunciones de orden sexual (Muñoz D & Camacho L, 2016). Una cantidad importante de mujeres y hombres, en distintos países, se ven afectados por al menos una característica asociada a la disfunción sexual. En Colombia, por ejemplo, se ha encontrado una prevalencia del 32,97% y 34,9% de disfunciones sexuales en mujeres (Espitia De La Hoz, 2018). Estudios en Canadá han reportado un bajo deseo sexual como el problema más común entre ambos sexos (Quinn-Nilas et al., 2018). En Gran Bretaña, Mitchell et al. (2013), reportan que entre el 40% de los hombres y 50% de las mujeres en un estudio han tenido uno o más problemas referentes a su respuesta sexual. En otros países alrededor del mundo también se ha informado de la prevalencia de trastornos sexuales entre el 5,5% y 73,2%, dependiendo de los países y las metodologías utilizadas para su evaluación (Muñoz D & Camacho L, 2016). La disfunción eréctil, eyaculación precoz, dispareunia son disfunciones asociadas a los hombres, en los cuales se han señalado tasas de hasta el 75.4% de prevalencia (Molina Reino & Tapia Cárdenas, 2020).

Teniendo presente las tasas de prevalencia a nivel mundial de diferentes disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres, es importante rastrear los diferentes estudios que se han llevado a cabo acerca del uso de terapias basadas en Mindfulness para su tratamiento. La presente revisión sistemática se plantea en el orden de conocer a profundidad cuáles son las metodologías que más se han implementado dentro del marco de la atención plena – Mindfulness y cuáles de ellas han demostrado mayores beneficios para el bienestar sexual. Además, se busca identificar cuáles son aquellos instrumentos más utilizados y que brindan mayor confiabilidad para la medición de los resultados de dichas intervenciones.

A lo largo de los últimos años se ha presentado un aumento significativo en la cantidad de investigaciones que involucran la práctica del Mindfulness y la sexualidad. Según se aprecia en la Figura 1, en diferentes puntos de los anteriores 13 años (2010-2022) se ha duplicado la cantidad de estudios que relacionan ambos términos.

Figura 1

Publicaciones relacionadas a mindfulness y disfunciones sexuales en PubMed entre 2010 y 2022



Nota. Elaboración propia, con datos recuperados de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>

Los resultados de la presente revisión podrían ser de utilidad para comparar la eficacia de diferentes metodologías usadas para el tratamiento de disfunciones sexuales, siendo, por ejemplo, el caso de un ensayo aleatorizado llevado a cabo por Brotto et al. (2021) en donde se pueden contrastar la efectividad de dos técnicas: 1. Una terapia grupal basada en Mindfulness y 2. Una terapia sexual de apoyo grupal. En otras revisiones sistemáticas (Banbury et al., 2021; Jaderek & Lew-Starowicz, 2019) se encontró que, a pesar de que las intervenciones basadas en Mindfulness parecen ser prometedoras en su eficacia en el tratamiento de disfunciones sexuales, hay más evidencia de ensayos clínicos en mujeres que en hombres; indicando así la importancia de rastrear otros estudios que tengan en cuenta a ambos sexos.

Otras revisiones indican diferentes resultados en la implementación de terapia basada en Mindfulness dependiendo de si las intervenciones se realizan de manera individual o grupal, o si los participantes tenían pareja estable (Stephenson & Kerth, 2017).

El mercado que respalda los tratamientos farmacológicos para los hombres con problemas como disfunción eréctil es multimillonario (Silverstein et al., 2011), a pesar de que un mayor número de mujeres (43%) sufren de disfunción sexual, comparado con hombres (31%), según el estudio de Laumann et al., (1999) llevado a cabo en los Estados Unidos. Aun así, la industria farmacéutica gasta también millones de dólares anualmente en búsqueda del “viagra femenino”

(Hartley, 2006) sin muchos resultados, esto debido a que las afecciones en torno a la sexualidad de las mujeres no se basan tanto en factores fisiológicos como psicológicos (Bancroft, 2002; Bancroft et al., 2003), las creencias que tienen acerca de su aspecto corporal, las inhibiciones que resultan de aspectos culturales socialmente poco aceptados, juegan en contra de un adecuado desenvolvimiento en la vida sexual de las mujeres, mientras que en los varones los problemas son más de índole orgánica. Teniendo en cuenta lo dicho, se expone la relevancia de investigaciones como la que se plantea en este trabajo, los insumos que pueden obtenerse sintetizando los estudios que se han llevado a cabo en el campo de las disfunciones sexuales y su tratamiento a través de técnicas como el Mindfulness pueden apoyar la cristalización de programas cada vez más robustos y reconocidos para un tipo de trastornos que, como se ha mencionado, no tienen simplemente una solución con medicamentos.

Se hace necesario señalar cómo la investigación en el campo de los tratamientos no farmacológicos, para las disfunciones sexuales, se centra más en el género femenino que en el masculino, una revisión sistemática llevada a cabo por Jaderek & Lew-Starowicz (2019) en donde ponen de manifiesto que las terapias basadas en Mindfulness se utilizan cada vez más con mayor frecuencia para el tratamiento de disfunciones sexuales, encontró que sólo 1 artículo de 15 que se incluyeron en la revisión estaba relacionado con estos trastornos en hombres. Por su parte, Banbury et al. (2021), en su revisión de literatura, identificaron resultados similares, poniendo de manifiesto la eficacia que pueden suponer los tratamientos basados en Mindfulness para los desórdenes en el área sexual, además de evidenciar la amplia desigualdad en la cantidad de ensayos clínicos al respecto entre mujeres y hombres, a razón de 6 a 1, respectivamente. Estos datos resultan de gran implicación para los estudios que se llevan a cabo en esta área de las disfunciones sexuales, tanto porque la evidencia frente a la eficacia de los tratamientos se está comprobando cada vez más, como por el papel que pueden jugar en un cambio de paradigma frente al abuso de medicamentos en la población masculina para hacer frente a sus problemas sexuales. Si se logran hacer más visibles alternativas como el tratamiento basado en la atención plena para ambos géneros de manera equilibrada, la calidad de vida tanto de hombres como de mujeres se verá afectada positivamente, pues la poca divulgación de resultados favorables fuera del uso de fármacos deja desprovista de opciones a una parte de la población, en este caso, a los varones.

La prevalencia de las disfunciones sexuales no debidas a sustancias ni afecciones fisiológicas conocidas (OMS, 2016), junto a la creciente investigación asociada a la práctica de

Mindfulness, se presentan como un campo de interés para la evaluación de su uso clínico frente al tratamiento de las mencionadas disfunciones. Así mismo, la revisión sistemática de la literatura asociada proporcionará información acerca de las variantes más efectivas que se han implementado a través del Mindfulness y para qué tipo de disfunciones podría estar indicado en mayor grado. Así, los resultados pueden ser un insumo que brinde apoyo a la creación de guías de práctica clínica, de gran utilidad a los profesionales que se desempeñen en el campo de la terapia sexual.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir la efectividad del Mindfulness, reportada en la literatura entre 2018 y 2022, para el tratamiento de las disfunciones sexuales no debidas a sustancias ni afecciones fisiológicas conocidas.

3.2 Objetivos específicos

- Generar una ecuación de búsqueda que permita rastrear de manera eficiente la mayor cantidad de artículos elegibles en las bases de datos Scopus, APA PsyNet y PubMed.
- Clasificar los artículos seleccionados, a través de las búsquedas en bases de datos, basados en los criterios de inclusión y exclusión para la revisión sistemática presente.
- Sintetizar los resultados descritos en las diferentes investigaciones incluidas en la revisión sistemática.

4 Marco teórico

4.1 Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales han sido estudiadas desde diversos enfoques, Kaplan (1974) se refiere a estos como trastornos psicosomáticos que imposibilitan a un individuo el pleno disfrute de sus relaciones sexuales, de acuerdo con esta definición se entiende que los orígenes de estas dificultades pueden ser tanto físicas como psicológicas.

Rubio Auriolés y Díaz Martínez (1994), por su parte plantean que las disfunciones sexuales son un conjunto de síntomas caracterizados por sensaciones no deseables en el escenario sexual y que además están presentes en forma recurrente, lo cual imposibilita a la persona para el goce de su sexualidad, generando malestar.

“Bajo el nombre de disfunciones sexuales se incluyen todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad” (Labrador & Crespo, 2001, p. 430). Aquellas fases de la respuesta sexual a las que hace alusión Labrador (2001) son propuestas en el modelo de tres fases o estadios para la respuesta sexual de Helen Kaplan: deseo, excitación y orgasmo (Kaplan & Horwith, 1983).

Son diversos los factores que pueden estar asociados a la aparición y mantenimiento de las disfunciones sexuales en la vida de una persona, circunstancias culturales, sociales o individuales pueden estar ligadas a ello (Muñoz D & Camacho L, 2016). Labrador & Roa (1998) distinguen entre (1) factores psicológicos y sociales y (2) factores físicos, al referirse a las causas que pueden derivar en el padecimiento de diferentes disfunciones sexuales y también en su mantenimiento. Los factores psicológicos y sociales más frecuentes son “la falta de información; un inadecuado establecimiento de objetivos; la ausencia de conductas apropiadas de interacción sexual; o el desarrollo de respuestas de miedo y ansiedad que pueden alterar el ciclo de la respuesta sexual” (pp. 743-746). Por otro lado, en los factores de orden físico, biológico y orgánico:

Se incluyen los síntomas de diversas enfermedades, las consecuencias de intervenciones quirúrgicas o los efectos de determinados fármacos y drogas. La importancia de estos factores proviene tanto de su capacidad para provocar de forma directa la disfunción, como

de sus efectos indirectos, que se refieren a las reacciones de la persona o su pareja ante la presencia de la enfermedad y sus consecuencias. (Labrador & Roa, 1998, pp. 742–743)

La prevalencia de estos trastornos alrededor del mundo se ha evaluado a través de diferentes estudios: En Ciudad de México, de una muestra de 384 mujeres y 363 hombres, la investigación de Sánchez Bravo et al. (2005) arrojó una prevalencia de disfunciones sexuales de 52% y 38,8% en mujeres y hombres, respectivamente. En el Reino Unido se ha mostrado que cerca del 40% de los hombres y el 50% de las mujeres han tenido al menos un problema relacionado a su respuesta sexual (Mitchell et al., 2013). En Canadá se ha reportado como uno de los problemas más comunes, en hombres y mujeres, el bajo deseo sexual (Quinn-Nilas et al., 2018). Un estudio que tuvo en cuenta una muestra amplia de países alrededor del mundo (Muñoz D & Camacho L, 2016), encontró que la prevalencia de trastornos de la función sexual oscila entre el 5,5% y el 73,2%. En Colombia se han hallado niveles de prevalencia de disfunciones sexuales en mujeres entre el 33% y 35% (Espitia De La Hoz, 2018). Tasas de hasta el 75,4% de prevalencia de disfunciones sexuales en hombres, relacionadas con la disfunción eréctil, la eyaculación precoz y la dispareunia (Molina Reino & Tapia Cárdenas, 2020). Como se puede apreciar las diferentes investigaciones alrededor del mundo dan, en general, la visión de que hay tasas importantes, en algunos casos, sobre el 50% de los sujetos estudiados, en cuanto a las problemáticas acerca de la función sexual.

4.1.1 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos – CIE 10

Las disfunciones sexuales se encuentran clasificadas tanto en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, en su quinta versión (DSM-5), como en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su décima versión (CIE-10).

La categoría diagnóstica F52 “Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos” hace parte del CIE-10 y es la que se resaltaré en el presente estudio. En esta clasificación se describen las disfunciones sexuales como la incapacidad de participar en una relación sexual tal como desearía el individuo. “La respuesta sexual es un proceso psicosomático, y en la causa de las disfunciones sexuales suelen estar implicados ambos aspectos, psicológico y somático” (p. 337). Los diagnósticos que incluye el CIE-10 (OMS, 2016) en este apartado son:

F52.0 Falta o pérdida del deseo sexual: La falta o pérdida del deseo sexuales el problema principal y no es secundaria a otras dificultades sexuales, como la falta de erección o la dispareunia.

F52.2 Falla de la respuesta genital: El problema principal en los hombres es la disfunción eréctil (dificultad para iniciar o mantener una erección adecuada para una relación sexual satisfactoria). En las mujeres, es la sequedad vaginal o la falla de la lubricación.

F52.3 Disfunción orgásmica: El orgasmo no ocurre, o se retarda notablemente.

F52.4 Eyaculación precoz: Es la incapacidad para controlar la eyaculación en grado suficiente como para que ambos miembros de la pareja disfruten de la relación sexual.

F52.5 Vaginismo no orgánico: Espasmo de los músculos del piso pélvico que rodean a la vagina, que produce oclusión de la abertura vaginal. La penetración del pene se torna imposible, o es muy dolorosa.

