



ORIGINALES

La Relación de las Distorsiones Cognitivas y la Disfunción Sexual Femenina

The Relationship of Cognitive Distortions and Female Sexual Dysfunction

Gema Estefanía Valenzuela Urrea¹
Liliana Jazmin Salcido Cibrian²
Rosario Eduardo Apodaca Armenta³

¹ Doctorada en Ciencias en Enfermería. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería los Mochis. México. <https://orcid.org/0000-0002-0832-7900>

² Profesora-Investigadora Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Psicología de Culiacán. México. <https://orcid.org/0000-0001-8847-8049>

³ Profesor-Investigador Tiempo Completo. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Enfermería los Mochis. México. <https://orcid.org/0000-0002-8144-3457>

*Correspondencia E-mail: salcido.cibrian@uas.edu.m

<https://doi.org/10.6018/eglobal.628961>

eolocation-id: e628961

Recibido: 12/09/2024

Aceptado: 13/11/2024

RESUMEN:

Objetivo: Conocer la influencia de las distorsiones cognitivas en la disfunción sexual en las enfermeras.

Métodos: El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal en 184 enfermeras seleccionadas por muestreo por conglomerados polietápico. Se utilizaron dos instrumentos con confiabilidad aceptable, el Índice de Función sexual Femenino y el Instrumento de Pensamientos Automáticos. El análisis se basó en estadística descriptiva, el estadístico de Kolmogorov Smirnov con corrección de Lilliefors, coeficiente de correlación de Spearman y modelos de Regresión Lineal Múltiple.

Resultados: Los resultados arrojaron correlaciones positivas, para deseo con interpretación del pensamiento ($p < .05$) y deseo con culpabilidad ($p < .05$), la excitación se correlacionó con pensamiento polarizado ($p < .05$). En el modelo de regresión lineal múltiple, los factores predictivos significativos de las disfunciones sexuales femeninas fueron: filtraje ($\beta = -.346$, $p < .05$), pensamiento polarizado ($\beta = .341$, $p < .05$), y falacia de cambio ($\beta = -.307$, $p < .05$).

Conclusión: Se encontró una relación entre las distorsiones cognitivas y las disfunciones sexuales. Esto indica que las enfermeras al presentar distorsiones cognitivas, su ciclo de respuesta sexual puede verse afectado. Así mismo, esto puede limitar la capacidad de las enfermeras para prevenir, promover y abordar temas y problemas relacionados con la sexualidad femenina.

Palabras clave: Disfunción Sexual Femenina; Función Sexual Femenina; Personal de Salud; Creencias Irracionales; Sexualidad; Creencias Sexuales Disfuncionales.

ABSTRACT:

Objective: To establish the influence of cognitive distortions on female sexual dysfunction in nurses, as well as to identify the predominant relationship between the type of cognitive distortion with female sexual dysfunction.

Methods: The design was descriptive, correlational and cross-sectional, in 184 nurses. selected by multistage clusters. Two instruments with acceptable reliability were used: the Female Sexual Function Index and the Automatic Thoughts Instrument. The analysis was based on descriptive statistics, the Kolmogorov Smirnov test with Lilliefors correction, Spearman's coefficient of determination and Multiple Linear Regression models.

Results: The results showed positive correlations, for desire with interpretation of thought ($p < .05$) and desire with guilt ($p < .05$), on the other hand, arousal was correlated with polarized thought ($p < .05$). In the multiple linear regression model, the significant predictors of female sexual dysfunctions were filtering ($\beta = -.346$, $p < .05$), polarized thinking ($\beta = .341$, $p < .05$), and fallacy of change ($\beta = -.307$, $p < .05$).

Conclusion: the findings are relevant to the discipline of nursing, since the approach to the variables will allow promoting future interventions that will help to understand the sexuality of this population group.

Keywords: Female Sexual Dysfunction; Female sexual function; Health personnel; Irrational Beliefs; Sexuality; Dysfunctional Sexual Beliefs.

INTRODUCCIÓN

La Disfunción Sexual Femenina (DSF) se caracteriza por el fracaso o las dificultades durante las relaciones sexuales debido a factores psicológicos, biológicos, culturales y sociales que interfieren con la función sexual normal⁽¹⁾. El Colegio Americano de Obstetras y el Boletín del Comité de Ginecólogos sobre Práctica: Ginecología⁽²⁾, menciona que la DSF causa preocupaciones sexuales y angustiantes, puesto que altera los procesos que definen el ciclo de respuesta sexual, así como sus dimensiones que incluyen el deseo, excitación, orgasmo y resolución durante las relaciones sexuales. En la actualidad, se aprecia que aproximadamente entre un 22% a 43% de mujeres padecen DSF⁽³⁾. Mientras que, un estudio de la Red Latinoamericana de Investigación del Climaterio (REDLINC), que abarca 11 países, examinó las características de la sexualidad en mujeres de mediana edad y descubrió que el 56% de ellas presentaba disfunción sexual (DS), la cual fue evaluada mediante el Índice de Función Sexual Femenina (IFSF)⁽⁴⁾.