F52.6 Dispareunia no orgánica: La dispareunia (o dolor durante el acto sexual) se da tanto en mujeres como en hombres. A menudo puede atribuirse a patología local, en cuyo caso debe ser apropiadamente clasificada bajo la condición patológica causal. Esta categoría debe usarse solo si no hay otra disfunción sexual primaria no orgánica (por ejemplo, vaginismo o sequedad vaginal).

F52.7 Impulso sexual excesivo: Ninfomanía; satiriasis.

F52.8 Otras disfunciones sexuales no ocasionadas por trastorno ni por enfermedad orgánicos.

F52.9 Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni por enfermedad orgánicos, no especificada. (pp. 337-338)

4.2 Las terapias contextuales

Los modelos de intervención en psicología, en el ámbito cognitivo-conductual, han tenido un amplio desarrollo desde mediados del siglo XX. Los primeros estudios en el campo del aprendizaje y sus aplicaciones bajo modelos de terapia de conducta resultaron insuficientes para tratar, por ejemplo, problemas del estado de ánimo, como la depresión; dado esto, los enfoques que subsiguieron al conductismo puro consiguieron involucrar también las cogniciones, emociones y

el contexto en que se daba el aprendizaje de los distintos patrones de comportamiento, lo cual derivó en el surgimiento de las llamadas terapias de segunda y tercera generación. Estas últimas, también conocidas como terapias contextuales, enfatizan ampliamente el papel que juegan algunos elementos como los valores, la espiritualidad, la conciencia plena y las relaciones, en aquello que le sucede al paciente y tiene como dos grandes principios (1) la aceptación, entendida como la admisión del malestar como un evento normal de la vida y (2) la activación, que hace referencia a la capacidad de la persona de dirigir los recursos, que antes usaba para evitar los síntomas, hacia el logro de objetivos que le resultan importantes según sus valores (Ruiz Fernández et al., 2012).

Dado que un punto importante en la intervención en este cuerpo de terapias, denominadas de tercera generación, se relaciona con ser capaz de enfocar de forma beneficiosa las emociones y cogniciones mediante la aceptación, el Mindfulness se orienta como una técnica clave en el logro de esos objetivos (Kabat-Zinn, 1990; Segal et al., 2002).

4.2.1 Mindfulness o atención plena

Sati, en el idioma Pali de los primeros budistas, es lo que popularmente conocemos como Mindfulness, en inglés o como atención plena, en su traducción al español. Aunque para efectos de su estudio y práctica se tiende a conservar la traducción del idioma inglés. Con la expresión Mindfulness se hace alusión tanto a la práctica de la meditación como a la habilidad de mantener la atención en el momento presente (Ruiz Fernández et al., 2012).

El Mindfulness tiene sus raíces en antiguas prácticas budistas de meditación, aunque en el presente se concibe además como una importante herramienta para diversos tratamientos en salud, física y emocional. Kabat-Zinn (1990) menciona que “la atención plena consiste en ser consciente de cada instante. Su enfoque sistemático sirve para desarrollar en nuestras vidas nuevos tipos de control y sabiduría basados en nuestra capacidad de relajarnos, prestar atención, adquirir conciencia y tener una visión profunda” (p. 32).

No resulta sencillo encontrar una definición única para esta práctica de Mindfulness, diferentes autores la mencionan con términos similares: Para Hanh (1976) “es el mantenimiento de una conciencia viva a la realidad del momento presente”; Brown & Ryan (2003) la definen como “una atención conciencia receptiva a los eventos y experiencias presentes”; Baer (2003) menciona acerca del Mindfulness que “es la observación no condenatoria del fluir de toda la estimulación

externa e interna tal como ella aparece”; Mañas (2007) añade algunos elementos a la definición básica: “es la acción de desarrollar y mantener un determinado tipo de atención especial a la experiencia presente, momento a momento, con una actitud de aceptación radical, libre de todo control y juicios de valor”. De manera similar se encuentran muchas otras propuestas al momento de dar una definición precisa de lo que significa la práctica del Mindfulness, pero todas convergen en un punto clave: el control de los procesos atencionales hacia la aceptación, sin juicios, del momento presente.

Bishop et al. (2004) llevaron a cabo una serie de reuniones con miras a proponer una definición operativa de Mindfulness que sirviera como referencia para un mejor desarrollo teórico e investigativo en el campo de la atención plena y su implementación en el tratamiento psicológico. En esta definición proponen un modelo de Mindfulness dividido en dos componentes principales:

1. La autorregulación de la atención: traer la conciencia hacia aquello que se está experimentando en el momento presente, siendo capaz de observar el flujo cambiante de sensaciones, pensamientos, emociones. Así mismo, implica la posibilidad de navegar con el foco atencional de un estímulo a otro, de manera voluntaria.
2. La orientación a la experiencia: mantener una postura de curiosidad sobre los fenómenos que vienen a la mente y las sensaciones provenientes del exterior, con apertura, sin juzgar y adoptando una actitud de receptividad, aceptando todo lo que nos ofrece la experiencia del presente.

Thich Nhat Hanh, un monje budista vietnamita, publica en 1975 su libro *El milagro de mindfulness*, a través del cual buscaba que trabajadores de su Escuela de la Juventud para el Servicio Social, en donde trabajaba con jóvenes monjes y laicos para mejorar la calidad de vida de la gente en el campo, se “nutrieran con la práctica y pudieran así continuar sirviendo en un contexto lleno de suspicacias y violencia” (Hanh, 2012, p. 7). Con este libro se dio uno de los primeros acercamientos de la práctica de meditación mindfulness a Occidente, el mismo autor describe las bondades de la atención plena de la siguiente forma:

La práctica de la respiración consciente puede parecer simple, pero el efecto es grande. Al centrarnos en nuestra inspiración, liberamos el pasado, liberamos el futuro, liberamos

nuestros proyectos. Habitamos la respiración con todo nuestro ser. Nuestra mente regresa a nuestro cuerpo y nos encontramos verdaderamente ahí, vivos, en el instante presente. Estamos en casa. Un solo aliento, inspiración y espiración, puede hacer que estemos plenamente presentes y vivos otra vez, y entonces la energía del mindfulness se halla en nosotros. La plena consciencia o atención plena es la energía que nos hace estar plenamente presentes, plenamente vivos en el aquí y el ahora. (Hanh, 2012, p. 8)

La meditación Zen, la cual se basa en la respiración y en las posiciones que puede adoptar el cuerpo para realizarla, influencia fuertemente las prácticas de mindfulness que desarrollan programas como el Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) y el Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Segal et al., 2002).

Jon Kabat-Zinn funda en 1979 la Clínica para la Reducción del Estrés en el Centro Médico de la universidad de Massachusetts. Allí se comienza a implementar el Programa de Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR), el cual tiene una duración de ocho semanas. Este programa se concibió inicialmente como un tratamiento para el dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982). Sin embargo, en la actualidad el MBSR es además usado para reducir la morbilidad psicológica asociada con enfermedades crónicas y para el tratamiento de trastornos emocionales y de la conducta (Kabat-Zinn, 1998).

Kabat-Zinn (1990) señala, a su vez, que aquellos pacientes que llegan a la Clínica para la Reducción del Estrés con una actitud “escéptica, aunque abierta”, son quienes logran mayores resultados del tratamiento. De esta manera brinda 7 actitudes básicas en el Mindfulness, con las cuales se puede construir una sólida práctica de la meditación:

1. No juzgar: Supone adoptar el hecho de que no hay experiencias buenas o malas, ser un observador neutral de los contenidos de la experiencia presente.
2. Paciencia: Implica respetar el flujo natural de los acontecimientos, sin tratar de influir en ellos, ni de precipitarlos.
3. Mente de principiante: Significa abandonar los prejuicios y las expectativas. Para ver las cosas tal como son, se deben dejar de lado las formas en cómo nos hemos relacionado con experiencias similares en el pasado. Siempre con actitud de aprendiz.

4. **Confianza:** Se trata de saber escuchar a nuestra intuición y de tener el discernimiento para proceder de la manera que nos parezca adecuada, sin esperar a que alguien más nos dé una indicación. Creer en nosotros mismos.
5. **No esforzarse:** Se refiere a no perseguir resultados concretos con la práctica de la meditación. La misma práctica, de manera constante y con empeño, dará sus frutos.
6. **Aceptación:** Este paso, generalmente está ligado a un camino tras el cual caemos primero en fases de negación, rabia, dolor, depresión, para llegar al fin a aceptar los hechos como han sucedido. El camino de la meditación Mindfulness pretende adoptar la aceptación de manera intencional, desde los primeros momentos. Se refiere a ver las cosas como son en el presente.
7. **Ceder:** Se trata de “dejar que nuestra experiencia sea la que es, aceptarla así y practicar observándola en cada momento” (p. 74).

4.3 Mindfulness como herramienta terapéutica:

El mindfulness se ha estudiado desde diversas perspectivas y sus resultados han servido a investigaciones en el campo de la psicología y de la medicina en general. Un ensayo clínico aleatorizado llevado a cabo por Brewer et al. (2011) dividió a 88 adultos dependientes de la nicotina en dos grupos: un grupo recibió Entrenamiento en Mindfulness (MT) y el otro grupo recibió el tratamiento para dejar de fumar (FFS) de la American Lung Association. El resultado fue que el grupo Mindfulness tuvo una mayor tasa de reducción en el consumo de cigarrillos durante y después del tratamiento, al igual que una mayor tasa de abstinencia tras 4 meses de seguimiento.

En un estudio en donde evaluaron a 29 pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, a través de resonancia magnética, tras haber llevado a cabo el programa de 8 semanas de Mindfulness Basado en Reducción de Estrés (MBSR) Hölzel et al. (2013), encontraron que el entrenamiento en atención plena se asoció a mayor conectividad entre regiones del cerebro que son relevantes para la exitosa regulación emocional; así mismo, los pacientes reportaron una mejoría en los síntomas de ansiedad después del tratamiento.

51 pacientes con dolor crónico que no habían mostrado mejoría con la atención médica tradicional fueron sometidos a un programa de relajación y reducción del estrés de 10 semanas, tras lo cual un 65% de los pacientes mostró una disminución mayor o igual al 33% en el índice de

dolor Melzack y el 50% reportó una disminución mayor o igual al 50%. Estos resultados estuvieron además acompañados con significativas reducciones en trastornos del estado de ánimo debido a su condición de dolor crónico (Kabat-Zinn, 1982).

Los trastornos de la conducta alimentaria también han sido objeto de evaluación y seguimiento a través de programas basados en Mindfulness. Wolever y Best (2009) implementaron un programa de Alimentación Consciente Basada en Mindfulness (MB-EAT), los resultados concluyeron disminución total de los atracones de comida después de 13 semanas de iniciado el tratamiento, pérdida de peso después de 6 meses de seguimiento y se reporta un mayor control sobre las decisiones alimenticias en la participante del estudio, lo cual mejoró su relación con la comida, su autoimagen y su calidad de vida.

Existen también diversos estudios que han relacionado los beneficios de la práctica del Mindfulness en la reducción de síntomas psicológicos asociados a otras enfermedades médicas, como el cáncer (Carlson et al., 2001; Reibel et al., 2001; Speca et al., 2000).

4.4 Mindfulness y las disfunciones sexuales

La disminución del interés y la pérdida de excitación sexual son áreas en las cuales han demostrado efectividad los tratamientos basados en intervenciones tipo Mindfulness (Ráquira Gutiérrez, 2021). Como lo indica Brotto (2017), mediante el:

Entrenamiento de atención plena, las mujeres con bajo deseo pueden volverse más conscientes de los cambios físicos que experimentan durante o antes de la actividad sexual (vaso congestión genital, hormigueo...), lo que puede aumentar y mantener su excitación y deseo subjetivos (pp. 14-15).

Del mismo modo, un tratamiento basado en Mindfulness, de cuatro semanas de duración, mostró ser un método efectivo para mejorar la disfunción eréctil, la satisfacción sexual general y la observación sin prejuicios de la experiencia sexual en hombres (Bossio et al., 2018).

Los hallazgos presentados por Silverstein et al. (2011) indican que las mujeres que se sometieron a un entrenamiento de meditación de atención plena mejoraron su capacidad para detectar sus propias respuestas fisiológicas a los estímulos sexuales. Esta mejora en la conciencia

interoceptiva se asoció con mejoras en la atención, el juicio propio y los síntomas clínicos, que son barreras psicológicas conocidas para el funcionamiento sexual saludable. Estos hallazgos resaltan el potencial del entrenamiento de la atención plena como tratamiento de la disfunción sexual femenina.

Brotto et al. (2021) realizaron un ensayo aleatorizado en donde compararon una terapia cognitiva grupal basada en Mindfulness con una terapia sexual de apoyo grupal. Los resultados obtenidos marcaron un beneficio mayor en las mujeres que practicaron Mindfulness en cuanto a niveles de deseo sexual y excitación, angustia sexual, satisfacción con la relación de pareja y rumiación sexual (asociada a cogniciones negativas).

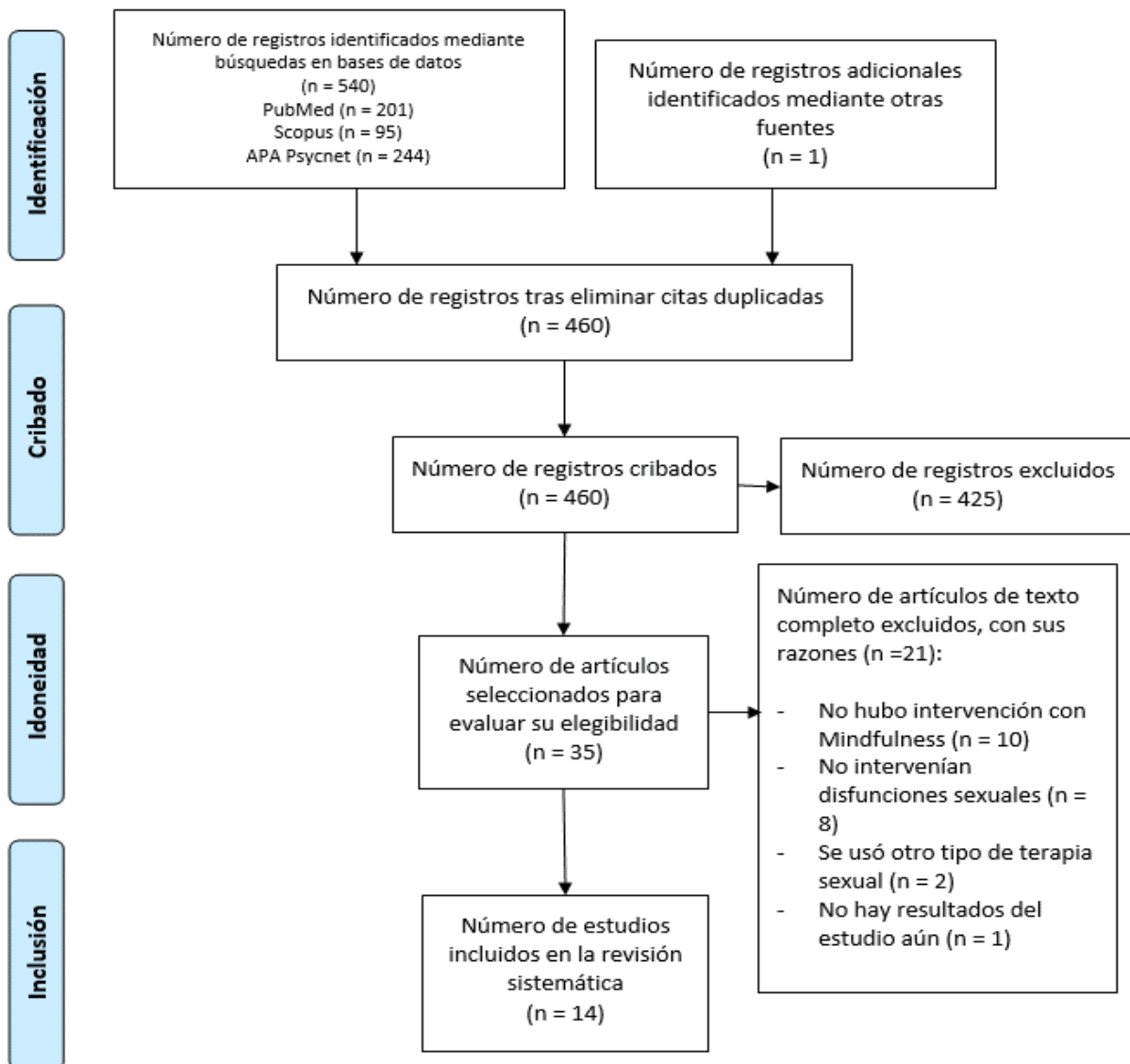
Una revisión de literatura (de Jong, 2009) sugiere que la implementación de terapias que se centren en el fortalecimiento de los procesos atencionales, como el Mindfulness, pueden promover el tratamiento no invasivo de las disfunciones en el campo sexual. Otros tratamientos basados en Mindfulness han demostrado la capacidad de potenciar funciones biológicas como la lubricación, el orgasmo, y la disminución del dolor asociado al acto sexual, siempre que estas no estén vinculadas con afecciones orgánicas de base (Leavitt et al., 2019).

5 Metodología

Se seguirá la guía Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols (PRISMA-P) para la elaboración de revisiones sistemáticas y metaanálisis a través del siguiente diagrama de flujo:

Figura 2

Diagrama de flujo PRISMA-P



Nota. Moher et al., 2009. Fuente www.prisma-statement.org

5.1 Estrategia de búsqueda

En la revisión de artículos fueron incluidas 3 bases de datos: APA PsycNet, PubMed, y Scopus. Para obtener los registros más acertados relacionados a intervenciones basadas en Mindfulness y disfunciones sexuales, la ecuación de búsqueda que brindó mejores resultados fue la siguiente:

(((((((((mindfulness-based intervention) OR mindfulness-based cognitive therapy) OR mindfulness-based treatment) OR mindfulness intervention) OR mindfulness-based cognitive behaviour therapy) OR mindfulness-based therapy) OR mindfulness therapy) OR mindfulness) AND (((((((((((sexual dysfunction) OR sexual disorder) OR sexual arousal) OR sexual desire) OR orgasmic disorder) OR erectile dysfunction) OR sexual dysfunctions) OR genital pain) OR sexual pain) OR erectile disorder) OR premature ejaculation) OR delayed ejaculation).

Para la posterior clasificación y selección de los artículos que hacen parte de la revisión sistemática se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

5.2 Criterios de inclusión

- Estudios que incluyan intervenciones basadas en mindfulness.
- Que los participantes de los estudios sean hombres y/o mujeres con algún diagnóstico de disfunción sexual, según DSM, CIE o resultados de escalas, válidas para la evaluación de disfunción sexual, aplicadas en el mismo estudio.
- Que fueran estudios de corte cuantitativo
- Que se hayan publicado entre los años 2018 y 2022
- Que sean estudios publicados en inglés o en español

5.3 Criterios de exclusión

- Que sean revisiones de literatura
- Que sean estudios de corte cualitativo
- Que las disfunciones sexuales estén ligadas al uso de sustancias o afecciones fisiológicas conocidas.

6 Consideraciones Éticas

La resolución 8430 de 1993 en su artículo 11 (Colombia. Ministerio de Salud, 1993) clasificó a la investigación documental retrospectiva como una investigación sin riesgo, dada su ausencia de sujetos de investigación, sin embargo, es importante tener en cuenta que el uso adecuado de la información también amerita una reflexión en torno a los principios morales que rigen este trabajo.

Una consideración sobre el uso ético de la información implica no sólo la atribución de los derechos de autoría y reconocimiento sino también un respeto por las ideas del otro sin pretensiones de impartir un juicio o hacer interpretaciones subjetivas, así mismo vale decir que no habrá criterios de exclusión de la información a razón de la fuente de la información, siempre que cumpla con los criterios de inclusión la documentación será tratada con igualdad.

En ningún momento del trabajo se hará apropiación, falsificación o fabricación de ideas de terceros y en el momento de la publicación de resultados de forma detallada se mostrarán las contribuciones de los distintos artículos consultados mediante las respectivas citas bibliográficas.

7 Resultados

Tabla 1

Resumen de los estudios incluidos en la presente revisión

Estudio	Muestra	Intervención	Instrumentos de evaluación	Resultados	Tipo de estudio
Adam et al.(2020)	65 mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo. Edades: entre 18 y 58 años	Grupo 1 (N=35): Protocolo de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) Grupo 2 (N=30): Protocolo de Terapia Cognitivo-Conductual	Cuestionarios en línea (antes y después de intervención): - Female Sexual Function Index (FSFI) - Female Sexual Distress Scale – Revised (FSDS-R) - Sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S)	1. Ambos grupos presentaron mayor funcionamiento sexual (FSFI) (P = 0,001) 2. Ambos grupos presentaron disminución de la angustia sexual (FSDS-R) (P < 0,001) 3. Ambos grupos presentaron mejoría del deseo, la excitación, el orgasmo y la satisfacción sexual (P < 0,05). 4. Sólo hubo disminución significativa en el dolor sexual en el Grupo 2 (CBT)	Ensayo clínico (RCT)
Bilal (2020)	Una mujer de 38 años con un Trastorno de Excitación Genital Persistente (PGAD).	Tratamiento con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) durante 6 meses.	Criterios diagnósticos del Trastorno de Excitación Genital Persistente (PGAD)	Mejoría moderada en los síntomas de angustia y excitación genital persistente.	Estudio de caso único
Bossio et al.(2018)	10 hombres con diagnóstico de Disfunción Eréctil situacional, con edades entre 20 y 67 años.	Protocolo de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness, en conjunto con terapia sexual y psicoeducación, durante 4 semanas.	- International Index of Erectile Functioning (IIEF) - Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) - Relationship Assessment Scale	Este protocolo de tratamiento es prometedor como un medio novedoso para afectar el funcionamiento eréctil (d de Cohen = 0,63), la satisfacción sexual general (d de Cohen = 1,02) y la observación sin prejuicios de la propia experiencia. (d de Cohen = 0,52).	Cuasiexperimental (no grupo control)

Brotto et al.(2020)	130 mujeres diagnosticadas con Vestibulodinia Provocada (PVD), con edad media de 32,4 años.	Grupo 1 (N = 67): Intervención con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) grupal. Grupo 2 (N = 63): Intervención con Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) grupal.	<ul style="list-style-type: none"> - Chrome Pain Acceptance Questionnaire - Pain Willingness Scale - Activities Engagement Scale - Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) - Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) - Pain Catastrophizing Scale - Experiences Questionnaire - Self-Compassion Scale 	En ambos tratamientos hubo una mejoría en el dolor y en angustia sexual posttratamiento, 6 meses después y 12 meses después del tratamiento. Los cambios en la atención plena, la autocrítica y la autocompasión mediaron mejoras sólo en el grupo MBCT.	Ensayo clínico (RCT)
Brotto et al.(2022a)	30 mujeres con Trastorno de interés y excitación sexual, con edades entre los 19 y 65 años.	Programa virtual de ocho módulos de eSense-Mindfulness. Los participantes debían completar al menos un módulo por semana.	<ul style="list-style-type: none"> - Female Sexual Function Index (FSFI)- Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R)- Global Impression of eSense-Mindfulness Measure 	Las pruebas de eficacia limitadas mostraron tamaños de efecto grandes para la reducción de la angustia relacionada con el sexo y mejoras en el deseo, la excitación y la satisfacción sexuales, mientras que hubo tamaños de efecto más pequeños para las mejoras en la lubricación, el orgasmo y el dolor vaginal.	Cuasiexperimental (no grupo control)
Brotto et al.(2022b)	148 mujeres con Trastorno de Interés/Excitación Sexual, con una edad media de 38,6 años.	Grupo 1 (N = 78): Intervención con Educación Sexual de Apoyo (STEP) grupal. Grupo 2 (N = 70): Intervención con Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) grupal + psicoeducación.	<ul style="list-style-type: none"> - Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI) - Female Sexual Distress Scale-Revised(FSDS-R) - Hamilton Rating Scale for Depression - Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) - Self-Compassion Scale - Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) 	Disminuciones en la depresión mediaron disminuciones en la angustia sexual. Las mejoras en la conciencia interoceptiva mediaron cambios tanto en el deseo y la excitación sexual como en la angustia sexual. Las reducciones en la autocrítica mediaron mejoras en la angustia sexual. Los cambios en la atención plena predijeron cambios en el deseo y la excitación, y la angustia.	Ensayo clínico (RCT)