La DSF debido a su naturaleza multifactorial afecta los mecanismos que caracterizan el ciclo de respuesta sexual, los cuales se entrelazan de forma dinámica y moldean la respuesta sexual^(5, 6). En este sentido, el modelo del ciclo de respuesta sexual de Basson, expone la interacción entre el cuerpo y la mente en la respuesta sexual de las mujeres⁽⁷⁾. Proporciona una comprensión de la psicofisiología de la sexualidad femenina centrándose en sus experiencias en lugar de simplemente aspectos biológicos⁽⁸⁾.

Por su parte, las distorsiones cognitivas son interpretaciones poco realistas, rígidas o extremas de la información, que surgen como un sesgo negativo que desencadena una respuesta emocional y una conducta que atribuye significado a los estímulos del entorno, es decir, surgen debido a errores en el razonamiento de una persona y contribuyen a mantener creencias desfavorables⁽⁹⁾. Un estudio en el cual evaluó a 176 profesionales de Enfermería mostró que el 5% presentaba niveles severos de distorsión cognitiva y un 33% moderada⁽¹⁰⁾.

De acuerdo con Ruiz y Lujan las distorsiones cognitivas son: filtro mental, todo o nada, Sobregeneralización, lectura del pensamiento, visión catastrófica,

personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetado, culpabilización, los debería, falacia de razón y falacia de recompensa⁽¹¹⁾.

En cuanto a las enfermeras desempeñan un papel importante en la prestación de servicios y en la atención centrada en la persona, familia, y comunidad en todas las etapas de la vida⁽¹²⁾. Sin embargo, requieren de un gran esfuerzo mental y físico, debido a los diferentes factores de riesgo a los que se encuentran expuestas como el ambiente laboral, las exigencias que demandan tanto pacientes como directivos, sobrecarga de trabajo y bajos salarios⁽¹³⁾. Estos factores pueden generar un impacto negativo en su calidad de vida tanto a nivel personal como profesional⁽¹⁴⁾. A pesar de que muchas de las investigaciones se han centrado en la salud mental de las enfermeras, se ha prestado poca atención a los problemas sexuales como las DSF⁽¹⁵⁾.

Los aspectos relacionados con la salud sexual deben ser una parte integral del cuidado del paciente, sin embargo, en Enfermería la educación sexual y atención son insuficientes debido a los currículos limitados, la ausencia de estándares en la educación y en la práctica, la falta de experiencia clínica, las actitudes y creencias, de modo que las enfermeras deben contar con habilidades y conocimientos sobre la DSF para su autocuidado y el de las demás mujeres a las que brindan servicio de salud^(16,17).

La evidencia señala que algunas enfermeras creen que preguntar sobre la sexualidad a las pacientes invade su privacidad y evitan abordar el tema, pues existen creencias que se convierten en barreras que dificultan la discusión de los problemas sexuales con las pacientes⁽¹⁴⁾. En este sentido, se puede observar que las enfermeras tienen creencias susceptibles de ejercer influencia en el proceso del ciclo de respuesta sexual, dando lugar a disfunciones sexuales^(18,19).

Para comprender cómo se relacionan las distorsiones cognitivas y la DSF es fundamental reconocer que las creencias son ideas consideradas como verdaderas. Estas creencias se forman y se aprenden a lo largo del tiempo mediante el estilo de vida, la crianza, factores socioculturales y experiencias vividas⁽²⁰⁾. Las creencias son capaces de influir en el proceso cognitivo de una persona y de actuar como la base de pensamientos automáticos⁽²¹⁾.

Cuando estos pensamientos automáticos son negativos, se pueden originar o reforzar distorsiones cognitivas, ya que la forma en que interpretamos la información está profundamente ligada a nuestras creencias. Por lo tanto, la interacción entre el pensamiento y la interpretación de la información es fundamental para entender las distorsiones cognitivas. Debido a que las distorsiones cognitivas son un factor psicológico pueden interrumpir el ciclo de respuesta sexual bloqueando las señales nerviosas que permiten el funcionamiento sexual y las respuestas somáticas⁽²²⁾.

En cuanto a las enfermeras, a pesar de tener conocimientos sobre la sexualidad no están exentas de presentar creencias erróneas que formen pensamientos automáticos, y estos a su vez generen distorsiones cognitivas que se potencian y refuerzan desde un constructo psicológico de uno mismo, el entorno y el significado que se le atribuye a los individuos y objetos, que son expresadas a través de emociones y pensamientos⁽²³⁾. Esta situación puede generar estrés psicosocial y limitar la capacidad de las enfermeras para prevenir, promover y cuidar la sexualidad

en otras mujeres. Aunque cuentan con conocimiento no están exentas de presentar sesgos hacia la sexualidad que derivan de distorsiones cognitivas que se potencian y refuerzan desde lo social y cultural, puesto que estas creencias han sido reforzadas por cuestiones empíricas de índole personal más que una educación formal⁽²⁴⁾.