Guillet et al.(2019)	31 mujeres con Vulvodinia Localizada Provocada (PLV), con una edad media de 31,6 años.	Grupo 1 (N = 17): Intervención con Terapia de Apoyo Educativo grupal Grupo 2 (N = 14): Intervención con Terapia Grupal Cognitiva Basada en Mindfulness (M-gBCT)	- Female Sexual Function Index (FSFI) - Female Sexual Distress Scale(FSDS) - Pain Catastrophizing Scale - Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) - Beck Depression Inventory (BDI-PC)	El dolor de inserción vaginal disminuyó en ambos grupos. A los 6 meses, los participantes del grupo M-gCBT mostraron una mejora estadísticamente significativa en el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) en comparación con el grupo de apoyo educativo.	Ensayo clínico (RCT)
Gunst et al. (2019)	70 mujeres mayores de 18 años que cumplen con los criterios del Trastorno de Interés Sexual/Excitación del DSM-5.	Grupo 1 (N=20): Intervención Basada en Mindfulness (MB)Grupo 2 (N=30): Intervención MB + ejercicios de motivación y actividad sexual agendadaGrupo 3 (N=20): Lista de espera	1. Resultados primarios:- Subdominio de 'deseo' en el Female Sexual Function Index (FSFI) - Sexual Interest and Desire Inventory–Female (SIDI-F). 2. Resultados secundarios:- Female Sexual Distress Scale–Revised (FSDS-R)- Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS)- Perceived Relationship Quality Components Inventory (PRQC)- Brief Symptom Inventory–18 (BSI-18).	Los grupos de intervención (1 y 2) informaron un deseo sexual significativamente mayor (deseo FSFI d = 0,75 a 1,06) después del tratamiento, en comparación con el grupo 3.	Ensayo clínico (RCT)
Halvaiepour et al.(2021)	45 mujeres iraníes mayores de 18 años con Trastorno de Interés Sexual/Excitación. Edades entre 28 y 42 años.	Grupo 1 (N=15): Intervención con terapia de Modificación de Interpretación del Sesgo Cognitivo (CBM) Grupo 2 (N=15): Intervención con Terapia Cognitiva Basada en Midfulness (MBCT) Grupo 3 (N=15): Control	Female Sexual Function Index (FSFI)	MBCT fue más efectivo que el CBM-I, según el cuestionario de Female Sexual Function Index ($p < 0,001$). Ambos tratamientos superaron al grupo control (3).	Ensayo clínico (RCT)

Holas et al.(2020)	13 hombres adultos con diagnóstico de Trastorno de Comportamiento Sexual Compulsivo (CSBD por sus siglas en inglés); edades: entre 23 y 45 años	Protocolo de Mindfulness para la prevención de recaídas (MBRP) durante 8 semanas.	1. Evaluación del tiempo implementado en actividad sexual, pornografía y masturbación (antes y después de intervención)2. Escalas medidas antes y después: - Brief Pornography Screener (BPS)- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)- Obsessive-compulsive inventory-revised (OCI-R)	1. Los participantes dedicaron significativamente menos tiempo al uso problemático de pornografía (BPS indica tamaño del efecto grande: $r = -0.64$). 2. Los síntomas de uso problemático de la pornografía (BPS indica tamaño del efecto medio: $r = -0.40$). 3. Reducción de angustia emocional (HADS; tamaño del efecto medio: $r = -0,47$) y síntomas depresivos (HADS; tamaño del efecto grande: $r = -0,52$). 4. Disminución en síntomas obsesivo-compulsivos (OCI-R; tamaño del efecto medio: $r = -0,43$). 5. No se halló disminución en el tiempo dedicado a la masturbación o las relaciones sexuales ($P > 0,100$).	Cuasiexperimental (no grupo control)
Mojtehedhi et al. (2022)	132 mujeres posmenopáusicas, edades: entre 50 y 60 años	Grupo 1 (N = 33): Intervención Basada en Mindfulness y un placebo (MBI-P) Grupo 2 (N = 33): Intervención con Aromaterapia y Mindfulness (Aroma-MBI) Grupo 3 (N = 33): Intervención con Aromaterapia y una rutina de cuidado (Aroma-RC) Grupo 4 (N = 33): Intervención con una rutina de cuidado y un placebo (RC-P)	3 cuestionarios fueron completados antes de la intervención, 8 semanas luego de iniciada y 8 semanas tras su finalización: - Female Sexual Function Index (FSFI) - Beck Anxiety Inventory (BAI) - Beck Depression Inventory (BDI-II)	1. La puntuación de la función sexual (FSFI) mejoró significativamente en los grupos Aroma-MBI (diferencia media ajustada [aMD]: 2,4, IC del 95 %: 0,01 a 4,80) y MBI-P (aMD: 2,6, IC del 95 %: 0,2 a 5,1) en comparación con el grupo RC-P. 2. La puntuación de ansiedad se redujo en el grupo Aroma-RC al final de la intervención (DMA: -4,12, IC del 95 %: -7,41 a -0,72; $p = 0,020$) y ocho semanas después, así como en el grupo Aroma-MBI. 3. En cuanto a la depresión, la puntuación media de depresión fue significativamente menor que el grupo RC-P en el grupo Aroma-RC al final de la intervención ($p = 0,011$).	Ensayo clínico (RCT)

Rashedi et al.(2021)	70 mujeres con diagnóstico de Trastorno del Deseo Sexual, con edades entre los 18 y 49 años.	Grupo 1 (N = 35): Intervención con Terapia Sexual Cognitivo-Conductual Basada en Mindfulness (MBCST) Grupo 2 (N = 35): Control, sin ninguna intervención.	- Halbert Index of Sexual Desire (HSID)- Revised Female Sexual Distress Scale (FSDS-R)- Sexual Self-Disclosure Questionnaire (SSDQ)- Female Sexual Function Index (FSFI)	En comparación con el grupo de control, la intervención MBCST mejoró significativamente el deseo sexual, la angustia, la autorrevelación y la función inmediatamente, 4 y 12 semanas después de que se completaron las sesiones educativas en el grupo de intervención (p < 0,001).	Ensayo clínico (RCT)
Velten et al.(2018)	41 mujeres con edades entre los 19 y 43 años.	Las participantes realizaron, durante 2 sesiones, tareas de visualización y de Mindfulness entre series de videos eróticos presentados en laboratorio.	_Female Sexual Distress Scale (FSDS) -Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	La tarea de Mindfulness condujo a una mayor excitación genital subjetiva, comparada con la tarea de visualización.	Cuasiexperimental (no grupo control)
Velten et al.(2020)	49 mujeres con una edad media de 25,22 años.	Las participantes realizaron ejercicios de Mindfulness en laboratorio, junto con otra tarea de imágenes mentales y una serie de videos eróticos.	- Toronto Mindfulness Scale - Female Sexual Function Index (FSFI) - Female Sexual Distress Scale- Revised (FSDS-R)	El enfoque en los genitales condujo a una mayor excitación genital durante el ejercicio. Un enfoque en las sensaciones en el cuerpo (body scan) y en los genitales se asoció con una mayor excitación sexual subjetiva durante los videos eróticos. Los efectos fueron de tamaño pequeño.	Cuasiexperimental (no grupo control)

7.1 Muestras de los estudios

12 de las 14 investigaciones incluidas en esta revisión estuvieron enfocados en población femenina (86%), mientras que tan solo 2 estudios (14%) se enfocaron en población masculina. No hubo estudios que incluyeran participación mixta de géneros.

Como se observa en la Tabla 2, en la realización de los 14 estudios se incluyó a 835 personas, un promedio de 60 participantes por estudio; de los cuales un 97,25% fueron mujeres y un 2,75% fueron hombres. En promedio, la edad media de los participantes de las 14 investigaciones fue de 35,7 años.

Tabla 2
Muestras de los estudios

Estudio	Sexo	N	Edad Media
Adam. et al., (2020)	F	65	33,95
Bilal. (2020)	F	1	38
Brotto. et al., (2020)	F	130	32,4
Brotto. et al., (2022a)	F	30	35,3
Brotto. et al., (2022b)	F	148	38,6
Guillet. et al., (2019)	F	31	31,6
Gunst. et al., (2019)	F	70	39,2
Halvaiepour. et al. (2021)	F	45	32,3
Mojtehed. et al., (2022)	F	132	55,66
Rashedi. et al., (2021)	F	70	37,75
Velten. et al., (2018)	F	41	27,2
Velten. et al., (2020)	F	49	25,22
Bossio. et al., (2018)	M	10	40,3
Holas. et al., (2020)	M	13	32,69
Total		835	
Promedio		60	35,7

7.2 Tipo de estudio

La mayoría de las investigaciones (57%) realizaron ensayos controlados aleatorizados (RCT), en donde tuvieron entre 1 y 4 grupos de intervención, incluido el grupo control. 36% de los estudios tuvieron un diseño cuasiexperimental, dirigidos a un grupo de intervención, pero sin otro grupo de control. Solamente un estudio (7%) se basó en un estudio de caso único.

Tabla 3
Tipos de estudio

Tipo	N	%
Ensayo clínico (RCT)	8	57%
Cuasiexperimental	5	36%
Estudio de caso único	1	7%
Total	14	100%

7.3 Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales tomadas en cuenta en los distintos estudios analizados en esta revisión pusieron su foco, generalmente, en trastornos derivados de clasificaciones como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE, en su décima u onceava versión). Ocho de los estudios (57%) toman como principal referencia al DSM-5 en la definición que utilizan de sus respectivos trastornos evaluados; una investigación (7%) hace referencia al CIE-11; mientras que cinco trabajos (36%) utilizaron definiciones distintas a las dos principales clasificaciones antes mencionadas (DSM o CIE).

Tabla 4
Disfunciones sexuales presentes en los estudios

Clasificación	Disfunción	N	%
DSM-5	Trastorno de interés/excitación sexual femenino (SIAD)	5	36%
DSM-5	Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración	2	14%
N/A	Concordancia excitación genital y subjetiva	2	14%
DSM-5	Trastorno orgásmico femenino	1	7%
Leiblum & Natham (2001)	Trastorno de excitación genital persistente (PGAD)	1	7%
CIE-11	Trastorno por comportamiento sexual compulsivo (CSBD)	1	7%
DSM-5	Trastorno eréctil	1	7%
N/A	Función sexual posmenopausia	1	7%
Total		14	100%

El Trastorno del interés/excitación sexual femenino (SIAD, por sus siglas en inglés), ubicado en el DSM-5, es la disfunción con mayor presencia en los estudios analizados, 36% de ellos se refería a este diagnóstico (Brotto et al, 2022a, 2022b; Gunst et al, 2019; Halvaiepour et al, 2020; Rashedi et al, 2021). Un 14% de los estudios tuvieron en cuenta un trastorno que se puede localizar en el DSM-5 como Trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, aunque dichos estudios lo mencionan como Vestibulodinia Provocada (PVD) (Brotto et al, 2020) y Vulvodinia Provocada Localizada (PLV) (Guillet. et al., 2019).

Dos estudios (14%) llevados a cabo por Velten, et al., (2018, 2020), buscaban la relación existente entre los tratamientos basados en Mindfulness y el nivel de concordancia entre la excitación sexual genital y la excitación sexual subjetiva.

Adam, et al., (2020) buscaron los efectos de un tratamiento con Mindfulness para el Trastorno orgásmico femenino, presente en el DSM-5. El Trastorno de excitación genital persistente (PGAD, por sus siglas en inglés) fue el foco de estudio para Bilal, et al., (2020), esta disfunción no se encuentra presente en ninguna de las dos clasificaciones principales mencionadas en este trabajo (DSM o CIE), y fue definido por primera vez por Leiblum & Natham (2001).

El Trastorno por comportamiento sexual compulsivo (CSBD), para el cual sus criterios diagnósticos sólo fueron propuestos recientemente en el CIE-11, fue el punto central de la

investigación realizada por Holas, et al. (2020). Por otra parte, el estudio de Bossio, et al. (2018), se basó en la Disfunción eréctil situacional o Trastorno eréctil, como lo enmarca en el DSM-5.

Un último trabajo, llevado a cabo por Mojtehed, et al. (2022), buscaba medir la influencia de un tratamiento con Mindfulness en la función sexual de 132 mujeres posmenopáusicas en Irán, debido a esto se basaron en el Índice de Función Sexual Femenino (FSFI), para determinar su inclusión en el estudio.

7.4 Mindfulness

En cuanto a los enfoques de Mindfulness utilizados, los estudios evaluados en la presente revisión hicieron hincapié, en su mayoría (57%), en definiciones ubicadas en el marco de la Terapia Cognitivo Conductual Basada en Mindfulness (MBCT), cada una de ellas con un matiz diferente. Así, Adam, et al., (2020) plantearon una intervención con un protocolo MBCT creado específicamente para ayudar a incrementar la habilidad para alcanzar el orgasmo en las mujeres (Teasdale, et al., 1995); Bossio, et al., (2018) desarrollaron un tratamiento grupal basado en Mindfulness para la disfunción eréctil situacional, el cual incluyó terapia sexual, psicoeducación y ejercicios de mindfulness basados en el programa MBCT para la depresión de Segal, et al., (2013). Brotto, et al.(2022b) también optaron por un tratamiento basado en MBCT para la depresión de Segal, et al., (2012) más psicoeducación. Otros estudios que incluyeron MBCT fueron los desarrollados por Bilal (2020) y Brotto, et al., (2020), estos últimos amparados en un enfoque de MBCT desarrollado en un manual de tratamiento, no publicado, para la Vestibulodinia Provocada (Bason et al., 2012).

Por otra parte, un par de investigaciones se enfocaron en intervenciones con protocolos de Mindfulness directamente desarrollados para mejorar la función sexual, es el caso de Halvaiepour et al.(2021) y Rashedi et al.(2021), quienes usaron un protocolo de Terapia Sexual Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCST o MBCT-S, Brotto et al, 2008), el cual se puede definir como la integración de psicoeducación, terapia sexual y habilidades basadas en mindfulness.

Un último estudio con enfoque en MBCT, realizó su intervención combinando elementos de meditación Mindfulness con Terapia Cognitivo Conductual grupal (M-Gcgt; Gullet et al., 2019).

Otras investigaciones utilizaron enfoques de Mindfulness distintos a la MBCT. Holas et al. (2021) se basaron en Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP; Witkiewitz et al, 2005)

el cual combina las herramientas de la Terapia Cognitivo Conductual enfocada en mejorar las habilidades para la prevención de recaídas en adicciones (Marlatt & Gordon, 1985) y entrenamiento en Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Gunst et al.(2019) usaron un protocolo de Terapia Grupal Basada en Mindfulness desarrollado por Brotto & Bason (2014), el cual consiste en elementos de terapia cognitiva, ejercicios de Mindfulness y psicoeducación acerca de la sexualidad femenina y respuesta sexual. Un enfoque distinto fue dado por Brotto et al.(2022^a), quienes adaptaron un tratamiento basado en Mindfulness para el Trastorno de Interés y Excitación Sexual (SIAD; Brotto et al., 2021) en una plataforma virtual ‘eSense-Mindfulness’, desarrollada para llevar a cabo una intervención similar basada en Terapia Cognitivo Conductual (Zippan et al., 2020).

Por último, tres estudios realizaron sus pruebas con otras Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI), sin tener un enfoque particular de terapia. Velten, et al., (2018, 2020) realizaron adaptaciones de una tarea de escáner corporal de un manual de terapia para mujeres con bajo deseo sexual (Brotto et al, 2015); mientras tanto, Mojtehed, et al., (2022) probaron el efecto combinado de aromaterapia con MBI como alternativa terapéutica.

Tabla 5
Enfoque Mindfulness utilizado en los estudios

Enfoque de Mindfulness	N	%
Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)	5	36%
Intervención Basada en Mindfulness (MBI)	3	21%
Terapia Sexual Cognitivo Conductual Basada en Mindfulness (MBCT-S)	2	14%
Terapia Cognitivo Conductual grupal Basada en Mindfulness (M-gCBT)	1	7%
Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP)	1	7%
Terapia grupal Basada en Mindfulness	1	7%
eSense-Mindfulness	1	7%
Total	14	100%

7.5 Instrumentos utilizados para medir función sexual

Medir la función sexual o el nivel de disfunción sexual, según el enfoque de cada estudio, era un parámetro crucial para obtener los resultados del impacto de las distintas intervenciones llevadas a cabo. De los catorce estudios incluidos en la revisión, trece (93%) incluyeron mediciones a través de instrumentos validados para tal fin. Únicamente Bilal (2020), siendo una investigación de caso único, no incluyó una valoración usando ninguna escala de función sexual.

7.5.1 Índice de Función Sexual Femenina (FSFI)

El Índice de Función Sexual Femenina es un instrumento de autoinforme diseñado específicamente para medir el funcionamiento sexual en mujeres. Fue desarrollado por Rosen et al. en el año 2000 y se ha convertido en una de las medidas más ampliamente utilizadas en ese campo de estudio. El instrumento mide seis dominios de la función sexual: deseo sexual, excitación, satisfacción, orgasmo, dolor y lubricación (Yule, 2014).

El 57% de los estudios utilizaron este instrumento en sus investigaciones. Adam, et al., (2020) informan de una puntuación media de 23,41 en la aplicación inicial de la prueba en sus participantes, lo cual indica valores clínicos (<26) para disfunción sexual. En otro estudio llevado a cabo con 30 mujeres con Trastorno de Interés y Excitación Sexual (SIAD), se encontró una

medida inicial de 19,82 en esta escala, marcando valores clínicos para disfunción. Guillet, et al., (2019) encontraron que el cambio en las mediciones pre y pos-intervención fue de +12,5 puntos en el FSFI. Gunst, et al., hallaron cambios significativos en la función sexual a través de los diferentes subdominios de la escala. En un estudio donde se realizaron 4 diferentes combinaciones de tratamientos (Mojtehedi, et al, 2022), las puntuaciones base de esta escala estuvieron entre 17,7 y 19,81. Utilizando la versión persa del FSFI, adaptada por Mohammadi, et al., (2008), Rashedi, et al., (2021) tomaron medidas iniciales, en su investigación, de 23,25 y 22,26 para los grupos de intervención y control, respectivamente. Para un estudio con 3 tareas de mindfulness, el 43,5% de las participantes puntuó en el rango clínico del Índice de Función Sexual Femenina (Velten, et al., 2020). Halvaiepour, et al., (2021) también utilizaron la escala, aunque no proveyeron datos sobre los resultados de sus aplicaciones pre y post tratamiento.

7.5.2 Escala de Distrés Sexual Femenino (FSDS) y Escala de Distrés Sexual Femenino - Revisada (FSDS-R)

La Escala de Distrés Sexual Femenino (FSDS), es un cuestionario de autoinforme diseñado por Derogatis et al. (2002) para evaluar el distrés relacionado con disfunción sexual en las mujeres, fue desarrollada como parte de ayuda diagnóstica del trastorno del deseo sexual hipoactivo (HSDD). En 2008 se diseñó una versión revisada (FSDS-R; Derogatis et al.). El cuestionario inicial (FSDS) consta de 12 ítems, mientras que la versión revisada añade un ítem 13 que evalúa específicamente la angustia relacionada al bajo deseo sexual.

De los catorce estudios analizados se encuentra que el 50% de ellos incluyen alguna medición a sus participantes con la escala revisada (FSDS-R), mientras que el 14% incluyeron el cuestionario de la FSDS.

En lo respectivo a la FSDS, en un estudio que evaluaba la respuesta sexual de 41 mujeres frente a una tarea de Mindfulness (Velten, 2018), el 43,9% de ellas puntuaron en el rango clínico (valores >10) del instrumento. Mientras tanto, en otra intervención (Guillet. et al., 2019) la valoración base del instrumento (FSDS) bajó 8,6 puntos después de la intervención.

Los estudios a continuación utilizaron la medida de la escala FSDS-R. Las líneas base del instrumento para dos grupos de participantes de una investigación que comparó los efectos de una intervención MBCT versus CBT fueron 23 y 19,06 puntos, respectivamente (Adam et al., 2020).

En el inicio de la investigación llevada a cabo por Brotto et al., (2022a), todos los participantes (N = 30) puntuaron dentro de los rangos clínicos de la escala FSDDS-R. En otro estudio (Brotto, et al., 2022b) con dos grupos de intervención, MBCT + psicoeducación versus STEP, las puntuaciones base en la escala fueron de 32,97 y 32,22, respectivamente. En una intervención realizada con 70 participantes (Gunst et al., 2019) el promedio de puntuación de la escala fue de 32.35, al inicio del estudio. En un estudio con 70 mujeres diagnosticadas con Trastorno del Deseo Sexual (Rashedi et al., 2021) las medidas base promedio para el grupo de intervención (MBCT-S) y el grupo control, fueron de 18,11 y 21,05, respectivamente. De un total de 49 mujeres participantes en un estudio que implicaba tres diferentes tareas de Mindfulness (Velten et al., 2020), se encontró que el 38,8% de ellas puntuaba, en un inicio, dentro del rango clínico de la Escala de Distrés Sexual Femenino - Revisada. Brotto et al., (2020) también incluyeron mediciones con la FSDDS-R en su investigación.

7.5.3 Inventario Femenino del Deseo e Interés Sexual (SIDI-F)

El SIDI-F es un instrumento diseñado para evaluar la severidad de los síntomas en mujeres diagnosticadas con Trastorno del Deseo Sexual Hipoactivo, presente en el DSM-4. El Inventario mide varias dimensiones: el afecto, el deseo de respuesta, la excitabilidad, la respuesta al erotismo, la iniciativa, los pensamientos sexuales, el deseo e interés sexual. Contiene 13 ítems de escala tipo Likert, cuyo rango de puntuación va de 0 a 51 y las puntuaciones más altas indican mayor deseo sexual (Clayton, et al., 2006).

Únicamente dos artículos (14%) incluidos en este trabajo utilizaron el SIDI-F para medir función sexual. El primero de ellos (Brotto et al., 2022b) ubicó a sus participantes en dos grupos de intervención: STEP y MBCT + psicoeducación; las líneas base del instrumento fueron de 15,41 y 16,99, respectivamente. La segunda investigación que incluyó el Inventario Femenino del Deseo e Interés Sexual fue desarrollada por Gunst et al. (2019).

7.5.4 Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF)

El IIEF es un instrumento de autoinforme, para población masculina, diseñado para la evaluación del funcionamiento sexual en cinco aspectos principales: función eréctil, deseo sexual, función orgásmica, satisfacción sexual y satisfacción general (Rosen et al., 1997). El cuestionario

consta de 15 ítems los cuales se responden en una escala tipo Likert de 6 puntos; las puntuaciones más bajas indican peor función sexual.

Una única investigación (7%) en la presente revisión (Bossio, et al., 2018) incluyó este cuestionario en sus instrumentos de evaluación y, para efectos de lo que buscaban evaluar limitaron el análisis a 2 de las subescalas del IIEF: satisfacción general y funcionamiento eréctil.

7.5.5 Breve Evaluación de Pornografía (BPS)

EL BPS es una escala de autoinforme desarrollada para evaluar, de manera breve, el uso problemático de la pornografía en los seis meses anteriores (Kraus, et al., 2017). EL instrumento tiene 5 ítems y se contesta en una escala de 0 a 2, las puntuaciones superiores a 4 señalan que el individuo puede tener problemas con el uso de la pornografía.

Únicamente la investigación desarrollada por Holas, et al., (2020) utilizó este instrumento de valoración, allí, la puntuación base con el que los participantes del estudio iniciaron fue de 6, en promedio.

7.5.6 Índice de Deseo Sexual de Halbert (HISD)

Desarrollado por Apt y Hurlbert (1992), el Índice de Deseo Sexual de Halbert es usado para evaluar deseo sexual en un rango de 0 a 100, con 25 preguntas tipo escala Likert. Las puntuaciones más altas indican mayor deseo sexual.

En la presente investigación, un estudio (7%) utilizó el HISD dentro de las medidas de sus grupos de intervención, los cuales puntuaron en promedio 40,93 en la medición previa (Rashedi et al., 2021).

7.5.7 Cuestionario de Autorrevelación Sexual (SSDQ)

Este cuestionario es un instrumento utilizado por una investigación (7%) en la presente revisión (Rashedi et al., 2021). El SSDQ fue elaborado por uno de los investigadores previamente (Rashedi et al., 2018). La herramienta diseñada estuvo compuesta de 25 ítems con puntuaciones que oscilaban entre 25 y 125.

Tabla 6*Instrumentos utilizados en los estudios para medir función sexual*

Instrumentos	N	%
Female Sexual Function Index (FSFI)	8	57%
Female Sexual Distress Scale – Revised (FSDS-R)	7	50%
Sexual Interest and Desire Inventory - Female (SIDI-F)	2	14%
Female Sexual Distress Scale (FSDS)	2	14%
Criterios diagnósticos del Trastorno de Excitación Genital Persistente (PGAD)	1	7%
International Index of Erectile Functioning (IIEF)	1	7%
Brief Pornography Screener (BPS)	1	7%
Halbert Index of Sexual Desire (HISD)	1	7%
Sexual Self-Disclosure Questionnaire (SSDQ)	1	7%

7.6 Instrumentos utilizados para medir Mindfulness

Para la medición de los parámetros relativos a Mindfulness, en los participantes de los estudios incluidos en esta revisión, se utilizaron 3 cuestionarios o escalas distintas. Sin embargo, únicamente seis (43%) de las investigaciones usaron alguna, mientras que el 57% no midió capacidad Mindfulness en sus intervenciones.

7.6.1 Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ)

El Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ, Baer et al., 2006) es un instrumento que evalúa cinco habilidades o rasgos de Mindfulness, los cuales son: observar sensaciones, describir sensaciones, actuar con conciencia, ausencia de juicio de la experiencia interna y no reactividad a la experiencia interna. El cuestionario consta de 39 ítems, los cuales se responden en una escala tipo Likert de 1 a 5; las puntuaciones se dan en un rango entre 39 y 195, siendo las más altas indicadores de mayor mindfulness. El 29% de las investigaciones analizadas en esta revisión incluyeron este cuestionario.