Por otro lado, es posible que las enfermeras no padezcan disfunción sexual, pero aun así expresen una actitud negativa hacia el sexo. Este comportamiento puede estar relacionado con distorsiones cognitivas que afectan su disposición de abordar los problemas sexuales⁽²⁵⁾. En ese sentido para la profesión de Enfermería es sustantivo identificar las distorsiones cognitivas que pudieran afectar su sexualidad y la forma de brindar educación a otras mujeres promoviendo así comportamientos saludables basados en estrategias asertivas. Además, es esencial reconocer la importancia de abordar las DSF, ya que esto tiene un impacto sustancial en la vida de las enfermeras⁽¹⁵⁾. Así también, la literatura NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) aborda los elementos de la DSF⁽²⁶⁾.

Un estudio reciente ha resaltado la falta de investigaciones sobre este tema indicando que las distorsiones cognitivas afectan negativamente la salud mental de los profesionales de Enfermería. Esto enfatiza la importancia de seguir abordando las distorsiones cognitivas para crear conciencia sobre los posibles efectos adversos que pueden generar en la salud⁽¹⁰⁾. Investigar las distorsiones cognitivas en enfermeras es fundamental para prevenir la aparición de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar. Además, no se han llevado a cabo investigaciones específicas en enfermeras sobre la relación de las disfunciones sexuales y las distorsiones cognitivas lo que resalta la necesidad de realizar este estudio.

Por lo tanto, el propósito del estudio fue: conocer la influencia de las distorsiones cognitivas en la disfunción sexual en enfermeras. Los hallazgos del estudio podrían fomentar el desarrollo de intervenciones cognitivo-conductuales que ayuden a las enfermeras a reconocer posibles asociaciones por las cuales se dan las distorsiones cognitivas en el contexto de la sexualidad y con esto se generen condiciones en las cuales las enfermeras promuevan conductas de autocuidado en la sexualidad.

MÉTODO

Estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal^(27, 28). El tamaño de la muestra fue calculado en paquete StatCalc de Epi Info, con un error de 0.05, potencia de 90% y un coeficiente de correlación de .05. La población constituida por 966 enfermeras de diversas instituciones de Salud Pública de la zona norte del estado de Sinaloa y una muestra final de 184. El muestreo fue probabilístico, por conglomerado polietápico proporcional al número de enfermeras por institución^(29, 30).

Criterios de inclusión y exclusión

Ser enfermeras que independientemente de su etnia, religión, y estado civil fueran mayores de 18 años, que ejercen en alguna institución de Salud Pública. Se excluyeron aquellas enfermeras que indicaron no ser sexualmente activas y que presentaron condiciones de salud como: diferentes tipos de cáncer, esclerosis múltiple y síndrome de ovario poliquístico ya que Woertman y Van den Brink⁽³¹⁾ indican que afectan el funcionamiento sexual en las mujeres.

Instrumentos

En cuanto a la aplicación de los instrumentos, las enfermeras respondieron los cuestionarios en un espacio privado y libre de distracciones. Además, se presentó el consentimiento informado y se enfatizó su total confidencialidad y anonimato. Se aclaró que el cuestionario tomaría entre 20 y 30 minutos. Al finalizar, se les agradeció su participación.

Cédula de datos sociodemográficos que incluyeron factores personales como orientación sexual, estado civil, edad, grado de estudios y preguntas relacionadas a la sexualidad de las enfermeras como: ¿Mantiene relaciones sexuales en la actualidad?, ¿Ha padecido en algún momento de su vida algún problema relacionado a su sexualidad?, ¿De llegar a presentar algún problema con su sexualidad a quien recurriría para solucionarlo?

Inventario de Pensamientos Automáticos-Distorsiones Cognitivas (IPA). Para medir la variable de distorsión cognitiva, de 45 ítems diseñados para medir la frecuencia de pensamientos automáticos negativos que son valorados en una escala de 0 a 3: 0. Nunca, 1. Casi nunca, 2. A veces, 3. Siempre, y 15 tipos de distorsiones cognitivas. El instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,94 y confiabilidad en cada una de subescalas que oscilan entre 0,66 y 0,82.

La sumatoria de los ítems se realiza de acuerdo con las distorsiones cognitivas; una puntuación de dos o más para cada pensamiento automático refleja que el tema le está afectando a la enfermera en el presente. La suma de los ítems se lleva a cabo en función de las distorsiones cognitivas. Una puntuación de 6 o más, en el total de cada distorsión, puede indicar una tendencia a interpretar los acontecimientos de su vida de cierta manera⁽³²⁾.