En un estudio donde se evaluó a diez hombres con disfunción eréctil situacional (Bossio et al., 2018) se midió la capacidad Mindfulness con la escala FFMQ en tres tiempos, los resultados revelaron un tamaño del efecto pequeño para el autoinforme de mindfulness entre el Tiempo 1 y Tiempo 3 (d de Cohen = 0.34). Un segundo estudio el cual involucró a 130 mujeres con diagnóstico de Vestibulodinia Provocada (PVD), tomó medidas de la capacidad mindfulness de sus participantes en 4 tiempos diferentes, los resultados indicaron un incremento de los rasgos mindfulness entre la medida base y el seguimiento de 12 meses (Brotto et al., 2020). La investigación de Brotto et al. (2022b) llevada a cabo con 148 mujeres con Trastorno de Interés/Excitación Sexual (SIAD), dividió a las participantes en dos grupos de intervención: 1. Terapia sexual, educación y apoyo (STEP) y 2. Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) grupal y psicoeducación. Los resultados de los rasgos de mindfulness entre el Tiempo 1 y el Tiempo 4 (seguimiento de 12 meses) incrementaron en promedio 4 puntos y 15 puntos, en el grupo 1 y 2 de intervención, respectivamente. Un último estudio que utilizó el FFMQ (Velten et al., 2018) involucró a 41 mujeres, las cuales realizaron, durante dos sesiones, tareas de Mindfulness o de visualización; las medidas finales de las participantes para el rasgo mindfulness fueron en promedio de 129.45 puntos.

7.6.2 Cuestionario Mindfulness Sexual de Cinco Facetas (FFMQ-S)

El FFMQ-S es una versión adaptada del FFMQ (Adam et al., 2015) diseñado para evaluar, en población femenina, las características o rasgos mindfulness durante las relaciones sexuales en pareja. El cuestionario evalúa 19 ítems divididos en cinco facetas: observar la experiencia, describir

la experiencia, actuar con conciencia, ausencia de juicio en los fenómenos psicológicos y no reactividad sobre los fenómenos psicológicos. Al igual que en el original FFMQ, cada ítem se califica en una escala Likert de 1 a 5 puntos, siendo 95 la puntuación más alta, también indicando mayor habilidad mindfulness.

Este FFMQ-S fue utilizado en una de las catorce investigaciones revisadas (7%). Dicho estudio (Adam et al., 2020) evaluó a 65 mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo, dividiendo la intervención en dos grupos: 1. Protocolo de Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) y 2. Protocolo de Terapia Cognitivo Conductual (CBT). La medida inicial que indican los investigadores de la escala FFMQ-S fue de 60.48 para el grupo MBCT y 64.56 para el grupo CBT.

7.6.3 Escala Mindfulness de Toronto (TMS)

La Escala Mindfulness de Toronto es un instrumento de 13 ítems, diseñada para medir el estado actual de la atención plena, no rasgos, como lo hacen escalas como el FFMQ, por lo cual es sensible a los cambios en la atención plena a lo largo de una sesión (Sauer et al., 2013). Este instrumento evalúa dos características principales: curiosidad, la cual refleja la capacidad de interesarse por explorar la experiencia del momento presente, y descentramiento, el cual indica capacidad de observar los sentimientos y pensamientos como eventos mentales y no como la verdad absoluta (Lau et al., 2006).

La TMS fue implementada en el estudio de Velten et al. (2020), en el cual 49 mujeres realizaron tres diferentes tareas de mindfulness en laboratorio, así como otra tarea de imaginación mental, mientras veían una serie de videos eróticos. Velten et al. (2020) utilizaron la Escala Mindfulness de Toronto repetidas veces durante las sesiones de laboratorio para evaluar si la diferencia entre las tareas que realizaban las participantes llevaba a cambios en el estado de mindfulness. Encontraron que el estado de mindfulness no difirió significativamente entre las tareas de mindfulness y la tarea de control.

Tabla 7*Instrumentos utilizados en los estudios para medir mindfulness*

Instrumentos	N	%
Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)	4	29%
Sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S)	1	7%
Toronto Mindfulness Scale (TMS)	1	7%
Sin medida de Mindfulness	8	57%

7.7 Resultados de las intervenciones basadas en Mindfulness

Anteriormente se señalaron cuáles fueron los enfoques o los distintos tipos de terapias basadas en Mindfulness que se exploraron en las investigaciones analizadas en esta revisión, a continuación, se exponen los principales resultados según el modelo de intervención utilizado en cada una de ellas.

7.7.1 Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT)

Un grupo de 65 mujeres con dificultades para alcanzar el orgasmo fueron evaluadas con dos protocolos de intervención en video y autoadministrados: grupo 1 MBCT (N = 35); grupo 2 CBT (N = 35). Las participantes completaron cuestionarios en línea antes, al finalizar y 2 meses después de la intervención. El protocolo de MBCT demostró ser tan efectivo como el protocolo CBT en cuanto a mejorar el funcionamiento sexual (+9%) y disminuir la angustia sexual (-24%) (Adam et al., 2020). En un estudio de caso único (Bilal, 2020) una mujer de 38 años con Trastorno de Excitación Genital Persistente (PGAD) fue tratada durante 6 meses con MBCT, la cual incluía componentes de educación psicosexual, reestructuración cognitiva, manejo del estrés, aceptación sin juicios del momento presente y autocompasión. Seis meses después del tratamiento la mujer reportó alivio moderado en los síntomas de excitación genital persistente, además de mejoría en su estado de ánimo general.

El objetivo de la investigación adelantada por Bossio et al. (2018) era determinar la factibilidad de implementar un tratamiento de disfunción sexual femenina a una población masculina, de esta manera tomaron una muestra de diez hombres con disfunción eréctil situacional y los sometieron a una intervención grupal con mindfulness, las sesiones tenían una duración

semanal de 2.25 horas e incluían elementos de psicoeducación, terapia sexual y habilidades mindfulness. Los hombres además completaron cuestionarios antes del tratamiento, al terminarlo y 6 meses después. El estudio concluyó que la MBTC podía ser factible para mejorar el funcionamiento eréctil (d de Cohen = 0.63), la satisfacción sexual general (d de Cohen = 1.02) y la observación sin juicios de la experiencia personal (d de Cohen = 0.52).

130 mujeres diagnosticadas con Vestibulodinia Provocada (PVD) fueron divididas en dos tipos de intervención: grupo 1 MBCT grupal ($N = 67$); grupo 2 CBT grupal ($N = 63$). Ambos tratamientos se desplegaron a lo largo de 8 semanas. La intervención con MBCT constaba de entrenamiento en mindful eating, escáner corporal, mindfulness enfocado en la respiración, mindfulness en sonidos y pensamientos y una práctica de autocompasión. Ambos tratamientos incluían además material psicoeducacional sobre la PVD, deseo sexual, motivación y entrenamiento en habilidades de comunicación. Tanto CBT como MBCT consiguieron mejoría en el dolor y en angustia sexual postratamiento, 6 meses después y 12 meses después del tratamiento. Los cambios en la atención plena, la autocrítica y la autocompasión mostraron mejoría sólo con MBCT (Brotto et al., 2020).

El Trastorno de Interés/Excitación Sexual es una disfunción sexual común en las mujeres (Brotto et al., 2022b), en este estudio se utilizan dos diferentes enfoques de tratamiento para 148 mujeres con este diagnóstico: Terapia sexual, educación y apoyo (STEP) y MBCT más psicoeducación. Las sesiones tuvieron una duración de 8 semanas en cada grupo de tratamiento. MBCT mostró ser efectivo para disminuir la angustia sexual, así como para mejorar el deseo y la excitación sexual.

7.7.2 Terapia Sexual Cognitivo Conductual Basada en Mindfulness (MBCT-S)

Halvaiepour et al. (2021) estudiaron a 45 mujeres iraníes con Trastorno de Interés/Excitación Sexual. Las participantes fueron divididas en tres grupos: grupo 1 terapia de Modificación de Sesgo Cognitivo (CBM-I; $N = 15$); grupo 2 MBCT-S ($N = 15$); grupo 3 control ($N = 15$). La intervención con Mindfulness fue desarrollada a partir de un protocolo para mujeres con bajo deseo sexual, el cual consistió en cuatro sesiones de 90 minutos de terapia grupal CBT de respuestas sexuales basado en ejercicios de mindfulness (Brotto et al., 2008). Los resultados

arrojados por el Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) mostraron que la intervención con MBCT-S fue superior en resultados a los otros dos grupos (CBM-I y control).

En un estudio llevado a cabo con 70 mujeres diagnosticadas con Trastorno de Interés/Excitación Sexual (Rashedi et al., 2021), se tuvo en cuenta dos grupos: grupo 1 MBCT-S (N = 35); grupo 2 control (N = 35). El grupo de intervención recibió, durante 4 semanas, contenido de educación sexual, ejercicios de mindfulness, lecciones de terapia cognitivo conductual, discusiones de grupo, CDs y tareas relacionadas con la respuesta sexual. Se tomaron medidas en los cuestionarios al inicio de la intervención, al finalizar la misma, 4 y 12 semanas después. Las participantes del grupo MBCT-S mostraron mejoría significativa en el deseo sexual, ansiedad y autorrevelación, además los dominios de función sexual mejoraron, en contraste con el grupo control.

7.7.3 Terapia Cognitivo Conductual grupal Basada en Mindfulness (M-gCBT)

Guillet et al. (2019) investigaron a un grupo de 31 mujeres con Vulvodinia Localizada Provocada (PLV). Dividieron a las participantes en dos grupos: terapia de grupo de apoyo educativo (N = 17) y M-gCBT (N = 14). Las sesiones con intervención Mindfulness se llevaron a cabo durante 2.5 horas, por ocho semanas e incluyeron CBT, terapia sexual, terapia de grupo, videos educativos y ejercicios mindfulness de escáner corporal, foco en la respiración y meditaciones de aceptación radical. Las cuestionarios y mediciones se realizaron en el inicio de la intervención, al finalizar la misma, a los 3 y 6 meses posteriores. A los 6 meses de completado el estudio el grupo M-gCBT mostró una mejoría estadísticamente significativa en el Índice de Función Sexual Femenina y otras escalas de ansiedad y depresión, comparado con el grupo de apoyo educativo.

7.7.4 Mindfulness para la Prevención de Recaídas (MBRP)

Se realizó un estudio piloto con una muestra de 13 hombres con el objetivo de saber si un protocolo de Mindfulness para la Prevención de Recaídas podía conducir a mejorías clínicas en el Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (CSBD; Holas et al., 2020). En un diseño de intervención sin grupo control, los 13 participantes recibieron tratamiento durante ocho semanas

en sesiones de 2 horas, las cuales incluyeron meditación guiada, ejercicios experienciales, psicoeducación y discusión, además se les brindó material en CD para la práctica de meditación diaria y ejercicios entre sesiones. Luego de la intervención se observó reducción en el tiempo invertido en pornografía al igual que de los síntomas de uso problemático de la pornografía, también hubo reducción en las medidas de ansiedad, depresión y en los rasgos obsesivo-compulsivos.

7.7.5 Terapia Grupal Basada en Mindfulness

Se evaluó a una muestra de 70 mujeres en dos condiciones de tratamiento para el bajo deseo sexual (Gunst et al., 2019). El grupo 1 tuvo una intervención basada en Mindfulness (MB; N = 20); el grupo 2 tuvo la misma intervención MB con ejercicios adicionales de motivación y actividad sexual agendada (N = 30); el grupo 3 fue una lista de espera (N = 20). Los grupos de intervención 1 y 2 informaron un deseo sexual significativamente mayor ($d = 0,75$ a $1,06$) después del tratamiento, en comparación con el grupo 3.

7.7.6. Otras Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI)

Algunos estudios se llevaron a cabo con enfoques distintos a los previamente descritos y que no se encontraban inscritos en un protocolo específico de Mindfulness. Brotto et al. (2022a) probaron una intervención con mindfulness en línea (eSense Mindfulness) adaptada de un protocolo de intervención cara a cara para mujeres con Trastorno de Interés/Excitación Sexual. Las 30 participantes debían completar un programa virtual de ocho módulos (uno por semana) y llenar una encuesta de retroalimentación sobre cada módulo. Al principio y al final del tratamiento las participantes completaron una batería con escalas validadas. Se halló reducción significativa en la angustia relacionada al sexo y mejoría en la excitación, satisfacción y deseo sexual.

Un estudio (Mojtehedhi et al., 2022) buscaba evaluar distintos grupos de intervención con Mindfulness y aceites esenciales de lavanda, entre 132 mujeres posmenopáusicas con alguna disfunción sexual. Ubicaron a las participantes en 4 grupos de intervención: Grupo 1 (N = 33) MBI y un placebo (MBI-P); grupo 2 (N = 33) Intervención con Aromaterapia y Mindfulness (Aroma-MBI); grupo 3 (N = 33) Intervención con Aromaterapia y una rutina de cuidado (Aroma-RC);

grupo 4 (N = 33) Intervención con una rutina de cuidado y un placebo (RC-P). Se completaron cuestionarios antes de la intervención, al finalizar las 8 semanas y 8 semanas después del tratamiento. La función sexual mejoró significativamente en los grupos MBI-P y Aroma-MBI en comparación con los demás grupos; los valores de ansiedad obtuvieron disminuciones significativas en el grupo Aroma-MBI hasta 8 semanas después de la intervención.

Dos estudios buscaban evaluar la coherencia entre la excitación sexual genital y la excitación subjetiva a través de tareas de mindfulness. El primero de ellos (Velten et al., 2018) incluyó a 41 mujeres quienes participaron en dos sesiones de tareas de mindfulness o visualización entre una serie de videos eróticos. La tarea de mindfulness indicó generar una mayor excitación subjetiva, comparada con la tarea de visualización. En el segundo estudio (Velten et al., 2020) las condiciones de intervención fueron similares a las de Velten et al. (2018), pero en lugar de una tarea de mindfulness se incluyeron tres; los resultados señalaron que llevar la atención consciente hacia los genitales tuvo un mayor impacto en la excitación genital durante la tarea, un enfoque en los genitales y en las sensaciones corporales tuvo mayor asociación con excitación subjetiva durante la presentación de los videos eróticos.

8 Discusión

La presente revisión buscaba describir los efectos de las intervenciones MBI para el tratamiento de las disfunciones sexuales. Entre los años 2018 y 2022 no se hallan muchas investigaciones al respecto, no obstante, los estudios referenciados en este trabajo brindan una imagen de la efectividad de las intervenciones mindfulness en algunos trastornos relacionados a la sexualidad.

Los protocolos con enfoque MBCT se destacaron por ser los más implementados en las investigaciones revisadas. MBCT demostró ser efectivo en la mejoría del funcionamiento sexual y la reducción de la ansiedad asociada a la actividad sexual para el Trastorno orgásmico femenino (Adam et al., 2020). En un grupo de hombres, MBCT contribuyó a mejorías en el funcionamiento eréctil (d de Cohen = 0.63), la satisfacción sexual general (d de Cohen = 1.02) y la observación sin juicios de la experiencia personal (d de Cohen = 0.52) (Bossio et al., 2018). MBCT consiguió disminución en el dolor y la ansiedad sexual en un grupo de mujeres con PVD (Brotto et al., 2020). En un tratamiento de seis meses con una única paciente (Bilal, 2020), se reportó un alivio moderado de los síntomas de PGAD además de mejoría en el estado de ánimo después de la intervención con MBCT.

El Trastorno de interés/excitación sexual (SIAD) fue el foco de tres investigaciones en las cuales MBCT mostró ser efectivo para disminuir la ansiedad sexual y mejorar el deseo y la excitación (Brotto et al., 2022b); MBTC-S fue superior a otra intervención en cuanto a mejoraría del funcionamiento sexual según el FSFI (Halvaiepour et al., 2021); MBCT-S medió mejoría significativa en el deseo sexual, ansiedad, autorrevelación y función sexual (Rashedi et al., 2021).

Una intervención con M-gCBT para PLV resultó en una mejoría estadísticamente significativa en el FSFI, también en rasgos de ansiedad y depresión (Guillet et al, 2019). Un grupo de hombres con Trastorno por Comportamiento Sexual Compulsivo (CSBD) se beneficiaron de un tratamiento MBRP (Holas et al., 2020), el cual condujo a disminución en el consumo de pornografía y en los síntomas de uso problemático de la misma, también disminuyeron medidas de ansiedad, depresión y rasgos obsesivos. Un grupo de mujeres con SIAD participó en una terapia grupal basada en mindfulness (Gunst et al., 2019), post intervención las participantes refirieron un deseo sexual significativamente mayor ($d = 0.75$ a 1.06). Brotto et al, (2022a) probaron una intervención en línea para mujeres con SIAD, después del tratamiento se evidenció reducción

significativa de la ansiedad relacionada al sexo, mejorías en el deseo sexual, la excitación y la satisfacción.

Otras investigaciones que incluyeron MBI encontraron mejoras significativas en la función sexual y disminución de la ansiedad relacionada al sexo (Mojtehedí et al, 2022), se observó también que las tareas de mindfulness, sobre todo, con foco en los genitales y en sensaciones corporales puede llevar a mayor excitación sexual subjetiva y objetiva (Velten et al., 2018, 2020).

Se destaca el desarrollo de protocolos adaptados de MBI para el tratamiento específico de disfunciones sexuales (Adam et al., 2020; Brotto et al., 2020; Halvaiepour et al., 2021; Rashedi et al., 2021). Este diseño de MBI con un componente pensado para ayudar a mejorar los síntomas de disfunciones sexuales puede ser un enfoque cada vez más adoptado por futuras investigaciones en el campo y apoyar el desarrollo de guías de práctica clínica basadas en Mindfulness y orientadas específicamente al mejoramiento de la función sexual.

En la mayoría de los estudios la MBI estuvo acompañada de otras herramientas (psicoeducación, terapia sexual, terapia grupal, discusiones, aromaterapia, entre otras) como adición en las intervenciones, esto puede verse de dos formas: la primera de ellas es que pueden coadyuvar a potenciar el tratamiento principal de Mindfulness, actuando como complemento de este. En segundo lugar, puede que la integración de la MBI con componentes secundarios no permita hacer un análisis más preciso de por qué se dieron determinados resultados en los grupos de intervención, es decir, las mejoras en la función sexual o la disminución en angustia, dolor, y otras características, podrían deberse más a uno o varios de los componentes adheridos al tratamiento MBI en lugar del componente Mindfulness.

Para medir la función sexual los estudios se valieron de ocho diferentes instrumentos, entre los cuales, se destaca el uso del Índice de Función Sexual Femenina (FSFI) y la Escala de Distrés Sexual Femenina (FSDS-R). Diez de las catorce investigaciones hicieron uso de uno de ellos o de ambos, lo cual es muestra de la confiabilidad que poseen en el campo de las disfunciones sexuales y es de ayuda para identificar la validez de los resultados, al ser puestos a prueba en diversos estudios.

Por otro lado, sólo seis estudios (43%) hicieron uso de alguna escala para medir las características Mindfulness de sus participantes. El Cuestionario Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ) y su versión adaptada para medir características mindfulness en la sexualidad (FFMQ-S), fueron los más utilizados. Cuatro estudios utilizaron el FFMQ y uno el FFMQ-S, otro más usó la

Escala Mindfulness de Toronto (TMS). La carencia de las medidas de mindfulness en el 57% de las investigaciones puede conducir a un sesgo en los resultados, sobre todo cuando la mayoría de los protocolos MBI se pusieron a prueba con otros componentes secundarios al tratamiento principal de mindfulness.

Se evidencia una falta de estudios en población masculina. Las disfunciones sexuales en hombres tienden a tratarse de manera farmacológica, sin embargo, como mostraron Bossio et al. (2018) es posible adaptar tratamientos diseñados en principio para tratar disfunción sexual femenina a una población masculina y obtener resultados positivos para trastornos como la disfunción eréctil situacional. Si bien es comprensible que gran parte de los problemas sexuales en mujeres se deben a factores psicológicos más que fisiológicos (Bancroft, 2002) lo cual justifique el mayor número de estudios en población femenina, este tipo de investigaciones (Bossio et al., 2018) formula precedentes para encontrar alternativas de tratamiento, diferentes a los farmacológicos y que perduren en el tiempo, para la población masculina.

La mayoría de los estudios (57%) contaron con grupos de control en sus intervenciones, sin embargo, muchos otros sólo tuvieron el grupo MBI. Esto es importante porque contar con grupos de control en esta clase de estudios podría permitir contrastar, establecer correlaciones y saber si los resultados se debieron a la intervención principal o hubo otros factores que influyeron en ellos.

9 Limitaciones

En primer lugar, en cuanto a las limitaciones para el desarrollo de la revisión, no se hallan demasiados estudios que impliquen a las variables de intervención basada en mindfulness y disfunciones sexuales. Así mismo, no se encuentran estudios relevantes en idioma español o no se llevan a cabo investigaciones al respecto en países de habla hispana. Además, es difícil acceder a algunos textos completos de los artículos de investigación debido a los cobros para poder visualizarlos, en muchos casos, en moneda extranjera.

En cuanto a limitaciones propias de las investigaciones se evidencia, en primer lugar, que el 57% de los estudios no contó con un grupo de control en sus intervenciones, lo que podría dificultar la interpretación de los resultados al no poder contrastarlos con un grupo sin intervención. Después, está la falta de medición de los rasgos mindfulness en el 57% de las investigaciones, lo cual puede crear un vacío en la interpretación final de los resultados. Una característica que podrían tener en cuenta futuros estudios al respecto es que la adición de técnicas o herramientas complementarias a la MBI puede dificultar la interpretación correcta de los resultados, generando sesgos sobre la causa real de los cambios en las variables estudiadas.

10 Conclusiones

Existe un creciente interés por el desarrollo de investigaciones que impliquen Intervenciones Basadas en Mindfulness frente a su uso para el tratamiento de diversas disfunciones sexuales. La creciente evidencia empírica muestra el impacto de las MBI en la mejoría de síntomas clínicos relacionados a deseo sexual, función sexual, excitación, ansiedad relacionada al sexo, entre otras. Las MBI se presentan entonces como una alternativa importante de tratamiento para trastornos del funcionamiento sexual.

Hay una brecha aún grande por cubrir en el desarrollo de investigaciones que impliquen a las variables mindfulness y disfunción sexual. Una de las deudas evidenciadas es la poca atención a las disfunciones masculinas. Las futuras investigaciones en este campo tienen la oportunidad de explorar escenarios nuevos de intervención y de mejorar los ya conocidos, brindando así mayores y mejores alternativas de intervención tanto a mujeres como a hombres. Un enfoque que valdría la pena tener en cuenta en futuros estudios se trata de implementar las intervenciones con Mindfulness sin complemento de otras técnicas, explorando la efectividad de MBI por sí sola.

Referencias

- Adam, F., Heeren, A., & Day, J. (2015). Development of the sexual Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ-S): validation among a community sample of French-speaking women. *J Sex Res*, *52*, P. 617-626.
- Adam, F., De Sutter, P., Day, J., & Grimm, E. (2020). A Randomized Study Comparing Video-Based Mindfulness-Based Cognitive Therapy With Video-Based Traditional Cognitive Behavioral Therapy in a Sample of Women Struggling to Achieve Orgasm. *The Journal of Sexual Medicine*, *17*(2), 312–324. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.022>
- Apt, C. V., & Hurlbert, D. F. (1992). Motherhood and female sexuality beyond one year postpartum: A study of military wives. *Journal of Sex Education and Therapy*, *18*, P. 104–114. doi:10.1080/01614576.1992.11074044
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4a ed. Texto rev.).
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *10*(2), P. 125–142.
- Baer, R.A., Smith, G.T., & Hopkins, J. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, *13*, P. 27-45.
- Banbury, S., Lusher, J., Snuggs, S., & Chandler, C. (2021). Mindfulness-based therapies for men and women with sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Sexual and Relationship Therapy*. P. 1–22. <https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1883578>
- Bancroft, J. (2002). The medicalization of female sexual dysfunction: the need for caution. *Archives of Sexual Behavior*, *31*(5), P. 451–455. <https://doi.org/10.1023/a:1019800426980>
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. (2003). Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior*, *32*(3), P. 193–208. <https://doi.org/10.1023/a:1023420431760>
- Basson, R., Brotto, L. A., Carlson, M., Driscoll, M., Grabovac, A., & Smith, K. B. (2012). *Moving on with our sexual lives despite painful penetration from provoked vestibulodynia and pelvic muscle tension: A mindfulness-based approach*. [Unpublished treatment manual].
- Bilal, A. (2020). Treatment of persistent genital arousal disorder: Single case study. *Cogent Psychology*, *7*(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1849949>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), P. 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bph077>
- Bossio, J. A., Basson, R., Driscoll, M., Correia, S., & Brotto, L. A. (2018). Mindfulness-Based Group Therapy for Men With Situational Erectile Dysfunction: A Mixed-Methods Feasibility

Analysis and Pilot Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(10), P. 1478–1490. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.013>

- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A. J., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119(1–2), P. 72–80. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.05.027>
- Brotto, L. A., Basson, R., & Luria, M. (2008). A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(7), P. 1646–1659. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
- Brotto, L. A., & Basson, R. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behaviour Research and Therapy*, 57, P. 43–54. doi:10.1016/j.brat.2014.04.001
- Brotto, L. A., Paterson, L. Q. P., Basson, R., Driscoll, M., & Grabovac, M. (2015). *Sex Therapy, Education, and Support (STEP): Group treatment for low sexual desire in women. Handouts and exercises*. [Unpublished manual].
- Brotto, L. A. (2017). Evidence-based treatments for low sexual desire in women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 45, P. 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
- Brotto, L. A., Bergeron, S., Zdaniuk, B., & Basson, R. (2020). Mindfulness and cognitive behavior therapy for provoked vestibulodynia: Mediators of treatment outcome and long-term effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(1), P. 48–64. <https://doi.org/10.1037/ccp0000473>
- Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A., Lalumière, M. L., Weinberg, J., Schonert-Reichl, K. A., & Basson, R. (2021). A randomized trial comparing group mindfulness-based cognitive therapy with group supportive sex education and therapy for the treatment of female sexual interest/arousal disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 89(7), P. 626–639. <https://doi.org/10.1037/ccp0000661>
- Brotto, L. A., Stephenson, K. R., & Zippa, N. (2022a). Feasibility of an Online Mindfulness-Based Intervention for Women with Sexual Interest/Arousal Disorder. *Mindfulness*, 13, P. 647–659. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01820-4>
- Brotto, L. A., Zdaniuk, B., Chivers, M. L., Jabs, F., Grabovac, A. D., & Lalumière, M. L. (2022b). Mindfulness and Sex Education for Sexual Interest/Arousal Disorder: Mediators and Moderators of Treatment Outcome. *The Journal of Sex Research*, 60(4), P. 508–521. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2126815>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), P. 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, P. 112–123.

- Chang, Y., Lin, G., Yeh, T., Chang, Y., Yang, C., Lo, C., & Yeh, C. (2022). Impact of mindfulness-based stress reduction on female sexual function and mental health in patients with breast cancer. *Support Care Cancer*, 30, P. 4315–4325. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00520-021-06540-y>
- Clayton, A. H., Segraves, R. T., Leiblum, S., Basson, R., Pyke, R., Cotton, D., Lewis D'Agostino, D., Evans, K. R., Sills, T. L., & Wunderlich, G. R. (2006). Reliability and validity of the Sexual Interest and Desire Inventory-Female (SIDI-F), a scale designed to measure severity of female hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(2), P. 115–135. <https://doi.org/10.1080/00926230500442300>
- Colombia. Ministerio de Salud. (1993). *Resolución 8430 de 1993 (octubre 4): por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Diario Oficial.
- de Jong, D. C. (2009). The Role of Attention in Sexual Arousal: Implications for Treatment of Sexual Dysfunction. *Journal of Sex Research*, 46(2–3), P. 237–248. <https://doi.org/10.1080/00224490902747230>
- Derogatis, L. R., Rosen, R. C., Leiblum, S., Burnett, A., & Heiman, J. (2002). The Female Sexual Distress Scale (FSDS): Initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, P. 317–330. doi:10.1080/00926230290001448
- Derogatis, L., Clayton, A., Lewis-D'Agostino, D., Wunderlich, G., & Fu, Y. (2008). Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.*, 5, P. 357–364.
- Espitia De La Hoz, F. J. (2018). Prevalencia y caracterización de las disfunciones sexuales en mujeres, en 12 ciudades colombianas, 2009-2016. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(1). <https://doi.org/10.18597/rcog.3035>
- Guillet, A. D., Cirino, N. H., Hart, K. D., & Leclair, C. M. (2019). Mindfulness-Based Group Cognitive Behavior Therapy for Provoked Localized Vulvodynia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Lower Genital Tract Disease*, 23(2), P. 170–175. <https://doi.org/10.1097/LGT.0000000000000456>
- Godbout, N., Bakhos, G., Dussault, É., & Hébert, M. (2020). Childhood Interpersonal Trauma and Sexual Satisfaction in Patients Seeing Sex Therapy: Examining Mindfulness and Psychological Distress as Mediators. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46(1), P. 43–56. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1626309>
- Gunst, A., Ventus, D., Arver, S., Dhejne, C., Görts-Öberg, K., Zamore-Söderström, E., & Jern, P. (2019). A Randomized, Waiting-List-Controlled Study Shows That Brief, Mindfulness-Based Psychological Interventions Are Effective for Treatment of Women's Low Sexual Desire. *The Journal of Sex Research*, 56(7), P. 913–929. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1539463>
- Halvaiepour, Z., Yazdkhasti, F., Oreyzi, H. R., & Nosratabadi, M. (2021). Developing Cognitive Bias Modification Scenarios for Women with Sexual Interest Arousal Disorder and Comparing Effectiveness with Mindfulness Therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 47(2), P. 162–173. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1842572>

- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Bantam.
- Hanh, T. N. (2012). *La paz está en tu interior*. Espasa.
- Hartley, H. (2006). The ‘Pinking’ of Viagra Culture: Drug Industry Efforts to Create and Repackage Sex Drugs for Women. *Sexualities*, 9(3), P. 363–378. <https://doi.org/10.1177/1363460706065058>
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the “New Wave” of cognitive behavioral therapy. *Psychiatr Clin North Am*, 33, P. 701–10.
- Holas, P., Draps, M., Kowalewska, E., Lewczuk, K., & Gola, M. (2021). A pilot study of mindfulness-based relapse prevention for compulsive sexual behaviour disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), P. 1088–1092. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00075>
- Hölzel, B. K., Hoge, E. A., Greve, D. N., Gard, T., Creswell, J. D., Brown, K. W., Barrett, L. F., Schwartz, C., Vaitl, D., & Lazar, S. W. (2013). Neural mechanisms of symptom improvements in generalized anxiety disorder following mindfulness training. *NeuroImage: Clinical*, 2, P. 448–458. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2013.03.011>
- Jaderek, I., & Lew-Starowicz, M. (2019). A Systematic Review on Mindfulness Meditation–Based Interventions for Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(10), P. 1581–1596. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.07.019>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4, P. 33–47.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic*. University of Massachusetts Medical Center.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Vivir con plenitud las crisis*. Kairós.
- Kabat-Zinn, J. (1998). Meditation. In J. C. Holland (Ed.). *Psycho-oncology*, (P. 767–779). Oxford University Press.
- Kaplan, H. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. Brunner-Mazel.
- Kaplan, H., & Horwith, M. (1983). *The evaluation of sexual disorders: psychological and medical aspects*. Brunner-Mazel.
- Kraus, S. W., Gola, M., Kowalewska, E., Lew-Starowicz, M., Hoff, R. A., & Porter, E. (2017). OP-55: Brief pornography screener: A comparison of US and Polish pornography users. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(Ser. 1), P. 27–28. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.11.259>
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. *Psicothema*, 13(3), P. 428–441.
- Labrador, F. J., & Roa, A. (1998). Disfunciones sexuales. En: M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de Conducta*. Dickinson.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., & Carmody, J. (2006). The Toronto Mindfulness Scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62, P. 1445–

1467.

- Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*, 281(6), P. 537. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Leavitt, C. E., Lefkowitz, E. S., & Waterman, E. A. (2019). *The role of sexual mindfulness in sexual wellbeing, Relational wellbeing, and self-esteem.* <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1572680>
- Lin, C., Potenza, M. N., Broström, A., Blycker, G. R., & Pakpour, A. H. (2019). Mindfulness-based cognitive therapy for sexuality (MBCT-S) improves sexual functioning and intimacy among older women with epilepsy : A multicenter randomized controlled trial. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 73, P. 64–74. <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2019.10.010>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, P. 26–34.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention*. Guilford Press.
- Mitchell, K. R., Mercer, C. H., Ploubidis, G. B., Jones, K. G., Datta, J., Field, N., Copas, A. J., Tanton, C., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., Macdowall, W., Phelps, A., Johnson, A. M., & Wellings, K. (2013). Sexual function in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382(9907), P. 1817–1829. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62366-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62366-1)
- Mohammadi, K., Heydari, M., & Faghihzadeh, S. (2008). The female sexual function index (FSFI): validation of the Iranian version. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(2), 514–523.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(6). doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Mojtehed, M., Salehi-Pourmehr, H., Ostadrahimi, A., Asnaashari, S., Esmaeilpour, K., & Farshbaf-Khalili, A. (2022). Effect of aromatherapy with essential oil of *Lavandula Angustifolia* Mill-Citrus bergamia and mindfulness-based intervention on sexual function, anxiety, and depression in postmenopausal women: A randomized controlled trial with factorial design. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(5), P. 392–405. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_129_21
- Molina Reino, D., & Tapia Cárdenas, J. (2020). Prevalencia y caracterización de disfunciones sexuales masculinas en el personal de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca, año 2019. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas Universidad de Cuenca.*, 38(1), P. 45–54. <https://doi.org/https://doi.org/10.18537/RFCM.38.01.08>
- Muñoz D, A. D. P., & Camacho L, P. A. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 81(3), P. 168–180. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (10a Ed.). <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11a Ed.). <https://icd.who.int/>
- Quinn-Nilas, C., Milhausen, R. R., McKay, A., & Holzapfel, S. (2018). Prevalence and Predictors of Sexual Problems Among Midlife Canadian Adults: Results from a National Survey. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), P. 873–879. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.086>
- Ráquira Gutiérrez, A. (2021). *Efecto de un protocolo de mindfulness en mujeres con trastorno del interés / excitación sexual* [Fundación Universitaria Konrad Lorenz]. <https://repositorio.konradlorenz.edu.co/handle/001/4751>
- Rashedi, S., Maasoumi, R., & Haghani, S. (2018). *Designing and psychometric evaluation of women's sexual self-disclosure instrument* [Unpublished master's thesis]. Tehran University of Medical Sciences.
- Rashedi, S., Maasoumi, R., Vosoughi, N., & Haghani, S. (2022). The Effect of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Sex Therapy on Improving Sexual Desire Disorder, Sexual Distress, Sexual Self-Disclosure and Sexual Function in Women: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(5), P. 475–488. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2008075>
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry*, 23, P. 183–192.
- Rosen, R. C., Riley, A., & Wagner, G. (1997). The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, P. 822-830.
- Rubio Auriol, E., & Díaz Martínez, J. (1994). Las disfunciones sexuales. En Consejo Nacional de Población, *Antología de la Sexualidad Humana* (pp. 203-246). Consejo Nacional de Población.
- Ruiz Fernández, M. Á., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Sánchez-Sánchez, L. C., & Valderrama Rodríguez, M. F. (2022). Mindfulness en la salud sexual y bienestar psicológico de profesionales y cuidadores/as de personas en riesgo de exclusión social. *Revista Internacional de Andrología*, 20(1), P. 54–61. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.androl.2020.10.003>.
- Sánchez-Sánchez, L. C., Valderrama Rodríguez, M. F., García-Montes, J. M., Petisco-Rodríguez, C., & Fernández-García, R. (2021). Mindfulness in Sexual Activity, Sexual Satisfaction and Erotic Fantasies in a Non-Clinical Sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(3), P. 1161. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031161>
- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Martínez Ramírez, S., & Gómez López, M. E. (2005). Disfunciones sexuales femeninas y masculinas: comparación de género en una muestra de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 28(4).
- Sauer, S., Walach, H., Schmidt, S., Hinterberger, T., Lynch, S., Büssing, A., & Kohls, N. (2013). Assessment of mindfulness: Review on state of the art. *Mindfulness*, 4, P. 3–17.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Publications.
- Shao, R., & Skarlicki, D. P. (2009). The role of Mindfulness in predicting individual performance. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 41(4), P. 195–201. <https://doi.org/10.1037/a0015166>
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E., & Bonner, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, 21, P. 581–599. <https://doi.org/10.1023/a:1018700829825>
- Silverstein, R. G., Brown, A.-C. H., Roth, H. D., & Britton, W. B. (2011). Effects of Mindfulness Training on Body Awareness to Sexual Stimuli. *Psychosomatic Medicine*, 73(9), P. 817–825. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e318234e628>
- Specia, M., Carlson, L., Goodey, E., & Angen, M. (2000). A randomized wait-list controlled trial: The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62, P. 613–622.
- Stephenson, K. R., & Kerth, J. (2017). Effects of Mindfulness-Based Therapies for Female Sexual Dysfunction: A Meta-Analytic Review. *The Journal of Sex Research*, 54(7), P. 832–849. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1331199>
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behav Res Ther*, 33, P. 25-39.
- Velten, J., Brotto, L. A., Chivers, M. L., Hirschfeld, G., & Margraf, J. (2020). The Power of the Present: Effects of Three Mindfulness Tasks on Women’s Sexual Response. *Clinical Psychological Science*, 8(1), P. 125–138. <https://doi.org/10.1177/2167702619861394>
- Velten, J., Margraf, J., Chivers, M. L., & Brotto, L. A. (2018). Effects of a Mindfulness Task on Women’s Sexual Response. *Journal of Sex Research*, 55(6), P. 747–757. <https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1408768>
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), P. 211–228.
- Wolever, R. Q., & Best, J. L. (2009). Mindfulness-Based Approaches to Eating Disorders. En: F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (P. 259–287). Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_15
- Yule, M. A. (2014). *Female Sexual Function Index*. *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-94-007-0753-5_1033
- Zippan, N., Stephenson, K. R., & Brotto, L. A. (2020). Feasibility of a brief online psychoeducational intervention for women with sexual interest/arousal disorder. *Journal of Sexual Medicine*, 17,

P. 2208–2219.