Índice de Función Sexual Femenino (IFSF). Para medir la variable de DSF, es un instrumento de 19 ítems, de 5 o 6 opciones, que se encuentran asignadas por una puntuación que va de 0 a 5; se agrupa en seis dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. El puntaje de cada dominio se multiplica por un factor y el resultado final es la suma aritmética de los dominios. A mayor puntaje mejor sexualidad, mientras que para menor puntaje es mayor disfunción sexual. El instrumento presenta un alfa de Cronbach de 0,82⁽³³⁾. Ambos estudios han sido validados en diferentes países incluido en población latinoamericana^(32, 33).

Recolección de los datos

Previo a la recolección de datos se solicitó la autorización del comité de ética de la Facultad de Enfermería Mochis. Esta aprobación fue asignada con el código CEI-010, así como de autoridades de los centros de salud pública. Posteriormente, se organizó una reunión con las enfermeras para explicar el propósito del estudio y resolver dudas. Estas fueron informadas sobre la investigación y se les pidió colaboración, ofreciéndoles la opción de responder a lápiz y papel o mediante un código QR que dirigía a los cuestionarios en Microsoft Forms, esto con la finalidad de que las enfermeras pudieran tener mayor accesibilidad y comodidad al momento de responder. El estudio fue realizado durante los meses de agosto- diciembre del 2022.

Análisis estadístico

Se utilizó el paquete estadístico para SPSS V. 26. Las variables continuas y categóricas se determinaron a través de medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes. Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors para la distribución de la normalidad de los datos donde no se obtuvo una distribución normal. Por lo que se utilizó estadística no paramétrica para responder a los objetivos del estudio.

Para dar respuesta al objetivo general, se realizó la prueba de regresión lineal múltiple. Para dar respuesta al segundo objetivo; se comprobó mediante la prueba de correlación de Spearman ya que las variables no presentaron distribución normal.

RESULTADOS

Se presentó una media de edad de 33.25 ($DE = \pm 8.5$). El 3.8% de las enfermeras cuenta con estudios de maestría, un 9.8% con carrera técnica, 11.44% es especialista y 75% tienen licenciatura. De acuerdo con el estado civil predominaron las enfermeras solteras con un 51.6%, el 35.9% eran casadas y el 8.7% en unión libre. Del total de enfermeras el 95.7% mantiene relaciones sexuales. En la Tabla 1, se muestran las fases del ciclo de respuesta sexual femenino, evidenciándose una mayor media en lubricación con 81.66 ($DE = 26.82$) y una menor media en Deseo con 64.73 ($DE = 21.47$).

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la disfunción sexual femenina.

<i>DSF</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Deseo	184	64.73	21.47
Lubricación	184	81.66	26.82
Excitación	184	75.49	26.76
Orgasmo	184	71.05	26.81
Satisfacción	184	75.25	30.55
Dolor	184	77.10	28.28

Nota: $n = 184$, $M =$ Media, $DE =$ Desviación Estándar, $DSF =$ Disfunción Sexual Femenina.

En lo que respecta a las distorsiones cognitivas en las enfermeras en la Tabla 2, se muestra que la falacia de recompensa se presentó con una media mayor de 39.79 ($DE = 24.65$) y una media en menor frecuencia de 12.62 ($DE = 16.08$) para la subescala de culpabilidad.

Tabla 2: Estadística descriptiva de las distorsiones cognitivas.

<i>DC</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Filtraje	184	21.92	20.06
Pensamiento polarizado	184	13.47	17.47
Sobregeneralización	184	13.10	16.16
Interpretación del pensamiento	184	17.45	18.16
Visión catastrófica	184	23.25	21.40
Personalización	184	13.71	16.11
Falacia de control	184	12.86	117.66
Falacia de justicia	184	19.81	21.65
Razonamiento emocional	184	12.68	16.51

DC	n	M	DE
Falacia de cambio	184	20.17	18.79
Etiquetas globales	184	17.33	17.17
Culpabilidad	184	12.62	16.08
Los debería	184	19.26	18.94
Falacia de razón	184	20.17	17.30
Falacia de recompensa	184	39.79	24.65

Nota: $n = 184$, $M =$ Media, $DE =$ Desviación Estándar, $DC =$ Distorsiones cognitivas.

Para establecer la influencia de las distorsiones cognitivas en la disfunción sexual, se realizaron pruebas de regresión lineal múltiple Tabla 3. El modelo ($F [15, 184] = 1.98$, $p = .019$) explicó un 15 % de la varianza. Se puede observar que, filtraje tiene un efecto negativo en la disfunción sexual ($-.346$, $t = -2.71$, $p < .007$), pensamiento polarizado un efecto positivo en la disfunción sexual ($.341$, $t = 2.04$, $p < .042$). Por último, la falacia de cambio tuvo un efecto negativo en la disfunción sexual ($-.307$, $t = -2.28$, $p < .023$).

Tabla 3: Modelo de regresión lineal Múltiple de las subescalas de Disfunción sexual y las Distorsiones cognitivas.

DC	B	T	P
Filtraje	-.346	-2.71	.007*
Pensamiento polarizado	.346	2.04	.042*
Falacia de cambio	-.307	-2.28	.023*

Nota. $n = 184$, $*p < .05$, $DC =$ Distorsiones cognitivas.

Para identificar la relación entre el tipo de distorsión cognitiva y disfunción sexual femenina se realizó prueba de Spearman (Tabla 4). Se arrojaron correlaciones en pensamiento polarizado y excitación ($r_s = .150$; $p < .05$), culpabilidad y deseo ($r_s = .173$; $p < .05$). Correlación negativa en falacia de cambio y excitación ($r_s = -.209$; $p < 0.01$), lubricación con filtraje ($r_s = -.155$; $p < .05$), lubricación con personalización ($r_s = -.248$; $p < 0.01$) y lubricación con culpabilidad ($r_s = -.162$; $p < .05$). Orgasmo con filtraje ($r_s = -.194$; $p < .05$), visión catastrófica ($r_s = -.168$; $p < .05$), falacia de control ($r_s = -.180$; $p < .05$), falacia de justicia ($r_s = -.166$; $p < .05$), falacia de cambio ($r_s = -.262$; $p < 0.01$). Dolor con filtraje ($r_s = -.210$; $p < 0.01$), interpretación del pensamiento ($r_s = -.149$; $p < .05$), personalización ($r_s = -.243$; $p < 0.01$) y falacia de control ($r_s = -.178$; $p < .05$).

Tabla 4: Correlación de las distorsiones cognitivas con la disfunción sexual.

DC	Deseo	Excitación	Lubricación	Orgasmo	Satisfacción	Dolor
Filtraje	.090	-.100	-.155*	-.194**	-.129	-.210**
Sobregenera-lización	.191**	.118	-.098	-.085	.048	-.075
Interpretación del pensamiento	.175*	.041	-.029	-.121	.012	-.149*
Visión catastrófica	.103	.030	-.087	-.168*	.039	-.081
Personalización	.119	-.105	-.248**	-.114	.004	-.243**
Falacia de control	-.015	-.054	-.130	-.180*	-.118	-.178*
Falacia de justicia	-.029	-.013	-.106	-.166*	-.054	-.103
Falacia de cambio	.043	-.209**	-.231**	-.262**	-.075	-.136
Culpabilidad	.173*	.008	-.162*	-.125	-.056	-.169*
Los debería	.080	.041	-.110	-.176*	-.030	-.136

Nota. $n = 184$, $*p < .05$, $**p < 0.01$. $DC =$ Distorsiones cognitivas.

DISCUSIÓN

En general, los resultados señalan que los factores cognitivos desempeñan un papel significativo en la función sexual de 184 enfermeras provenientes de diversas instituciones de Salud Pública, confirmando la influencia que tiene las distorsiones cognitivas en la disfunción sexual femenina. Sin embargo, es fundamental tener precaución al interpretar estos resultados, ya que el impacto de estas variables no se había explorado previamente. Esto sugiere que factores cognitivos como creencias, emociones, pensamientos automáticos, interpretación de experiencias y patrones de pensamiento pueden influir en la respuesta sexual de las enfermeras.

Con base al objetivo, establecer la influencia de las distorsiones cognitivas en la disfunción sexual en las enfermeras, se observó que las distorsiones cognitivas de filtraje, pensamiento polarizado y falacia de cambio tuvieron influencia en la DSF. Este hallazgo es similar a lo encontrado en un estudio donde se encontró que los pensamientos automáticos están relacionados con la respuesta sexual, interactúan simultáneamente y son capaces de conducir a una disfunción sexual, Nobre y Pinto⁽³⁴⁾.

Respecto al tipo de distorsión cognitiva en relación con la disfunción sexual femenina, se encontró correlación entre el deseo sexual que es la falta constante o repetida de fantasías sexuales que conllevan a problemas en las relaciones⁽⁸⁾ y la sobregeneralización que consiste en sacar conclusiones de algunas experiencias vividas y aplicarlas a otras situaciones⁽³⁵⁾. Este hecho podría explicarse debido a que el deseo sexual se experimenta como un anhelo de sensaciones por sí mismas⁽³⁶⁾.

La salud sexual es un componente crucial del bienestar en las enfermeras, por lo tanto, es necesario que sea abordada de manera integral. En este sentido, las enfermeras deben asistir a evaluaciones médicas periódicas para descartar posibles causas subyacentes como desequilibrios hormonales, enfermedades crónicas o efectos secundarios de medicamentos que puedan contribuir al bajo deseo sexual, por otra parte, si no se encuentra una causa médica evidente, es importante que se consideren factores psicológicos, como el estrés, la ansiedad, la depresión o experiencias consideradas como traumáticas. También, es importante evaluar si la disminución del deseo sexual es específica para ciertos estímulos, contextos o parejas⁽²⁾.

Respecto al deseo, se encontró una relación con la distorsión cognitiva de interpretación del pensamiento que es predecir o anticipar resultados negativos de acciones, sentimientos o eventos futuros y creer que lo que se piensa es verdadero. Este hallazgo es similar a lo que reportan otros estudios con respecto a las creencias disfuncionales sexuales, esquemas cognitivos y pensamientos automáticos, pues las enfermeras al anticipar resultados negativos pueden desarrollar creencias erróneas sobre su desempeño sexual, por Nobre y Pinto ⁽³⁷⁾. Esta creencia podría afectar su autoestima, generando sentimientos de soledad, pensamientos de fracaso, falta de pensamientos eróticos, menos placer, desilusión y tristeza ⁽³⁸⁾.

Por otra parte, el deseo se relacionó con la culpabilidad, esta distorsión cognitiva, consiste en culpar a uno mismo o a otros de lo sucedido sin ninguna evidencia de ello ^(37,39). La distorsión cognitiva de culpabilidad puede contribuir al bajo deseo sexual al afectar la percepción de uno mismo, la relación con la pareja y las expectativas en el

ámbito sexual, esto es similar a lo reportado en un estudio en el que se expuso que las mujeres con bajo deseo presentaban más culpa, por Nobre y Pinto⁽³⁴⁾.

La excitación sexual, que es la capacidad para lograr o mantener una respuesta apropiada de lubricación hasta el final de la actividad sexual⁽⁴⁰⁾, se relacionó con pensamiento polarizado, la cual consiste en valorar las situaciones o las cosas de una manera extrema sin tener una visión intermedia⁽⁴¹⁾. El pensamiento polarizado en el contexto de la excitación sexual puede ser perjudicial, ya que puede llevar a expectativas poco realistas, presión innecesaria y dificultades para disfrutar de una vida sexual satisfactoria y saludable. Este hallazgo es similar al estudio ⁽³⁷⁾ el cual menciona que la excitación se relaciona con pensamientos de fracaso y desvinculación, lo que implica experimentar inseguridad y desconexión durante las relaciones sexuales.

Además, se observa una relación entre la excitación y la creencia de que el deseo sexual es considerado un pecado o algo negativo y prohibido. Igualmente, se relaciona con la falta de pensamientos eróticos, durante las relaciones sexuales. Finalmente, la excitación se relacionó con el conservadurismo sexual, es decir, actitudes tradicionales o conservadoras hacia el sexo^(34,41). Esto podría deberse a que las enfermeras con creencias conservadoras tienden a moderar y controlar sus conductas sexuales, lo que hace que la excitación sexual sea reprimida. Principalmente en enfermeras que fueron criadas en entornos religiosos o en contextos culturales reservados donde la sexualidad es vista como un tema tabú.

Este estudio cuenta con diversas limitaciones, dentro de las más importantes; la sensibilidad que pudieron presentar las enfermeras con las variables estudiadas y generar resistencia al responder los cuestionarios. Por lo tanto, se recomienda realizar estudios adicionales que consideren estrategias específicas para mitigar este tipo de resistencia y explorar más a fondo la relación entre creencias y distorsiones cognitivas en la práctica clínica.

CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación enfatizan la influencia que tienen los fenómenos cognitivos, especialmente los del pensamiento que subyacen en la distorsión cognitiva, pues pueden afectar el ciclo de respuesta sexual, contribuyendo en el desarrollo de las disfunciones sexuales femeninas. Estos hallazgos son fundamentales para la disciplina de Enfermería, ya que el abordaje de las disfunciones sexuales y las distorsiones cognitivas podría permitir fomentar intervenciones encaminadas a la capacitación de técnicas cognitivo-conductuales y el desarrollo de talleres educativos que ayuden a entender e identificar de mejor manera la sexualidad. Es importante que las enfermeras reconozcan en sí mismas los aspectos de las disfunciones sexuales femeninas en relación con las distorsiones cognitivas y con ello, fomenten el autocuidado ya que en la actualidad se puede observar que muchas de ellas tienen conceptos muy diversos sobre como ejercer la sexualidad.

Se sugiere también la integración de equipos multidisciplinarios de salud que aborden este fenómeno de manera integral, así como técnicas para abordar las creencias y distorsiones cognitivas que puedan influir en la práctica de las enfermeras. Finalmente, se destaca la necesidad de investigar más a fondo el impacto de las

creencias y distorsiones cognitivas en la práctica de Enfermería para mejorar la atención en la salud sexual brindada a las mujeres.

Agradecimientos

La investigadora principal con número de CVU: 1109514, agradece la beca otorgada para realización de sus estudios de Maestría en Ciencias en Enfermería al Consejo Nacional de Humanidades, Ciencia y Tecnologías (CONAHCYT).

BIBLIOGRAFÍA

1. Wheeler LJ, Guntupalli SR. Female Sexual Dysfunction: Pharmacologic and Therapeutic Interventions. *Obstet Gynecol.* julio de 2020; 136(1): 174-86. [doi: 10.1097/AOG.0000000000003941](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003941)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Gynecology. Female Sexual Dysfunction: ACOG Practice Bulletin Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, Number 213. *Obstet Gynecol.* julio de 2019; 134(1): e1-18. [doi: 10.1097/AOG.0000000000003324](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003324)
3. Carranza-Lira S, Núñez F de DC. Sexual dysfunction prevalence in a group of pre- and postmenopausal Mexican women. *Przeglad Menopauzalny Menopause Rev.* marzo de 2018; 17(1): 39-42. <https://doi.org/10.5114/pm.2018.74901>
4. Blümel EJ, Chedraui P, Baron G, Belzares E, Bencosme A, Calle A, Espinoza TM, Flores D, Izaguirre H, Leo-Leon P, Lima S, et al. Sexual dysfunction in middle-aged women: a multicenter Latin American study using the Female Sexual Function Index. *The Journal of The North American Menopause Society.* 2009; 16(6): 1139-1148. [DOI: 10.1097/gme.0b013e3181a4e317](https://doi.org/10.1097/gme.0b013e3181a4e317)
5. Kuhle CL, Zhang X, Kapoor E. Misconceptions About Sexual Health in Older Women: Why We Need to Talk About It. *Mayo Clin Proc.* abril de 2021; 96(4): 866-9. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.09.037>
6. Faubion S, Rullo J. Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. *Am Fam Physician.* 15 de agosto de 2015; 92: 281-8. [https://www.researchgate.net/publication/281081829 Sexual Dysfunction in Women A Practical Approach](https://www.researchgate.net/publication/281081829_Sexual_Dysfunction_in_Women_A_Practical_Approach)
7. Basson R. The Female Sexual Response: A Different Model. *J Sex Marital Ther.* enero de 2000; 26(1): 51-65. <https://doi.org/10.1080/009262300278641>
8. Basson R. The Female Sexual Response Revisited. *J SOGC.* 1 de mayo de 2000; 22(5): 378-82. [https://doi.org/10.1016/S0849-5831\(16\)30848-5](https://doi.org/10.1016/S0849-5831(16)30848-5)
9. Pittard CM, Pössel P. Cognitive Distortions. En: Zeigler-Hill V, Shackelford TK, editores. *Encyclopedia of Personality and Individual Differences.* Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 706-8. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_965
10. Alwawi A, Alsaqqa HH, Protecting the mental health of the future workforce: exploring the prevalence of cognitive distortions among nursing students. *Nursing Management.* 2023; 30(1). [doi: 10.7748/nm.2023.e2077](https://doi.org/10.7748/nm.2023.e2077)
11. Ruiz Fernández, Díaz García, Villalobos Crespo. *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales.* 2011. Disponible en: <https://capacpsico.com.mx/wp-content/uploads/2021/06/Manual-de-t%C3%A9cnicas-de-intervenci%C3%B3n-cognitiva-conductuales.pdf>
12. Organización Panamericana de la Salud. *Enfermería - OPS/OMS.* Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>

13. Calderón Izaguirre GK, Rivas Díaz LH, Calderón Izaguirre GK, Rivas Díaz LH. Factores laborales y nivel de estrés en enfermeras de centro quirúrgico. *Rev Cuba Enferm.* diciembre de 2021; 37(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Kingsberg SA, Woodard T. Female sexual dysfunction: focus on low desire. *Obstet Gynecol.* febrero de 2015; 125(2): 477-86. [doi: 10.1097/AOG.0000000000000620](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000620)
15. Qun YY, Qian XU, Jun TW, Lan GC, Mei LH. Sexual Dysfunction among Chinese Nurses: Prevalence and Predictors. *Biomed Environ Sci.* 1 de marzo de 2017; 30(3): 229-34. [doi: 10.3967/bes2017.032](https://doi.org/10.3967/bes2017.032)
16. Figueroa-Martín L, Duarte-Clímets G, Sánchez-Gómez MB, Ruyman Brito-Brito P. Abordaje de la sexualidad en atención primaria: ¿qué valorar?. *Ene.* 2015; 9(2): 0-0. <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200006>
17. Cáceres P, Belkis DCA, Cáceres P, Annelys DCM. La educación sexual: su camino por la formación de Enfermería. 2019. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1992-82382019000200020
18. Ahmed K, Bhugra D. The role of culture in sexual dysfunction. *Psychiatry.* 1 de marzo de 2007; 6(3): 115-20. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2006.12.005>
19. Abdolmanafi A, Owens RG, Winter S, Jahromi RG, Peixoto MM, Nobre P. Determinants of Women's Sexual Dissatisfaction: Assessing a Cognitive-Emotional Model. *J Sex Med.* noviembre de 2016; 13(11): 1708-17. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.08.013>
20. Díez Patricio A. Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.* junio de 2017; 37(131): 127-43. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352017000100008
21. Ibáñez-Tarín C, Manzanera-Escartí R. Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria (I). *SEMERGEN - Med Fam.* 1 de septiembre de 2012; 38(6): 377-87. [DOI: 10.1016/j.semerg.2011.07.020](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.07.020)
22. Beck JS, Fleming S. A Brief History of Aaron T. Beck, MD, and Cognitive Behavior Therapy. *Clin Psychol Eur.* 18 de junio de 2021; 3(2): e6701. <https://doi.org/10.32872/cpe.6701>
23. Silva E, Pascoal PM, Nobre P. Beliefs About Appearance, Cognitive Distraction and Sexual Functioning in Men and Women: A Mediation Model Based on Cognitive Theory. *J Sex Med.* 1 de septiembre de 2016; 13(9): 1387-94. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.005>
24. Kingsberg S, Althof S, Simon J, Bradford A, Bitzer J, Carvalho J. Female Sexual Dysfunction-Medical and Psychological Treatments, Committee 14. *The Journal of Sexual Medicine.* 2017; 14(12), 1463-1491. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.018>
25. Ruiz FM, Díaz GM, Villalobos CA. Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. Henao, Bilbao: Desclée De Brouwer, S.A. 2012.
26. Elsevier Health. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2021-2023-9788413821276.html>
27. Lau F. Chapter 12 Methods for Correlational Studies. En: *Handbook of eHealth Evaluation: An Evidence-based Approach.* University of Victoria; 2017. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK481614/>
28. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian J Dermatol.* 2016; 61(3): 261-4. <https://doi.org/10.4103%2F0019-5154.182410>

29. Elfil M, Negida A. Sampling methods in Clinical Research; an Educational Review. *Emergency*. 2017; 5(1): e52. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5325924/>
30. Allen M, Kilpatrick D, Armstrong M, Briggs R, Course G, Pérez N. Multistage cluster sampling design and optimal sample sizes for estimation of fish discards from commercial trawlers. *Fish Res*. 1 de marzo de 2002; 55(1): 11-24. [https://doi.org/10.1016/S0165-7836\(01\)00308-3](https://doi.org/10.1016/S0165-7836(01)00308-3)
31. Woertman L, van den Brink F. Body Image and Female Sexual Functioning and Behavior: A Review. *J Sex Res*. 1 de marzo de 2012; 49: 184-211. <https://doi.org/10.1080/00224499.2012.658586>
32. Muñeton BJM, Bolívar SU, Relación entre esquemas inadaptables, distorsiones cognitivas y síntomas de ludopatía en jugadores de casinos. *Pensamiento Psicológico*. 2013; 11(2): 89-102. <https://www.redalyc.org/pdf/801/80131178006.pdf>
33. Meston MC, Freihart KB, Handy BA, Kilimnik DC, Rosen CR, Scoring and Interpretation of the FSFI: What can be Learned From 20 Years of use?. *The Journal of Sexual Medicine*. 2020; 17(1): 17-25. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.10.007>
34. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitive and emotional predictors of female sexual dysfunctions: preliminary findings. *J Sex Marital Ther*. 2008; 34(4): 325-42. <https://doi.org/10.1080/00926230802096358>
35. Victoria Álvarez L, Ayala Moreno NY, Bascuñán Cisternas R. Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *PSICOGENTE*. 1 de enero de 2019; 22(41): 1-22. <https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>
36. Cabello-Santamaría F, Palacios S. Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Prog Obstet Ginecol*. 1 de junio de 2012; 55(6): 289-95. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-actualizacion-sobre-el-trastorno-del-S030450131200074X>
37. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Cognitions, Emotions, and Sexual Response: Analysis of the Relationship among Automatic Thoughts, Emotional Responses, and Sexual Arousal. *Arch Sex Behav*. 1 de agosto de 2008; 37(4): 652-61. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9258-0>
38. Nobre PJ, Pinto-Gouveia J. Dysfunctional sexual beliefs as vulnerability factors for sexual dysfunction. *J Sex Res*. 1 de febrero de 2006; 43(1): 68-75. <https://doi.org/10.1080/00224490609552300>
39. Loinaz I. Distorsiones Cognitivas en Agresores de Pareja: Análisis de una Herramienta de Evaluación. *Ter Psicológica*. abril de 2014; 32(1): 5-17. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082014000100001
40. Dewitte M. Female Genital Arousal: A Focus on How Rather than Why. *Arch Sex Behav*. 2022; 51(2): 743-9. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-020-01792-x>
41. Salcido CJL, Valenzuela UGE, Armenta AER, Rodríguez GAG, Montero VC. Creencias erróneas reforzadas en el personal de Enfermería. *UARICHA*. 2024; 22: 19-29. <https://doi.org/10.35830/bkwwhy88>

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia