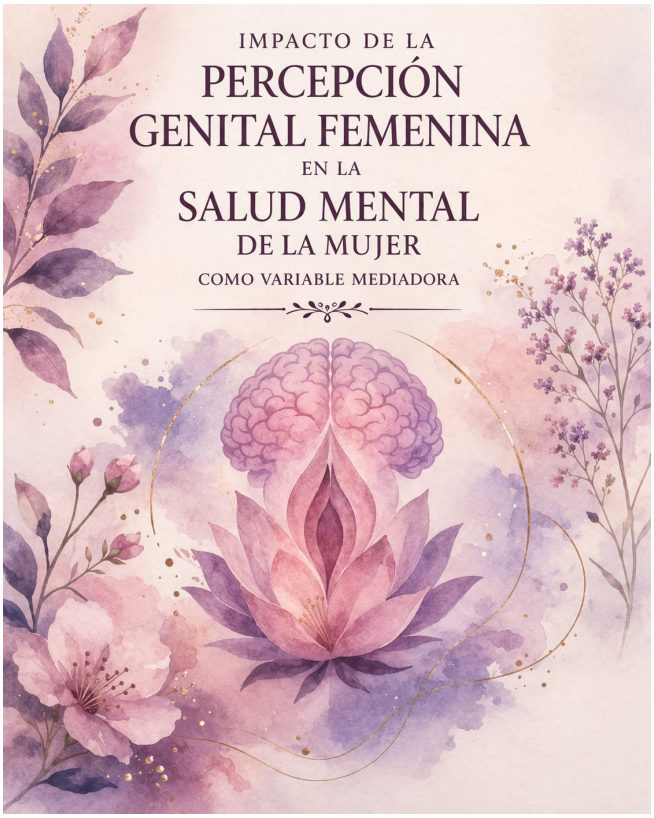
Programa de Doctorado en Ciencias Sociales, Criminológicas y del Comportamiento



TESIS DOCTORAL

de

ISABELLA MAGDALA

El Puerto de Santa María (Cádiz)

Abril 2026

Dedicatoria:

Esta tesis doctoral está dedicada a todas las personas que han creído en mí o en ella incluso antes de ser escrita.

Por supuesto, está dedicada a sus protagonistas: las mujeres participantes, no sólo en este estudio, sino también en los estudios precedentes, llegando a ser más de 3.000 mujeres participantes en mis investigaciones científicas. Si a ello sumo a las participantes a mis cursos, conferencias, lectoras y pacientes el número se multiplicaría notablemente. A todas vosotras: GRACIAS. Sois la voz de muchas mujeres que jamás se expresarán, pero gracias a vosotras hoy la ciencia tiene más datos, más hallazgos y más conocimiento del mundo genital, psicológico y emocional femenino. Igualmente está dedicada a todos los hombres que habéis creído en este proyecto desde el inicio incluido el Catedrático y Director de mi tesis Jose Miguel Mestre Navas, así como al Director del Máster de Sexología Carlos de la Cruz.

Y, a nivel personal, a mi pareja Javier León y a nuestro hijo Daniel León Ruiz-Herrera.

Resumen:

El objetivo de la presente tesis doctoral fue analizar la relación entre la percepción genital femenina y la salud mental de la mujer, considerando su papel mediador. Se ha llevado a cabo en una muestra exclusivamente femenina, integrando variables psicológicas relevantes como la vergüenza existencial, las dificultades en la regulación emocional, la fusión cognitiva y la disposición al mindfulness. Desde una perspectiva transdiagnóstica, se planteó que la percepción genital femenina no debía entenderse como un constructo aislado, sino como un constructo integrado dentro de un sistema dinámico de procesos cognitivos, emocionales y genitales-corporales implicados en la salud mental de la mujer.

Los resultados mostraron que el malestar psicológico (compuesto por depresión, ansiedad y estrés) se relaciona significativamente con mayores niveles de vergüenza existencial, fusión cognitiva y dificultades en la regulación emocional, concretamente en la falta de acceso a estrategias eficaces de regulación emocional. Sin embargo, la disposición al mindfulness emergió como un factor protector asociado a menores niveles de malestar psicológico. Aunque la percepción genital femenina se asoció significativamente con el malestar psicológico en los análisis correlacionales, su efecto directo desapareció en los modelos multivariados, lo que se ha interpretado como un efecto indirecto mediado a través de procesos psicológicos intermedios transdiagnósticos.

A partir de estos hallazgos se propone como contribución original de esta tesis el modelo integrador del *Antropomorfismo Psicológico Genital* desarrollado por Isabella Magdala, integrando la percepción genital femenina con el valor personal y la experiencia emocional. Este modelo incluye dos rutas interrelacionadas: una ruta emocional-cognitiva, centrada en procesos cognitivos y mentales, y una ruta simbólico-genital/corporal, vinculada al autoconcepto y la identidad personal. Ambas rutas operan de forma bidireccional y dinámica, a través de los pensamientos, creencias y procesos de regulación emocional, configurando la experiencia subjetiva de la mujer hacia sus genitales y, a su vez, con una retroalimentación entre lo experimentado a nivel genital/corporal y su influencia en el aspecto cognitivo.

En conjunto, esta investigación aporta evidencia empírica y una propuesta teórica innovadora que permite avanzar hacia un modelo explicativo integrador de la salud mental femenina, ampliando la comprensión de la relación entre genitalidad-cuerpo, mente y salud mental femenina y la experiencia subjetiva, y abriendo nuevas vías para el desarrollo de intervenciones clínicas basadas en procesos, así como en la investigación futura. Este modelo invita a repensar la genitalidad femenina no solo como una realidad corporal, sino como una experiencia psicológica integrada en la identidad.

Palabras clave: Percepción genital femenina; malestar psicológico; regulación emocional; fusión cognitiva; mindfulness; vergüenza existencial; autoconcepto; salud mental femenina, antropomorfismo psicológico genital.

Abstract:

The present doctoral thesis aimed to examine the relationship between the impact of female genital self-image on women´s mental health, considering its role as a mediating variable in an exclusively female sample, integrating key psychological variables such as existential shame, emotion regulation difficulties, cognitive fusion, and dispositional mindfulness. From a transdiagnostic perspective, female genital self-image is conceptualized not as an isolated construct, but as part of a dynamic system of cognitive, emotional, and genital-bodily processes involved in women's mental health.

Results indicated that psychological distress, defined by symptoms of depression, anxiety, and stress, was significantly associated with higher levels of existential shame, cognitive fusion, and emotion regulation difficulties, particularly limited access to effective regulation strategies. In contrast, dispositional mindfulness emerged as a protective factor associated with lower levels of psychological distress. Although female genital self-image was significantly correlated with psychological distress, its direct effect was no longer significant in multivariate models, suggesting an indirect effect mediated by transdiagnostic psychological processes.

Based on these findings, this doctoral thesis proposes an original contribution: the integrative model the -*Psychological Genital Anthropomorphism Model*- developed by Isabella Magdala, integrating female genital self-image with personal value and emotional experience. This model includes two interrelated pathways: an emotional-cognitive route, focused on cognitive and mental processes, and a symbolic-genital/bodily route, related to self–concept and personal identity. Both pathways operate bidirectionally and dynamically through thoughts, beliefs, and emotion regulation, shaping women's subjective experience toward their genital/bodily experience and its influence on cognitive processes.

Overall, this research provides empirical evidence and introduces an innovative theoretical framework that advances an integrative explanatory model of women's mental health, broadening the understanding of the relationship between genitalia/bodily, mind, and women's mental health and subjective experience, and opening new avenues for process-based clinical intervention as well as future research. This model invites a reconceptualization of female genitality not only as a bodily reality, but as a psychological experience integrated into identity, ultimately understood as part of identity construction.

Keywords: Female genital self-image; psychological distress; emotion regulation; cognitive fusion; mindfulness; existential shame; self-concept; women's mental health; psychological genital anthropomorphism.

Índice

Introducción			1
Capítulo 1	**Marco Teórico**		5
	1.1	Construcción genealógica, psicológica e histórica de la sexualidad femenina. El paso de época premoderna a la actual.	5
	1.2	Eje biológico-evolutivo: de la selección sexual a la genitalidad.	8
	1.3	Imagen Corporal en la mujer y Percepción Genital Femenina.	9
	1.4	Identidad Genital y Autoesquema Sexual	15
	1.5	Autoimagen y Percepción Genital Femenina	22
	1.6	Vergüenza y Percepción Genital Femenina	30
	1.7	Disposición al mindfulness, Fusión Cognitiva y Percepción Genital Femenina	36
	1.8	Malestar Psicológico y Percepción Genital Femenina	43
		1.8.1 *Ansiedad*	43
		1.8.2 *Depresión*	46
		1.8.3 *Estrés*	49
	1.9	Planteamiento del problema de investigación	53
Capítulo 2	**Objetivos e hipótesis**		55
	2.1	Objetivo General	55
	2.2	Objetivos Específicos	55
	2.3	Hipótesis	55
Capítulo 3	**Metodología**		57
	3.1	Participantes	57
	3.2	Las variables de estudio e instrumentos de evaluación	57
		3.2.1. *Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II, versión en castellano Ruiz et al., 2013).*	57
		3.2.2. *Desregulation emotional scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004; versión validada en castellano de Hervás & Jódar, 2008).*	58
		3.2.3. *Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21, Antony et al., 1998, validada en castellano por Daza et al., 2002).*	59
		3.2.4. *Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003).*	61
		3.2.5. *SHAME (Evaluación de diferentes dimensiones de la propensión a la vergüenza, (Scheel et al., 2013; Balsamo et al., 2015).*	62
		3.2.6. *Escala de Satisfacción con la Apariencia Genital o Genital Appearance Satisfaction Scale, GAS (Bramwell & Morland, 2009).*	63
		3.2.7. *La Escala de Autoimagen Genital Femenina - Female Genital Self-Image Scale (FGSIS; Herbenick & Reece, 2010).*	64
	3.3	Procedimiento	65
	3.4	Diseño de Investigación	65
	3.5	Análisis de datos	66
Capítulo 4	**Resultados**		69
	4.1	Análisis descriptivo y exploratorio	69
	4.2	Análisis estadístico inferencial de las hipótesis	76
Capítulo 5	**Discusión**		79
	5.1	Limitaciones del estudio	79
	5.2	Discusión de las hipótesis	80

	5.3	Propuesta de un Modelo integrador del malestar psicológico femenino y del antropomorfismo psicológico genital	106
Capítulo 6	**Conclusiones**		110
	6.1	Implicaciones clínicas	112
	6.2	Líneas futuras de investigación	113
Referencias Bibliográficas			116

Indice de Tablas y Figuras

Tabla 1	*Descriptivos de tendencia central de "estar o no en relación de pareja" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).*	69
Tabla 2	*Prueba de Levene y t de Student entre "tener o no pareja "y las variables del estudio. Se describen sólo aquellas que fueron significativas las diferencias entre grupos*	70
Tabla 3A	*Descriptivos de tendencia central de la variable "nacionalidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).*	71
Tabla 3B	*Descriptivos de tendencia central de la variable "nacionalidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).*	71
Tabla 4A	*Descriptivos de tendencia central de la variable "sexualidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).*	72
Tabla 4B	*Descriptivos de tendencia central de la variable "sexualidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).*	72
Tabla 5	*Descriptivos de tendencia central de la variable "estudios" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo)*	73
Tabla 6	*Correlaciones entre las variables del estudio*	75
Tabla 7	*Resultados de las regresiones por pasos para cada una de las Variables criterio del estudio (depresión, ansiedad y estrés). Se incluyeron en la regresión aquellas variables con un índice de correlación superior a 0.3 (según Cohen).*	76
Tabla 8	*Comprobación de las hipótesis del estudio tras el análisis de los resultados*	77
Figura 1	*Modelo bidireccional de la percepción genital femenina en el contexto de la salud psicológica y sexual: Antropomorfismo psicológico genital*	109

Introducción

Mi interés personal por el tema de la Percepción Genital Femenina y su vinculación con la salud mental surgió en 2013 cuando observé que nunca nadie me había hablado de mi zona genital con la naturalidad con la que se podría hablar de cualquier otra zona del cuerpo. Ante esta ausencia de información comencé a hacerme preguntas a las cuales no me era fácil responder. Busqué información en los libros de la época y en las personas cercanas a mí. Observé que existían ciertos temas que seguían siendo tabúes o que la poca información que encontraba estaba sesgada. Pero lo que más me sorprendió es que cuando comencé a preguntar sobre cómo las mujeres de mi consulta y participantes de mis cursos percibían su imagen genital femenina observé que había una sensación de vergüenza y pudor latente en sus respuestas unidas al desconocimiento.

A medida que iban recibiendo información de calidad sobre la percepción genital femenina e iban conociendo esa parte de sí mismas desde una mirada positiva, amorosa y de aceptación, observaba cómo pasaban del rechazo y asco a la aceptación y el reconocimiento. Pero mi sorpresa fue que no sólo sucedía esto a un nivel de aceptación y satisfacción corporal, esta transformación también la vivían las mujeres en relación a sí mismas en aspectos relacionados con su autoestima, su sexualidad y su bienestar psicológico. Es decir, comencé a observar cómo había una clara influencia entre la percepción genital femenina y la salud mental en la mujer de una forma bidireccional.

Esa apreciación hizo que me dedicara a este tema desde hace más de una década y que haya observado el impacto que tiene tanto en las propias mujeres como en sus parejas y en la educación a otras generaciones para que puedan acceder a esta zona de su cuerpo con mayor naturalidad, aceptación, respeto y reconocimiento teniendo, por lo tanto, mayor calidad de vida.

Tanto sociológicamente como psicológicamente hablando, estamos viviendo grandes avances en cuanto al respeto y a la libertad con la que se vive la sexualidad, sin embargo, aún hay muchos aspectos en los que se puede seguir avanzando dentro del ámbito de la sexualidad humana y, más específicamente, el punto central de esta tesis es su relación con el continuo bienestar-malestar psicológico. Aún existe una gran estandarización en muchos aspectos como si fuesen los únicos existentes, incluido lo que es aceptado y lo que no en el cuerpo femenino, mucho más en la aún gran desconocida percepción genital femenina

Tras hacer una exhaustiva revisión bibliográfica se hizo evidente que la ciencia ha investigado mucho sobre la repercusión que tiene la imagen corporal en la salud mental de las

personas, pero apenas se exploró qué impacto podría tener la imagen genital femenina sobre determinados constructos relacionados con la salud mental femenina como pueden ser: La regulación emocional, la aceptación, la flexibilidad psicológica, la vergüenza o la disposición al mindfulness.

Por genitales femeninos en esta investigación entenderemos principalmente la zona de la vulva y la vagina. En la población general el acceso habitual suele ser a través de la pornografía, entorno en el cual los genitales femeninos suelen estar previamente seleccionados y muy sesgados. Si no se tienen otras referencias, se puede pensar que eso es lo normal. Ante esta dificultad de visionar vulvas reales, el imaginario de la mujer se basa en muchos casos en una idea, pero no en una realidad, puesto que apenas conoce su vulva ni tiene una comparativa real.

Es por ello por lo que nace esta investigación. Tras casi dos décadas acompañando a mujeres desde la perspectiva de la psicología y posteriormente desde la sexología, considero que seguir investigando en esta área es de suma importancia para la salud sexual y mental tanto de la mujer como de todo su entorno. También propongo el término Antropomorfismo Psicológico Genital y una definición del mismo como un modo de observar la vulva y los genitales desde una mirada más profunda y no únicamente desde la anatomía, biología o fisiología.

Estudiar la relación de la mujer con su sexualidad, cómo experimenta su genitalidad y de qué manera repercute su autoimagen tanto en su salud mental como, por consiguiente, en su calidad de vida, son motivos fundamentales de esta investigación.

Dicho de otro modo, si la mujer tiene la oportunidad de conocerse mejor a sí misma y sentirse más satisfecha gracias a ese autoconocimiento psicológico y genital, ese impacto positivo se podrá extrapolar a todas las facetas de su vida y de su entorno tanto de hombres como de mujeres.

Además, ya que la bibliografía refleja que parece evidente que la percepción de la imagen genital femenina afecta al bienestar psicológico de la mujer. Esta investigación pretende dar un paso más y encontrar evidencias de que la regulación emocional, flexibilidad psicológica, la aceptación o la disposición al mindfulness están vinculados con la percepción de la imagen genital femenina y que esta vinculación tiene un impacto en la salud mental de la mujer actual. Puesto que actualmente no termina de evidenciarse cómo esta percepción afecta a nivel cognitivo, emocional y actitudinal.

A nivel cognitivo, la construcción de la percepción genital de la mujer se basa en modelos sociales. Esta creencia es un factor cognitivo que afecta no sólo a la imagen, sino al bienestar psicológico interno, especialmente, en la depresión, la ansiedad y el estrés (Magdala, 2019).

A nivel emocional, es bien conocido que la elección inapropiada de estrategias de regulación emocional está estrechamente relacionada con los niveles de depresión, ansiedad y estrés (Mestre et al., 2016). Por consiguiente, ¿está de alguna manera implícita una baja imagen de la genitalidad femenina en esta relación?

Otro componente emocional que considerar relevante en las investigaciones analizadas en los antecedentes es el rol de la vergüenza. Esta es una emoción social aprendida por las personas al compararse con estándares socialmente establecidos ya que sienten que pierden o no llegan al estándar establecido (Scheel et al., 2020). También es conocido que es una de las emociones más incapacitantes en el funcionamiento del individuo (Mestre & Guil, 2012), llevándole a problemas de bienestar. Especialmente la vergüenza existencial se ha mostrado un factor de riesgo en problemas de ansiedad y depresión (Scheel et al., 2013).

Por otro lado, a nivel actitudinal, recientemente se ha vinculado el mindfulness (como una actitud para aceptar, comprometerse y estar presente, Turanzas et al., 2020). Esta forma de afrontar la vida es una actitud que protege de los síntomas depresivos (Teasdale et al., 2000), ansiosos (Hofmann & Gómez, 2017) y del estrés (Khoury et al., 2015).

Esta tesis trata de comprobar cómo la imagen genital femenina media entre ciertos factores psicológicos como son:

- La desregulación emocional.
- La disposición al mindfulness o aceptación.
- La flexibilidad psicológica.
- La vergüenza.

Y la salud mental de la mujer. Específicamente a través de la evaluación de los síntomas de:

- Depresión.
- Ansiedad.
- Estrés.

Es por ello que a continuación haremos un recorrido por cada uno de estos constructos para conocer en mayor profundidad el sentido que tienen en esta tesis doctoral. Por ejemplo, la inclusión de la vergüenza (emoción social específica) es especialmente novedoso en este tipo de estudios además de la inclusión del antropomorfismo psicológico genital.

Capítulo 1. Marco Teórico.

1.1.- Construcción genealógica, psicológica e histórica de la sexualidad femenina. El paso de época premoderna a la actual.

Haciendo un recorrido por los momentos precedentes y en cómo la historia ha influido en el cuerpo femenino y en su capacidad para vivir su sexualidad, se podrá entender mejor la situación de la salud sexual y mental de la mujer.

Desde varios enfoques religiosos, el cuerpo de la mujer fue concebido como un detonante provocador de la tentación y el pecado, la falta de moral y el caos (Laqueur, 1990). Si la mujer sentía placer o deseo sería un problema del cuál había que advertirle y controlarla. Sin embargo, si el placer y la sexualidad tenían una finalidad reproductiva o era en el matrimonio se le permitiría. En otro caso, se supondría que sería una histérica o ninfómana al masturbarse o disfrutar de su sexualidad habitual ante el supuesto peligro que suponía la masturbación (Studd & Schwenkhagen, 2009).

Con la medicalización del cuerpo hubo muestras de diagnósticos patológicos e invisibilización pues así es cómo se atendía al placer y al deseo femenino (Laqueur, 1990).

Foucault (1978) defendió que la sexualidad no era sólo biología, incluía el cuerpo y el deseo (ya se viera como elemento a sancionar o a legitimar) pero también la vivencia de la sexualidad. Es decir, la persona tendría que construir distintos discursos para definir su vivencia y entendimiento de una parte tan íntima de una misma como es la sexualidad. Básicamente el cuerpo femenino se reducía a un medio para producir placer con un fin concreto, pero no para la mujer en sí misma. No tendría valor ni experiencia subjetiva salvo que existiera para captar el deseo o la finalidad prevista. Y es que ya fuese en Europa como en otras naciones, fuera la religión o fuera la medicina, prevaleció una visión patológica de cualquier supuesto exceso de deseo o aquello que pudiera entenderse lejano de la pureza o de la norma. De alguna manera, este enfoque también ha sido un modo de controlar a la población (Esteban, 2021) ya que la sexualidad se ha construido a lo largo de la historia de un modo controlado y organizado mediante normas sociales regulando tanto el cuerpo femenino como su función reproductiva (Loyola, 2003).

Incluso las representaciones científicas de la sexualidad se han visto influenciadas por estos contextos implicando al cuerpo y al deseo. Por ejemplo, los genitales han sido elemento central en la diferenciación sexual, sin embargo, es a la sexualidad femenina a la que se ha vinculado con expectativas morales, control normativo y la reproducción (Basanta & Nuño de la Rosa, 2023). Si la mujer sentía algo que no fuera aceptado por el contexto social de ese momento la vergüenza corporal se manifestaba debido a que tanto su pureza como su honor estarían medidos por el juicio hacia su apariencia (Morgenroth, 2025). Este hecho ha podido tener consecuencias psicológicas en la mujer expresadas a través de un estado de hipervigilancia, interiorización de la vergüenza, no sólo en adultas también en adolescentes con tendencia a autolesionarse (Abeyasekera & Marecek, 2019). Cuando se ha interiorizado la evaluación social y llega a influir en la conducta, se puede experimentar culpa y vergüenza como una regulación del comportamiento a través de un mecanismo intrapsíquico (Tangney & Dearing, 2002).

Aunque aún queda mucho por hacer, ha habido una clara evolución en el enfoque de la sexualidad ya que se ha transformado del enfoque patológico y de adoctrinamiento a un enfoque integral basado en la salud y en el bienestar. Hoy en día la sexualidad ya no está sólo relacionada con la reproducción, ya se concibe que es clave en la salud. Esta evolución la podemos ver reflejada en la definición de la OMS (2006) sobre salud sexual la cual es un estado de bienestar que engloba el aspecto mental, emocional, social y físico en lo referente a la sexualidad. Ya no es sólo lo relacionado con una ausencia de disfunción o de enfermedad. Siguiendo ese enfoque, en 2014 la Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) aprobó la Declaración de los Derechos Sexuales vinculando a la sexualidad con la autonomía personal e independencia, con el aspecto legítimo del placer y con la capacidad para ejercer el poder propio sobre el cuerpo. Esto puede suceder si la persona mantiene relaciones sexuales sin ninguna coerción de ningún tipo y sin violencia, es decir, manteniendo experiencias sexuales seguras. Se puede observar cómo lo que antes se entendía como un acto específico cuyo fin era biológico, actualmente se ha convertido en una cuestión de derechos. Y es que tanto la salud como el bienestar sexual son aspectos fundamentales en la mujer para que ésta pueda reapropiarse de su derecho tanto sobre su sexualidad como sobre su maternidad y reproducción (Starrs et al., 2018).

Actualmente se puede observar que parte del debate sobre la sexualidad femenina y los derechos sexuales se fundamenta en la planificación familiar, la anticoncepción y las políticas de salud reproductiva para que las mujeres puedan acceder a servicios que les permitan ejercer mayor control sobre su maternidad y reproducción. Desde la segunda mitad del siglo XX ha existido un

desarrollo en los programas públicos de planificación familiar que ha contribuido a esta evolución en la salud reproductiva femenina. En parte es un apoyo para la mujer en sí pero también es por la asociación entre sexualidad femenina y reproducción (Aries, 1987).

La mujer ha tenido una cierta representación en la historia, aunque mínima. Por ejemplo, Simone de Beauvoir en 1949 publicó "El segundo sexo", un libro feminista en el que hizo un recorrido por los derechos civiles del estado, pero no aludió a los internacionales ni aún se aludía a los derechos sexuales en esa primera ola feminista como hoy se conciben. Esta perspectiva se fue aproximando un año después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948. De hecho, se puede observar que es todo relativamente reciente. Incluso si la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 fue un gran avance en los derechos fundamentales y su reconocimiento, e incluso si a final del XIX e inicios del XX muchas feministas defendían los derechos generales, civiles y sociales de las mujeres (Scott, 1986), esas reivindicaciones de oportunidades y mejoras estaban vinculada a lo doméstico y a lo personal. Es decir, no incluía explícitamente los derechos reproductivos ni sexuales (ONU, 1948). A final del XIX e inicios del XX, muchas feministas defendían tanto los derechos generales de las mujeres, pero aún esa defensa de oportunidades y mejoras estaba vinculada a lo doméstico y a lo personal.

Sin embargo, desde 1993 surgió un reconocimiento hacia los derechos sexuales y hacia la sexualidad puesto que en la declaración de la Conferencia de Mujeres (1992) de Viena se formalizó la necesidad de abordar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de forma explícita. Esto dio lugar a asentar los pasos de la igualdad entre hombres y mujeres en lo que se refiere a la reproducción y a las relaciones sexuales (Amaro et al., 2001). Es importante que el enfoque de la salud sexual en la mujer sea inclusivo y que, a su vez, le garantice el poder personal sobre su cuerpo, independencia y autonomía (Bass, 2016). Se podría decir que desde la década de los 90 surgió un reconocimiento hacia los derechos sexuales y hacia la sexualidad en conferencias internacionales sobre la mujer. Se formalizó la necesidad de abordar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de forma explícita (ONU, 1995). Desde entonces, la salud sexual pasó a ser un factor central en el bienestar de la mujer, reflejando igualdad, autonomía personal y sobre su propio cuerpo, enfoque inclusivo centrado en los derechos de la mujer.

De un modo u otro el enfoque de la sexualidad ha ido cambiando y evolucionando llegado a lo que hoy estamos viviendo. En esa tesis haremos un recorrido por datos sobre ciertas variables vinculándolas en todo momento con la sexualidad femenina y con la salud mental en la mujer

puesto que, ese es el motivo principal de esta investigación para aportar nuevos datos que enriquezcan a los ya demostrados.

1.2.- **Eje biológico-evolutivo: de la selección sexual a la genitalidad**.

Por todos es conocido Charles Darwin (1859) y su obra El Origen de las especies en la cual, además de introducir un nuevo paradigma para comprender la evolución de los rasgos biológicos, hizo un recorrido desde la selección sexual hasta la selección intrasexual (cuándo se competía en una misma especie) o intersexual (coordinación y competencia entre los sexos). Anteriormente a Darwin, las explicaciones médicas que existían sobre la reproducción y la función de los genitales básicamente era que el orgasmo era necesario para la procreación y que ambos sexos producían "semillas" durante el coito (Basanta & Nuño de la Rosa, 2023).

Sin embargo, con los años y el desarrollo en la investigación científica, se evolucionó desde la mera reproducción a paradigmas con mayor complejidad puesto que integraban los aspectos psicológicos de la sexualidad, conductuales y biológicos. De hecho, una gran contribución para ampliar la comprensión de la conducta humana ha sido la psicología evolutiva, la cual nos ha ido aportando datos vinculados, además de a la psique a la sexualidad, analizando cómo ciertos comportamientos o rasgos podrían haberse moldeado por los procesos evolutivos en la historia (Gray, 2013).

Centrándonos más específicamente en la genitalidad, desde el enfoque de la biología evolutiva Hosken y Stockley (2004) se refieren a ellos como una zona variable del cuerpo y, precisamente por esa variación morfológica es que se podría predecir ciertos patrones de apareamiento entre especies. A su vez, se puede observar que los genitales tanto femeninos como masculinos podrían coevolucionar de forma antagónica. Esta coevolución no siempre sucede porque ambos sean iguales, todo lo contrario, porque siendo antagónicos un sexo propicio que en el otro se generen cambios ante determinadas presiones de selección.

Autores como Ferenczi (2018) que realizó ciertos planteamientos de la teoría del psicoanálisis dotando a los genitales de un significado más allá de lo biológico. En su obra Thalassa: Una teoría de la genitalidad propone que tanto el acto sexual como los genitales tienen vinculado un significado simbólico asociado a la especie y su historia evolutiva. Pero, además, Laqueur (1990) se refiere a existen distintas partes corporales con significados culturales y simbólicos que influirán en cómo las personas perciben su propia identidad sexual y corporal.

Estudios como el de Braun y Wilkinson (2001) que reflejan cómo tanto la vagina como la vulva han sido fuente de representaciones culturales a lo largo de la historia y que éstas representaciones influirán en cómo la mujer percibe y categoriza su genitalidad.

Siguiendo la línea de estos modelos teóricos anteriores, en este trabajo se pretende proponer el concepto de antropomorfismo psicológico genital entendido como el proceso tanto emocional, psicológico como sociocultural en el cuál se les concede a los genitales una interpretación simbólica del yo, incluyendo un sentimiento de identidad o vinculación que va más allá del aspecto fisiológico o biológico. De este modo tiene sentido que los genitales femeninos puedan ser objeto de vinculación con la salud mental de la mujer o con la evaluación emocional y psicológica dentro del enfoque de la experiencia sexual y corporal en las mujeres.

1.3.- **Imagen Corporal en la mujer y Percepción Genital Femenina.**

En 1990, Cash y Pruzinsky presentaron la imagen corporal como un constructo multidimensional, compuesto por tres aspectos: el cognitivo, el perceptivo y el emocional. Según los autores, el componente cognitivo abarca cualquier pensamiento o creencia relacionado con la imagen corporal; el perceptivo se refiere a la percepción subjetiva que una persona tiene de su propio cuerpo, y el emocional incluye los sentimientos y el grado de satisfacción que la persona experimenta con respecto a su imagen corporal.

Como se puede constatar, el enfoque de los autores es subjetivo y dinámico ya que, además de que la imagen corporal se compone de la interrelación de estos distintos aspectos, la persona puede ir cambiando sus pensamientos, emociones, sentimientos y percepciones sobre su imagen corporal. En parte es debido a que el dinamismo de este proceso está vinculado a la acomodación que vive la mujer en su interacción con su medio social. Así como la percepción de la imagen corporal a nivel general tiene implicaciones, es plausible que la interrelación entre la percepción, la emoción y la cognición respecto a la imagen genital femenina impacte de forma similar en la salud mental femenina puesto que la imagen corporal es una parte del total de las experiencias y actitudes de la mujer o lo que es lo mismo, de su autoconcepto (Drench, 1994).

En el año 2001, siguiendo la misma línea, Raich afirmaba que la imagen que tenemos de nuestro cuerpo es una experiencia subjetiva. Esta experiencia se conforma según un compendio de sentimientos, actitudes y valoraciones sobre lo que hacemos, sentimos y experimentamos en

relación con nuestra imagen corporal. Sin embargo, la concepción anterior de Cash y Pruzinsky (1990) supuso una percepción global de todo el cuerpo como de cada una de sus partes, hace de este constructo, según Raich (2001), un constructo complejo ya que cada persona tendrá una representación corporal en su mente única.

En lo que se refiere a la imagen corporal genital, se podría decir que es aquel aspecto de la imagen corporal focalizado, aunque con toda la amplitud del constructo, en la zona genital. De hecho, el contacto y la percepción que se tiene del cuerpo es más frecuente y accesible que el de la percepción genital femenina, pues ésta, sólo se percibe de forma visible en momentos y contextos específicos o en el imaginario. Ahora bien, ¿a qué nos referimos al hablar de percepción genital femenina? En la revisión bibliográfica de esta investigación se han podido encontrar distintas referencias vinculando los conceptos de percepción genital femenina, imagen genital femenina y autoimagen genital femenina, sin embargo, hay matices entre ellos. En general, estos constructos se refieren a cómo percibe la mujer sus propios genitales. Centrándonos ahora en la percepción genital femenina, ésta se refiere a:

> ¿qué piensa la mujer sobre sus genitales? ¿los considera "normales" o no se asemejan a los cánones del momento?, ¿cómo considera que son en cuánto a forma, tamaño, color o en general a nivel interno y externo?
> ¿qué sentimientos y sensaciones les despierta? ¿Siente vergüenza, aceptación, le avergüenza, evita hablar de sus genitales o se siente orgullosa?, y
> ¿cómo evalúa sus genitales (vagina y vulva) en cuánto a sensibilidad, comodidad vs malestar y olor?

Como se puede observar, la percepción genital femenina no sólo se refiere a un atributo corporal, también incluye aspectos emocionales, conductuales y cognitivos. Es decir, la percepción genital femenina está más condicionada por atributos psicológicos, personales y socioculturales que por la anatomía propiamente. Por ejemplo, uno de los factores que pueden influir en la autopercepción de la mujer son las plataformas de redes sociales (Mohammed G., 2025). Pero también los medios de comunicación y los concursos de belleza, los cuáles han marcado desde siempre puntos de referencia en los cánones del cuerpo femenino.

Singh en 1993 aportó datos relevantes derivados de tres estudios sobre la imagen corporal femenina con la intención de estudiar sobre los cánones de belleza femenina. En el primero,

observó que los extremos sobre la imagen corporal, delgadez vs sobrepeso, tienden a percibirse poco atractivos.

En el segundo, Singh (1993) observó que las proporciones cintura-cadera de las ganadoras de Miss América y Playboy más bajas eran percibidas más sanas, atractivas y con una capacidad reproductiva mayor en comparación con aquellas que tenían las proporciones más altas.

Y en el tercero, los hombres de entre 25 y 85 años que consideraban más proporcionada (alrededor de un ICC de 0,7) la relación cintura-cadera eran más atractivas y tenían un mayor potencial reproductivo.

Sus hallazgos reflejan cómo ciertos atributos físicos (caderas estrechas y distribución de peso sin obesidad) pueden influir en la percepción de cómo los hombres se sienten atraídos hacia las mujeres como posibles parejas, además de parecerles sexualmente atractivas y fértiles.

En la misma línea, Voracek y Fisher (2002) analizaron las tendencias en las medidas corporales de las modelos de 577 números mensuales consecutivos de la revista Playboy (comenzando en 1953 y terminando en diciembre de 2001), encontrando un cambio de tendencia con los años que ha ido consistiendo en una preferencia más androgénica en el cuerpo femenino, una disminución de la masa muscular, un aumento de la altura (relacionándose con un mayor posicionamiento laboral y menor tendencia reproductiva) y de la relación cintura-cadera ya que ésta se volvió más “tubular". Ante este cambio de tendencias, los autores afirmaron que en los hombres se ha podido observar la influencia que ejerce el contexto y la forma socioecológica a la que se invita a seleccionar a la pareja. Por ejemplo, en esta época (en comparación con el estudio de Singh en 1993, las familias eran más pequeñas y las mujeres tenían mayor protagonismo tanto profesional como en la aportación de recursos a nivel familiar.

En el marco de la Teoría de la Comparación Social la persona estará en una continua comparación ascendente y obtendrá mayor o menor satisfacción en función de la comparación con otras personas puesto que, de forma natural, tenderá a compararse con los estándares o personas de referencia (Festinger, 1954; Heinberg & Thompson, 1992). Con la intención de explorar las diferencias y similitudes entre hombres y mujeres, Brennan et al. (2010) estudiaron cómo percibían tanto los hombres como las mujeres la imagen corporal, qué grado de insatisfacción tenían con la misma y cuáles eran las consecuencias de esta insatisfacción en caso de existir. De hecho, la imagen corporal es uno de los factores multidimensionales del sexo (Lin & Lin, 2018).

En el estudio de Brennan et al. (2010) estos fueron algunos de los resultados con claras diferencias de género:

- Los hombres mostraron una estima de la imagen corporal mayor que las mujeres. La imagen corporal se relacionó positivamente con la percepción de la calidad de vida de los participantes.
- En comparación con los hombres con similares puntuaciones, las mujeres que más mostraban percepciones negativas de su imagen corporal en más situaciones y en más contextos también experimentaban una mayor disforia.
- Durante la actividad sexual, las mujeres percibían su cuerpo de una forma más negativa de la que lo hacían los hombres. Además, los resultados revelaron que, a menor autoestima, mayor percepción negativa de la imagen corporal tanto en hombres como en mujeres. Personalmente, considero que esta correlación negativa significativa podría ser de interés en el estudio de la percepción genital femenina.
- En conversaciones sobre la apariencia física o cuándo sentían que la otra persona podía estar pensando en su apariencia, aquéllos que más negativamente valoraban sus cuerpos más inseguros se sentían. No obstante, en el caso de los hombres que tenían un peso bajo se mostraban más satisfechos con su cuerpo que las mujeres que también tenían un peso bajo.
- Las mujeres tenían más internalizada la imagen corporal, la vergüenza corporal y el estado de vigilancia que los hombres.

Finalmente, Brennan et al. (2010) demostraron que las mujeres sentían un mayor impacto emocional y percepciones negativas por su cuerpo en más situaciones que los hombres. La mayor vergüenza corporal en mujeres se explica cuando la imagen corporal de estas se aleja de los estándares sociales de los que debe ser una imagen corporal. Es por ello, que la vergüenza es una de las variables de esta investigación. En este estudio, particularizaremos en las mujeres. Desde una perspectiva de una percepción positiva de la imagen corporal y como contraposición al estudio sobre las percepciones negativas referenciado por Brennan et al. (2010), Tylka (2013) concluyó que las personas con una imagen corporal positiva veían la belleza más allá de los estereotipos de los medios, considerando al cuerpo único y hermoso. Para Tylka (2013) el hecho de tener una imagen corporal positiva estaba más relacionado a la idiosincrasia que cada persona tenía con el cuerpo que a los cánones sociales que pudieran estar siendo impuestos. Avanzando en su

investigación, Tylka junto a Wood-Baecalow (2015), evidenciaron que si la persona tiene una imagen corporal positiva se podría decir que cuenta con una gran protección en muchos sentidos de su vida ya que la imagen corporal es multifacética y holística. El trabajo de Tylka y Wood-Baecalow (2015) concluyó que, a pesar de que ha existido un crecimiento en lo referente al interés sobre la imagen corporal positiva, pocos estudios han investigado cuáles son sus predictores. En este estudio añadimos varios de los factores que junto con la imagen genital femenina podría estar afectando al bienestar mental de las mujeres.

Siguiendo la sugerencia de Tylka, en 2021 Urvelyte y Perminas decidieron dar un paso más y centrarse en estudiar los factores predictivos tanto a nivel psicológico como sociales de la imagen corporal. En una muestra de 812 mujeres estudiantes de entre 18 y 35 años, sus resultados concluyeron que las participantes que tenían una mayor imagen corporal también obtenían una mayor puntuación en la aceptación general e incondicional, valoración y apreciación de las distintas funciones corporales y cuando recibían la aceptación de otros hacia su cuerpo. Sus hallazgos confirmaron que, para mejorar la imagen corporal de las mujeres, da más resultado ayudarlas a aceptar su cuerpo que, por ejemplo, presionarlas para que pierdan peso. Si además se les ayuda a que aprecien la funcionalidad de su cuerpo y a que reciban aceptación por parte de su entorno hacia su cuerpo, es muy probable que puedan disfrutar de una imagen corporal positiva y que sea mucho más predecible en términos generales esta mejora en su calidad de vida (Urvelyte & Perminas, 2021).

Veale et al. (2014) sugirieron que la percepción genital femenina podría tener un impacto relevante tanto en la experiencia sexual de la mujer como en su bienestar psicológico. A su vez, Séjourné et al. (2019), encontraron que la alta autoestima en las mujeres correlacionaba con una imagen corporal positiva. Coincidiendo con estos autores, Lin y Lin (2018), observaron que si la mujer tenía una imagen corporal negativa su autoestima era más baja tanto psicológica como sexualmente, mientras que, Alavi-Arjas et al. (2023) encontraron que cuánto más positiva era la autoimagen genital femenina mejor era su función sexual. Es decir, la percepción que una mujer pueda tener sobre su cuerpo, zona genital incluida, también afectará a su salud mental, sexual y autoestima (Magdala, 2019). Es más, se ha observado que una mayor apreciación del cuerpo correlaciona tanto con una mayor satisfacción sexual (Séjourné et al., 2019) como con la experiencia sexual de calidad (Hajaghaie & Haddadi). Y si hay una mayor satisfacción sexual, también mejorará la calidad de vida en general (además de la sexual) puesto que, tal y como

indica Bagherinia et al. (2024), el deseo sexual tiene un impacto en las relaciones sociales, personales y familiares e incluso en la calidad de vida. De hecho, si la mujer está insatisfecha con su percepción genital femenina podrá exponerse a prácticas sexuales de mayor riesgo además de experimentar menor autoestima y menor satisfacción sexual (Schick et al., 2010)

En una investigación donde el cuerpo es eje fundamental no se puede olvidar la variable "vergüenza". Aunque más adelante se profundizará en esta variable, en este apartado se alude a la "vergüenza corporal" la cual aparece si una persona tiene unos ideales corporales o físicos y se invaden, no se cumplen o sobrepasan. El estudio de Pujols et al. (2010) confirmó cómo la vergüenza corporal puede impactar en la satisfacción con la vida, en la relación y en la sexualidad femenina. En su estudio observaron el grado de autoestima que las mujeres tenían sobre las distintas partes de su cuerpo, impactaban en su grado de satisfacción sexual. De hecho, las mujeres del estudio de Kim y Ahn (2019) reflejaron mayor satisfacción sexual al tener tasas más altas de intimidad y una imagen corporal más positiva. Esto tiene sentido ya que la vergüenza corporal también puede reflejarse en momentos o situaciones donde no se tiene control o no es el momento adecuado se exponen zonas del cuerpo. Este tipo de vergüenza está vinculada con la intimidad, la forma, la sexualidad, el rostro y los cánones físicos e ideales. Por lo tanto, puede ser bastante amplio el rango de aspectos desde el que se puede experimentar. Por ejemplo, estudios como el He et al. (2020) estudiaron la satisfacción corporal y la orientación sexual en la mujer. Hicieron comparaciones entre mujeres lesbianas, bisexuales y de minorías sexuales. Este es otro aspecto interesante a tener en cuenta a la hora de estudiar la vergüenza. En estudios como el de Moradi y Huang (2008) se observó que la satisfacción corporal en la mujer puede verse afectada por el contexto y los factores socioculturales, incluyendo la orientación sexual y la identidad. Para comprender la vergüenza corporal, es interesante tener en cuenta no sólo sus características, también cómo se sitúa la mujer en esos modelos.

Una definición muy loable de la imagen corporal es la que aporta Necesalova et al. (2016) ya que se refieren a la misma teniendo en cuenta las emociones de la mujer (vergüenza y disforia incluidas), su cognición (atendiendo la evitación y el deseo de cambo también) y sus comportamientos (incluso lo que evita u oculta). Por consiguiente, esta manera de entender la imagen corporal incluye además de a la variable vergüenza, a un concepto dinámico y multifacético siendo el que determinará la respuesta física de la mujer.

Una característica que diferencia a la vergüenza corporal de la existencial, por ejemplo, es que quienes sufren vergüenza existencial consideran que han de avergonzarse de sí mismos a nivel

global como personas. A diferencia de esto, quienes sufren vergüenza corporal temen porque zonas íntimas y concretas de su cuerpo puedan ser vistas y no estén a la altura de sus ideales. Es algo más específico y localizado (Scheel et al., 2013).

Es interesante atender la mirada de la terapia RBET (Teoría de las experiencias corporales relacionales) la cual defiende que, según el tipo de apego de la mujer, ésta tendrá un tipo de autoimagen corporal u otra incluso a nivel sexual (Cherkasskaya & Rosario, 2019). En esta autoimagen o percepción corporal se contempla también cómo se percibe subjetivamente la mujer a nivel sexual, es decir, cómo gestiona su deseo y placer y en qué medida se considera sexual se incluirá la subjetividad sexual (Zimmer-Gembeck & French, 2016), su capacidad para observar a su cuerpo objetivamente siendo consciente de si cumple o no con los cánones sociales, y la percepción de sus genitales (a más satisfacción, más evaluación positiva). Tal y como observaron Fredrickson y Roberts (1997) en su "Teoría de la Autoconciencia del Objeto del Deseo" si la mujer no se siente ni con posibilidad de ser romántica ni sexualmente deseable, su imagen corporal podrá ser más negativa.

De estos estudios descritos, parece evidente que hay una relación entre factores como cuerpo, cognición, emociones y calidad de vida. La intención de esta investigación es aportar reflexión y valor a cómo influye esa percepción de la imagen corporal y, en concreto, de la zona genital. Observar si realmente esa influencia es sólo en el ámbito sexual o también en otros aspectos de la vida de la mujer ya que, como Tylka (2013) concebía la imagen corporal positiva, ésta era multifacética y holística.

Y, ¿está conectada la imagen corporal con la imagen genital femenina?

Quizás esa zona tan tabú, mal interpretada y desconocida como ha sido la vulva y la vagina pasen a tomar un lugar más relevante en la vida de las mujeres (Magdala, 2019). Y no sólo por sus funciones fisiológicas o reproductoras, también como una parte central en la vinculación con la salud mental de la mujer.

1.4.- Identidad Genital y Autoesquema Sexual

En el apartado anterior se ha podido comprobar que la imagen corporal femenina ha sido el eje de diversas investigaciones que nos han permitido trazar el punto de partida de esta tesis

enlazándola con la percepción genital femenina. Ahora nos centraremos en la identidad genital y en el autoesquema sexual.

El concepto de identidad genital fue introducido en 1986 por Waltner, quién la define como todos los sentimientos que se despiertan en las personas una vez que se ha tenido algún tipo de experiencia (sea en el acto sexual o no) o de interacción, directa o indirecta, con los genitales. Pero además incluía en la identidad genital, las actitudes que se tienen hacia los genitales, englobando el tipo de educación sexual recibida, así como las atribuciones hacia los genitales. Por ejemplo, englobaría también qué tipo de educación sexual se ha recibido o a qué tipo de información se ha tenido acceso, aunque también se incluirían las referencias hacia los genitales como, por ejemplo, si son bonitos o feos o cualquier otra atribución.

Bajo este prisma, la identidad genital es una característica central del yo (Waltner, 1986). En este sentido, la identidad genital no es sólo una idea o constructo teórico, sino que también requiere de concederle cierto protagonismo al propio cuerpo y, en especial, a la zona genital. Por consiguiente, si la imagen corporal y la identidad genital son características también del YO, dichas características afectarán también a la imagen del YO (autoconcepto, emociones secundarias, autoestima) siendo uno de los factores (o posibles mediadores) de su nivel de bienestar mental.

Al hablar de identidad genital no sólo se habla de cómo valoran sus genitales las mujeres, cómo los sienten y qué piensan sobre ellos, también hay que incluir la pregunta de ¿cómo se integran todas esas respuestas en la identidad corporal y de género? Esta pregunta es importante puesto que esta identidad puede cambiar en función del contexto, de su momento o etapa vital e incluso de la pareja y de la influencia que ésta tenga en ese momento, incluso los factores situacionales le pueden influir (McDougall, 2013) Incluso los factores situacionales pueden hacer que la mujer.

Fudge y Byers (2017) llevaron a cabo un estudio para comprender cómo vivían las mujeres sus distintas experiencias en relación con sus genitales encontrando que, al igual que Braun y Wilkinson (2001), existía ambivalencia en las opiniones sobre los genitales, es decir, de forma simultánea podían expresar tanto en positivo como en negativo. Parte de la motivación de Fudge y Byers (2017) por estudiar este campo, al igual que la de llevar a cabo esta investigación por mi parte, fue detectar que la mayoría de los autores habían estudiado cómo las mujeres experimentaban la genitalidad femenina en general, pero no de forma particular existiendo, por lo

tanto, un vacío en el que investigar. En su estudio encontraron que incluso si los comentarios de las mujeres hacia sus genitales eran más negativos que positivos, sus sentimientos podían ser ambivalentes (positivos hacia partes específicas y negativos hacia otras). Quizás esa ambivalencia podría estar influenciada por la influencia del entorno ya que, de las 20 mujeres participantes, muchas reflejaron preocupación por lo que otras personas, especialmente sus parejas, pudieran opinar que sus genitales eran "sucios o anormales" si los comparaban con los genitales de otras mujeres. En el estudio de Fahs (2014) también cualitativo y con 20 participantes, las mujeres mostraron ambivalencia al igual que reflejaron cómo las influencias de otras personas reforzaban esta ambivalencia ya que, incluso si tenían un sentimiento positivo, la influencia de su pareja era mayor que la suya propia. reflejándose en frases como: "Si se me olvida afeitarme la vagina, mi novio se enfada. Le corta el rollo, así que lo hago y entonces me siento despreocupada o al menos sé que no lo voy a disgustar". Una particularidad de este estudio es que Fahs (2014) observó que cuándo las mujeres han de hablar de sus genitales, lo hacen desde un punto de vista emocional y con cierta exageración, necesitan sentir control y pueden llegar a sentir ansiedad (Yüksekol et al., 2020). Como se puede observar, la identidad genital femenina engloba muchos aspectos relacionados directamente con la mujer, pero también con su entorno.

Avanzando en terminología, el autoesquema sexual fue un término introducido por Andersen y Cyranowsky (1994) para referirse a aquellas descripciones que las personas tienen de sí mismas en el ámbito sexual. Llegaron a la conclusión de que, desde un punto de vista cognitivo, todas aquellas experiencias vividas en el pasado o en el presente a nivel sexual son las que guían el comportamiento sexual. Según ellos, la elaboración cognitiva de estas experiencias influye en cómo se procesa la información que está relacionada con el ámbito sexual y que sea relevante socialmente hablando, según el momento y el contexto de la sexualidad.

Más tarde, los mismos autores en 1998, aportaron que el autoesquema sexual de la mujer es un regulador fundamental incluso en cómo procesa los aspectos sociales diariamente. Especialmente, desde nuestro interés para esta investigación, las relacionadas con el nivel de involucración en sus relaciones afectivas y/o de pareja, cómo reacciona ante situaciones sexuales y cuál es su experiencia a nivel emocional. De un modo más concreto, cabe especificar que las mujeres con una percepción genital más positiva tenían menos ansiedad y eso también se veía reflejado en que disfrutaban más de su vida afectiva romántica y sexual. Esta capacidad de disfrute

también repercutía positivamente en un mayor deseo y excitación (Cyranowsky & Andersen, 1998).

Según estos hallazgos, podríamos decir que el autoesquema sexual, aunque es completamente variable de una mujer a otra, juega un papel muy importante en la vida sexual de la mujer. En base a él se podría predecir algo más, no sólo la conducta sexual de la mujer, sino también sus actitudes y aquellas representaciones cognoscitivas vinculadas a la sexualidad. El autoesquema sexual es, por tanto, una generalización que se realiza sobre las características sexuales a nivel cognitivo en una persona (Kok Kendirlioglu et al., 2025). Por ejemplo, cuando el autoesquema sexual es positivo y en lo referente a las relaciones, la mujer experimentará mayor respuesta sexual, mayor frecuencia y experiencias más positivas, así como desarrollará apego seguro y amor apasionado. Mientras que, si el autoconcepto sexual es negativo, experimentará mayor vulnerabilidad ante el malestar sexual, dificultades sexuales y en general tendrá una vivencia más negativa de la sexualidad (Kilimnik et al., 2018).

En cuanto a la influencia del autoesquema sexual en la frecuencia y satisfacción de las relaciones sexuales, Middleton et al. (2008) observaron que los autoesquemas sexuales influyen tanto en la satisfacción como en la frecuencia sexual femenina a nivel fisiológico y subjetivo. Es decir, al tener mejor autoesquema sexual, las mujeres mostraban mejor afecto positivo y excitación sexual. Por el contrario, a peor autoesquema sexual menos parejas informaron haber tenido y menos satisfactorias resultaron dichas experiencias. Estudios en los que se ha estudiado el autoesquema sexual femenino en mujeres con dispareunia (Pazmany et al., 2013), en posmenopáusicas (Heidari et al., 2017) y en aquellas que han vivido un trauma sexual (Kilimnik et al., 2018; Reissing et al., 2003) afirman que tras haber vivido un abuso sexual el autoesquema sexual es más negativo así como que las mujeres con cogniciones negativas de su autoesquema sexual mostraban mayor estrés, malestar sexual y dolor vaginal (Neve-Enthoven et al., 2022).

Mueller et al. (2016) demostraron que, tanto para la satisfacción sexual individual como para la percepción de la satisfacción sexual en la pareja, los autoesquemas sexuales podrían impactar incluso en la percepción de satisfacción en la pareja, además de en la satisfacción sexual individual. Lo cual refleja la importancia del autoesquema sexual además de a nivel personal, a nivel relacional. Un ejemplo de ello es que quienes tenían autoesquemas sexuales positivos reflejaron mayor seguridad al considerar que sus parejas estaban sexualmente más satisfechas. Para ello, Mueller et al. (2016) investigaron un total de 117 parejas de larga duración y con un nivel de compromiso elevado. Aunque a priori los participantes, tanto hombres como mujeres, no

relacionaron el autoesquema sexual propio con la satisfacción sexual de su pareja, los autores encontraron que un adecuado nivel del autoesquema sexual propio influye en la satisfacción sexual a nivel individual y con la pareja.

Existen estudios que han mostrado cómo los cambios corporales tras intervenciones como la mastectomía podrían impactar significativamente en la identidad corporal y sexual de la mujer, impactando en el deseo, la satisfacción sexual, la excitación y la autoestima (Panjari et al., 2011; Fobair et al., 2006). En un estudio llevado a cabo por Yüksekol et al. (2020) en mujeres con mastectomía, se observó cómo las cómo las cicatrices, disminución del cabello y otros cambios en sus cuerpos tuvieron un impacto negativo en su identidad sexual.

Con estos resultados se manifiesta la relación entre vivencia sexual e imagen corporal al igual que el papel psicológico ante la adaptación a los cambios físicos., se observó cómo las cómo las cicatrices, disminución del cabello otros cambios en sus cuerpos tuvieron un impacto negativo en su identidad sexual. A esto se le sumaba que, si las mujeres tenían parejas comprensivas y que les apoyaban a la hora de disipar el impacto del cambio corporal, no sólo tenían mejor recuperación, además tenían mejor autoesquema sexual. Por el contrario, la mujer se sentía más insatisfecha y retraída si sus parejas eran distantes. Estos resultados acercan a la necesidad de que los tratamientos terapéuticos en general, más allá de la mastectomía, fomenten una comunicación de calidad y confianza en la pareja y que las intervenciones sanitarias o educativas involucren a la pareja dándole incluso pautas y recomendaciones.

En la misma línea, Clifton et al. (2015) afirmaron que el autoesquema sexual en las mujeres afecta y modera la relación existente entre los genitales y las respuestas subjetivas que generan. Aunque en esta investigación por genitalidad se entiende vulva y vagina, citaremos brevemente el estudio de Sukartini & Permata Sari (2021) ya que refleja el impacto que puede tener un cambio físico en la identidad de la mujer y en su autoesquema sexual. Encontraron que, para las participantes de su estudio, la pérdida de un pecho por la mastectomía rompió profundamente su identidad puesto que era sinónimo de menor valía personal, menor atractivo y una gran pérdida de su feminidad. Esto podría poner de manifiesto la vinculación entre respuestas subjetivas ante la identidad femenina, sexual y corporal.

La evaluación del autoesquema genital sexual femenino por Martínez-Gómez et al. (2010) en una muestra de mujeres mexicanas reflejó datos sobre cómo se describían subjetivamente a sí

mismas a nivel sexual, en la involucración con sus parejas y en sus patrones sexuales. Esta evaluación la realizaron a través de la medición del:

-Erotismo como aspecto sexual o cualquier cognición que pudiera fomentar la capacidad de activar el deseo y el placer sexual.

-Romanticismo como la cognición relacionada con el afecto y la sensibilidad incluyendo el aspecto emocional o afectivo vinculado con la sexualidad.

-La apertura sexual como las cogniciones vinculadas con la seguridad, el asertividad, la apertura, la confianza que uno siente con su competencia a nivel sexual.

-Y, por último, a través de la medición de la afectividad negativa en la que se incluyó el aspecto emocional y conductual de las cogniciones relacionadas con la ansiedad, tensión y culpa vinculados a la sexualidad (pudiéndose generar conductas negativas sexualmente hablando o de inhibición).

Los autores observaron que el romanticismo, el erotismo y la apertura sexual se relacionaban entre sí de una forma significativa, pero, a su vez, lo hacían a la inversa con la afectividad negativa. No debemos olvidarnos de la variedad sexual, para ello, Macedo et al. (2023) llevaron a cabo una revisión sistemática en la cual compararon la satisfacción sexual entre mujeres cisgénero heterosexuales y lesbianas. Concluyeron que las mujeres lesbianas tenían en sus relaciones sexuales los orgasmos con más frecuencia que las heterosexuales.

Estas investigaciones citadas refuerzan la propuesta de Brito-Rhor et al. (2020) sobre la importancia de tener en cuenta al definir la sexualidad el autoesquema sexual que tiene la persona de sí misma. Estas autoras consideraban que el autoesquema sexual femenino aporta la fortaleza para entender no sólo el comportamiento sexual, también el rechazo o la atracción que genera la información que recibe la mujer sobre su sexualidad. Para ello llevaron a cabo un estudio en el que participaron 414 mujeres ecuatorianas. Sus datos concluyeron que las participantes se identificaron más con el factor romántico de la sexualidad definiéndose con los adjetivos de cariñosa, cálida, romántica, amorosa o tierna siendo menor la identificación con los adjetivos del factor erótico y de afectividad negativa lo cuáles eran cerrada, cohibida, ardiente, reprimida y erótica.

Parece quedar claro que, al igual que con la imagen corporal, en la identidad genital aparecen factores cognitivos, emocionales y actitudinales que median entre el bienestar psicológico de la mujer y su percepción de la imagen genital. Sin embargo, y aunque algo se ha

avanzado, sigue siendo insuficientes los estudios sobre cómo impactan las actitudes de las mujeres hacia sus genitales femeninos a su sistema de creencias, emocional hacia sí mismas y a su bienestar mental (Fhas, 2014). También sería interesante seguir estudiando en cómo puede afectar un cambio en la imagen corporal en el autoesquema sexual. Por ejemplo, en los hallazgos de Alsababha et al. (2026) la mastectomía fue el detonante de un cambio en el autoesquema sexual de las mujeres participantes desorganizándose el autoesquema sexual previo una vez que las mujeres perdieron el pecho. Tras la mastectomía, las participantes llegaron a sentir menos deseo sexual, mayor vergüenza y mayor sentimiento de no ser suficientes. Incluso algunas mujeres, sin ganas de mantener relaciones sexuales las mantenían por temor al divorcio (Ghabra, 2015), por satisfacer al cónyuge (Alsababha et al., 2026) pudiendo llegar a tener lesiones graves consecuencia de que el sexo carente de deseo puede generar sequedad, infección, lesión vaginal y malestar psicológico incluidas la depresión y la ansiedad (Gallagher et al., 2010; Nair et al., 2018), En el estudio de Neve-Enthoven et al. (2022) observaron que las mujeres participantes en su estudio que puntuaron como las más activas sexualmente y que tenían mayor iniciativa sexual no sólo tenían más deseo sexual, también tenían menos problemas de lubricación y menos malestar sexual. Sin embargo, aquellas mujeres que tenían puntuaciones más bajas y asociaciones sexuales más negativas sufrían mayor malestar sexual. En este mismo estudio, las mujeres con disfunciones sexuales pero que habían estado activas sexualmente en sus últimas cuatro semanas y tenían una relación estable reflejaron un autoesquema sexual más positivo, mayor iniciativa sexual y mostraron una alta valoración hacia la lealtad en la pareja. Una vez más se confirma que aquellas que tenían dificultad reflejaron un autoesquema sexual más negativo y la identidad genital también era más negativa (datos coincidentes con el estudio de Mueller et al., 2016). Sin embargo, aunque las participantes con disfunciones se consideraban menos activas sexualmente y menos interesadas en las relaciones sexuales que las participantes sanas y, aunque tenían emociones y cogniciones relacionadas con la sexualidad, las puntuaciones eran las mismas en lo que se refiere a la valoración de la lealtad y el romance.

Se debe recordar que cuándo existen prácticas sexuales no deseadas en las propias parejas se ejercen formas de falta de cuidado, dominio y violencia machista. Sin embargo, también conviene reflexionar ¿qué tipo de violencia está ejerciendo la mujer consigo mismo cuándo se presta a ello y no pone límites? Todo esto puede ser debido a que, en gran medida, su autoesquema sexual previo se vinculaba a la apariencia corporal, a la capacidad de satisfacer sexualmente a la pareja y al rol conyugal pero quizás tras una operación de mastectomía o tras un momento concreto

en la vida de cualquier mujer con un autoesquema sexual que ya no le es funcional, la oportunidad sea adaptar el autoesquema sexual femenino y su identidad genital a su presente y, cuánto antes, tomar las riendas de sí misma y de su sexualidad sin caer en complacencias o dependencias que le impidan su autonomía como mujer sea por el motivo que sea.

Aunque en la mastectomía el pecho sea protagonista y en esta investigación prevalezcan los genitales entendidos como la vulva y la vagina, la experiencia de ocultamiento corporal y vergüenza también ha sido descrita en diversos estudios similares sobre la percepción genital femenina. Esto indica que la carga emocional en la mujer de su identidad genital y su autoesquema sexual son claves para que su genitalidad sea una fuente de desconexión sexual, rechazo, evitación y, por lo tanto, peor salud mental y emocional o exactamente todo lo contrario.

Como hemos podido observar en este apartado, los resultados de diversos estudios reflejan cómo la identidad genital y el autoesquema sexual femenino incluso si se han construido de una forma estable y rígida pueden ser influenciados por el entorno ya sea por la búsqueda de la validación externa o por otros factores. En general, las mujeres participantes de los estudios nombrados parecían asociar la valía sexual, su identidad corporal y feminidad entrelazadas con atributos físicos concretos (genitales) y su percepción de ellos. Estos resultados comienzan a vislumbrar la lógica de la aparición de variables como el malestar psicológico, la vergüenza, la fusión cognitiva, la disposición al mindfulness y la regulación emocional. Variables de las cuáles se irá comentando más adelante.

1.5.- **Autoimagen y Percepción Genital Femenina**

En el apartado anterior hemos analizado ampliamente el autoesquema sexual, sin embargo, en este apartado el análisis versará sobre la autoimagen y la percepción genital femenina. Antes de ello, cabe aclarar que el autoconcepto, aunque a veces se puede confundir con el autoesquema sexual no es sinónimo, Esto es debido a que el autoesquema sexual incluso si tiene puntos en común con el autoconcepto genital pues se incluyen pensamientos, sentimientos y creencias, implica una elaboración más profunda a nivel cognitivo, de la memoria y de la conducta sexual (por ejemplo, evitar mostrar la vulva, etc.) (Andersen & Cyranowski, 1994; Magdala, 2019; Wiederman, 2000).

Sin embargo, el autoconcepto genital se aproxima al término autoimagen genital y percepción genital, puesto que es un modo de evaluar, describir y valorar sus genitales. De tal

manera que estos constructos definen cómo la mujer los experimenta desde un modo más descriptivo y evaluativo en comparación con la profundidad y elaboración cognitiva que el autoesquema sexual (Bramwell & Morland, 2009; Herbenick et al., 2011).

Durante la revisión bibliográfica realizada para esta investigación se ha podido comprobar que se utilizan con mayor asiduidad los términos autoconcepto, percepción genital femenina y autoimagen genital que autoesquema sexual. En este estudio, se opta por utilizar el término autoconcepto genital ya que está más representado en la literatura y es más adecuado a las medidas aplicadas. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que este término es un aplicado en un sentido ampliado que va más allá de la evaluación, descripción y valoración. Esto es debido a que incluye, además de su atribución tradicional, los pensamientos, emociones y significados atribuidos a los mismos. Es decir, el autoconcepto genital en los resultados de este estudio y desde el punto de vista del antropomorfismo genital, reflejará un procesamiento profundo en el cuál la organización cognitivo-emocional de la experiencia sexual, existencial y corporal femenina permitirá comprender su influencia en la conducta, el malestar psicológico y la vivencia sexual. De igual manera, el autoconcepto genital se podría entender como un término puente entre la evaluación corporal y existencial con los esquemas cognitivos-emocionales vinculados con la identidad y sexualidad.

Berman et al. (2003) fue quien definió por primera vez la percepción genital femenina como las autoimágenes que tenían las mujeres sobre los genitales (incluyendo los comportamientos, sentimientos, sensaciones y valoración tanto de su apariencia como de su funcionalidad). Consideraban que el hecho de definir los conceptos ayuda a visibilizarlos y defiende que, incluso siendo la percepción genital femenina un componente de la función sexual que merece tanta atención como otros muchos más estudiados, apenas existía representación en la literatura, aunque en los últimos años, al tener implicaciones en el bienestar femenino, sí ha recibido más atención en la investigación psicológica (Alavi-Arjas et al., 2023). Por ejemplo, Fudge y Byers (2017) sugirieron que esta percepción no sólo incluye sentimientos subjetivos, también los pensamientos o evaluaciones cognitivas que tienen acerca de los mismos evidenciando la ambivalencia y complejidad sobre la que las mujeres construyen el significado de los mismos.

La vagina ha sido representada a lo largo de la historia de muchas maneras, Braun y Wilkinson (2001) quisieron estudiarla desde una mirada antropológica afirmando que el significado del cuerpo para la mujer estaba condicionado por el entorno sociocultural (tanto por el

contexto como por el momento vital/temporal) en el que la mujer se desarrollara. Para ellos, hombres y mujeres podrían resignificar tanto la vagina en sí como cualquier tipo de experiencia vinculada con ella conllevando a un mejor entendimiento propio de la misma. Identificaron siete representaciones de la vagina que perpetuaba en la mujer una mirada negativa hacia la misma: La vagina como inferior al pene, como ausencia del pene, como receptáculo (pasivo) para el pene, sexualmente inadecuada, repugnante, vulnerable - abusada y peligrosa. Pero para ellos, la vagina era un símbolo de feminidad y de poder, así como una parte del cuerpo femenino que fortalece y constituye una identidad. Su trabajo pretendía poner en valor el papel fundamental de la vagina en la actividad sexual y su capacidad para el placer. Para ellos, estas representaciones tenían un significado más profundo con implicaciones en la salud y en el bienestar sexual y reproductivo de las mujeres (Braun & Wilkinson, 2001). Este enfoque coincide con uno de los hallazgos de Berman et al. (2003) en el que se observaba que cuando una mujer no se siente avergonzada con sus genitales y se siente segura ante ellos, tiene una mayor probabilidad tanto de desear como de buscar la actividad sexual.

En contrapartida, la imagen corporal sí ha recibido atención vinculándola incluso como predictores de la salud sexual en la mujer. y Morland (2009) fueron de los primeros autores en investigar la repercusión de la percepción genital femenina en la salud mental de la mujer. Observaron una necesidad clínica en las mujeres que se Bramwell y Morland (2009) planteaban la cirugía de reducción de labios genitales. Para el desarrollo de la escala de Satisfacción con la Apariencia Genital (GAS) estudiaron, en una muestra de mujeres con cirugía de reducción labial, cómo se sienten con la apariencia de sus genitales externos, por qué se sienten así o qué tipo de relación podría existir entre la percepción genital femenina y los aspectos afectivos y/o emocionales. Observaron que la insatisfacción de estas mujeres podía estar relacionada con aspectos psicosociales como la autoestima y, en ese caso, la cirugía no erradicaría esas insatisfacciones con su percepción genital. De acuerdo con los autores, las expectativas de éstas eran poco realistas y estaban basadas en percepciones creadas a largo plazo con una alta carga cultural. Dado que la autoimagen genital incluye las creencias, actitudes y sentimientos de la mujer hacia sus genitales (Schick et al., 2010) se podría investigar cómo influyen las mismas en la percepción genital femenina.

En esta línea, Koning et al. (2009) encontraron que una de las grandes influencias en la toma de decisiones con respecto a la cirugía estética en las mujeres son los medios de comunicación y que éstos condicionan en gran medida sus actitudes hacia la apariencia, la salud

y la sexualidad. Aunque tampoco se puede olvidar la cultura que rodea, por ejemplo, existen culturas como la nuestra en la que las cirugías genitales pueden tener la intención de mejorar la funcionalidad o la estética pensando que así se tendrá una repercusión positiva en la autoestima o en la percepción genital femenina (Liao et al., 2010; Koning et al., 2009).

Por su parte, Liao et al. (2010) en función de los sentimientos y las expectativas que experimentaban las mujeres hacia sus genitales así vivirían la experiencia de incomodidad-comodidad. A las mujeres les influyen los sentimientos y las expectativas hacia los genitales y esto condicionaba la experiencia de incomodidad con los mismos especialmente con los labios genitales internos. De las 394 mujeres de su estudio un 43% consideraban importante o muy importante la apariencia de su labio interior. Para el 71% su apariencia era normal, pero a un 38% les preocupaba de forma regular cómo eran los labios internos de otras mujeres, de las cuales a un 7% les importaba frecuentemente. Un 14% había recibido mensajes tanto positivos como negativos de la apariencia de sus labios internos sea por su pareja o por otra mujer. Y casi todas las participantes (95%), en los 2,2 últimos años, habían recibido información (en un 78% fue recibida a través de los medios) de la posibilidad de la reducción de los labios interiores. Sin embargo, las dificultades físicas sexuales era uno de los motivos principales para realizarse la cirugía genital. Como, por ejemplo, las cirugías incluyen: himenoplastia, labioplastia, amplificación del punto G y rejuvenecimiento vaginal (Liao et al., 2012).

Según la American Society of Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS), en Estados Unidos se realizaron más de 10 millones de procedimientos cosméticos quirúrgicos y no quirúrgicos siendo la labioplastia uno de los de mayor crecimiento (ASAPS, 2014). El crecimiento de estos procedimientos ha continuado con un 53% en los últimos cinco años como informaba en 2018 la Asociación Estadounidense de Cirujanos Estéticos. Puede que este crecimiento sea porque cuando la mujer pretende tener un aspecto “normal” en la apariencia de sus genitales busca información sobre la labioplastia (Sharp et al., 2016).

En ocasiones la cantidad y la calidad de la información de los sitios web sobre la cirugía estética genital femenina es escasa e incluso errónea y esto hace que sea de gran importancia que las directrices y detalles de la información que reciban las mujeres sobre cualquier cirugía genital femenina sean claras y detalladas (Liao et al., 2012). Las imágenes de los medios pueden influir en las preocupaciones sobre la percepción genital femenina y afectar a la salud sexual de las mujeres. De este modo se podría favorecer la aparición en comparaciones sociales y pueden inducir

a la necesidad de realizarse modificaciones corporales (Schick et al., 2010; Sharp & Tiggerman, 2016; Koning et al., 2009). También podría crearse un falso sentido de necesidad de intervención quirúrgica a través de la publicidad de procedimientos cosméticos como la labioplastia y el rejuvenecimiento vaginal, o de la propia publicación de imágenes de genitales externos cuando los propios ginecólogos anuncien sus servicios, ya sea por internet, papel impreso o cualquier otro medio. Si esto sucediese, no podría considerarse ético pues sería engañoso (Shaw et al., 2016). De forma inconsciente, los profesionales de la salud podrían haber reforzado la percepción de las mujeres de que sus labios eran "anormales" (Bramwell & Morland, 2009). Existe un silencio generalizado que envuelve todo lo que se refiere a las preocupaciones con la zona genital y en concreto con los labios, así que es probable que las mujeres busquen esta información desde casa para ocultar el hecho de hacerlo.

Si las mujeres toman decisiones quirúrgicas mediatizadas sobre sus genitales y dado que la percepción genital femenina está influenciada por factores sociales, personales y culturales, no podemos olvidar la toma de decisiones de las adolescentes. Su insatisfacción y la decisión de realizarse la operación podría estar mediatizada por la idealización de los genitales a través de imágenes poco realistas y la pornografía (Veale et al., 2014). Sharp et al. (2016) encontraron que a mayor exposición a los medios como TV, internet y publicidad (el porno era el de mayor influencia), más consideraban la labioplastia las mujeres de su estudio. Según Shaw et al. (2013) en niñas menores de 16 años, los procedimientos han de posponerse para que la decisión final se realice una vez que la vulva esté desarrollada y los genitales hayan desarrollado sus primeros cambios fisiológicos y de desarrollo.

Herbenick et al. (2018) observaron en su investigación que la percepción genital femenina también incluía las actitudes y creencias de la mujer hacia sus genitales. De hecho, cuando las mujeres tenían una percepción genital femenina más negativa sufrían mayor angustia y depresión sexual. Sin embargo, si su percepción genital femenina era positiva, su deseo era mayor. Estos datos coinciden con los de Middleton et al. (2008) en los cuáles se afirmaba que al existir una percepción genital femenina positiva la mujer sentía mayor satisfacción sexual o con los datos de Berman et al. (2003) en los que la percepción genital femenina positiva correlaciona negativamente con el malestar sexual y la depresión. En el estudio de Handelzalts et al. (2017) podemos observar la importancia de la imagen genital ya que se observó que la baja autoimagen genital, más allá del tipo de trastorno que tuvieran o de otras variables sociodemográficas, fue la variable que les influía incluso si tenían problemas de suelo pélvico. La percepción genital

femenina también se ha asociado con el malestar sexual en mujeres premenopáusicas con dispareunia (Pazmany et al., 2013), así como con la gravedad de la depresión y la ansiedad en mujeres embarazadas (Keramat et al., 2021). En el período del embarazo la mujer sufre muchas alteraciones emocionales y psicológicas, Keramat et al. (2021) hallaron una correlación positiva y significativa entre malestar emocional y malestar sexual. Otro estudio que confirmaba que la imagen corporal estaba relacionada con la depresión y la ansiedad fue el de Simbar et al. (2020). Estudiaron en mujeres premenopáusicas y postmenopáusicas que en muchos casos la menopausia modificaba la imagen corporal y esto podía generar más rechazo hacia su cuerpo conllevando una tasa mayor de ansiedad y depresión en estas mujeres.

Madewell (2000) amplió la definición de percepción genital femenina como el resultado de la autoevaluación que hace la mujer de sus propias características físicas incluyendo todas las creencias relacionadas a nivel sexual. Estas creencias englobarían: Cómo percibe la mujer su apariencia genital, qué nivel de satisfacción tiene con sus genitales, qué grado de funcionalidad considera que éstos tienen y qué sensaciones le despiertan incluso a nivel olfativo. Entre sus conclusiones halló que para la percepción genital femenina es importante que la mujer tenga una imagen corporal positiva, autoestima y que esté satisfecha con las distintas partes de su cuerpo. La autora consideraba que conociendo la percepción genital femenina se podría aumentar la satisfacción genital femenina y así disminuir la tasa de angustia sexual en la mujer y los problemas en sus relaciones que afirmaban padecer las mujeres de su estudio.-Analizando la insatisfacción genital, Benabe et al. (2021) observaron en su estudio que un 21,9% las mujeres participantes percibían que el tamaño de sus genitales no era adecuado ni satisfactorio y un 21,3% contemplaban retocarse estéticamente para que su percepción genital femenina pudiera mejorar y sentirse mejor con su apariencia. Sus resultados afirmaban que, si la percepción genital femenina era más positiva, su malestar sexual era menor.

Como puede verse, la percepción genital femenina parece estar vinculada a los mecanismos psicológicos que puede dar lugar a problemas internalizantes de las mujeres. Entre ellos, la autoestima, el autoconcepto, las creencias erróneas o los prejuicios son antecedentes bien conocidos de este tipo de síntomas. Es por ello que por ejemplo Shaw et al. (2013) considera relevante la educación y el asesoramiento sexual de calidad. Mientras que Bektaş y Öcalan (2023) observaron como la imagen corporal, la edad y la autoestima pudieron predecir la imagen que la mujer tenía de sus propios genitales. En una gran muestra hallaron que, a mayor edad, mayor

autoimagen genital en las mujeres lo cual podría deberse a que la mujer la autoimagen genital se ve influida por aspectos psicológicos y clínicos más allá de lo físico (Hustad et al., 2022). En esa misma dirección, Tiggerman y Lynch (2001) investigaron dentro del ámbito de la "Teoría de la Cosificación" cómo con la edad disminuían tanto la ansiedad por la apariencia como la auto-objetificación como la vigilancia corporal. Esto implicaba una disminución de la vergüenza y un trato más amable de la mujer con su cuerpo. El bienestar emocional puede ser más fácil con la edad según "La Teoría de la Selectividad Socioemocional de Carstensen et al. (1999)" ya que con los años los objetivos y la motivación cambian pues las personas priorizan objetivos emocionales significativos. Pero también pueden mejorar las estrategias de regulación emocional con la edad como se observó en el estudio de Orgeta (2009).

Incluir recursos o programas de educación sexual y permitir que las mujeres tengan acceso a observar la diversidad genital podría disminuir la presión que sufren y acercarlas a una visión más saludable, realista y positiva. De este modo, podrían sentir menos vergüenza, sentirse más seguras y cómodas y con menos preocupación (Fernando & Sharp, 2020; Gonin-Spahni et al., 2025; Marvi et al., 2018; Vosoughi et al., 2021; Fudge & Byers, 2017; Murray & Milhausen, 2012).

Con el objetivo de entender las expectativas, experiencias y las razones que podrían llevar a una mujer a realizarse una cirugía de sus labios genitales, Bramwell y Morland (2009) realizaron un estudio cualitativo. De las entrevistas, emergieron tres temas recurrentes: La normalidad versus el defecto: Todas las mujeres manifestaron esta dualidad al considerar que su apariencia genital anterior a la cirugía era "rara, extraña, anormal". Varias mujeres dieron a entender que eran conscientes de que en la genitalidad femenina existía variación y variedad de modo natural. Sin embargo, esta comparación llamando "anormal" a esa zona, implicaba que existía una apariencia genital que sí era la "normal". Las mujeres pretendían resolver un defecto específico que percibían ante una asimetría o cuando consideraban que los labios vaginales eran "demasiado grandes". Incluyeron las expectativas que tenían sobre la cirugía. Las mujeres con vida sexual activa llegaron incluso a sentir ansiedad antes de la cirugía cuando sus parejas podían ver o tocar sus genitales ya que sentían aversión hacia sus propios genitales. Esto las llevó a inhibir relaciones sexuales o a sentir ansiedad ante una nueva posible relación. El modo de acceder a la cirugía y en que habían escuchado sobre esta cirugía fue diverso. Desde artículos en revistas hasta relacionados directamente con el personal sanitario. Los autores hallaron que las percepciones de las mujeres sobre sus genitales (como si tuvieran una apariencia anormal) y el impacto que su aspecto tenían

en sus vidas sexuales fueron importantes antes de tomar la decisión de realizarse la cirugía de reducción labial. Las mujeres hicieron referencia al deseo de ocultar sus genitales antes de la operación y al sentimiento de la falta de confianza. Tenían la expectativa de que una mayor confianza las ayudaría a disfrutar de una vida sexual más plena.

Lordelo et al. (2017) encontraron que las mujeres de su estudio con una percepción genital femenina negativa, experimentaban menos deseo sexual y menor satisfacción en sus relaciones pudiéndose llegar a convertir en un problema a la hora de tener relaciones sexuales. En el estudio de Herbenick et al. (2018) también demostraron que la percepción genital femenina tiene implicaciones en la satisfacción sexual siendo la percepción genital femenina también clave en los comportamientos sexuales femeninos y en la toma de decisiones en ese contexto (Brown et al., 2019).

Pero, además, las mujeres con una percepción genital femenina negativa, tienen menos implicación en las relaciones sexuales y menos seguridad en ellas mismas en el área sexual. Por lo tanto, tanto su vida sexual como emocional se verán afectadas (Laan et al., 2017). Otros estudios, como el de Mellor et al. (2010) demuestran que una autoestima alta se correlaciona positivamente con la percepción genital femenina positiva dando lugar a una mayor satisfacción sexual en la mujer. Por el contrario, aquellas que tenían una imagen genital negativa no se sentían tan cómodas en situaciones sexuales. Esto mermaba no sólo la percepción que tenían de sí mismas a nivel sexual, también lo hacía con su autoestima (Gillen & Markey, 2019).

Schmidt et al. (2021) que concluyeron que la falta de conformidad genital o corporal puede impactar a la hora de reducir la frecuencia con la que las mujeres mantienen relaciones sexuales y al experimentar un menor deseo. Por el contrario, si tienen una percepción genital femenina positiva y una alta autoestima se sienten más confiadas sexualmente hablando y tienen relaciones sexuales más satisfactorias.

Alavi-Arjas et al. (2023) en su investigación con 321 pacientes mujeres de entre 18 y 56 años que se interesaron sobre disfunciones sexuales en clínicas de ginecología. Observaron que las mujeres tenían menos autoestima y estaban más insatisfechas sexualmente si la patología sexual era mayor. Para estos autores era importante que las mujeres tengan educación sexual de calidad ya que, junto con el tratamiento oportuno en función de la patología y con el objetivo de aumentar su autoestima, ellas podrán disfrutar más de su sexualidad de forma plena y satisfactoria (Lordelo et al., 2017; Berman et al., 2003; Schick et al., 2010; Herbenick et al., 2011).

Sasanfar et al. (2024) observaron que no existe diferencia en la autoimagen genital ni en la función sexual tras el tratamiento de cirugía cosmética. Defendían la importancia de que haya buen asesoramiento antes de las intervenciones y al recomendarlas, analizar cuáles son los factores que verdaderamente influyen en la percepción genital femenina y en su sexualidad. Para ellas, la ética de las intervenciones era cuestionable y se deberían reducir todas las que no fuesen necesarias, tener en cuenta cuáles son las expectativas de las mujeres y evaluar todos los aspectos físicos. Pero también atender los factores psicológicos y de pareja que puedan afectar e informar a las mujeres de la diversidad de vulvas que existen. De este modo, ellas podrán aceptar la diferencia de su apariencia genital como algo normal ya que no hay mucha consciencia sobre las distintas formas de los genitales femeninos ni de su naturalidad.

Pero, en definitiva, lo que estos antecedentes sobre la percepción genital femenina vienen a concluir es que el problema no reside en las características físicas de la genitalidad, sino que esta percepción conlleva unos mecanismos psicológicos añadidos que afectan al bienestar psicológico de las mujeres (Magdala, 2019). Hasta nuestro conocimiento, esta es la primera vez que se incluye la percepción genital femenina como un factor predictor de la salud mental en mujeres.

1.6.- **Vergüenza y Percepción Genital Femenina**

El origen de la palabra “vergüenza” es “ocultar” o “encubrir” ya que es la traducción de la raíz indoeuropea kam/kem. Existen estudios antropológicos y culturales que han propiciado el debate de si es un fenómeno cultural consecuencia del desarrollo de la propia historia (Elias, 1978).

La vergüenza es una emoción compleja y de las más difíciles de regular (Elison et al., 2014) ya que en ella predominan los sentimientos de indignidad e incompetencia al ser una emoción moral autoconsciente (Tangney et al., 2007). Es una experiencia pública que suele aparecer tras haber experimentado alguna transgresión (la cual es visible para los otros) o tras haber vivido algún acontecimiento social que es el detonante de una caída en el prestigio de la persona y en los sentimientos personales que experimenta desde ese momento, los cuáles si se perpetúan, se pueden asociar con dificultades en la interacción social, baja autoestima y trastornos del estado de ánimo (Gilbert, 2003). La autoimagen está dañada (Kim et al., 2011), la persona que experimenta la vergüenza cree que es el eje central del conflicto y siente rechazo. Se siente expuesto negativamente en relación con el otro (Lewis, 1971). El mecanismo que despierta la vergüenza es considerar que la persona no está en el “estándar” esperado por los demás, se considera que está

por debajo y que además cree es una cuestión pública y no privada como la culpa, como señala el psicoanálisis es un balance negativo entre el yo real con el ideal (Mestre et al., 2016).

Debido a que la persona cuestiona tanto su dignidad como su capacidad personal y se siente el epicentro, teme que otras personas le puedan juzgar o que detecten eso que intenta que no descubran. Porque si la descubrieran o fuese evaluada socialmente se sentiría no válida, inferior y defectuosa ya que es una emoción autoconsciente que genera rechazo (Lewis, 1992). Como contrapunto, Barret (1998) considera que, debido a la vergüenza y al rechazo que genera en sí misma, quienes la padecen pueden sentirse motivados a aprender las normas sociales y respetarlas con el fin de evitar sentir más vergüenza. De este modo, la vergüenza podría tener una función adaptativa muy relevante e incluso fomentaría el sentimiento de inclusión y de respeto a uno mismo (Hilgers, 2006).

La vergüenza se puede manifestar a través de distintos aspectos de uno mismo de forma global en lugar de forma unidimensional pudiéndose incluir los comportamientos incluso corporales (Andrews et al., 2002).

Lewis (1971) relacionaba la vergüenza con perder la identidad propia para beneficiar a la otra persona. En ese momento uno desea desaparecer o esconderse. Si la persona supone que los otros tendrán una respuesta negativa y la anticipa se podría hablar de vergüenza externa (Gilbert, 1998). Leon Wurmser (1981) en su libro “La máscara de la vergüenza” afirmaba que no es posible ocultar la vergüenza ya que el “yo interior” propio está expuesto a la otra persona. Incluso a nivel corporal esta vergüenza no sólo se manifiesta, sino que es revelada. La vergüenza puede expresarse por múltiples motivos. Uno de los ejemplos que este mismo autor exponía era que cuando una persona desea ser amada y, por el contrario, es rechazada, aparece la vergüenza. La vergüenza es un fenómeno universal vinculado a la vida, a la sexualidad y a los genitales: Hay mujeres que sienten vergüenza respecto a la apariencia de sus genitales un menor deseo y satisfacción sexual (Schick et al., 2010).

Karcher et al. (2025) estudiaron en 1373 participantes (128 lesbianas/bisexuales y 145 mujeres heterosexuales) la propensión a la vergüenza y la satisfacción sexual y la propensión a la vergüenza. En sus hallazgos encontraron que, a mayor sentido de la identidad, mayor satisfacción sexual lo cual afirma que cuando se está segura de quién se es hay menos vergüenza teniendo esto una consecuencia en el aspecto sexual de la mujer. Además de que las mujeres que experimentan vergüenza en su cuerpo a nivel global incluyendo sus genitales, tendrían mayor disposición a

evitar las relaciones sexuales e incluso experimentar menos placer durante la relación sexual. En coincidencia con estos hallazgos DeMaria y Berenson (2013) observaron en su estudio que si la mujer tenía una percepción genital negativa tendría más tendencia a sentir menos confianza tanto en la intimidad y a evitar las relaciones sexuales.

En lo que se refiere a la salud mental y enlazando algunas variables de esta tesis, es muy importante que la vergüenza existencial esté regulada ya que, como se observa en el estudio de Lasota & Kearney (2017), cuando se pierde la conexión con uno mismo y con el entorno existe más ansiedad y depresión. En el estudio de Kim et al. (2011) se concluyó que la vergüenza predecía en conflictos medios-altos la depresión, más incluso que la culpa. Y es que este tipo de vergüenza se relaciona con funciones sociales en las que la persona se puede retirar según el contexto y cómo procesa la situación (de Hooge, 2018). Pero también se relaciona a la vergüenza con los traumas. Por ejemplo, en el estudio de DeCou y Lynch (2021) encontraron correlaciones positivas entre la vergüenza consecuencia del trauma y la depresión ya que los participantes del estudio demostraron una mayor probabilidad de padecerla si habían vivido un trauma anteriormente. Gracias a la investigación, ya existen estudios suficientes que relacionen la vergüenza de forma general con la psicopatología y a modo particular con la internalización de síntomas (Andrews et al., 2002; Velotti et al., 2017).

La vergüenza existencial se puede originar por un conflicto interno sin ninguna causa externa específica (Lynd, 1958). Aunque sea más evidente en momentos vitales de crisis profunda o de reflexión sobre temas vinculados con la vida, la consciencia, el propósito, la vulnerabilidad y la muerte (Yalom, 1980). En este caso, la forma global de autoevaluación es muy negativa (Wurmser, 1981). Y, en concreto, al autoevaluarse a sí misma muy negativamente, existen unas connotaciones muy profundas ante todo lo relacionado con la identidad, con cómo se percibe la persona a sí misma y qué sentido de pertenencia tiene debido a que la persona considera que nunca podrá modificar sus defectos, que no ha podido cumplir con las expectativas propias o del entorno y considera que ha fallado incluso si no es por una acción concreta (Tangney & Dearing, 2002). Para Scheel et al. (2020) la vergüenza existencial es desadaptativa mientras que la física y cognitiva son dimensiones adaptativas.

En su investigación, Gilbert (2003) halló que quienes experimentan la vergüenza existencial, se enjuician más a sí mismos, tienen mayores sentimientos de ser inadecuados y sus pensamientos críticos son más recurrentes. En “La Teoría del Rango Social” (Gilbert, 2000) se relaciona a la vergüenza existencial con el estrés, la ansiedad y la depresión. Esta teoría afirma

cuando una persona no se siente suficiente ni merecedora, su autocrítica e hipervigilancia social y autocrítica aumentará. Esto generará malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés).

En esta investigación no sólo se atiende a la vergüenza existencial como una percepción negativa de un rasgo o conducta de la persona, también se le atribuye a esa mujer en su conjunto, por ejemplo, con frases o creencias como "no soy suficiente". Si esa atribución se proyecta en los genitales, éstos podrán percibirse como negativos, defectuosos, sucios, etc... Es decir, una negativa percepción genital, más allá de favorecer insatisfacción a nivel corporal también reflejará una proyección somática de una vergüenza más profunda vinculada con el hecho de ser valorada, suficiente, reconocida, amada y deseada.

En la revisión sistemática y meta-análisis de Alavi-Arjas et al. (2023) observaron en más de 13.000 mujeres que existía una correlación positiva entre autoimagen genital y función sexual (deseo, menos dolor, más satisfacción y excitación). Por lo tanto, se manifiesta la importancia de cómo la mujer se ve a sí misma a nivel genital y el impacto que esto puede generar. Mientras que en el estudio de Vigil et al. (2021) observaron que, de las 1.619 mujeres que participaron, aquellas que tenían una percepción genital más negativa eran más propensas a tener más problemas o disfunciones sexuales, sin embargo, los procesos que subyacían a esta característica eran desconocidos. Aun así, sí que analizaron que de las participantes que en las cuatro semanas precedentes al estudio habían mantenido relaciones sexuales, quienes referían tener una percepción negativa de sus genitales estaban más condicionadas por su autocrítica, su vergüenza y tenían más disfunciones sexuales además de tener más dificultades a sentir placer. Este efecto indirecto basado en la apariencia se incrementó incluso en las mujeres que tenían ansiedad. Aquellas mujeres que tenían su autoimagen genital negativa no sólo evitaban más los encuentros íntimos, también tenían menos confianza a nivel sexual y estaban más pendientes de sus genitales durante las relaciones pues tenían mayor autoconciencia genital. Este estado de hipervigilancia en relación a la exposición genital ante otra persona (ya sea la pareja o cuándo se ha de ver en otros contextos médicos o sanitarios) es una aproximación a la vergüenza externa que se estudia en esta tesis y que está vinculada a lo genital. En este tipo de vergüenza externa no solamente es una creencia de "mi vulva no es adecuada", es la extrapolación de esa creencia a no ser adecuada como mujer.

En ocasiones la vergüenza nace por una mirada o voz externa. Cárdenas & Salinero (2023) estudiaron a través de los relatos de 812 mujeres el impacto que tenía la violencia obstétrica y ginecológica en cómo la mujer percibía su cuerpo, su autoimagen, su autoestima y sexualidad. Ya

en 2021 estos autores se referían a este tipo de violencia implica acciones violentas psicológicas o físicas, por ejemplo, comentarios negativos del cuerpo, exceso de medicalización o procedimientos invasivos instrumentalizados. No es algo aislado puesto que observaron que 7 de cada 10 mujeres la sufrían. Pero también se podrían incorporar en este tipo de violencia cualquier tipo de abuso sexual o tocamiento genital y corporal e incluso actos como solicitar que alguien se quite la ropa cuando no procede por el motivo de consulta. Debido a que el cuerpo es el centro de esta experiencia, toda acción que tenga impacto sobre el impactará también en la identidad e incluso en la vida de la mujer, por consiguiente, este tipo de vivencias pueden generar un cambio en la percepción de la mujer sobre sí misma pero también sobre su intimidad sexual y sus relaciones (Cárdenas & Salinero 2023).

Algunos testimonios de las participantes estuvieron relacionados con el impacto en:

- La vergüenza: Quería que me bajara todo el pantalón, me enojé y le dije que eso no debía ser y no me quiso decir el sexo de mi bebe, ni me entregó información sobre si estaba bien o mal. La situación me produjo vergüenza y temor, me sentí violentada.
- La ansiedad: “La violencia me impacto mucho. Malos tratos en mi primer parto y abuso sexual en una consulta, me provocaron crisis de pánico, ansiedad, miedo y angustia, la que también me ocurre frente a situaciones similares.”
- La depresión: Quedé con una depresión profunda debido a la atención de un aborto retenido. En la sala de evaluación de urgencias me extrajeron sin aviso, sin anestesia, los restos de mi bebé. Además, me negaron el derecho a verlo aludiendo a que solo ‘eran restos’ y que ‘no era para tanto’. No puedo explicar el dolor físico y emocional que sentí.

Tras esta revisión bibliográfica considero que la mirada del otro tiene un impacto sobre la experiencia de la mujer del mismo modo que se han de tener en cuenta los factores socioculturales por la influencia que pueden ejercer en la experiencia de la vergüenza si los genitales femeninos se tratan como tabú. Es más, en una sociedad en la que la vulva está hipersexualizada, así como toda la genitalidad femenina, si una mujer no percibe sus genitales como lo que marca la norma (vulva pequeña, casi invisible y apretada) es lógico que los pueda considerar defectuosos generando un impacto también en su *self*, fomentando, además de vergüenza, sentimientos de repugnancia hacia esa zona. Si a eso se le añade la falta de educación sexual en este ámbito, haber recibido mensajes negativos sobre los genitales o que los asociaran con suciedad o peligro durante la infancia o adolescencia, será mucho más probable.

Existen estudios que relacionan el mindfulness con la reducción de la vergüenza y el distrés (Westerman et al., 2020) al tener menos prejuicios hacia uno mismo y en los que se observa que la autocompasión media entre la disposición al mindfulness y la vergüenza, (Sedighimornani et al., 2019). El autoconcepto y la autoaceptación se pueden ver muy dañadas como consecuencia de experimentar vergüenza existencial (Kaufman, 1996) afectando también a la percepción del propio cuerpo. Si eso sucede, se puede generar además vergüenza corporal como se refleja en el estudio de Kvalem et al. (2024) en el que estudiaron en 1470 mujeres la percepción de su menstruación como algo natural, vergonzoso o molesto. Observaron que la percepción de la menstruación como vergonzosa fue predicha por una autoimagen genital negativa y por una menor apertura sexual.

Distintos autores que han encontrado que existe una tendencia a ver los genitales femeninos como algo negativo (Braun & Wilkinson, 2001; Reinholtz & Muehlenhard, 1995). El hecho de que las mujeres con niveles altos de vergüenza afirmen tener una percepción genital negativa (Kvalem et al., 2024) puede ser el reflejo del impacto que tiene en su salud mental y sexual (Cash & Pruzinsky, 1990). En el caso concreto de la vergüenza corporal, cuando alguien considera que no cumple con los cánones de belleza puede sentir este tipo de vergüenza y ésta, además de impactar en su salud mental, también podrá tener un impacto en su autoestima (Murray & Milhausen, 2012). Específicamente en la percepción genital femenina, el origen de la vergüenza puede ser que proceda de que se haya internalizado un aspecto genital ideal y, si la realidad es distinta al ideal, se experimente insatisfacción genital, malestar psicológico y una autopercepción negativa (McDougall, 2013; Michala, 2020). En el estudio de Malary et al. (2024) con 722 participantes observaron que la imagen corporal fue un predictor de la imagen genital femenina significativo. Estos datos, a su vez, son coincidentes con los hallazgos de otros autores como Silva Gomes et al. (2019) en los que se manifiestan que las mujeres que perciben su cuerpo de forma negativa tienen tendencia a extrapolar esa tendencia a sus genitales.

Pero, además, en diversos estudios se ha observado cómo las experiencias de vergüenza fluctúan con la autoestima. Si hay una exposición recurrente a experiencias que generen vergüenza, la persona podrá manifestar con mayor facilidad y de forma crónica una baja autoestima. En definitiva, existe una relación entre la vergüenza y menor autoestima (Deonna et al., 2012; Elison, et al., 2005; Iannaccone et al., 2016). Una baja autoestima es un mecanismo cognitivo interno que lleva a estos síntomas internalizantes.

1.7.- **Disposición al mindfulness, Fusión Cognitiva y Percepción Genital Femenina**

En la religión budista se ha llamado "corazón" al mindfulness (Kabat-Zinn, 2005). Sin embargo, es mucho más. Es la capacidad de estar plena y psicológicamente consciente en el día a día, en lo cotidiano (Brown & Ryan, 2003). Cuando alguien está completamente en el presente, sin juicios y atendiendo a lo que sucede sin necesidad de huir incluso si hay sufrimiento, estará en atención plena (Bishop et al., 2004). Dado que las personas con atención plena interpretan lo que sucede sin juicios siendo más neutrales u objetivos, desarrollan mayor regulación emocional a la hora de interpretar lo acontecido y esto repercute en su bienestar psicológico (Brown et al., 1997). La disposición al mindfulness es distinta en cada persona más allá de su práctica, sin embargo, si se practica con regularidad los niveles basales pueden aumentar (Quaglia et al., 2016), mejora la regulación y el procesamiento emocional (Tomlinson et al., 2018). El mindfulness mejora la calidad de vida y el bienestar asociándose a reducción de malestar psicológico puesto que hay una disminución del estrés, la ansiedad y la depresión (Baer et al., 2006; Brown & Ryan, 2003). Pero, además, Pepping et al. (2013) encontraron que si la persona estaba en el presente con atención plena era menos probable que tuviera pensamientos y sentimientos recurrentemente negativos y su autoestima era más alta que quienes estaban rumiando mentalmente. Randall et al. (2015) también hallaron que la variable autoestima y atención plena tenían una relación de significancia.

Shapiro et al. (2006) propusieron un modelo de mindfulness con el propósito de simplificar los componentes para hacerlo fácil y accesible tanto a profesionales como a particulares. Los tres axiomas de este modelo serían: Intención, atención y actitud, todo ello es considerado como disposición al mindfulness. La disposición al mindfulness es el resultado generado en cualquier instante de la interrelación de estos tres axiomas ya que no son etapas separadas, más bien están interaccionando en todo momento sea de forma estable o transitoria (Brown et al., 2007; Kabat-Zinn, 1990). Cada axioma (intención, atención y actitud) sucede de forma simultánea a los otros dentro de una corriente continua y cíclica. En otras palabras, los axiomas de la atención plena coexisten a la vez y la atención plena es la presencia en cada momento. De hecho, la regulación emocional sucede si una persona lleva a cabo una estrategia cognitiva o conductual que hace que la emoción se manifieste de forma adecuada para ella o para su entorno (Gross & John, 2003).

La regulación emocional también permitirá que la persona reaccione menos al estrés y tenga una vida más plena y satisfactoria (Brown & Ryan, 2003) y, a su vez, puede favorecer una

vida sexual más satisfactoria (Stephenson & Kerth, 2017). Cuando una persona se autorregula gracias a la atención plena, se reducen los hábitos insanos y se detienen los pensamientos automáticos. Si la persona se autorregula con frecuencia, la repetición de experiencias positivas le generará un efecto saludable y positivo (Ryan & Deci, 2001). Brown y Ryan (2003) encontraron que quienes tenían medidas más altas en mindfulness presentaban una mayor regulación emocional y comportamental. Uno de los motivos de ello es que la regulación emocional paraliza las conductas reactivas desadaptativas como compensación a la desregulación (Brotto et al., 2016). De hecho, los estudios han demostrado que la regulación emocional media la relación entre la disposición al mindfulness y el estrés percibido (Prakash et al., 2015) mientras que la desregulación emocional se asocia tanto con mayor sintomatología depresiva como ansiosa (Ward-Smith et al., 2024). También para Aldao et al. (2017) la base de la depresión y la ansiedad se encuentran en las dificultades en la regulación emocional, más específicamente las bajas estrategias.

En la regulación emocional existen tres estrategias de afrontamiento: Si una persona analiza una situación difícil para ella con la intención de cambiar cómo la interpreta y, al mismo tiempo, minimiza el impacto emocional al alterar el significado que tenía la situación al inicio está revaluando cognitivamente (Gross, 2014). Al reevaluar se sienten más emociones positivas que negativas debido a que esta habilidad genera la sensación de obtener un buen resultado conllevando un menor coste cognitivo a diferencia de lo que sucede en otras estrategias de regulación emocional. Y, además, también se relaciona con una mayor capacidad cognitiva (Richards & Gross, 2000). Si una persona intenta modular, camuflar o esconder la emoción que está experimentando aplicaría la supresión emocional, la cual suele asociarse con peores resultados e incita a la persona a sentir más emociones negativas que positivas. Ambas estrategias, reevaluación cognitiva y supresión emocional, son las más aplicadas en lo que se refiere a autorregulación emocional (Gross & John, 2003). Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, el hecho de aceptar las experiencias se vincula con mayor bienestar psicológico y, en contrapartida, el hecho de evitarlas incrementa el malestar psicológico (Hayes, 2006). Si la persona desarrolla la aceptación emocional y aplica la reevaluación cognitiva como un modo de una estrategia de adaptación y regulación emocional se ha observado que podrá experimentar una mayor satisfacción sexual. Por el contrario, si la estrategia que aplica es la supresión emocional se ha observado que decrecerá tanto el bienestar sexual como la excitación, siendo en caso contrario (Fischer et al., 2024).

El modo en que una persona regula y resuelve sus emociones tiene un impacto en su bienestar (Gross & John, 2003) siendo la vergüenza una compleja emoción ya que suele estar vinculada a procesos de regulación emocional (Elison et al., 2014). Lanteigne et al. (2014) observaron que la vergüenza como rasgo (asociada con la regulación emocional desadaptativa) está vinculada con la supresión emocional mientras que otros autores vincularon las dificultades de regulación emocional con niveles elevados de vergüenza (Neacsiu et al., 2018; Swerdlow et al., 2023; Szentágotai-Tătar & Miu, 2016), observándose que con la mejora de la regulación emocional con la disposición al mindfulness se merma la vergüenza desadaptativa y el malestar psicológico (Sedighimornani et al., 2019).

La regulación emocional también puede impactar en la comunicación en la pareja y en las relaciones sexuales. Peixoto y Sousa (2023) estudiaron en una muestra de 174 deportistas las diferencias en la regulación emocional entre quienes tenían dificultades sexuales y quienes no las tenían. Sus resultados determinaron que las mujeres que tenían una mayor regulación emocional tenían más claras sus necesidades y les era más fácil comunicarlas al igual que sus preferencias sexuales dando lugar a una vida sexual más plena. Por el contrario, las mujeres que gestionaban peor sus emociones reflejaron un peor funcionamiento sexual visibilizando el impacto que tiene la gestión de las emociones en el bienestar sexual.

Pero además de la regulación emocional, la disposición al mindfulness se ha vinculado con una mayor aceptación de su cuerpo y menos críticas hacia sus cuerpos implicando una reducción de la ansiedad ante situaciones relacionadas con la sexualidad y un aumento del bienestar sexual (Katterman et al., 2014). Dove y Wiederman (2000) observaron en una muestra de 74 mujeres adultas jóvenes que aquellas que estaban menos presentes en sus relaciones sexuales en pareja tenían menor deseo, satisfacción y autoestima sexual, orgasmos más débiles e incluso los fingían más que aquellas que estaban más presentes. Las personas que tienen integradas las prácticas de la atención plena y la autocompasión tienen una mayor capacidad de amabilidad y amor a sí mismas. Dado que la tendencia es la neutralidad y el no-juicio, tienden a apreciar lo imperfecto como parte vital del ser humano. Y esto conlleva que, ante los desafíos de la vida, el estrés, la depresión y la ansiedad sean menores (Neff, 2011). Por ejemplo, Stoggiani y Lin (2022) estudiaron en estudiantes universitarios el impacto de la autocompasión y la atención plena en la depresión, el estrés y la ansiedad. Observaron que quienes eran capaces de llevar a cabo acciones de autocuidado y buscar apoyo, tenían menor ansiedad, depresión y estrés. Con estas prácticas y red de apoyo, los estudiantes aumentaban su bienestar, su capacidad de resiliencia y ampliaban el

autoconocimiento de su consciencia emocional. Aunque en todas las psicopatologías suelen presentarse dificultades en la regulación emocional, la regulación emocional y cada síntoma psicopatológico se relacionan de forma específica (Aldao et al., 2016; Cludius et al., 2020).

El mindfulness no sólo mejora la regulación emocional, también reduce el apego inseguro, así como genera un incremento en el bienestar psicológico (Coffey & Hartman, 2008; Pepping et al., 2013). Esos datos fueron coincidentes con los de Desrosiers et al. (2013). Ellos observaron que la disposición al mindfulness correlacionaba negativamente con la supresión y la rumiación mientras que lo hacía de forma positiva con la revaluación cognitiva, ambas median el efecto en la ansiedad y en la depresión. Las intervenciones basadas en mindfulness están orientadas a la reducción de estos síntomas internalizantes, especialmente estrés. Pero no sólo en ello, también se ha aplicado para la mejora del bienestar sexual. En la revisión de Stephenson y Kerth (2017) analizaron once ensayos aleatorios con un total de 449 participantes y concluyeron que tanto el bienestar sexual como la percepción de la disfunción sexual mejoraban con el mindfulness. Esto hacía de la atención plena una herramienta potencialmente efectiva en el abordaje de la disfunción sexual en la mujer desde el punto de vista terapéutico. En la misma línea, Brotto et al. (2009) anteriormente estudiaron la relación entre mindfulness y satisfacción sexual. Diseñaron un programa psicoeducativo en mujeres con cáncer ginecológico y observaron cómo la práctica del mindfulness incrementó su deseo sexual, su lubricación, la satisfacción sexual y el nivel de excitación. Al estar más en el presente es más fácil percibir las sensaciones del cuerpo y tener una consciencia corporal más desarrollada. Por consiguiente, el mindfulness puede ser un instrumento para que las mujeres tengan una conexión mayor con su cuerpo durante el acto sexual y para que les sea más fácil reconocer los signos de excitación sexual (Brotto et al., 2008). Existen estudios que relacionan el mindfulness con la reducción de la vergüenza y el distrés (Westerman et al., 2020) al tener menos prejuicios hacia uno mismo y en los que se observa que la autocompasión media entre la disposición al mindfulness y la vergüenza, (Sedighimornani et al., 2019). El autoconcepto y la autoaceptación se pueden ver muy dañadas como consecuencia de experimentar vergüenza existencial (Kaufman, 1996) afectando también a la percepción del propio cuerpo. Si eso sucede, se puede generar además vergüenza corporal como se refleja en el estudio de Kvalem et al. (2024) en el que estudiaron en 1470 mujeres la percepción de su menstruación como algo natural, vergonzoso o molesto. Observaron que la percepción de la menstruación como vergonzosa fue predicha por una autoimagen genital negativa y por una menor apertura sexual.

En el marco de la disposición al mindfulness se ha de observar la fusión cognitiva la cual es un constructo que se manifiesta cuándo se toman verdades como absolutas, literales o que no se pueden transformar bajo ningún concepto. Se pueden incluir tanto recuerdos como pensamientos, evaluaciones, juicios, eventos (Gillanders et al., 2014) en diversas psicopatologías, trastornos psiquiátricos y trastornos de comportamiento (Zapata et al., 2021). Estas verdades o creencias llegan a tomar el control e impactan en el comportamiento y limitan la flexibilidad psicológica (Hayes et al., 1999)

Para Hayes et al. (1999) la flexibilidad cognitiva implica aceptación, defusión cognitiva, atención plena, valores, la acción con compromiso y que el sentido del Yo contextualice a la persona. Mientras que la inflexibilidad psicológica implica fusión cognitiva, evitar la experiencia, perder el contacto con el presente, ausencia de valores personales, no tener acción ni actividad y que el Yo sea un concepto. Tanto la inflexibilidad psicológica como la fusión cognitiva están relacionadas con la dificultad para llevar a cabo estrategias adaptativas que puedan dar lugar a la regulación emocional (Faustino, 2021; Wang et al., 2021). Varios estudios han vinculado la fusión cognitiva con el malestar psicológico (Fernández-Rodríguez et al., 2022; Faustino et al., 2023; Pux et al., 2022). En el marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) la flexibilidad psicológica es un constructor fundamental. Se refiere a la fijación que genera creerse lo que se piensa como algo inamovible en lugar de como un pensamiento transitorio. Todo lo contrario, a lo que sería la defusión cognitiva. En esta terapia existen tres procesos superiores que incluyen los seis procesos por los que transita la persona terapéuticamente. Estos serían: La aceptación y defusión (Proceso superior de apertura), contacto con el presente, toma de distancia o flexibilización (Proceso superior de centralización) y el discernimiento de valores propios y acción en compromiso con ellos (proceso superior de compromiso). Para Kashdan y Rottenberg (2010), la flexibilidad psicológica se fundamenta en la aceptación no sólo de pensamientos, también ante las emociones más complejas como pudieran ser la dificultad de mantener el compromiso con acciones dirigidas a metas. Está vinculada a una mayor resiliencia ante el estrés, menor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y una mejor adaptación emocional en diversos contextos (incluidas la imagen corporal y la sexualidad) (Bond et al., 2011; Kashdan & Rottenberg, 2010). En el estudio de Gillanders et al. (2014) con más de 1.800 participantes observaron que cómo la defusión cognitiva fomentaba la presencia y la disposición al mindfulness (lo cual reducía la ansiedad) mientras que la fusión cognitiva generaba mayor malestar psicológico y dificultaba la disposición al mindfulness.

Si los pensamientos son negativos y generan aversión la persona tendrá tendencia a evitar la situación que esté vinculada a la fusión cognitiva negativa (Ruiz et al., 2017). Si esto sucede, la persona podrá dejar pasar oportunidades en el día a día por la creencia firme con la que está fusionada incluso si es desadaptativa (Wilson & Luciano, 2002). Russell et al. (2020) observaron en su estudio cómo la combinación de la fusión cognitiva con la evitación de la experiencia se asociaba con que la persona tuviera menos capacidad adaptativa ante una experiencia traumática. Esta respuesta fue mayor en mujeres que han vivido traumas relacionados con la sexualidad o con niveles más altos de estrés postraumático. Las autoras Enayati et al. (2024) estudiaron la efectividad de la ACT y del mindfulness en mujeres con fusión cognitiva, ansiedad generalizada y social. Las mujeres de su estudio mejoraron la relación con sus pensamientos y emociones gracias a estas terapias lo que hizo que tuvieran mayor difusión cognitiva y flexibilidad psicológica. Moreno-Montero et al. (2023) también hacían referencia en su estudio psicométrico con una muestra universitaria ecuatoriana del Cuestionario de fusión cognitiva (CFQ) que la fusión cognitiva está relacionada con problemas psicológicos como la depresión y la ansiedad.

Si la fusión cognitiva se vincula con creencias limitantes y negativas relacionadas con el cuerpo, la función sexual o la valía de la persona podría influir en la experiencia sexual. (Hayes et al., 1999). Por ejemplo: Si la mujer piensa “Mi vulva no es bonita y me avergüenza que mi pareja la vea en el acto sexual” podría sentirse limitada si realmente existiese la fuerza coercitiva de la fusión cognitiva en esa afirmación. Las autoras Renaud y Byers (2001) evaluaron en 148 mujeres y 144 hombres las cogniciones sexuales que los estudiantes percibían como positivas o negativas. Observaron que las percibidas como positivas se relacionaron con una mayor excitación tanto sexual como fisiológica, que aumentó el afecto positivo y disminuyó el negativo.

Maathz et al. (2020) observaron en 130 mujeres con dolor vulvovaginal que la inflexibilidad psicológica se relacionaba con la disfuncionalidad sexual. Sin embargo, la mujer sentía mayor satisfacción sexual en el tiempo si tenía flexibilidad psicológica. Evaluar la flexibilidad psicológica podría ser útil en disfunciones sexuales en la mujer ya que se podrían identificar problemas y generar intervenciones más específicas (Bond et al., 2011).

Es interesante tener en cuenta la flexibilidad psicológica en el área de la percepción genital femenina pues puede fomentar que las mujeres acepten, amen y valoren sin juicios sus cuerpos. Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que una la flexibilidad psicológica alta podría

estar vinculada a una autoevaluación negativa menor y a una percepción del cuerpo más saludable (Sandoz et al., 2011).

Si las mujeres tienen alta flexibilidad psicológica, podrían abordar sus experiencias sexuales de un modo espontáneo y abierto implicando, por lo tanto, que pudieran aceptar y explorar más su cuerpo (Linardon et al., 2021). Se ha comprobado que la flexibilidad psicológica se asocia con una actitud saludable y positiva hacia la satisfacción sexual y una menor evitación de la experiencia ya que las mujeres experimentaban menos disfunción sexual (Zarbo et al., 2018; Lavner et al., 2013), menos evitación sexual y disminución del autojuicio (Tyndall et al., 2019).

Extrapolando la teoría de la autocompasión (Neff, 2003), la cual se refiere a que si las mujeres desarrollan compasión experimentan mayor aceptación de su cuerpo y bienestar, se podría observar si también hay una disminución de su estrés y ansiedad vinculado a su sexualidad ya que las intervenciones cuyo eje central ha sido la autocompasión han sido lo suficientemente efectivas como para disminuir la ansiedad vinculada a la imagen corporal (Germer & Neff, 2013).

Ya que la flexibilidad psicológica puede ser una moderadora de los efectos que pudiera ocasionar en la insatisfacción corporal (Lavender et al., 2011) podría explorar de forma concreta en la percepción genital negativa. Es decir, podría disminuir la evitación y mediar entre la satisfacción sexual y la percepción genital femenina ya que ofrecería una mirada basada en la autoaceptación y en la exploración positiva, libre de juicios, en el ámbito de la sexualidad (Masuda et al., 2011). De hecho, en el área de la sexualidad en la mujer, la flexibilidad psicológica es clave en lo que se refiere a la satisfacción sexual y el deseo (Yunitri et al., 2021) ya que cuándo existe flexibilidad psicológica es más fácil aceptar las experiencias a nivel emocional y a nivel fisiológico durante la relación sexual puesto que si hubiese algún pensamiento intrusivo o algún estímulo corporal la respuesta sería más positiva (Van Lankveld et al., 2021). La flexibilidad psicológica facilita que la mujer pueda afrontar su pensamiento y su emoción incluso si es desafiante sin tener repercusión en su sexualidad (Harris, 2009). Centrándonos en el ámbito de la pareja, Daks y Rogge (2020) observaron que las relaciones de pareja en las que tenían mayor inflexibilidad psicológica existían menor satisfacción en la relación (tanto con la pareja como con uno mismo) y menos apoyo emocional, era más probable que se generase conflicto, agresión física, apego ansioso y evitativo.

Si las mujeres pudieran aceptar emociones y pensamientos que puedan resultarles incómodos, podrían experimentar una mayor comodidad en sus cuerpos, genitales y

experimentarían mayor satisfacción y plenitud en su sexualidad (Vowles & Sorrell, 2015). La Teoría de Monitoreo y Aceptación (MAT) de Lindsay y Creswell (2017) defiende que cuando una persona es consciente de sus propias experiencias lo que explica cómo la atención plena aumenta el funcionamiento cognitivo, es la capacidad para monitorear la atención. Y una vez que se cambia el vínculo con la experiencia, si hay atención y aceptación disminuye la reactividad afectiva. Esto implica que tanto la atención como la aceptación son parte imprescindible para explicar cómo la atención plena mejora el estrés y la afectividad negativa. Algunos estudios indican que tanto la flexibilidad psicológica como la disposición al mindfulness podrían fomentar una mayor valoración del cuerpo en general, mayor aceptación y generar un impacto positivo en la percepción genital femenina (Sandoz et al., 2011; Veale et al., 2014). Este hecho es debido a que ambos mecanismos fomentan disminuir la autocrítica incluso en momentos o contextos donde exista inseguridad o juicio hacia el cuerpo (Baer et al., 2006; Hayes et al., 1999). La autocompasión fomenta que se genere la atención plena en lugar de una fusión con lo que limita. Puede generar un impacto positivo en la imagen corporal. Duarte et al. (2015) concluyeron con su investigación que la autocompasión era una mediadora entre la insatisfacción corporal, la calidad de vida, salud mental y la comparación corporal. Comprobaron que una mujer que no tiene la habilidad de tratar a su cuerpo con amabilidad y tiene poca autocompasión, recibe un alto impacto en su calidad de vida a nivel psicológico. Es decir, cómo se percibe la mujer a sí misma, tanto en comparación con sus iguales como en lo que se refiere a su imagen corporal, determinará su calidad de vida psicológica.

1.8.- **Malestar Psicológico y Percepción Genital Femenina**

*1.8.1.- **Ansiedad:***

La ansiedad es un estado emocional asociado a temores frecuentes y preocupaciones que son duraderas en el tiempo. Según la American Psychiatric Association (2013) la ansiedad podría impactar en la autoestima, en el autoconcepto y en la calidad de vida. La ansiedad, tanto en hombres como en mujeres, se relaciona con la insatisfacción corporal (Cash & Smolak, 2011). En el caso de las mujeres, la ansiedad podría afectar a la percepción de su cuerpo (incluyendo la zona genital) y a su sexualidad (Magdala, 2019). Se ha observado una retroalimentación negativa entre la ansiedad y la insatisfacción sexual al percibir la zona genital de forma negativa (Duarte et al.,

2015). Veale et al. (2014) observaron en su estudio que las mujeres con mayor ansiedad daban más importancia a sus aparentes imperfecciones. DeMaria y Berenson (2013) consideran que la ansiedad podría ser tanto un punto de partida como una consecuencia de la percepción genital femenina negativa. No es que exista una afectación a nivel general de la autoestima, es que la mujer va generando una imagen más negativa de su cuerpo y eso conlleva que sexualmente tenga más dificultades (Karaaslan & Hacimusalar, 2018).

A un nivel más emocional, Fahs (2014) pudo observar en su estudio cómo hay mujeres que expresan sentir enfado hacia sus vaginas, la sensación de suciedad o tener la percepción de que son problemáticas. Cuando esto sucede, desarrollan negatividad hacia sus genitales. Pudiéndose llegar a convertir la vagina en un objeto de ansiedad sobre la sexualidad y la autoimagen. La autora también observó que en el "pánico genital" se pueden englobar distintas dimensiones como el vello, la menstruación, la apariencia de los labios, el funcionamiento sexual y las nociones de oscuridad. En estos casos la zona genital es un foco de ansiedad continúo vinculado a la imagen corporal y a la sexualidad. Aquellas mujeres que presentan ansiedad elevada podrán experimentar mayor insatisfacción corporal también a nivel genital (DeCou & Lynch, 2021). De hecho, en el estudio de Karaaslan y Hacimusalar (2018) las mujeres que tenían un cuadro de ansiedad elevado o incluso un trastorno de ansiedad reflejaban mayor insatisfacción corporal (incluyendo el área genital) y su preocupación por el cuerpo, la apariencia y el rendimiento sexual eran mayores (Yüksekol, 2020).

También es importante considerar el contexto personal y la historia de vida de la mujer ya que cuando existen antecedentes de experiencias sexuales difíciles o negativas o si existe inseguridad corporal, la mujer puede experimentar ansiedad sexual. La investigación de McCall y Meston (2007) afirmaba que la ansiedad podría influir en la dificultad sexual con síntomas como bajada de líbido, estado de hiperactivación fisiológica que pudiera impedir la respuesta y la evitación sexuales. Esto coincide con los estudios de Reissing et al. (2003) en los que también relacionaron la presencia de ansiedad en las mujeres con, además de baja excitación y deseo, anorgasmia. Al igual que en el estudio de Dunn et al. (2011) en el que las participantes con ansiedad tenían más dificultad en sus relaciones íntimas y menos satisfacción sexual que quienes no la padecían. Si existiera la ansiedad social o corporal en la mujer, la consciencia de sí misma podría verse afectada durante sus relaciones sexuales afectándole no sólo en su relación con el placer, también en el vínculo con su pareja (Kuffel & Heiman, 2006).

Laan et al. (2017) midieron la función sexual, la angustia sexual, la autoestima y la ansiedad por rasgos observando si estos factores influían en las puntuaciones de la autoimagen genital después de la exposición a 44 imágenes (algunas incluían vulvas). Se observó que la exposición a una gran variedad de vulvas naturales ayudó a tener una autoimagen más positiva y menor ansiedad. Este efecto estuvo presente dos semanas después de la exposición. Si hay redes sociales o medios de comunicación en el entorno de la mujer, es muy probable que ésta experimente una autoevaluación negativa ya que estarán comparándose con unos ideales de belleza sesgados (Tiggemann & Slater, 2014).

Desde el punto de vista del modelo de Barlow (1986) se considera que la ansiedad anticipatoria (consecuencia de las expectativas negativas) es clave en los problemas sexuales porque cuando una persona tiene ansiedad, su respuesta fisiológica aumenta y su foco está en las señales que disparan esa ansiedad o en prever su aparición en lugar de estar presente en la relación sexual o de intimidad.

Pero la ansiedad también podría estar relacionada con el apego que haya desarrollado la mujer en sus relaciones como adulta tal y como defiende la Teoría de Experiencias Corporales Relacionales de Cherkasskaya y Rosario (2019). En el estudio de Komlenac & Hochleitner (2020) hallaron que las mujeres que habían desarrollado un apego ansioso tenían una mayor tendencia a experimentar no sólo vergüenza genital e hipervigilancia hacia su cuerpo poniendo en tela de juicio si eran o no deseables sexualmente. Pero, además, estas mujeres tienen una tendencia a considerar que la pareja les critica o rechaza y están más pendientes de vigilar su cuerpo mientras mantienen relaciones eso implica que tanto la ansiedad como el estado de consciencia genital es mayor. En el estudio de Malary et al. (2024) observaron que, si la pareja sexual retroalimentaba positivamente a la mujer en referencia a sus genitales, la mujer mostraba una imagen genital más alta. El efecto contrario sucedía si la retroalimentación era negativa. Por lo tanto, si la mujer tiene una imagen genital más positiva y tiene relaciones íntimas se sentirá más segura que si su percepción es negativa ya que ante esa inseguridad será más probable sentir ansiedad y baja autoestima incluso problemas para relacionarse sexual e íntimamente. En trabajos como el de Vigil et al. (2021) se puede observar que la ansiedad rasgo y social podrían interferir en la experiencia de la mujer sobre su autoimagen genital ya que haría que la experimentara de forma más intensa y negativa que las mujeres que no se enfrentan a la ansiedad. Al igual que si tiene unas expectativas muy altas sobre su cuerpo y son negativas, el estado de hiperactividad fisiológica, la

ansiedad anticipada y sus pensamientos irían dirigidos hacia los pensamientos de autocrítica en lugar de sentir confianza y disfrute. Dosch et al. (2016) observaron que las mujeres que tenían esquemas mentales negativos tenían emociones más negativas hacia sus experiencias sexuales. Lo mismo sucedía, al contrario, cuánto más favorable era su esquema sexual, mejor experiencia sexual ya que tenía menos ansiedad y disfrutaba más de la relación sexual. Tomando una muestra con la enfermedad de liquen escleroso y liquen plano, Yildiz et al. (2022) observaron que las mujeres con liquen tenían más ansiedad, peor autoimagen genital y reflejaban problemas en la excitación, el orgasmo y el deseo. En cierto sentido es lógico que cuándo existen condiciones médicas complejas como las patologías de la vulva o cuándo la mujer está en fases vitales concretas como el embarazo, la menopausia o el posparto se aprecie una mayor ansiedad y, tal y como reflejan los estudios, exista una peor percepción genital femenina y corporal al igual que peor calidad de la vida sexual (Sönmez et al., 2024).

Basándonos en esta revisión se podría decir que cada vez existen cada vez más estudios que apoyan la importancia de estudiar la relación de la ansiedad con la autoimagen genital y que se puede ir observando el impacto que existe entre ansiedad y percepción genital femenina en la mujer implicando, a su vez, la calidad de la vida sexual y a nivel relacional. Incluir a la pareja en cualquier intervención donde se tenga en cuenta la intimidad compartida de la mujer puede ser de gran importancia en vista de los resultados mostrados en este apartado pues podría disminuir la ansiedad y mejorar la calidad de vida de la mujer y, probablemente de la relación tras el trabajo en equipo.

*1.8.2.- **Depresión:***

La depresión es uno de los trastornos mentales más conocidos y comunes. La OMS la sitúa en la cuarta causa mundial de discapacidad ya que aproximadamente 322 millones de personas a nivel mundial sufren depresión llegando a situarse en 2020 en la segunda causa de enfermedad (Greenberg et al., 2021). Puede impactar de forma muy notoria en la satisfacción sexual, especialmente en las mujeres (Graham et al., 2004) asociándose a menor deseo sexual, problemas de excitación, menor satisfacción sexual y problemas para llegar al orgasmo suelen ser algunas de las dificultades que afirman padecer las mujeres con depresión (Frohlich & Meston, 2002). Y si la motivación sexual se merma podría existir un decrecimiento tanto en la calidad de las interacciones sexuales como en la frecuencia (Bodenmann et al., 2007).

Aunque la depresión es un problema de salud mental puede influir en otras áreas de la persona que la padece e incluso impactar en sus relaciones sociales, sexuales y personales. En el estudio de Dunn et al. (1999) analizaron en una muestra de 979 mujeres y de 789 hombres la relación entre distintos problemas psicológicos, físicos y sociales en relación a problemas sexuales. Centrándonos en las mujeres, encontraron que los problemas sexuales estudiados se vinculaban con depresión y ansiedad, por ejemplo, tenían dificultades en sus parejas al disfrutar de sus relaciones íntimas, de alcanzar el orgasmo o excitarse. Mientras que en los hombres los problemas sexuales estaban más asociados a dificultades físicas, en las mujeres la asociación era con problemas sociales y psicológicos.

En el estudio de Habiba et al. (2024) encontraron que todos los parámetros de la disfunción sexual (deseo, excitación, orgasmo, lubricación, satisfacción y dolor genital) medida con la escala FSFI se veían más afectados cuánto más grave era la depresión (medida con el DASS-21) debido a que se reflejaba una correlación negativa bastante fuerte. Incluso si existen estudios como, por ejemplo, el metaanálisis de Gonçalves et al. (2022) que vinculan la depresión con un impacto negativo en función sexual, o si los antidepresivos pueden alterar la respuesta sexual, la disfunción sexual relacionada con la depresión es un problema que no está muy visibilizado (Chandel et al., 2022). De hecho, aquellas personas que ingieren inhibidores para la recaptación de serotonina obtienen puntuaciones peores en referencia al placer, al malestar y al funcionamiento sexual (O'Neill-King et al., 2025). No se puede olvidar a quienes sufren disfunciones sexuales y cómo es la vinculación con la depresión. Por ejemplo, en el estudio de Leite et al. (2025) evaluaron en 482 participantes portuguesas la influencia de su autoimagen genital en su función sexual siendo las subescalas de dolor, satisfacción, excitación y deseo las que peor puntuaron para quienes afirmaban tener una percepción genital negativa además de que observaron que el riesgo de disfunción sexual aumentaba 1,5 veces en la mujer con insatisfacción. En concreto, tanto la endometriosis como la depresión estaban asociadas a tasas mayores de disfunción sexual e insatisfacción genital. Para estos autores, la autoimagen genital no sólo es un factor de riesgo en las disfunciones sexuales de la mujer, sino que también impacta de forma notable en la función sexual femenina. Es decir, tanto la depresión como la endometriosis, además de la menopausia y el hecho de que la mujer tenga relaciones sexuales no deseadas puede ser un factor de riesgo para la percepción genital femenina en la mujer.

Rusu y Delcea (2025) estudiaron no sólo cómo la depresión podría impactar en el deseo de la mujer y en el grado de satisfacción durante el encuentro íntimo, también analizaron la proximidad afectiva e intensidad del vínculo emocional de las participantes con sus parejas. Estos autores consideraban que la percepción que la mujer tiene de sí misma puede ser distinta bajo los síntomas depresivos (imagen corporal incluida), por lo tanto, este cambio podría afectar a su experiencia sexual. Es decir, observaron la disfunción desde una mirada inclusiva englobando el aspecto fisiológico, emocional, relacional y cognitivo. Entre sus hallazgos observaron que cuánto más graves son los síntomas de la depresión, menor satisfacción sexual experimenta la mujer. Sin embargo, no por el hecho de tener depresión quiere decir que la pareja experimente una peor comunicación acerca de temas relacionados con la sexualidad. Más allá de que la comunicación es una pieza clave en la salud de la pareja e incluso si se ha sugerido en distintas ocasiones que la depresión podría inhibir la comunicación sobre la sexualidad y repercutir en la relación (Brotto et al., 2016), los autores sugieren que este resultado es una invitación a estudiar el impacto de variables personales como el miedo al rechazo o la escasa autoestima así como otras influencias más globales como la educación sobre sexualidad y las normas socioculturales. Además, Rusu y Delcea (2025) concluyeron que, dado que sus resultados apoyaban una fuerte correlación negativa entre depresión y disminución del deseo, el placer sexual y la intimidad en las relaciones íntimas, la mirada hacia la depresión ha de ser observando el impacto en el bienestar sexual y en las relaciones de quienes la padecen.

Un estudio longitudinal y transversal impactante por la magnitud de la muestra: 106.556 participantes de forma transversal y 20.865 longitudinal con seguimiento de entre 4 y 18 años para representar aproximadamente a 541 millones de personas adultas, es el de Zhai et al. (2024). Analizaron una muestra de siete países (EEUU, México, Reino Unido, China, Irlanda, Corea e Indonesia) para estudiar la relación entre los síntomas de depresión y el estado civil en áreas geográficas dispares ya que habían encontrado hasta la fecha estudios más centrados en occidente. Concluyeron que las personas solteras tenían un riesgo mayor a desarrollar síntomas depresivos que las personas casadas y además esto ocurría en todos los países, sin embargo, entre occidente y oriente el riesgo era mayor entre países occidentales. Whisman et al. (2021) en su investigación sobre el malestar en las relaciones de matrimonio o similares, es decir, relaciones íntimas, evidenciaron que el hecho de que no se esté bien en la relación de pareja podría ser una causa de riesgo para padecer depresión.

Y, por último, se revisará en este apartado otro tipo de características en la mujer vinculadas a la regulación emocional y los modelos de afrontamiento como, por ejemplo, el "modelo de vulnerabilidad al estrés" de Hankin y Abramson (2001). El eje de este modelo era que cuando una persona es vulnerable a nivel cognitivo (sesgos de atención dirigidos a la crítica personal, rumiación, pensamientos negativos) y ha de afrontar situaciones que implican estrés aparece la depresión. Ellos también revisaron estudios epidemiológicos donde se observaba que las mujeres tienen una mayor prevalencia a sufrir depresión y que ésta puede comenzar a partir de la edad de 13 años. Pero además si en la infancia se vivió abuso o alguna negligencia será más probable que se pudiera experimentar depresión de adultos. Nelson et al. (2016) realizaron un estudio de metaanálisis y observaron que no sólo se relacionó la gravedad de la depresión con el maltrato emocional infantil, también se concluyó que quienes habían experimentado maltrato infantil tenían el doble de probabilidad de sufrir depresión crónica e iniciaban a padecerla antes que quienes no habían sufrido maltrato. Por lo tanto, si observamos que una mujer tiene depresión, ante estos datos, se podría pensar en la importancia de revisar su experiencia y salud sexual además de su salud mental pues puede que exista un deterioro en ambas áreas.

Desde el prisma de Nolen-Hoeksema (2000) y su "Teoría de los Estilos de Respuesta" las mujeres no sólo tienen más estrés relacionado con las relaciones interpersonales, también rumian más que los hombres y esto podrá influir tanto en que tengan mayor tendencia a desarrollar depresión como en la cronificación de la misma. Además, tanto aquellos hombres como mujeres que muestran una respuesta de rumiación ante la sintomatología depresiva tendrá a posteriori niveles aún más elevados de depresión.

Este tipo de datos nos hablan de la importancia del estilo de afrontamiento y regulación emocional en cada persona. Por ello es importante estudiar estas variables incluso cuándo se esté investigando sobre la sexualidad puesto que pueden existir correlaciones que pasen desapercibidas en un primer momento a la hora de realizar una intervención o tratamiento con un paciente. A su vez, como hemos visto anteriormente la depresión y la sexualidad están ampliamente relacionadas tanto en relaciones de pareja, en satisfacción con la sexualidad como con la percepción genital femenina.

*1.8.3.- **Estrés:***

El estrés es la respuesta que una persona experimenta ante un estímulo percibido como amenazante y ante el cuál la persona considera que éste es superior a los recursos de los que

dispone para afrontarlo adecuadamente (Lazarus & Folkman, 1984). Esta respuesta engloba aspectos fisiológicos y psicológicos y depende de cada persona ya que en esta respuesta influye la red de apoyo, las circunstancias sociales y personales (Cohen et al., 1997). Es decir, existen personas con mayor disposición o facilidad de reacción ante los estímulos estresantes y, en ocasiones, esta disposición podría estar vinculada con las experiencias vitales que haya vivido en cuánto a resiliencia, pero también podría influenciarle sus experiencias en el área de salud sexual (Dunkel Schetter & Dolbier, 2011).

Desde un punto de vista psicológico, el estrés podría influir en la reducción del placer y en el aumento de las preocupaciones, así como en la falta de atención a nivel cognitivo (Basson, 2002). Es decir, puede influir en cómo se experimenta la sexualidad. Podría considerarse una dificultad para el disfrute sexual ya que las mujeres con estrés tienen más dificultad para concentrarse en las sensaciones que las acercan al placer (Spector & Carey, 1990). Bodenmann et al. (2007) observaron que, si la persona tiene estrés crónico, experimenta menos satisfacción sexual en sus relaciones y realiza el acto sexual con menor frecuencia. En caso de que esa persona sea impulsiva la vulnerabilidad ante el estrés se potenciará y desencadenará en una mayor activación fisiológica propia del estrés en la cual se deteriora el control inhibitorio, generando un círculo vicioso en el cuál se genera más estrés aún y así sucesivamente. Bancroft et al. (2003) detectaron que, tanto en el estrés crónico como en el agudo, repercuten e impactan en el proceso hormonal responsable de generar tanto la excitación como el deseo sexual. Y es que también se puede observar el efecto que tiene el estrés en la sexualidad de la mujer siguiendo un enfoque fisiológico y hormonal, además de psicológico, ya que cuando existe estrés hay un aumento de cortisol tras las respuestas del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (Hamilton & Meston, 2013).

Con la incorporación de la mujer al mundo laboral, cada vez más mujeres experimentan estrés en sus relaciones y a nivel profesional. Ditzen et al. (2008) encontraron que este tipo de estrés predecía a un nivel significativo la disfunción sexual femenina. Para que una mujer se sienta satisfecha sexualmente su imagen corporal y la percepción que tiene de su autoeficacia también han de ser tomadas en consideración (Pazmany et al., 2013). Las autoras DeMaria y Berenson (2013) hallaron que al experimentar niveles mayores de estrés es más fácil que la mujer experimente una percepción negativa de sus genitales. En caso de que esto sucediera, el bienestar sexual de la mujer y su autoestima podrían verse afectados. Ya que si la mujer no está contenta consigo misma a nivel genital porque considera negativa su percepción genital, podría sentirse insatisfecha consigo misma en la relación sexual (Tylka & Hill, 2004).

Ridner (2004) llevó a cabo un estudio sobre las referencias bibliográficas durante 50 años sobre el distrés ya que observó que suele ser un concepto incrustrado en el término estrés, tensión o angustia dando lugar a confusión puesto que no es lo mismo. El estrés y el exceso de demandas percibidas pueden generar malestar psicológico o distrés ya que se experimenta un sufrimiento emocional muy profundo al sentir que no se pueden afrontar las demandas que la vida requiere y percibirlas como factores estresantes, los cuales generan frustración y sensación de malestar (Arvidsdotter et al., 2016). Cuándo la persona experimenta incomodidad, desmoralización, somatiza o se siente rota podría ser malestar psicológico el cuál se define como un constructo unificado y subjetivo en el que se puede percibir falta de control personal, autocrítica e incluso ira y es diferenciado del estrés saludable que hace accionar sin llegar a ser perjudicial (Carrozzino et al., 2023).

Enfocando el impacto del estrés en la sexualidad, distintos estudios han encontrado que, a mayor estrés, menor excitación sexual y menor deseo en la mujer. Entre los autores que estudiaron este impacto se encuentra Ter Kuile et al. (2010). Ellos estudiaron cómo inhiben realmente los estresores psicológicos la respuesta sexual. Para ello hicieron un grupo control mientras que a otro grupo de mujeres las indujeron a estrés psicológico agudo ante un estímulo erótico. Se las dividió en dos grupos uno de estrés crónico alto y otro bajo. Tal y como era de esperar, aquellas que respondían a un estrés agudo tenían menos excitación genital tanto sexual como subjetiva ante el estímulo erótico en comparación con las que no tenían estrés o tenían niveles bajos. Hamilton y Meston (2013) en su investigación observaron que las mujeres que tenían niveles más elevados de estrés obtuvieron puntuaciones más bajas en excitación genital. A su vez, obtuvieron mayor puntuación tanto en distracción cognitiva como en los niveles cortisol frente a aquellas mujeres que tenían niveles más moderados de estrés. Una vez más se ha vuelto a confirmar que el estrés disminuía la excitación sexual en las participantes.

Girouard et al. (2025) decidieron dar un paso más y estudiar el impacto del estrés no sólo a nivel individual, también el impacto en la relación de pareja y su intimidad sexual. Llegaron a la conclusión de que con el simple hecho de que uno de los dos miembros sufriera estrés, ya habría un impacto en ambos. Es decir, observaron que el estrés interfería en la intimidad, pero también en la sensación de sentirse apoyado por la otra persona impactando negativamente en la salud sexual de la pareja.

Bancroft et al. (2003) observaron que los mejores datos que predecían el distrés sexual o angustia sexual eran la relación emocional con la pareja durante el acto sexual y el bienestar emocional en general.

No se puede olvidar el impacto de la imagen corporal femenina en la mujer como se ha visto en apartados anteriores y cómo cuánto menos satisfecha está la mujer mayor es su angustia sexual siendo más probable la experiencia de distrés. Por ejemplo, en el estudio de Sönmez et al., 2024 encontraron una relación significativa y positiva entre el estrés sexual y las mujeres que se consideraban satisfechas tanto como con su imagen genital como, en general, con sus cuerpos tras haber sido madres. Mientras que aquellas mujeres que no se sentían satisfechas experimentaban mayor estrés sexual. Pazmany et al. (2013) observaron en su estudio con mujeres que sufrían dispareunia que ante la angustia o estrés a nivel sexual la autoimagen genital podrá ser no sólo más negativa, también podrá verse más susceptible ante una comparativa o valoración negativa. Esta percepción podría generar un impacto a nivel sexual en cómo las mujeres reaccionan ante los estímulos estresantes en esas situaciones (Herbenick et al., 2018). En el estudio de Brotto et al. (2009), se observó que aquellas mujeres con una percepción genital positiva experimentaban menos estrés en situaciones relacionadas con la sexualidad y afirmaban sentir mayor bienestar sexual. Ya que se ha hallado, a través de estudios longitudinales que cuándo se realizan terapias para aumentar la percepción genital positiva, se puede llegar a disminuir los niveles de estrés observando una función sexual más saludable en la mujer se pone de manifiesto la importancia de seguir generando investigaciones e intervenciones clínicas en esta dirección.

1.9.- **Planteamiento del problema de investigación**

La investigación en sexualidad y en psicología han mostrado un creciente interés en analizar y comprender cuáles son los factores que influyen en la mujer. Revisando la bibliografía se ha observado que gran parte de estos estudios se han centrado en la evaluación de síntomas concretos, trastornos específicos o en disfunciones sexuales, pero no han integrado los procesos emocionales subyacentes que podrían explicar la relación entre la vivencia subjetiva del cuerpo propio incluyendo la genitalidad, la experiencia genital y el malestar psicológico.

Los modelos actuales en psicología, en concreto, aquellos que tienen un enfoque transdiagnóstico, han reflejado que variables como la fusión cognitiva, la vergüenza, la regulación emocional y la disposición al mindfulness son relevantes en el malestar psicológico.

En lo que se refiere a la mujer, cómo vive su cuerpo y, en concreto su genitalidad, es especialmente relevante puesto que la influencia de factores socioculturales, simbólicos y del hecho de estar o no en pareja, podrían influirle en su experiencia corporal y, en especial, en la zona genital incluso si ha pasado más desapercibida en la literatura en comparación con los estudios que existen sobre la imagen corporal global. Incluso si la literatura ha demostrado la importancia de ciertas variables por separado, aún no está lo suficientemente claro si la percepción genital femenina es un factor directo del malestar psicológico o si su influencia se genera indirectamente por procesos emocionales, psicológicos y cognitivos. Es decir, hay una escasez en investigaciones que analicen de forma integrada la relación entre factores psicológicos y la percepción genital femenina. Tampoco hay modelos integradores que analicen el peso relativo en cada variable dentro de la experiencia psicológica de la mujer.

Es por ello que se encuentra necesario desarrollar un modelo integrador que facilite analizar y comprender la relación existente en percepción genital femenina, los procesos psicológicos transdiagnósticos y el malestar psicológico para comprender aún en mayor profundidad, los mecanismos implicados en la experiencia subjetiva de bienestar o malestar femenino.

La pregunta inicial de investigación sería: ¿Cuál es la relación existente entre percepción genital femenina, procesos psicológicos transdiagnósticos (regulación emocional, mindfulness, vergüenza y fusión cognitiva) y malestar psicológico?

Y las preguntas más específicas serían.

- ¿Existe relación entre percepción genital femenina y malestar psicológico?

- ¿Se asocia percepción genital femenina con las otras variables psicológicas?

- ¿Es la disposición al mindfulness un factor protector para las mujeres frente al malestar psicológico?

- ¿Cuáles son las variables psicológicas que podrían predecir mejor el malestar psicológico?

- ¿La percepción genital femenina predice de forma directa el malestar psicológico o su efecto es explicado a través de otras variables cognitivas y/o emocionales?

- ¿Es posible proponer un modelo integrador del malestar psicológico femenino basado en procesos psicológicos transdiagnósticos?

Capítulo 2. Objetivos e hipótesis.

2.1.- **Objetivo General**

Analizar en una muestra de mujeres el impacto en el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) de la imagen genital femenina, satisfacción con la apariencia genital, de las estrategias implementadas de desregulación emocional, de la vergüenza, de la disposición al mindfulness y de la fusión cognitiva.

2.2.- **Objetivos Específicos**

O_1 Comprobar el impacto de ciertas variables demográficas (estado de relación, la nacionalidad, la orientación sexual y el nivel de educación) en las variables del presente estudio.

O_2 Analizar la relación entre las variables predictoras del estudio, con sus subescalas, de la edad, la imagen genital femenina, satisfacción con la apariencia genital, la desregulación emocional, la vergüenza, la fusión cognitiva y de la disposición al mindfulness en el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) de la muestra de mujeres.

O_3 Testar la capacidad predictiva de las variables, con índice de correlación mayor a 0,3 (según Cohen es el mínimo recomendado para incluir factores en los análisis de la regresión), con la depresión, la ansiedad y el estrés.

2.3.- **Hipótesis**

H_1 La imagen genital femenina (FGSIS) predice el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) y está influenciado por el estado de relación (en pareja vs. sin pareja en la actualidad).

H_2 El estar en pareja va a mostrar diferencias significativas favorables con las que no lo están en los valores de las otras variables predictoras con una menor vergüenza existencial, menor fusión cognitiva, una menor puntuación en las diferentes subescalas de desregulación emocional y una mejor imagen genital y satisfacción con su apariencia.

H_3 Las mujeres con estudios universitarios tendrán un menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés), menos puntuarán en las subescalas de desregulación emocional, mayor tendencia a la disposición al mindfulness, menor vergüenza cognitiva, mayor fusión cognitiva y no influirá en la satisfacción e imagen genital femenina.

H_4 La nacionalidad no influirá en la variable de los estudios.

H_5 Las bisexuales tendrán una mayor satisfacción e imagen genital femenina que el resto de las orientaciones sexuales.

H_6 La edad se relaciona positiva y significativamente con la disposición al mindfulness, satisfacción y mejor imagen femenina; y, por su parte, una relación negativa y significativa con vergüenza, desregulación emocional y malestar psicológico.

H_7 A mayor satisfacción con la apariencia genital femenina (GAS) tendrá un menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés).

H_8 De las diferentes subescalas de desregulación emocional, la de bajas estrategias es la que tendrá un mayor impacto en el malestar psicológico de las mujeres.

H_9 La vergüenza existencial se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).

H_{10} La fusión cognitiva se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).

H_{11} A mayor disposición al mindfulness menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés).

H_{12} Las mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y estrés (DASS21) serán predichas por mayores puntuaciones de vergüenza existencial, fusión cognitiva, por todas las subescalas de la desregulación emocional y menor puntuaciones en disposición al mindfulness, menor satisfacción con la apariencia e imagen genitales femenina.

Capítulo 3. Metodología

3.1.- **Participantes**

Por muestreo incidental, a través de invitación, un total de 444 mujeres realizaron la investigación, con unas edades comprendidas entre los 17 y 70 años (*M*=40,23*; DT=10,70*) completaron de forma adecuada los cuestionarios, haciéndose cumplir lo programado y planificado para cumplir las directrices del comité ético, se verá en procedimientos. Además, se recogieron varias variables sociodemográficas como: la nacionalidad [española (84,5%); iberoamericana, que incluye a Brasil, (11,2%) y otras nacionalidades, mayoritariamente europeas (4%)]; sexualidad [se redujeron las opciones a heterosexuales (90,4%), bisexuales (8,1%) y homosexuales (1,3%)]; el estado civil, que se redujo a dos dimensiones [en pareja (59,9%) y sin pareja (39.9%), y dos participantes no contestaron a esta cuestión]; finalmente, la variable educación se redujo a [estudios universitarios (59.9%) y no universitarios (39,9%), una participante no contestó.

Tras estar de acuerdo con la participación y declarar en la casilla del consentimiento su participación rellenaban todos los cuestionarios. Cuando no clicaba en el consentimiento, entonces el formulario terminaba para la participante.

3.2.- **Las variables de estudio y cuestionarios de evaluación.**

3.2.1.- Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II, versión en castellano Ruiz et al., (2013).

Este cuestionario unidimensional fue diseñado para medir la inflexibilidad psicológica y la evitación experiencial, conceptos centrales de la Terapia de Aceptación y Compromiso. El objetivo de esta escala es evaluar el grado de dificultad que tienen las personas para contener realmente sus emociones, recuerdos dolorosos y pensamientos mientras permanecen en contacto con ellos en lugar de querer controlarlos o evitarlos. También evalúa hasta qué punto llegan a fusionarse con esos pensamientos, recuerdos o emociones.

En este estudio se aplicó la versión en castellano y validada en población española de Ruiz et al. (2013) compuesta por 7 ítems en escala tipo Likert donde 1 “nunca es verdad” y 7 “siempre es verdad”. Algunos ítems serían:

- “Tengo miedo de mis sentimientos”

- "Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena"

El total de la puntuación podría oscilar entre 7 y 49 puntos. Cada uno de los ítems muestran la tendencia a evitar emociones y pensamientos indeseados y cómo cuándo estos aparecen la persona no puede estar en el presente ni comportarse según sus valores por estos pensamientos y emociones. Como consecuencia, una mayor puntuación implica mayor inflexibilidad psicológica y mayor tendencia a controlar recuerdos aversivos o pensamientos que impliquen fusión cognitiva. Para investigación utilizamos la puntuación promediada, por lo que las puntuaciones van de 1 a 7.

Los datos obtenidos fueron muy similares a los encontrados en la versión original del AAQ-II. El alfa de Cronbach indica una fiabilidad alta ya que fue de 0,88 y la consistencia interna medida a través de las distintas muestras fue buena (entre $\alpha = 0,75$ y 0,93).

Este instrumento se aplica ampliamente en contextos clínicos para medir hasta qué punto las personas están atrapadas en sus emociones y pensamientos, pero también es ampliamente utilizado en investigación para evaluar la eficacia de los tratamientos basados en el mindfulness o en la Terapia de Aceptación y Compromiso.

3.2.2.- Desregulation emotional scale (DERS, Gratz & Roemer, 2004; versión validada al castellano de Hervás y Jódar (2008).

La Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS) fue creada por Gratz y Roemer (2004). Este instrumento se ha utilizado ampliamente para estudiar la desregulación emocional entendiéndola como la dificultad de las personas para gestionar eficazmente sus emociones. También incluye la dificultad de identificarlas, comprenderlas y aceptarlas. Tiene seis subescalas diferentes de los aspectos del proceso de la regulación emocional en los que pueden existir dificultades. Estas subescalas son:

- No-aceptación: Rechazo o atribución de un juicio negativo ante aquello que se siente o experimenta.

- Metas: Dificultad para conseguir metas y objetivos cuándo se está bajo la influencia de las emociones.

- Impulsividad: Ante la intensidad emocional, dificultad para contener los impulsos.

- Estrategias: Creer que no se tienen los recursos necesarios para ser capaz de afrontar los desafíos o la intensidad emocional.

- Consciencia: Dificultad para reconocer y atender las emociones o aquello que se siente.

- Claridad: Dificultad para comprender y tener claro las emociones que se experimentan.

En este estudio se ha empleado la adaptación validada al español por Hervás y Jódar (2008). Esta adaptación se ha realizado para la población general y conserva la estructura originaria. Se compone de 36 ítems en escala tipo Likert donde 1 es "casi nunca" y 5 "casi siempre". A mayor puntuación, mayor disposición a esa dificultad en la regulación emocional.

Tanto en la escala original de Gratz y Roemer (2004) como en la de Hervás y Jódar (2008) también obtuvieron propiedades psicométricas satisfactorias con una fiabilidad de α = .93 y en las subescalas entre .70 y .88. En este estudio se obtuvo una alta fiabilidad interna tal y como indica el coeficiente α de Cronbach global que fue de .91 mientras que en las subescalas la consistencia interna fue en Impulsividad α = 0,90; en Metas α = 0,86, en Consciencia α = 0,81, en Claridad α = 0,84, en Aceptación α = 0,91 y en Estrategias α = 0,88.

Dado que el DERS tiene diferentes números de ítems por factor, se promediaron las puntuaciones de cada subescala y el valor medio tiene un rango de 1 a 5.

Esta escala, dado que evalúa las dificultades de regulación emocional es un recurso muy útil para contextos de intervención ya que indica qué grado y en qué subescalas puede estar desregulada la persona. De hecho, hay múltiples estudios en los que se relacionan las puntuaciones altas en este instrumento con sintomatología clínica del tipo de conductas autolesivas, de depresión, ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria (Aldao et al., 2010).

3.2.3.- Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21, Antony et al., 1998, validada en castellano por Daza et al., 2002).

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21 (DASS-21) desarrollada por Antony et al. (1998) se desarrolló a continuación del DASS original que tenía 42 ítems cuyos autores fueron Lovibond y Lovibond (1995). Es uno de los autoinformes más utilizados para la medición del distrés o malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) proporcionando medidas generales y específicas de síntomas emocionales con significado teórico (Crawford & Henry, 2003). Se han realizado diversas adaptaciones y estudios en muestras hispanohablantes. La primera de ellas fue validada por Daza et al. (2002) al castellano con muestras hispanohablantes y aplicada en este

estudio. A lo largo de los años esta escala en sus múltiples versiones se ha aplicado tanto en clínica como en investigación con buenas propiedades psicométricas (Brown et al., 1997).

El instrumento se compone de 21 ítems con siete ítems por factor. Cada ítem se mide en escala tipo Likert de 0 (no aplica en absoluto) a 4 (si aplica la mayoría del tiempo) en cada una de los tres factores:

-Depresión: Evalúa la sintomatología afectiva como la desmotivación, disforia, baja autoestima, desesperanza, devaluación de la vida y anhedonia.

- Ansiedad: Evalúa la hipervigilancia, el miedo anticipatorio, pánico, tensión musculoesquelética y la activación fisiológica.

- Estrés: Analiza la impaciencia, la sobrecarga emocional, hiperactivación crónica inespecífica, la irritabilidad, el nerviosismo y la tensión.

Los participantes han de responder al grado en que ocurrió durante la última semana la afirmación en concreto relacionada con la depresión, la ansiedad o el estrés. Aunque la estructura factorial jerárquica se compone de tres factores (Depresión, Ansiedad y Estrés) también existe un factor de segundo orden de síntomas emocionales o distrés psicológico. Al sumar las puntuaciones de cada ítem correspondiente a cada subescala se haya la puntuación específica de la misma. Sin embargo, al sumar todas las puntuaciones se obtendrá el indicador general de síntomas emocionales de malestar psicológico.

La versión de Daza et al., (2002) tuvo un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach alto para la depresión 0,93 – 0,95, para la ansiedad 0,80 – 0,86 y para el estrés 0,91 mientras que la de Antony et al. (1998) demostró un coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach alto para la depresión 0,92, para la ansiedad 0,81 y para el estrés 0,88 replicándose resultados similares en investigaciones previas.

Para este estudio se encontró una excelente consistencia interna en esta muestra ($\alpha = 0,95$) con valores altos en cada subescala afirmando que es un instrumento idóneo para la evaluación en mujeres adultas del bienestar emocional.

La escala ha correlacionado de forma estadísticamente significativa con medidas de calidad de vida y salud mental observándose cambios tras los tratamientos psicológicos. Al ser clara y breve además de estar adaptada a distintas poblaciones hacen que esta escala sea recomendable tanto para la evaluación clínica como para la investigación.

3.2.4.- Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003).

Es una escala unidimensional desarrollada por Brown y Ryan (2003) que evalúa la dimensión atencional del mindfulness como rasgo y la frecuencia con las que las personas se distraen o actúan de forma autómata. Mide disposición al mindfulness o de estar atento a la experiencia que está ocurriendo en ese momento presente (tanto a nivel interior como exterior) sin que se tenga que hacer nada más especial que observar lo que ocurre sin juicios ni valoraciones (Araya-Vargas et al., 2009; Caycho-Rodríguez et al., 2019; Soler et al., 2012). En este estudio se empleó la versión de Soler et al. (2012) con excelente consistencia interna y validez factorial en población de habla hispana. Esta escala es unidimensional y, a diferencia de otros instrumentos, se centra exclusivamente en la consciencia sostenida en lugar de en la compasión o la aceptación.

En el estudio original de Brown y Ryan (2003) se encontró una alta consistencia interna de 0,82. En la traducción al castellano de Araya-Vargas et al. (2009) se halló un coeficiente de fiabilidad de 0,88 y una varianza muy buena de 0,83. También se encontraron buenas puntuaciones en la adaptación de Soler et al. (2012) al castellano ya que los coeficientes fueron entre 0,80 y 0,90 tanto en la población clínica como en población general. En este estudio el α de Cronbach fue de 0,87 lo cual refleja una excelente fiabilidad interna.

Cuanta más puntuación tuviera la participante, reflejaría una mayor disposición al mindfulness o consciencia. Cada ítem estudia la frecuencia con la que la persona ha experimentado la pregunta en cuestión.

Ejemplos de ítems incluyen:

- "Me doy cuenta de que mis pensamientos se alejan sin que yo me dé cuenta".
- "Hago las cosas sin darme cuenta de lo que estoy haciendo".
- - "Encuentro difícil mantenerme centrado en lo que ocurre en el presente".

En numerosos estudios se ha observado que los niveles de ansiedad, depresión y estrés se reducían cuando existía una mayor disposición al mindfulness al igual que la satisfacción con la vida, el bienestar psicológico y la regulación emocional eran mejores a mayor atención plena (Baer et al., 2006; Keng et al., 2011).

En concreto este instrumento ha sido una escala para predecir la flexibilidad psicológica, la resiliencia y la capacidad adaptativa en ambientes de intervención terapéutica y clínica. Es por ello que se ha incluido en este estudio ya que estudiar cómo podría proteger ante el malestar

emocional de la mujer su disposición al mindfulness era uno de los objetivos dentro del encuadre de los modelos de tercera generación, las terapias basadas en el mindfulness y la Terapia de Aceptación y Compromiso.

3.2.5.- SHAME (Evaluación de diferentes dimensiones de la propensión a la vergüenza, (Scheel et al., 2013) Balsamo et al., 2015).

Este cuestionario se centra en un análisis multidimensional para medir la experiencia general de la vergüenza a través de tres factores: vergüenza corporal y vergüenza cognitiva (las cuales muestran aspectos adaptativos de la misma) y vergüenza existencial (que, en contraposición, expone un aspecto desadaptativo de la misma). Andrews et al. (2002) desarrollaron esta escala para captar la frecuencia y la intensidad con la que la persona experimentaba vergüenza en su vida cotidiana ya fuese relacionada con su cuerpo, con su carácter o con su comportamiento.

La "Vergüenza corporal" es aquella que puede sentir la persona en relación con su cuerpo, apariencia o por sentirse expuesta. Refleja la tendencia a experimentar vergüenza cuándo alguien no alcanza el ideal físico (sea del rostro, del cuerpo, en la sexualidad o incluso en la intimidad) o al considerar que no puede controlar la exposición de su cuerpo en situaciones que le parecen incómodas o inadecuadas.

La "Vergüenza cognitiva o vergüenza del comportamiento" es aquella que surge cuando la persona no alcanza ni cumple los ideales morales, cognitivos o con las competencias esperadas. Puede incluso sentirse en una posición de exclusión social a pesar de que algunas de estas acciones pudieran pertenecer al pasado puesto que la persona las viviría como humillantes, inadecuadas o incorrectas.

Por último, la “Vergüenza existencial o del yo" es aquella que la persona experimenta consigo misma debido a que tiene una autoevaluación negativa con una sensación interior que la lleva a experimentar ser una persona insuficiente, indeseable, avergonzada e inútil.

Algunos de los ítems de este autoinforme escala son:

- “Me he sentido avergonzada por cómo luce mi cuerpo”.
- “A menudo me he sentido inferior a los demás”.
- “He querido esconderme después de cometer errores”.

Es una escala de 21 ítems calificados en una escala tipo Likert de 6 puntos oscilante entre "0" (no me avergüenza en absoluto) y "5" (me avergonzaría en extremo). Hay 7 ítems por subescala y en cada uno de ellos se describe un escenario puntual ante el cual se le pide a cada participante que describa el grado de intensidad con el que sentiría vergüenza en esa situación. A mayor puntuación, mayor propensión a la vergüenza experimentada. En el presente estudio también se promediaron las puntuaciones, siendo el rango entre 0 y 6.

En este estudio se ha utilizado la versión original Scheel et al. (2013) traducida y adaptada al castellano por el método de traducción-retro traducción para mantener la equivalencia semántica y conceptual. A nivel estadístico, los niveles de consistencia interna fueron aceptables en cada factor: Corporal: $\alpha = 0,80$; Cognitiva: $\alpha = 0,76$; Existencial: $\alpha = 0,78$., a su vez, la fiabilidad indicó una consistencia interna bastante alta con un coeficiente total de $\alpha = 0,92$. Estos datos son coincidentes con la validación de Andrews et al. (2002) cuyos índices de fiabilidad llegaban a superar 0,90

Esta escala ha sido incluida en esta investigación para medir el papel que tiene la vergüenza como posible variable mediadora entre la percepción corporal y genital de la mujer y su salud psicológica para así poder comprender mejor el impacto emocional de la autoimagen genital femenina. En numerosos estudios se ha relacionado la vergüenza con las dificultades interpersonales, la baja autoestima, la disfunción sexual, la evitación social, el trastorno del estado de ánimo y el trauma complejo (Gilbert, 2003; Luoma et al., 2011; Tangney & Dearing, 2002;). De hecho, la internalización de la vergüenza es un factor que puede predecir, especialmente en mujeres, el malestar psicológico.

3.2.6.- Escala de Satisfacción con la Apariencia Genital o Genital Appearance Satisfaction Scale, GAS (Bramwell & Morland, 2009).

Esta escala se diseñó por Bramwell y Morland (2009) para medir el grado de satisfacción con el que las mujeres de población general se sienten en relación con la apariencia de sus genitales. Desarrollaron este instrumento para obtener información más específica sobre el impacto emocional, visual y estético de la mujer sobre su propia vulva. Es por ello que en esta investigación ha aportado un punto de vista muy importante para conocer en mayor profundidad este impacto.

Los once items de la escala se subdivieron en tres factores: “Apariencia genital”, “Impacto en la vida diaria” e “Impacto en la sexualidad”. Las puntuaciones del GAS se correlacionaron muy significativamente con los esquemas de apariencia genital (r=28, p<0,01), satisfacción corporal (r=30, p<0,01) y autoestima (r=41, p<0,01). Su alpha de Crobanch fue 0,82.

Algunos items han sido:

Factor 1: Apariencia genital:

- Considero que mis labios son demasiado grandes.

- Estoy satisfecha con la apariencia de mis genitales.

Factor 2: Impacto en la vida diaria

- Experimento irritación en mis labios la hacer ejercicio o caminar.

- Considero que mis genitales son demasiado visibles debajo de la ropa fina.

Factor 3: Impacto en la sexualidad

- Estoy preocupada por la apariencia de mi área vaginal.

- Siento, o me he sentido, con consciencia sobre mis genitales en situaciones en situaciones sexuales.

3.2.7.- La Escala de Autoimagen Genital Femenina - Femenine Genital Image Scale (FGSIS; Herbenick & Reece, 2010).

Se utilizó para evaluar la autoimagen genital femenina. Mide cómo las mujeres perciben diversos aspectos de sus genitales y su grado de satisfacción, aceptación y comodidad en relación a estos aspectos incluyendo forma, tamaño, olor y apariencia, entre otros. Este instrumento consta de siete ítems los cuáles fueron traducidos por un nativo bilingüe y que tienen como objetivo calificar la relación tanto objetiva como subjetiva que tiene la mujer con sus genitales. Cada ítem oscilaba en una escala tipo Likert entre 0 “muy en desacuerdo” y 4 “muy de acuerdo” siendo la puntuación entre 7 y 28 dónde a mayor puntuación mayor autoimagen genital positiva.

Un ejemplo de ítem sería:

– “Me siento satisfecha con el aspecto de mis genitales”.

Los resultados de las propiedades psicométricas del instrumento han resultados bastante satisfactorios con una consistencia interna satisfactoria (α = 0,88 - α = 0,91). En este estudio se encontró una consistencia interna aceptable de la FGSIS (α = 0,95) muy elevada existiendo una homogeneidad muy alta entre los ítems para medir la autoimagen genital femenina. Tanto su consistencia interna como su validez de constructo y fiabilidad test-retes las distintas adaptaciones que se han realizado han sido altas situándola como una escala altamente recomendable en investigaciones como esta y conocer en mayor profundidad la función sexual y los aspectos relacionados con la genitalidad femenina.

3.3.- **Procedimiento**

Los datos se recogieron durante los meses de junio, julio y agosto de 2023 tanto en formato online Google Form como de forma presencial. A las participantes se les informaba del objetivo de la investigación y de los beneficios de participar en la misma. A su vez, se les solicitaba la participación de forma voluntaria y anónima. Y, en caso de decidir participar, cumplimentarían la ley de protección de datos y ya procedían a los datos sociodemográficos y las escalas.

El proyecto fue presentado ante el Comité de Ética de Experimentación no Biomédica y con Organismos Modificados Genéticamente (CEENB-OMGs 008_2024) de la Universidad de Cádiz obteniendo la calificación de favorable.

3.4.- **Diseño de Investigación.**

Con la finalidad de alcanzar los objetivos y verificar la confirmación o la refutación de las distintas hipótesis planteadas, el diseño de investigación seleccionado fue cuantitativo no experimental y empírico de corte transversal correlacional. Su alcance fue descriptivo y predictivo con la recogida de datos en un momento concreto.

3.5.- **Análisis de datos.**

La base de datos fue tratada con el programa estadístico IBM SPSS Statistics para Windows en su versión 24.0. (2016) y el Jamovi (The Jamovi Project, 2022). Los casos con valores perdidos se excluyeron gracias al *listwise deletion* para asegurar que los resultados eran válidos con este criterio de exclusión por análisis.

Con el objetivo de comprobar las distintas hipótesis planteadas en este estudio se realizaron las siguientes pruebas estadísticas:

El análisis inicial se llevó a cabo para focalizar las decisiones tomadas a nivel estadístico con las pruebas elegidas a posteriori y evaluar las distribuciones encontradas. De este modo se podría obtener un acercamiento a la tendencia de las variables, a cuáles son las características básicas de la muestra y cómo se distribuyen las mismas. Para ello se llevó a cabo un análisis unidimensional y exploratorio. Siguiendo la propuesta de Tukey (1977) se realizó el cálculo de desviaciones típicas (dispersión), asimetrías y curtosis (forma) y la media (tendencia central de la muestra) a través del análisis descriptivo de cada variable: Percepción Genital Femenina con el FGSIS y el GAS, Fusión Cognitiva (AAQ-II), Disposición al Mindfulness (MAAS), Desregulación Emocional con sus distintas dimensiones (DERS), Vergüenza (SHAME) y Malestar Psicológico incluyendo Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).

A continuación, se analizará la fiabilidad y la consistencia interna de cada escala del estudio a través del coeficiente del alfa de Cronbach para cada escala y sus distintas dimensiones. Este coeficiente ofrece datos sobre el grado de precisión en el que cada ítem mide exactamente el constructor al que se refiere a través de la homogeneidad o heterogeneidad del mismo dentro de la escala en cuestión.

Gracias a estos análisis a través del SPSS con el procedimiento *reliability* se pudo validar la calidad psicométrica del estudio y sus datos. Se obtuvo una fiabilidad adecuada ya que todos los valores evaluados superaron el límite recomendado por Nunnally y Bernstein (1994) de 0,70.

Ya que se requería examinar si existían o no diferencias significativas entre ciertas variables en base a los datos sociodemográficos como el nivel de educación, la orientación sexual, la edad, el estado civil o la edad, se realizaron pruebas no paramétricas de comparación entre grupos de más de dos dimensiones con el Kruskal-Wallis.

En el caso de que haya dos dimensiones, y si cumplen los requisitos paramétricos se usará la t de Student, o en su defecto la U de Mann-Whitney. Estos casos serán estudios universitarios y estar o no en pareja. Con anterioridad se verificará la igualdad de varianzas con la prueba de Levene observando así las diferencias de medias, tamaños del efecto a través de la *d* Cohen d y los intervalos de confianza (Cohen, 1988).

Se realizarán correlaciones bivariadas de Pearson, si se cumplen los requisitos normativos, para aquellas hipótesis en las que se relacionaban variables continuas (entre H_6 y H_{11}) y las relaciones entre variables cuantitativas ya que las variables que se analizaron tenían el nivel de intervalo con una distribución normal. Este es el coeficiente adecuado ya que mide tanto la dirección como la fuerza de la relación lineal existente entre los pares de variables (Schoeber et al., 2018).

Para aquellos casos en los que los supuestos de normalidad estaban comprometidos se realizaron las correlaciones de Spearman puesto que daba consistencia a los resultados.

A nivel estadístico se respetará un nivel de significación de $p < 0,05$. En las comparaciones múltiples y para disminuir el error tipo I se realizaron las correcciones post hoc de Bonferroni mientras que para la interpretación de los tamaños del efecto se siguió el criterio de Cohen (1988): pequeños ($d = 0,20$, $r = 0,10$; $\eta^2 = 0,01$), medianos ($d = 0,50$, $r = 0,30$; $\eta^2 = 0,06$) y grandes ($d = 0,80$, $r = 0,50$; $\eta^2 = 0,14$).

Por último, se decidió analizar los efectos que podrían tener las distintas variables independientes de forma conjunta sobre el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés). De este modo se podrían encontrar las variables claves para una intervención psicológica. Para ello se llevó a cabo el análisis de regresión jerárquica con términos de interacción, es decir, regresión lineal múltiple por pasos ($H_6 – H_{12}$).

El objetivo de aplicar esta técnica es determinar cómo afecta una variable independiente sobre la dependiente y si podría variar en función de otras variables. Es decir, ver si la experiencia de las mujeres ante el malestar psicológico se pudiera explicar además de por los efectos individuales, también por la combinación de los factores sociodemográficos, cognitivos y emocionales. Para ello se llevaron a cabo la construcción de tres modelos concretos para cada dimensión de malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) incluyendo las variables relevantes expuestas en el marco teórico.

Para las hipótesis de la 8 a la 12 que reflejaban un carácter predictivo se llevaron a cabo las regresiones lineales múltiples a través del método de introducción forzada, agregando a su vez todos los predictores teóricos.

En resumen, se incluyeron en este estudio los análisis estadísticos con procedimientos correlacionales, descriptivos, comparativos y predictivos ante cada una de las distintas hipótesis. De tal modo que se abordaron no sólo diferencias entre los distintos grupos, también las relaciones existentes entre las variables sexuales y psicológicas con fiabilidad y resultados.

Capítulo 4. Resultados

4.1.- Análisis descriptivo y exploratorio.

La Tabla 1 refleja los estadísticos descriptivos de centralidad, de dispersión y de forma de todas las variables con intervalo de confianza de 95%. Los histogramas de frecuencias muestran signos de asimetría y curtosis de todas las variables.

Tabla 1
Descriptivos de tendencia central de "estar o no en relación de pareja" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables del Estudio	Pareja o no en pareja											
	En pareja (n=288, 64'7%)				Sin pareja (n= 156, 38'1%)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
PERCEPCIÓN GENITAL FEMENINA (FGSIS= 1 'Totalmente en desacuerdo' a 4 'totalmente de acuerdo' y el GAS 0 'Nunca' a 3 'Siempre'). AG: Apariencia Genital; ID: Impacto en la vida diaria; IS: Impacto Sexual												
FGSIS	3,87	,89	-,89	,17	3,78	,92	-,52	-,57	3,84	,90	-,75	-,14
AG_GAS	,71	,72	1,08	,63	,80	,74	,72	-,42	,74	,73	,94	,19
ID_GAS	,80	,68	,64	-,47	,71	,62	,69	-,20	,77	,66	,67	-,37
IS_GAS	,71	,53	,49	,11	,83	,67	,60	-,27	,75	,58	,61	,13
FUSIÓN COGNITIVA (FC) (AAQ 1'Nunca es verdad' – 5 "Siempre es verdad") y DISPOSICIÓN AL MINDFULNESS (DM) (MAAS 1 'Casi siempre' a 5 'Casi nunca')												
FC_AAQ	3,48	1,43	,43	-,77	3,84	1,47	,20	-,85	3,60	1,46	,34	-,82
DM_MAAS	3,73	1,07	-,03	-,77	3,67	,96	-,18	-,72	3,71	1,03	-,06	-,73
DESREGULACIÓN EMOCIONAL (DERS 1 'Casi nunca' a 5 'Casi siempre'). IN: Inconsciencia; IM: Impulsividad; NA: No aceptación; NCM: No compromiso con las metas; NC: Falta de claridad y BE: Bajas Estrategias												
IN_DERS	2,33	,83	,69	-,04	2,30	,86	,65	-,08	2,31	,84	,67	-,07
IM_DERS	2,43	1,03	,65	-,44	2,33	,91	,42	-,65	2,4	,99	,61	-,42
NA_DERS	2,50	1,07	,50	-,64	2,51	1,06	,46	-,69	2,50	1,06	,48	-,67
NCM_DERS	3,02	1,02	-,03	-,90	3,07	,91	-,03	-,40	3,04	,98	-,04	-,75

NC_DERS	2,01	,78	,80	,69	2,20	,89	,70	,26	2,07	,82	,79	,57
BE_DERS	2,25	,97	,73	-,20	2,28	,89	,49	-,55	2,26	,94	,66	-,30
VERGÜENZA (SHAME 0 'No me avergüenza en absoluto' a 6 'Me avergonzaría en extremo')												
Corporal	2,86	1,34	,13	-,74	2,80	1,32	,23	-,57	2,84	1,33	,16	-,69
Cognitiva	4,2	1,04	-,78	,54	4,06	1,05	-,45	-,53	4,17	1,04	-,66	,10
Existencial	1,21	,99	1,4	2,77	1,10	,90	1,22	1,44	1,17	,96	1,36	2,45
MALESTAR PSICOLÓGICO (DASS21 0 'No me ha ocurrido' y 3 'Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo')												
Depresión	,97	,78	,74	-,43	1,13	,80	,60	-,51	1,02	,79	,68	-,47
Ansiedad	1,02	,75	,54	-,62	1,11	,72	,57	-,46	1,05	,74	,54	-,58
Estrés	1,42	,78	,09	-,95	1,43	,72	,12	-,97	1,42	,76	,10	-,94

Para comprobar las diferencias estadísticamente significativas de las variables del estudio en relación con el hecho, en el momento del estudio, de estar o no en pareja se realizó una prueba de t de Student-Fisher para verificar qué variables mostraron diferencias estadísticamente significativas. En este estudio, las variables que mostraron diferencias fueron: *Impacto en la sexualidad, fusión cognitiva, no claridad y depresión.* En la Tabla 2, se muestran los estadísticos encontrados en las comparaciones de las variables significativas en relación con estar en pareja o no.

Tabla 2

Prueba de Levene y t de Student entre "tener o no pareja "y las variables del estudio. Se describen sólo aquellas que fueron significativas las diferencias entre grupos.

Variables del Estudio	Levene		T de Student Fisher						
	F	Sig.	t	gl	Sig.	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
								Inferior	Superior
IS_GAS	11,66	,001	-1,95	263,81	,05	-,12	,06	-,242	,001
FC_AAQ	,13	,720	-2,55	443	,01	-,37	,14	-,65	-,08
NC_DERS	3,875	,050	-2,41	443	,02	-,20	,08	-,355	-,038
Depresión	,101	,75	-2,03	443	,04	-,16	,08	-,31	-,005

IS_GAS: Impacto Sexual; FC_AAQ: Fusión cognitiva; NC_DERS: Falta de Claridad

En el caso de la variable *Impacto sexual*, una vez corregida la igualdad de varianzas, la p fue no significativa, sino residual (p=0,053).

La Tabla 3A y 3B recogen los resultados descriptivos con la variable nacionalidad.

Tabla 3A

Descriptivos de tendencia central de la variable "nacionalidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables	Española (n= 377)				Iberoamericana (n=50)				Otros/Europa (n=18)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
PERCEPCIÓN GENITAL FEMENINA (FGSIS= 1 'Totalmente en desacuerdo' a 4 'totalmente de acuerdo' y el GAS 0 'Nunca' a 3 'Siempre'). AG: Apariencia Genital; ID: Impacto en la vida diaria; IS: Impacto Sexual																
FGSIS	3,85	,88	-,75	-,08	3,95	,96	-1,14	,78	3,40	1,12	,15	-1,49	3,84	,9	-,75	-,14
AG_GAS	,73	,71	,98	,36	,69	,76	1,07	,14	1,12	,81	,19	-,81	,74	,73	,94	,19
ID_GAS	,77	,65	,70	-,23	,74	,70	,61	-,86	,87	,70	,33	-1,07	,77	,66	,67	-,37
IS_GAS	,74	,57	,67	,35	,85	,67	,40	-,66	,87	,53	-,08	-,87	,75	,58	,61	,13
FUSIÓN COGNITIVA (FC) (AAQ 1'Nunca es verdad' – 5 "Siempre es verdad") y DISPOSICIÓN AL MINDFULNESS (DM) (MAAS 1 'Casi siempre' a 5 'Casi nunca')																
FC_AAQ	3,63	1,6	,31	-,86	3,48	1,45	,57	-,25	3,36	1,46	,59	-1,1	3,60	1,46	,34	-,82
DM_MAAS	3,72	1	-,08	-,66	3,74	1,21	-,15	-,98	3,26	1,07	,62	-,65	3,71	1,03	-,07	-,73
DESREGULACIÓN EMOCIONAL (DERS 1 'Casi nunca' a 5 'Casi siempre'). IN: Inconsciencia; IM: Impulsividad; NA: No aceptación; NCM: No compromiso con las metas; NC: Falta de claridad y BE: Bajas Estrategias																
IM_DERS	2,31	,82	,61	-,13	2,32	,96	,99	,33	2,46	,91	,63	-,75	2,32	,84	,67	-,07
NA_DERS	2,39	,98	,61	-,37	2,40	1,06	,53	-,72	2,4	1,07	,83	-,07	2,40	,99	,61	-,42
NCM_DERS	2,50	1,07	,53	-,60	2,43	1,12	,43	-1,05	2,68	,85	-60	-,05	2,50	1,06	,48	-,67
NC_DERS	3,07	,96	-,02	-,76	2,77	1,03	,20	-,60	3,17	1,18	-,65	-,55	3,04	,98	-,04	-,75
BE_DERS	2,08	,82	,81	,64	2,07	,84	,72	,36	1,91	,74	,30	-1,21	2,07	,82	,79	,57
IM_DERS	2,28	,95	,62	-,40	2,04	,84	,59	-,51	2,36	1,00	1,28	1,85	2,26	,94	,66	-,3

Tabla 3B

Descriptivos de tendencia central de la variable "nacionalidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables	Española (n= 377)				Iberoamericana (n=50)				Otros/Europa (n=18)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
VERGÜENZA (SHAME 0 'No me avergüenza en absoluto' a 6 'Me avergonzaría en extremo')																
Corporal	2,80	1,35	,19	-,68	3,01	1,29	,06	-,75	3,06	1,12	,08	-1,04	2,84	1,33	,16	-,69
Cognitiva	4,13	1,04	-,56	-,10	4,32	1,13	-1,10	1,39	4,47	,77	-1,73	4,32	4,17	1,04	-,65	,10
Existencial	1,14	,95	1,41	2,77	1,28	1,07	1,31	1,7	1,58	,83	,93	1,56	1,17	,96	1,36	2,45
MALESTAR PSICOLÓGICO (DASS21 0 'No me ha ocurrido' y 3 'Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo')																
Depresión	1,03	,82	,67	-,55	1,00	,66	,52	-,41	,88	,59	,59	-1,01	1,02	,79	,68	-,47
Ansiedad	1,07	,76	,52	-,65	,98	,65	,68	-,09	1,03	,58	-,12	-,85	1,05	,74	,54	-,57
Estrés	1,44	,77	,07	-,95	1,28	,66	,10	-,10	1,38	,73	,17	-1,2	1,42	,76	,10	-,94

Para comprobar las diferencias de los tres grupos de la variable nacionalidad se realizó una prueba de Kruskal-Wallis con las diferentes variables del estudio. La única variable que mostró diferencias significativas fue la de *vergüenza existencial* con una X^2=6,92 y una p=0,031. Donde las no españolas o iberoamericanas obtuvieron una mayor puntuación.

Las Tablas 4A y 4B se corresponden, finalmente, con la *sexualidad;* y la Tabla 5 con la variable de *estudios*.

Tabla 4A
Descriptivos de tendencia central de la variable "sexualidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables	Heterosexual (n= 403)				Bisexual (n=34)				Homosexual (n=6)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
PERCEPCIÓN GENITAL FEMENINA (FGSIS= 1 'Totalmente en desacuerdo' a 4 'totalmente de acuerdo' y el GAS 0 'Nunca' a 3 'Siempre'). AG: Apariencia Genital; ID: Impacto en la vida diaria; IS: Impacto Sexual																
FGSIS	3,81	,91	-,69	-,27	4,17	,74	-1,57	3,10	4,10	,50	-,97	-,37	3,84	,90	-,75	-,14
AG_GAS	,75	,73	,94	,19	,63	,73	1,24	,69	,94	,50	,20	-1,67	,74	,73	,94	,19
ID_GAS	,76	,65	,70	-,28	,87	,703	,26	-1,10	1,03	,91	,76	,02	,77	,66	,67	-,37
IS_GAS	,77	,59	,59	,18	,60	,62	,86	,10	,82	,75	1,30	2,38	,75	,58	,61	,13
FUSIÓN COGNITIVA (FC) (AAQ 1'Nunca es verdad' – 5 "Siempre es verdad") y DISPOSICIÓN AL MINDFULNESS (DM) (MAAS 1 'Casi siempre' a 5 'Casi nunca')																
FC_AAQ	3,64	1,47	,33	-,86	3,24	1,40	,54	-,54	3,36	,80	-,73	1,97	3,61	1,46	,34	-,82
DM_MAAS	3,70	1,04	-,04	-,75	3,75	,94	-,48	-,48	3,85	,73	-,43	-1,83	3,71	1,03	-,07	-,72
DESREGULACIÓN EMOCIONAL (DERS 1 'Casi nunca' a 5 'Casi siempre'). IN: Inconsciencia; IM: Impulsividad; NA: No aceptación; NCM: No compromiso con las metas; NC: Falta de claridad y BE: Bajas Estrategias																
IM_DERS	2,34	,84	,63	-,15	2,08	,77	1,37	2,24	2,28	,72	-,46	-,30	2,32	,84	,67	-,07
NA_DERS	2,40	1,00	,56	-,51	2,33	,94	1,12	,91	2,28	,48	,65	-1,22	2,40	,99	,61	-,42
NCM_DERS	2,55	1,06	,42	-,73	2,01	,97	1,21	1,16	2,64	1,24	1,78	3,30	2,50	1,06	,44	-,67
NC_DERS	3,04	1,00	-,07	-,79	2,93	,88	,66	-,05	3,37	,50	-,31	-,00	3,04	,98	-,04	-,75
BE_DERS	2,09	,819	,75	,49	1,89	,87	1,38	2,66	1,80	,87	,86	-,29	2,07	,82	,79	,57
IM_DERS	2,27	,95	,63	-,34	2,18	,85	,97	,10	2,12	,67	,93	1,83	2,27	,946	,66	-,30

Tabla 4B
Descriptivos de tendencia central de la variable "sexualidad" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables	Heterosexual (n= 403)				Bisexual (n=34)				Homosexual (n=6)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
VERGÜENZA (SHAME 0 'No me avergüenza en absoluto' a 6 'Me avergonzaría en extremo')																
Corporal	2,88	1,34	,12	-,70	2,28	1,16	,38	-,64	3,21	1,45	,88	,91	2,84	1,33	,16	-,69
Cognitiva	4,21	1,04	-,71	,18	3,73	,96	-,39	,46	3,95	,89	,07	-2,21	4,17	1,04	-,66	,10
Existencial	1,21	,97	1,33	2,44	,77	,71	1,74	3,80	1,52	1,16	1,03	-1,27	1,17	,96	1,36	2,45
MALESTAR PSICOLÓGICO (DASS21 0 'No me ha ocurrido' y 3 'Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo')																
Depresión	1,04	,80	,68	-,51	,88	,74	,78	,04	1,01	,73	,56	-1,62	1,02	,79	,68	-,47
Ansiedad	1.07	.75	.51	-.60	.90	.68	.92	.09	1.06	.72	.58	.29	1.05	.74	.54	-.58
Estrés	1.44	.77	.09	-.96	1.25	.72	.15	-.93	1.33	.47	-.88	.05	1.4	.76	.10	-.94

La prueba de Kruskall-Wallis mostró diferencias significativas, si bien con la limitación de ser un grupo pequeño, del grupo de las mujeres con orientación homosexual obtuvieron mayores resultados en *no-aceptación en el DERS* (X^2=9,57, p=0,008) y en las tres subescalas del test SHAME: *cognitiva* (X^2=9,24, p=0,01), *corporal* (X^2=6,88, p=0,032) y *existencial* (X^2=8,35, p = 0,015).

Tabla 5

Descriptivos de tendencia central de la variable "estudios" para cada una de las variables del estudio. Media (M), desviación tipo (DT), asimetría (A) y curtosis (C). Siendo n (tamaño muestral del grupo).

Variables del Estudio	Estudios											
	Universitarios (n=267)				No universitarios (n= 178)				Total			
	M	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***	***M***	***DT***	***A***	***C***
PERCEPCIÓN GENITAL FEMENINA (FGSIS= 1 'Totalmente en desacuerdo' a 4 'totalmente de acuerdo' y el GAS 0 'Nunca' a 3 'Siempre'). AG: Apariencia Genital; ID: Impacto en la vida diaria; IS: Impacto Sexual												
FGSIS	3,82	,92	-,81	-,06	3,89	,87	-,64	-,36	3,84	,90	-,75	-,14
AG_GAS	,74	,76	1,01	,24	,74	,67	,78	-,03	,74	,73	,94	,19
ID_GAS	,75	,65	,69	-,38	,79	,67	,64	-,32	,77	,66	,67	-,37
IS_GAS	,74	,57	,62	,23	,77	,611	,59	,01	,75	,58	,61	,13
FUSIÓN COGNITIVA (FC) (AAQ 1'Nunca es verdad' – 5 "Siempre es verdad") y DISPOSICIÓN AL MINDFULNESS (DM) (MAAS 1 'Casi siempre' a 5 'Casi nunca')												
FC_AAQ	3,57	1,44	,36	-,77	3,66	1,48	,32	-,95	3,61	1,46	,34	-,82
DM_MAAS	3,59	1,03	-,02	-,62	3,89	1,01	-,13	-,89	3,71	1,03	-,07	-,73
DESREGULACIÓN EMOCIONAL (DERS 1 'Casi nunca' a 5 'Casi siempre'). IN: Inconsciencia; IM: Impulsividad; NA: No aceptación; NCM: No compromiso con las metas; NC: Falta de claridad y BE: Bajas Estrategias												
IN_DERS	2,32	,87	,66	-,19	2,31	,78	,69	,15	2,31	,84	,67	-,07
IM_DERS	2,35	,97	,54	-,50	2,46	1,03	,67	-,40	2,40	,99	,60	-,42
NA_DERS	2,52	1,06	,45	-,68	2,47	1,07	,54	-,62	2,50	1,06	,48	-,67
NCM_DERS	3,05	,98	-,04	-,77	3,01	,99	-,05	-,72	3,04	,98	-,04	-,75
NC_DERS	2,06	,82	,91	,76	2,10	,82	,62	,36	2,07	,82	,79	,57
BE_DERS	2,29	,95	,61	-,40	2,23	,93	,74	-,08	2,26	,94	,66	-,30
VERGÜENZA (SHAME 0 'No me avergüenza en absoluto' a 6 'Me avergonzaría en extremo')												
Corporal	2,84	1,33	,19	-,56	2,83	1,34	,12	-,87	2,84	1,33	,16	-,69
Cognitiva	4,23	1,00	-,76	,37	4,08	1,10	-,50	-,18	4,17	1,04	-,66	,10
Existencial	1,18	1,01	1,56	3,24	1,16	,90	,90	,36	1,17	,96	1,36	2,45

MALESTAR PSICOLÓGICO (DASS21 0 'No me ha ocurrido' y 3 'Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo')												
Depresión	1,02	,78	,71	-,45	1,03	,81	,65	-,50	1,02	,79	,68	-,47
Ansiedad	1,02	,73	,50	-,68	0,11	,76	,58	-,47	1,05	,74	,54	-,58
Estrés	1,42	,77	,09	-1,07	1,44	,75	,11	-,72	1,42	,76	,10	-,99

Para comprobar las diferencias significativas de las variables del estudio en relación con el hecho de tener o no estudios universitarios, la única variable significativa fue la de *disposición al mindfulness* [t=-3,11 (443), p=0,002], que era mayor en las que no tenían estudios universitarios.

El Objetivo 2 estaba relacionado con la matriz de correlaciones entre variables que se presentan en la Tabla 6. Las Tabla 7 tiene que ver con los objetivos los análisis de regresión jerárquicos.

Tabla 6

Correlaciones entre las variables del estudio

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1 EDAD	*																	
2 GF_FGSIS	,119*	*																
3 AG_GAS	-,070	-,663**	*															
4 ID_GAS	-,040	-,223**	,320**	*														
5 IS_GAS	-,065	-,389**	,476**	,330**	*													
6 FC_AAQ	-,149**	-,452**	,374**	,177**	,263**	*												
7 DM_MAAS	,083	,379**	-,311**	-,149**	-,141**	-,453**	*											
8 IN_DERS	-,085	-,332**	,217**	,087	,097*	,377**	-,455**	*										
9 IM_DERS	-,123**	-,304**	,254**	,174**	,109*	,521**	-,535**	,380**	*									
10 NA_DERS	-,039	-,392**	,333**	,208**	,173**	,619**	-,496**	,369**	,589**	*								
11 NCM_DERS	-,205**	-,262**	,208**	,181**	,107*	,450**	-,409**	,194**	,625**	,469**	*							
12 NC_DERS	-,164**	-,352**	,246**	,085	,127**	,552**	-,521**	,665**	,525**	,490**	,400**	*						
13 BE_DERS	-,182**	-,452**	,327**	,182**	,157**	,666**	-,562**	,420**	,777**	,691**	,612**	,562**	*					
14 Corporal_SHAME	-,247**	-,477**	,319**	,144**	,200**	,419**	-,377**	,286**	,333**	,399**	,377**	,350**	,409**	*				
15 Cognitiva_SHAME	-,119*	-,272**	,222**	,114*	,183**	,324**	-,277**	,179**	,322**	,398**	,292**	,267**	,369**	,525**	*			
16 Existencial_SHAME	,072	-,373**	,309**	,135**	,197**	,318**	-,349**	,303**	,319**	,356**	,210**	,318**	,381**	,555**	,376**	*		
17 Depresion_DASS	-,075	-,329**	,253**	,157**	,182**	,552**	-,462**	,281**	,469**	,457**	,348**	,435**	,593**	,383**	,266**	,437**	*	
18 Ansiedad_DASS	-,151**	-,266**	,212**	,145**	,196**	,495**	-,436**	,259**	,457**	,462**	,382**	,368**	,549**	,318**	,242**	,415**	,772**	*
19 Estres_DASS	-,162**	-,325**	,278**	,174**	,184**	,515**	-,538**	,294**	,569**	,493**	,465**	,409**	,618**	,345**	,312**	,385**	,751**	,815**

GF_FGSIS: Imagen genital; GAS: AG: Apariencia Genital; ID: Impacto en la vida diaria; IS: Impacto en la vida sexual; FC_AAQ: Fusión cognitiva; DM_MASS: Disposición al Mindfulness; DERS: IN: Incosnciencia; IM: Impulsividad; NA: No aceptación; NCM: No compromiso con las metas; NC: No claridad; BE: Bajas Estrategias.

Tabla 7

Resultados de las regresiones por pasos para cada una de las Variables criterio del estudio (depresión, ansiedad y estrés). Se incluyeron en la regresión aquellas variables con un índice de correlación superior a 0.3 (según Cohen).

Depresión (DASS21)					
	R^2	*F*	*p*	*β*	*p*
BE	0.45	89.71	<0.001	0.29	<0.001
VE				0.21	<0.001
FC				0.24	<0.001
DM				-0.12	0.007
Ansiedad (DASS21)					
BE	0.38	68.81	<0.001	0.27	<0.001
VE				0.21	<0.001
FC				0.19	<0.001
DM				-0.12	0.008
Estrés (DASS21)					
BE	0.47	78.02	<0.001	0.23	<0.001
DM				-0.22	<0.001
VE				0.13	0.001
FC				0.14	0.003
IM				0.16	0.004

BE: Bajas estrategias del DERS; VE: Vergüenza Existencial de SHAME; FC: Fusión Cognitiva del AAQ; DM: Disposición al Mindfulness (MAAS); IM: Impulsividad del DERS

4.2.- **Análisis estadístico inferencial de las hipótesis.**

La Tabla 8 es una descripción de la confirmación total, parcial o no de cada una de las hipótesis del estudio.

Tabla 8

Comprobación de las hipótesis del estudio tras el análisis de los resultados

H_1	La imagen genital femenina (FGSIS) predice el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) y está influenciado por el estado de relación (en pareja vs. sin pareja en la actualidad)	Parcialmente, está asociado (Tabla 5) pero no está influenciado por el hecho de estar en pareja (Tabla 2)O
H_2	El estar en pareja va a mostrar diferencias significativas favorables con las que no lo están en los valores de las otras variables predictoras con una menor vergüenza existencial, menor fusión cognitiva, una menor puntuación en las diferentes subescalas de desregulación emocional y una mejor imagen genital y satisfacción con su apariencia	Parcialmente (Tabla 2), las mujeres que estaban en pareja tenían menos impacto sexual, menos fusión cognitiva, más claridad en regular sus emociones y menos depresión que las mujeres sin pareja.
H_3	A mayor nivel de estudios menor malestar psicológico, menor puntuará en la subescalas de desregulación emocional, mayor disposición al mindfulness, menor vergüenza cognitiva, mayor fusión cognitiva y no influirá en la satisfacción e imagen genital femenina.	NO (Tabla 4) y t de Student, es más, tuvieron menos disposición al mindfulness, significativamente hablando, que las que estaban sin pareja. Sí cumple el que no influye en la satisfacción e imagen genital femenina.
H_4	La nacionalidad no influirá en las variables del malestar psicológico (depresión, ansiedad, estrés medidas con el DASS-21), la vergüenza cognitiva, existencial o corporal (SHAME), en la disposición al mindfulness (MAAS), en la fusión cognitiva (AAQ) regulación emocional (medidas con el DERS), en la apariencia genital (impacto en la vida cotidiana, en la sexualidad o la apariencia genital medida con el GAS), ni la percepción genital femenina (FGSIS)	Parcialmente (Tabla 3A y 3B) y Kruskal-Wallis. Las mujeres extranjeras del estudio que no eran de origen iberoamericano (n = 18) tenían significativamente más vergüenza existencial
H_5	Las bisexuales tendrán una mayor satisfacción e imagen genital femenina que el resto de las orientaciones sexuales	NO (Tablas 4A y 4B) y Kruskal-Wallis. Las homosexuales puntuaban significativamente más en las subescalas de vergüenza y en la no aceptación del DERS.
H_6	La edad se relaciona positiva y significativamente con la disposición al mindfulness, satisfacción y mejor imagen femenina; y, por su parte, una relación negativa y significativa con vergüenza, desregulación emocional y malestar psicológico	Parcialmente, pero relaciones bajas (Tabla 6) con el FGSIS, algunas subescalas del DERS y del SHAME (no con la existencial) y con la fusión cognitiva, pero no con el GAS, no con la DM.
H_7	A mayor satisfacción con la apariencia genital femenina (GAS) tendrá un menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés). El GAS se valora de forma inversa, menos puntuación, mayor satisfacción. El FGSIS, está en positiva.	SÍ (Tabla 6), correlaciones moderadamente bajas (r entre 0,212 y 0,278; $p<0,001$) con el GAS y moderadas (r entre 0,266 y 0,329, $p<0,01$) con el FGSIS.
H_8	De las diferentes subescalas de desregulación emocional, la de baja estrategias es la que tendrá un mayor impacto en el malestar psicológico de las mujeres.	SÍ (Tabla 6), correlaciones moderadamente altas a altas (r entre 0,549 y 0,618). Es el predictor con mayor varianza en el estudio sobre la variable criterio (DASS21) (Tabla 7)
H_9	La vergüenza existencial se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).	SÍ (Tabla 6), correlaciones moderadas (r entre 0,385 y 0,437; $p<0,001$). Es uno de los predictores claves del

		malestar psicológico criterio (DASS21) (Tabla 7)
H_{10}	La fusión cognitiva se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).	SÍ (Tabla 6), correlaciones moderadamente altas (r entre 0,495 y 0,552; p<0,001). Es uno de los predictores claves del malestar psicológico criterio (DASS21) (Tabla 7)
H_{11}	A mayor disposición al mindfulness menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés).	SÍ (Tabla 6), correlaciones moderadamente altas (r entre 0,436 y 0,538; p<0,001). Es también uno de los predictores claves del malestar psicológico criterio (DASS21) (Tabla 7)
H_{12}	Las mayores puntuaciones en depresión, ansiedad y estrés (DASS21) serán predichas por mayores puntuaciones de vergüenza existencial, fusión cognitiva, por todas las subescalas de la desregulación emocional y menor puntuaciones en disposición al mindfulness, menor satisfacción con la apariencia genital e imagen genital femenina	Parcialmente (Tabla 7), la percepción genital femenina influye, pero con varianzas muy bajas.

Capítulo 5. Discusión

5.1.- Limitaciones del estudio:

A pesar de los hallazgos obtenidos y de la solidez de los resultados, la presente investigación presenta una serie de limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los datos y que, al mismo tiempo, abren nuevas líneas de investigación futuras.

En primer lugar, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales entre las variables analizadas. Aunque los resultados muestran asociaciones consistentes entre desregulación emocional, vergüenza existencial, fusión cognitiva, disposición al mindfulness, percepción genital femenina y malestar psicológico, no es posible determinar la dirección exacta entre estas variables. Es decir, el modo que el malestar psicológico pueda influir en la percepción genital, y a su vez, la forma en que la mujer percibe su genitalidad pueda contribuir al mantenimiento del malestar emocional

En segundo lugar, la muestra estuvo compuesta exclusivamente por mujeres, lo cual permitió analizar con mayor profundidad los procesos específicos del bienestar psicológico femenino, pero limita la generalización de los resultados a población masculina o a muestras mixtas.

Asimismo, todas las variables fueron evaluadas mediante instrumentos de autoinforme, lo que puede introducir sesgos relacionados con la deseabilidad social, la interpretación subjetiva de los ítems o el estado emocional en el momento de la evaluación. No obstante, en su mayoría, se emplearon escalas validadas y ampliamente utilizadas en la literatura científica, lo que aporta fiabilidad a los resultados obtenidos. Aun así, se ha detectado una dificultad y complejidad a la hora de evaluar la percepción genital femenina debido, en parte, a la escasez de escalas validadas para medir esta variable.

Otra limitación es que, aunque la percepción genital femenina mostró asociaciones significativas con el malestar psicológico en los análisis correlacionales, su efecto directo desapareció en los modelos multivariados al introducir variables emocionales y cognitivas. Este hallazgo sugiere que la relación entre genitalidad y malestar psicológico es compleja y probablemente está mediada por otros procesos, como la vergüenza existencial o la regulación emocional, por lo que serían necesarios estudios longitudinales y modelos estadísticos más complejos para comprender con mayor precisión estas relaciones.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos aportan evidencia consistente sobre el papel de los procesos emocionales y cognitivos en el malestar o bienestar psicológico femenino. En base a estos resultados, en esta investigación se propone un modelo integrador que incluye la percepción genital femenina como parte de un sistema más amplio en la construcción del autoconcepto de la mujer y de la experiencia psicológica-emocional como el antropomorfismo psicológico genital femenino propuesto en esta investigación.

5.2.- **Discusión de las hipótesis**

El problema de investigación de la presente investigación se ha llevado a cabo en una muestra íntegramente femenina y se ha centrado en analizar cuál es el papel que ejerce la percepción genital femenina en el malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) junto a la influencia de otras variables psicológicas como la regulación emocional, la disposición al mindfulness, la vergüenza y la fusión cognitiva.

Centrándonos en el marco teórico de este estudio, se ha propuesto que la imagen genital femenina va más allá de una simple valoración corporal puesto que se relaciona con procesos cognitivos y emocionales implicados en el bienestar psicológico femenino. Por lo tanto, el objetivo fue, además de analizar si existe relación entre la percepción genital femenina y el malestar psicológico, observar y comprender a través de qué mecanismos psicológicos se genera esa relación y cuáles son las variables que pueden ser factores de protección o riesgo.

Se propusieron una serie de hipótesis que anticiparan posibles relaciones con los objetivos y el problema de investigación. El orden de las hipótesis a discutir no está relacionado con su importancia, sino que responde a criterios de organización y claridad en la interpretación de los resultados. Así las primeras hipótesis a discutir son las relacionadas con las variables sociodemográficas.

Por consiguiente, la primera hipótesis estaba relacionada con analizar si la imagen genital femenina predice el malestar psicológico en función de si su estado de relación estaba influenciado o moderado por el hecho de estar en pareja.

La hipótesis 1 presuponía que, a mejor imagen genital femenina, menor sería el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) de las participantes y que dicha relación podría estar influenciada por el hecho de estar o no en pareja.

De acuerdo con los análisis descriptivos que se muestran en la Tabla 1, los resultados de las mujeres participantes en el estudio reflejaban que, en general, su imagen genital femenina era elevada tal y como se observa en los resultados del FGSIS (que se escalaba entre 0 y 4) en el grupo de mujeres con pareja [M = 3.87, DT = 0.89] y sin pareja [M = 3.78, DT = 0.92]. Ante estas puntuaciones se podría interpretar que las participantes, más allá de su estado relacional, tenían una valoración positiva de sus genitales.

Sin embargo, en los análisis inferenciales reflejados en la Tabla 2 en los cuáles se muestran únicamente las variables con t de Student significativa estadísticamente, no se observaron diferencias significativas entre las mujeres que estaban o no en pareja en relación con la percepción genital femenina. En sí mismos, estos resultados sugieren que no es un factor determinante el estar o no en pareja en la percepción genital femenina. Es decir, cómo percibía cada mujer su genitalidad no dependía de su estado relacional.

Ahora bien, sí se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas menores en los niveles de depresión de aquellas participantes que estaban en pareja. Por lo tanto, se podría interpretar que el hecho de estar en pareja sí se asocia a ciertos indicios de bienestar psicológico incluso si esta asociación no se ha extendido de forma directa con la percepción genital femenina.

En lo referente a la relación entre malestar psicológico y percepción genital femenina, las correlaciones de las subescalas del DASS-21 y la FGSIS reflejaron una magnitud de baja a moderada r = .33 para depresión y r = .26 para ansiedad y aunque, si bien es cierto que las correlaciones no son elevadas, sí reflejan una leve relación entre salud mental y percepción genital femenina, aunque esto no indica una causalidad.

Los resultados de este estudio son coherentes con investigaciones que han vinculado la imagen corporal positiva con un mayor incremento en el bienestar psicológico. Por ejemplo, Tylka (2011), observó que las mujeres cuya imagen corporal era positiva iban más allá de considerar simplemente que su imagen no era negativa, tenían una opinión positiva de su cuerpo incluso si no era “estandarmente perfecto”. Se aceptaban tal cual eran, incluso con sus imperfecciones, peso o forma. Y esto, precisamente, les permitía tener mayor protección ante elementos externos como, por ejemplo, las imágenes mediáticas, los cánones de belleza o las presiones socioculturales.

Tras la revisión bibliográfica realizada para esta investigación en el marco teórico y aplicando los conceptos al área de la genitalidad femenina, considero que se podría considerar que, en lugar de excluir a la genitalidad o que siga siendo tabú, la aceptación de la imagen genital

femenina pudiera ser parte de un proceso global y más amplio de aceptación corporal llegando a generar mayor confianza en la mujer y estabilidad emocional. Es más, existen estudios vinculando percepción genital femenina con variables como calidad de vida, satisfacción sexual y autoestima (Berman et al., 2003; Mellor et al., 2010; Veale et al., 2014;) posicionando, por lo tanto, a la dimensión genital como un aspecto vinculado a la experiencia psicológica femenina.

La Teoría de la Objetificación de Fredrickson y Roberts (1997) puede aportar un marco interpretativo útil de los resultados de esta hipótesis, ya que plantea que existen mujeres con tendencia a interiorizar la mirada de una persona externa que hace de observador. En el contexto propuesto en esta investigación, considero que la mujer podría evaluar no sólo su cuerpo, también específicamente su genitalidad con una mirada basada en normas socioculturales y externa más que en el criterio propio como parte del proceso de auto-objetificación. Si la evaluación percibida es positiva, la mujer podría experimentar una relación más segura y positiva no sólo con sus genitales, también con su cuerpo y su bienestar psicológico. Por el contrario, si la evaluación que aprecia es negativa, una posible consecuencia es que la mujer desarrollase rechazo (también hacia sus genitales), asco, malestar psicológico y vergüenza. También podría ser relevante observar si más que el hecho de estar o no en pareja, lo que influye es el tipo de relación que se tiene con la pareja y la percepción genital que tiene la pareja de la mujer sobre ella. Desde este punto de vista, podrían influir otras variables más complejas como la percepción de la aceptación, la calidad del vínculo o la seguridad emocional. En definitiva, estos datos podrían estar en la línea de investigaciones donde se observa que cuándo el entorno acepta el cuerpo, esta aceptación es un factor predictivo de la imagen corporal positiva (Urvelyte & Perminas, 2021). Aunque también propongo considerar que, incluso si el hecho de estar en pareja pueda ayudar al bienestar psicológico, la autoaceptación corporal y la seguridad en una misma podría ser aún más relevante para el bienestar psicológico femenino.

Cabe resaltar que el FGSIS mide la imagen genital de la mujer, pero no mide la percepción que la pareja tiene sobre la genitalidad de la mujer. En la subescala del GAS el "impacto negativo en la sexualidad" aparece significativamente mayor en el grupo de mujeres que no están en pareja lo cual podría estar relacionado con el papel que desempeñan los factores relacionales en la vivencia de la sexualidad de la mujer.

En investigaciones futuras se puede profundizar en cómo la percepción de otros —especialmente de la pareja- sobre la genitalidad de la mujer puede impactar en la sexualidad de

ellas y, a su vez, en el malestar psicológico e incluso en un conjunto más amplio de dimensiones relacionales, sexuales y corporales.

En relación con la segunda hipótesis, esta proponía que las mujeres que se encontraban en pareja en el momento del estudio mostraban menos malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) que aquellas que no se encontraban en pareja en ese momento. Además, también se sugirió que las mujeres que estaban en pareja tenían menos vergüenza existencial, menos fusión cognitiva, menor puntuación en las diferentes subescalas de desregulación emocional y una mejor imagen genital femenina y satisfacción con su apariencia genital.

En los resultados mostrados en la Tabla 1 podemos observar que esta hipótesis se confirma parcialmente. En concreto, el grupo de mujeres que estaba en pareja, en el momento del estudio, mostró puntuaciones significativamente menores, en la t de Student, una menor puntuación en *depresión* (p=0.04), tenía menos puntuación en la *falta de claridad* emocional (DERS) (p=0.02) y menor *fusión cognitiva* (p=0.01). Del mismo modo, se observó una tendencia cercana a la significación estadística (p=0.05) sugiriendo que aquellas mujeres que mantenían una relación durante el estudio presentaban menor impacto de la apariencia genital en su sexualidad (GAS).

En cuanto a los resultados relacionados con la depresión, el resultado del presente estudio es coherente con los encontrados en el estudio realizado por Zhai et al. (2024) sobre la relación entre estado civil y salud mental. En dicho estudio se analizó una muestra de 106.556 participantes, hombres y mujeres, de forma transversal y 20.865 de forma longitudinal (con seguimiento de entre cuatro y 18 años) en siete países (EEUU, México, Reino Unido, China, Irlanda, Corea del Sur e Indonesia) lo que aporta solidez transcultural a sus hallazgos. Observaron que las personas solteras tenían mayor riesgo de experimentar síntomas de depresión, con el matiz de que en los países occidentales el riesgo era mayor. Giannelis et al. (2021) también demostraron el efecto protector de estar en pareja ante el malestar psicológico observando que el hecho de estar en pareja, se asociaba con una disminución de entre el 33% y el 62% de la probabilidad de padecer síntomas de depresión.

Los resultados van en la dirección de que la relación de pareja podría ser un contexto en el que se favorece el bienestar psicológico. Por lo tanto, se podría decir que en la relación de pareja se pueden potenciar el sentimiento de pertenencia, el apoyo emocional y la validación entre ambos,

con lo cual este tipo de vínculo puede ser especialmente importante para que la mujer pueda percibir un entorno de regulación y seguridad personal.

En lo que a la *fusión cognitiva* se refiere, se hipotetizaba que resulta adaptativo que la persona posea la capacidad de no fusionarse con los pensamientos propios o atribuidos a la pareja puesto que eso acabaría posiblemente en conflicto o en dificultad de comunicación y convivencia. Considero que mantener cierta distancia psicológica ante los propios pensamientos podría propiciar tanto el hecho de comenzar, como de mantener la relación de pareja. Pero, además, una interpretación del hecho de que las mujeres en pareja reflejaban menor fusión cognitiva podría mostrar que esas mujeres en lugar de interpretar negativamente la relación o desarrollar pensamientos de autocrítica negativos podrían haber desarrollado un modo de interacción más adaptativo y flexible en la pareja.

La revisión sistemática de Daks y Rogge (2020) con casi 44.000 participantes en los 147 artículos finales analizados, apoya los resultados de esta hipótesis, al mostrar que las mujeres en pareja tenían menor fusión cognitiva. Estos autores observaron que en las relaciones de pareja los mayores niveles de inflexibilidad psicológica se relacionaron con la menor satisfacción en la relación (propia y de la pareja), menor satisfacción sexual, menor apoyo emocional, mayor conflicto y agresión física, mayor apego tanto ansioso como evitativo. Por otro lado, la flexibilidad psicológica (que engloba la fusión cognitiva y la evitación experiencial) se vinculó con mayor satisfacción en la relación, mayor satisfacción sexual, mayor apoyo emocional, menos conflicto y menos agresión.

La menor *claridad* emocional de las mujeres que no estaban en pareja con respecto a las que sí lo estaban podría indicar diferencias en la capacidad de comprender e identificar las emociones propias. Considero que puede ser que las mujeres en pareja desarrollen y ejerciten su claridad emocional en el contexto de una relación comprometida o quizás que esta habilidad sea necesaria para poder estar en pareja.

Propongo que en lo que se refiere a este estudio se podría plantear la interpretación de forma inversa, que sea el hecho de tener *claridad emocional* lo que aumenta la probabilidad de tener pareja. Es decir, podría considerarse un factor que facilite el "mantenerse" en pareja. Este resultado puede interpretarse bajo el paradigma de que las parejas estables se mantienen en

contextos en los que la regulación de emociones y la identificación son claves. Aun así, puede que las personas con mayor claridad emocional sean más propensas elegir cuándo y con quién construir una relación estable y saludable.

Entre las limitaciones de esta hipótesis, se podría considerar una posible bidireccionalidad en la asociación entre el hecho de estar o no en pareja y que las variables fusión cognitiva y claridad emocional sean significativas ante ese hecho. Esto sugiere que ambas variables pueden estar conectadas. Por un lado, puede que la calidad del vínculo afectivo potencie ambas variables y habilidades. Y, por otro, se ha de tener en cuenta que cuando una persona se fusiona cognitivamente, tanto su consciencia como su mente están en el mismo plano; lo que puede suponer también una falta de claridad emocional implicando una falta de capacidad para poner distancia emocional y utilizar su capacidad para revalorar cognitivamente sus emociones en una situación dada (Mestre et al., 2019). Por lo tanto, los resultados no permiten concluir que estas variables sean consecuencia directa del hecho de estar o no en pareja ya que podrían ser características psicológicas previas que faciliten el hecho de estar y mantener la pareja.

En la tercera hipótesis se esperaba que las mujeres con estudios no universitarios reflejaran mayor malestar psicológico, mayor desregulación emocional, mayor puntuación en vergüenza cognitiva, mayor fusión cognitiva y menor disposición al mindfulness. A su vez, se esperaba que el nivel educativo no influyera en la percepción genital femenina (FGSIS) ni en la apariencia genital (GAS).

En base a los resultados se puede observar que la hipótesis se confirma de forma parcial, puesto que las variables para las que sí se confirmó fueron la apariencia genital, la percepción genital femenina ay la disposición al mindfulness.

El hecho de que no haya relación entre el nivel educativo, la apariencia y la percepción genital femenina es coherente con estudios como los de Herbenick et al. (2011) al igual que con la bibliografía en la que se basaron las escalas de medición de esas variables (GAS y FGSIS). En estos estudios se observa que influyen en mayor medida las variables vinculadas al bienestar sexual femenino que el nivel de estudios. Vinculándolo con mis años de experiencia terapéutica y con el enfoque del antropomorfismo psicológico genital aportado en este estudio, sería coherente que la autoestima, el vínculo de la mujer consigo misma y su cuerpo junto con el autoconcepto

pueden generar mayor impacto que el nivel de estudios en la percepción genital femenina y en el impacto de la apariencia genital.

En lo que se refiere a la variable disposición al mindfulness, las mujeres con estudios universitarios obtuvieron puntuaciones mayores en el MAAS que aquellas que no tenían estudios universitarios, es decir, tenían una mayor disposición al mindfulness aquellas participantes universitarias.

Sin embargo, que el resto de variables no mostrara asociaciones significativas en relación al nivel de estudios puede sugerir que tanto la regulación emocional como las características psicológicas pueden ser más importantes para el bienestar psicológico que el nivel educativo. Aun así, creo que se ha de considerar que no por el hecho de tener estudios no implica necesariamente mayor madurez cognitiva o psicológica. En lo que se refiere al hecho de que no haya habido influencia del nivel educativo ni en la apariencia ni en la percepción genital femenina, podría ser debido a que son variables relevantes para la mujer de forma transversal y generalizada, más allá del nivel de educación.

Por otra parte, existen estudios en los que han observado que las personas con un nivel educativo mayor tienen mayores puntuaciones en las variables relacionadas con la no reactividad y la observación consciente (Slonim et al., 2015). Del mismo modo que otros estudios han observado que en contextos con más ansiedad y estrés existe una menor disposición al mindfulness a la vez que se han hallado mayores niveles de bienestar psicológico y regulación emocional en contextos universitarios (Zhang & Shen, 2023).

Tradicionalmente un nivel educativo mayor se ha relacionado con una mayor comprensión cognitiva. Sin embargo, en la misma literatura de este marco teórico se puede encontrar más vinculación entre malestar psicológico y regulación emocional asociados a patologías en lugar de al nivel de educación u otras características sociodemográficas. Igualmente hay estudios que relacionan el hecho de que, al igual que sucede con la experiencia de vida, con los años la disposición al mindfulness puede ser mayor, y esto es más influyente que los de estudios superiores

No se han encontrado muchos estudios analizando el nivel de educación como variable que prediga la vergüenza, la sexualidad, el malestar psicológico o la regulación emocional y, puede que eso sea coherente con los resultados de esta hipótesis. Sí que existen estudios analizando la relación entre fusión cognitiva y depresión o ansiedad, pero no con nivel de estudios y cuando se

ha realizado, no ha existido una relación directa (Moreno-Montero et al., 2023). De igual forma, el estudio de DeCou y Lynch (2021) en el que se observó que existía más probabilidad de experimentar depresión si existían experiencias traumáticas vinculadas a los sentimientos continuos de vergüenza mostrando la correlación entre vergüenza y sintomatología.

Tras analizar estos resultados se sugiere, tanto para la intervención terapéutica como para futuras investigaciones, la importancia de centrarse en variables y características psicológicas como la regulación emocional, la fusión cognitiva, la disposición al mindfulness o la vergüenza, en lugar de en datos sociodemográficos como, por ejemplo, el nivel de educación.

La cuarta hipótesis era comprobar si la nacionalidad no influirá en las variables del malestar psicológico (depresión, ansiedad, estrés medidas con el DASS-21), la vergüenza cognitiva, existencial o corporal (SHAME), en la disposición al mindfulness (MAAS), en la fusión cognitiva (AAQ) ni en la regulación emocional (medidas con el DERS), en la apariencia genital (impacto en la vida cotidiana, en la sexualidad o la apariencia genital medida con el GAS), ni la percepción genital femenina (FGSIS).

Tras comprobar los datos descriptivos de las Tablas 3A y 3B de las variables analizadas, tras utilizar la prueba de Kruskal-Wallis se comprobó que las mujeres de otros países europeos (n= 18) obtuvieron diferencias significativas, presentando mayores niveles de *vergüenza existencial* que las hispanohablantes (españolas e hispanoamericanas). Es decir, esta hipótesis se cumple en gran medida, salvo por el pequeño efecto observado en la variable vergüenza existencial.

Considero que el hecho de que la *vergüenza existencial* sea el componente que puede verse más comprometido (aunque levemente) por la nacionalidad podría explicarse por tratarse del componente de la vergüenza más sensible a normas culturales internalizadas como los ideales del yo, la moralidad o los valores. Un mismo acontecimiento en una cultura donde está bien visto no generará la internalización de la vergüenza, sin embargo, ese mismo hecho en una cultura donde es considerado inadecuado, amoral, motivo de vergüenza o rechazo tenderá a generar el deseo de ocultarlo o de que no se sepa si la persona lo ha de mostrar. Esto podría generar una posible vergüenza existencial. Tal y como se expuso en el marco teórico, la vergüenza es una emoción compleja y social que aparece al percibir la persona que no está pudiendo cumplir con lo que se le exige a nivel sociocultural o personal (Tangney & Dearing, 2002). Bajo este paradigma, el hecho de que existan diferencias culturales en lo referente a la concepción del honor y la dignidad, a las

normas sociales y a la reputación podrían influir en el modo en que la persona experimenta la vergüenza.

A su vez, creo que observando la cultura puede observarse la similitud o distancia existente entre la identidad personal de esa mujer y lo valorado en su contexto. Por ejemplo, en aquellas culturas en las que ciertos aspectos de la sexualidad o el cuerpo están más regulados socialmente, es probable que las mujeres que no estén alineadas con esa norma o no actúen en consecuencia sientan más vergüenza ante esa distancia de lo aceptado globalmente. En contrapartida, en contextos culturales en los que el cuerpo y la sexualidad se vivan con mayor apertura y naturalidad, las mujeres tendrán más libertad para ser ellas mismas sin tanta comparación social ni vergüenza internalizada.

Como limitación del presente estudio, debe señalar ser que la muestra de europeas no españolas (n = 18) e iberoamericanas (n = 50) es reducida para poder comprobar datos con precisión. Aunque, incluso con una muestra pequeña, estos datos invitan a que la vergüenza existencial sea integrada como un objetivo clínico y terapéutico para trabajar la defusión cognitiva, la autocompasión, el autoconcepto y que la mujer incremente sus capacidades de regulación emocional.

De acuerdo con una perspectiva sociocultural de la sexualidad femenina, se ha resaltado que la relación que construyen las mujeres con su cuerpo y sus genitales se va construyendo combinando la internalización de los mensajes socioculturales, sus características psicológicas y sus experiencias vitales. Sin embargo, en este estudio los resultados muestran que, más allá de las posibles diferencias culturales la percepción genital femenina es transversal en las participantes. Dado que no existieron diferencias de efecto significativas que afirmaran que la nacionalidad influye en la autoimagen y la satisfacción genital femenina se podría interpretar que, o falta por analizar si influye más el contexto que la nacionalidad puesto que no se tuvo en cuenta el país de residencia en esta hipótesis, o son relativamente independientes de ciertas variables sociodemográficas y que son un fenómeno psicológico de naturaleza íntima y personal. Esta propuesta, además de ser coherente con el modelo del antropomorfismo psicológico genital que propongo en este estudio, también lo es con resultados de estudios que ponen el énfasis en las características individuales de la mujer como la función sexual o la autopercepción (Herbenick et al., 2011) más que en factores sociodemográficos como la nacionalidad a la hora de explicar qué se vincula a la autoimagen y a la satisfacción genital femenina. En este sentido, variables como la

autoestima, la relación de la mujer con su propio cuerpo o su satisfacción sexual podrían ser más relevantes que los factores culturales amplios.

Y, por otro lado, en futuras investigaciones se podría tener en cuenta en el análisis el país de residencia de la mujer participante más allá de la nacionalidad ya que en caso de vivir en un país distinto a su nacionalidad podría estar más influenciada por las normas socioculturales del lugar donde reside que del lugar del que procediese. De ese modo las muestras podrán ser más equilibradas culturalmente y podrían aportar una información más precisa en lo referente a la sexualidad femenina y el bienestar psicológico, lo cual enriquecería los abordajes psicológicos y psicoeducativos que se pudieran llevar a cabo teniendo en cuenta la diversidad cultural.

En la quinta hipótesis se esperaba que las mujeres bisexuales participantes en el estudio presentaran mayor autoimagen genital femenina y una mayor satisfacción con su apariencia genital que las heterosexuales u homosexuales.

Esta hipótesis no se confirma con la prueba de Kruskal-Wallis, siendo, además, las homosexuales (n=6) las que experimentan mayor vergüenza en general. Sin embargo, el escaso número de mujeres de esta condición obliga a no interpretar los resultados ante la elevada limitación del tamaño de la muestra.

La sexta hipótesis argumentaba que a mayor edad habría mayor disposición al mindfulness, mayor satisfacción genital y mejor autoimagen genital, menores niveles de vergüenza, menos desregulación emocional y menor malestar psicológico.

Con los resultados hallados la hipótesis se confirma parcialmente. La edad correlacionó ($p<0,01$) con la percepción genital femenina de forma leve (r=,119) aunque no lo hizo con la apariencia genital. También se relacionó significativa y negativamente con impulsividad (r=-,123), falta de claridad emocional (r=-,164) y de compromiso con las metas (r=-,205) y bajas estrategias (r=-,182) en regulación emocional. Mientras que obtuvo correlaciones negativas con vergüenza cognitiva (r= -,119) y vergüenza corporal (r=-,247), también con la fusión cognitiva (r=-,149), la ansiedad (r=-,151) y el estrés (r=-,162). A su vez, ni para la depresión ni para la disposición al mindfulness se encontraron relaciones significativas estadísticamente asociadas con la edad.

Analizando de forma conjunta los resultados, se puede observar que las mujeres del estudio tienden a reflejar, con el aumento de la edad, una relación más positiva con su cuerpo y con su genitalidad con los años, así como mejor capacidad de regulación emocional y menor reactividad. El hecho de que la vergüenza cognitiva y corporal disminuya con los años y, a su vez, mejore la percepción genital femenina, podría implicar un proceso de mayor autoaceptación y menos crítica de la mujer hacia su propio cuerpo.

Estos resultados se pueden vincular con los encontrados, por ejemplo, por Hustad et al. (2022) con una muestra de 3.503 mujeres las cuáles mostraron mejor autoimagen genital a medida que pasaron los años. También podrían interpretarse los resultados desde la teoría de la selectividad socioemocional de Cartensen et al. (1999) con el paso de los años se reorganizan las prioridades emocionales y cobran importancia las experiencias que favorecen el bienestar emocional frente a las expectativas externas que generen malestar.

Por otro lado, Tiggermann y Lynch (2001) observaron que las mujeres disminuían la ansiedad por su apariencia, los niveles de autoobjetificación y la vigilancia corporal con los años favoreciendo de este modo la relación más positiva con el cuerpo. De este modo, se podría ver disminuida la vergüenza corporal y favorecida la percepción genital femenina.

En lo que se refiere a la regulación emocional, con los años las mujeres podrían desarrollar mayores habilidades de autorregulación. Estos resultados están alineados con los de Orgeta (2009) en los que su muestra también obtuvo menor impulsividad y mayor compromiso con sus metas a medida que la edad avanzaba.

En mi observación como psicóloga, existe un tipo de mujeres que con los años van tomando distancia de las normas socioculturales relacionadas con la belleza y también se van distanciando de las exigencias en relación al cuerpo. De tal manera que, en este grupo de mujeres, tanto la vergüenza corporal como la cognitiva tenderían a disminuir a medida que esta distancia de los años se fuese implantando a o que se habría podido producir fruto del trabajo psicoterapéutico para ello. Esto también propiciaría la disminución de la autocrítica corporal y de la autoevaluación negativa mientras que, en paralelo, se generaría una mayor autoaceptación. Dado que la vergüenza existencial está más relacionada con hechos de la historia de vida y con la identidad personal en lugar de con factores externos o aspectos relacionados con lo corporal, se podría explicar que no reflejó correlación significativa con la edad.

Sobre el malestar psicológico, salvo la depresión, los resultados indican que hay una relación negativa entre la edad y los niveles de ansiedad y estrés, si bien estas relaciones eran de naturaleza baja. Sugiero que el hecho de que no hubiese relación con la depresión podría ser debido a que en ocasiones ésta se genera por acontecimientos de la vida complejos como pérdidas, enfermedades u otras situaciones que, en ocasiones se van acumulando con el paso de los años, o que pueden aparecer en cualquier momento del ciclo vital sin tener que estar vinculado al paso de los años.

El hecho de que las relaciones de la edad con las variables de interés de este estudio fueron bajas, hizo que se excluyeran de los análisis de regresión donde el coeficiente mínimo aconsejable es de 0,3. De tal forma que se podría concluir observando que, aunque la edad pueda tener un papel muy importante para los procesos psicológicos vinculados con el cuerpo o con la regulación emocional, podría ser probable que interactuase con otros factores socioculturales o psicológicos también influyentes en estas variables.

Y, por último, estos resultados son coherentes con el marco teórico y con el modelo propuesto en este estudio llamado *antropomorfismo psicológico genital* (aunque pendiente de seguir investigándolo) en el cuál la experiencia, tanto genital como corporal, son parte de un sistema psicológico más amplio. En el caso que se plantea en esta hipótesis, si con los años la mujer viviera su cuerpo con menos influencia de lo externo y aceptándose más, una posible interpretación sería que estaría integrando otros factores como la conexión con su identidad como mujer. Desde el *antropomorfismo psicológico genital,* el modo en que la mujer percibe sus genitales y su apariencia genital estaría influenciado, a su vez, por cómo se percibe a sí misma a nivel emocional y personal (más allá de lo físico). De tal manera que existiría, además de una atribución de significado simbólico a la genitalidad femenina, una retroalimentación desde lo psicológico a lo físico generando mayor bienestar emocional.

La séptima hipótesis señalaba que a mayor satisfacción con la apariencia genital femenina (GAS) se esperaría un menor malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés). Dado que la codificación del GAS es a mayor puntuación, peor satisfacción con la apariencia genital y el FGSIS es al revés. En el caso concreto del DASS, con el GAS se observa que la correlación significativa y positiva ($p<0,001$) con la depresión es $r = ,253$, con el estrés $r = .278$, y con la ansiedad $r = ,212$. Y la percepción genital medida con el FGSIS ($p<0,001$) correlaciona negativamente con ansiedad ($r = -,266$), depresión ($r = -,329$) y estrés ($r = -,325$), lo cual muestra coherencia entre ambas medidas en relación con el malestar psicológico.

Se puede concluir que esta hipótesis se confirma ya que las mujeres del estudio que tenían mayor satisfacción con su apariencia genital obtuvieron menores puntuaciones en el malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés), si bien la correlación no implica causalidad.

Los resultados encontrados son coherentes con estudios que afirman una relación entre la percepción genital femenina y la satisfacción genital y el bienestar psicológico además de sexual en la mujer. Además de los ya mencionados de Herbenick y Reece (2010) o de Herbenick et al. (2011) en los que señalan que si existe una percepción genital femenina positiva se asocia a mayor autoestima sexual y satisfacción sexual. De este modo se conforma una experiencia sexual más positiva, de hecho, existen más estudios de más contextos que también refuerzan estos datos.

En el ámbito del ciclo vital de la mujer, Simbar et al. (2020) estudiaron en mujeres postmenopáusicas y perimenopáusicas observando que al percibir los cambios físicos desarrollaban niveles más elevados de depresión y ansiedad, siendo los cambios predictores significativos de esa sintomatología de malestar psicológico. Considero que incluso si pudieran existir grupos de mujeres a las que no les afectase tanto el contexto ya sea por el trabajo personal realizado o por una fuerte identidad personal, en estos resultados se puede observar que el vínculo entre malestar psicológico e imagen genital podría estar influenciado por vivencias, ideas y prejuicios que se tengan sobre ciertas etapas vitales, formas de entender el cuerpo femenino, como normas estéticas o morales que presionan y exigen a la mujer cumplir con unos estándares para no ser defectuosas llegando a impactar en algunas mujeres desarrollando malestar psicológico. Este planteamiento tendría sentido dentro de la propuesta del *antropomorfismo psicológico genital femenino* propuesto en esta investigación.

Otro ámbito importante para la mujer es el de la maternidad. Keramat et al. (2021) encontraron que el malestar sexual (estado emocional vinculado a la vida sexual y, en este caso, negativo) correlacionó con el malestar psicológico (estrés, ansiedad y depresión). Es decir, el hecho de experimentar dificultades en la experiencia o vivencia de la sexualidad podría tener un impacto en otros ámbitos de la mujer como es su malestar psicológico.

A lo largo de este estudio considero que se puede ir observando que la genitalidad femenina podría ser más que una dimensión estética o anatómica vinculándose incluso a la identidad de la mujer a nivel sexual, emocional y corporal. Por lo tanto, si la mujer observase su genitalidad desde un punto de vista negativo o sin estar satisfecha de su apariencia ni percepción, parecería lógico que pueda experimentar mayores niveles de estrés, ansiedad o malestar a la hora de mantener una

relación íntima. Sin embargo, si la genitalidad se experimenta desde un enfoque de autoaceptación y autoconsciencia, las experiencias sexuales podrían ser más placenteras y de mayor confianza o seguridad, es decir, sin temor a ser evaluada o juzgada negativamente por la otra persona, de tal modo que existiera un mayor bienestar psicológico. Esto podría explicar las correlaciones existentes entre la imagen genital femenina, la satisfacción genital y el malestar psicológico que también tendría sentido dentro del modelo integrador llamado *antropomorfismo psicológico genital femenino* propuesto en este estudio.

También creo que, como propuse en Tu Vagina Habla (2019), se podrían incluir en los tratamientos psicoterapéuticos y psicoeducativos tanto la educación en diversidad vulvar como corporal en el tratamiento de intervención para que las mujeres pudieran disminuir los posibles efectos de las normas socioculturales o prevenir el impacto de las mismas. Si las mujeres tomasen estándares reales como referencia a nivel del cuerpo femenino y la zona genital en lugar de los estándares manipulados, podrían tener acceso a mayor diversidad y realidad. De este modo podrían hacer una valoración más realista y podrían disminuir su malestar, así como el sufrimiento por la inseguridad, estrés o preocupación ante la evaluación externa.

Incluso si las correlaciones de este estudio han encontrado relación entre la satisfacción genital y el bienestar psicológico, los análisis de regresión no identificaron ni al GAS ni al FGSIS como predictores del malestar psicológico. Aun así y dado que la subescala del GAS relacionada con el impacto de la apariencia genital en la sexualidad sí apareció correlacionando tanto con la ansiedad, con la depresión y con el estrés este factor sí se puede apreciar como un elemento clave en esta relación. Es decir, se podría interpretar que la percepción genital femenina se podría interpretar más un factor mediador que un predictor directo ante el malestar psicológico ya que podría influir en cómo las mujeres viven su relación con el cuerpo y su sexualidad.

Desde la mirada del *antropomorfismo psicológico genital,* descrito en el apartado del modelo integrador, estos datos estarían alineados con la propuesta a seguir investigando puesto que los genitales femeninos se incluyen en el modelo como una parte del cuerpo con una carga tanto de identidad personal como psicológica-emocional además de ser una estructura corporal. En el momento en que la mujer otorgase un valor simbólico a su vulva esta interpretación y emoción podría impactar en su salud mental. Por ejemplo, si los percibiese con asco, vergüenza o rechazo lo que podría asociarse a mayor malestar psicológico. Igualmente, si su percepción y experiencia emocional hacia sus genitales estuviera vinculada a su valoración, atractivo, valía personal o feminidad, esto podría relacionarse con un mayor bienestar psicológico y autoestima.

La octava hipótesis señalaba que de las diferentes subescalas de desregulación emocional, la de baja estrategias es la que tendrá un mayor impacto en el malestar psicológico de las mujeres.

Básicamente, lo que la escala de "baja estrategias" del DERS evalúa, es que los participantes que completan los ítems de esa subescala entienden qué estrategia de regulación emocional es la más adecuada o efectiva para gestionar una emoción, pero que, sin embargo, no la realizan. El hecho de que no apliquen las estrategias adecuadas para regular emociones pueden llevar a las personas a sentir mayor malestar psicológico (Mestre et al., 2016).

Efectivamente, si bien todas las subescalas del DERS obtuvieron coeficientes positivos y significativos con depresión, ansiedad y estrés (DASS21) de moderadas a moderadamente altas, fue, precisamente, la de baja estrategias las que obtuvo las correlaciones más altas ($p<0.001$), con depresión ($r=0,593$), ansiedad ($r=0,549$) y estrés ($r=0,618$). Es más, en las regresiones con las escalas del malestar psicológico, fue el factor más relevante en la predicción de los síntomas, tal y como se analizará con mayor detalle en las últimas hipótesis.

En esta hipótesis se confirma que la base de la desregulación emocional que se asocia al malestar psicológico (depresión, estrés y ansiedad), especialmente, sería la dificultad para, cuando se está alterada, aplicar estrategias que sean aptas y eficaces. De hecho, los resultados de esta hipótesis son coherentes con la propia escala DERS (Gratz & Roemer, 2004) donde las bajas estrategias se vinculan con la indefensión como modo de desregulación tal y como se observa en el ítem "cuando estoy molesta, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor" y, cuando esto sucede, aparece la evitación, la rumiación y el malestar psicológico se puede cronificar volviéndose más difícil encontrar soluciones adaptativas. Considero que esto podría suceder porque la persona, incluso conociendo las estrategias siente que no las puede aplicar en ese momento o porque no dispone de los recursos adecuados para aplicarlas.

En mi experiencia psicoterapéutica, cuando la persona es consciente de que no puede aplicar las estrategias y gestionar sus emociones, se genera un malestar el cual si se mantiene podría generar malestar psicológico. De hecho, el patrón observado en esta investigación sugiere que cuando se está bajo la alta activación y en plena desregulación emocional es difícil para la mujer saber qué hacer para calmarse o cómo resolver sus problemas. Y es que, en este estado, se podría

generar un sentimiento de ineficacia conllevando un bloqueo emocional que disminuya aún más su ineficacia y aumente su sintomatología de estrés, depresión o ansiedad.

Basándonos en los resultados, las bajas estrategias presentaron las asociaciones más altas con el malestar psicológico. De las tres variables del DASS21, las *bajas estrategias*, fue el factor que más varianza aportaba en la depresión, la ansiedad y en el estrés. Estos datos sugieren que desarrollar habilidades de regulación emocional podría ser clave para prevenir y tratar en las mujeres su sintomatología emocional.

Por lo tanto, propongo que sería importante incluir herramientas y recursos en el trabajo con las mujeres para que puedan aumentar sus estrategias de autorregulación especialmente en momentos de alteración o desregulación. Es decir, incrementar la tolerancia al malestar y a la frustración, de tal manera que, al ganar en estrategias en contextos de emocionalidad alta, la mujer obtuviera una reducción de la sintomatología. En definitiva, mejorar su autoeficacia emocional para mejorar su confianza en la toma de decisiones donde emociones relevantes están presentes en una situación dada (Mestre et al., 2024).

Por lo tanto, estos resultados refuerzan la idea de que la regulación emocional constituya un proceso clave en el bienestar psicológico de la mujer y que la percepción subjetiva de disponer –o no- de estrategias adaptativas pueda ser clave en la aparición del malestar psicológico. Es más, las dificultades de acceso a las estrategias de adaptación de la regulación emocional se relacionan con mayor malestar psicológico (ansiedad, depresión y estrés) siendo la experiencia subjetiva de ineficacia emocional un factor de vulnerabilidad.

Pero, además, estos resultados están en la línea del modelo integrador del *antropomorfismo psicológico genital* que propongo en esta investigación, el cual propone que la forma en que se vive la genitalidad y el cuerpo propio podría estar modulado, más allá de lo físico o estético, por el estado emocional y viceversa. Vinculando estos resultados a esta perspectiva se podría decir que, cuando la mujer experimenta dificultades en su regulación emocional o percibe que no dispone de estrategias eficaces en la regulación emocional, podría mostrar mayor tendencia a interpretar su vivencia interna desde el juicio, la inseguridad o la autocrítica en lugar que hacerlo desde otras respuestas y estrategias más eficaces y adaptativas. Este modo de relación consigo misma podría influir en la forma en que la mujer percibe su autoimagen genital puesto que probablemente lo haría con un mayor autojuicio, relatos internos negativos y rechazo. De igual forma, si la mujer percibiese y ejecutase estrategias de regulación emocional eficaces y

adaptativas, le sería más fácil relacionarse adaptativamente consigo misma y con su experiencia corporal y genital.

En cuanto a la novena hipótesis, se basa en que la que la vergüenza existencial se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).

Los datos reflejan que la vergüenza existencial se asocia significativa y positivamente ($p<0,001$) con la depresión ($r= 0,437$), la ansiedad ($r=0,425$) y el estrés ($r=0,385$) y que, incluso si existen otros indicadores significativos en las regresiones, la *vergüenza existencial* permanece como un factor relevante y predictivo del malestar psicológico. Sin embargo, las otras subescalas del SHAME, a pesar de estar positivamente correlacionadas con las escalas del DASS-21, éstas no se mantienen como factores predictivos en los modelos finales reflejando, por lo tanto, el papel diferenciador de la vergüenza.

La vergüenza existencial, siguiendo postulados psicodinámicos, es una dificultad entre la integración de las exigencias entre el súper yo y el yo. Es decir, las personas que experimentan la vergüenza existencial podrían sentir que no alcanzan los estándares sociales o personales que se pretende y que, además, esta sensación es pública. En el desarrollo de la validación de la escala SHAME (Scheel et al., 2020) se diferencian tres tipos de vergüenza siendo la existencial la más desadaptativa. Probablemente, es una de las emociones sociales más destructivas en el funcionamiento psicológico de la persona (Mestre et al., 2016). En la vergüenza se hace cierta distinción, tanto la cognitiva como la corporal (asociadas a interpretaciones de situaciones o al cuerpo) se interpretan, sin embargo, la existencial se experimenta (vivencia que afecta al núcleo de identidad personal). Por ejemplo, la persona que experimenta la vergüenza existencial también tiene más probabilidades de sentir malestar psicológico. Evidentemente si una mujer no se siente capaz, vive de forma limitada y está experimentando su vida con vergüenza existencial es previsible e incluso coherente que tenga más ansiedad a la hora de relacionarse social e íntimamente, sienta más estrés y tenga más tendencia a vivir una depresión (DASS-21).

En el estudio de Kim et al. (2011) se observó que la vergüenza, más incluso que la culpa, podía predecir con efectos de moderados a altos la depresión con efectos de moderados a altos, al igual que la vergüenza también predecía moderadamente la ansiedad. Este estudio es coherente

con los resultados puesto que existe una asociación significativa con la vergüenza existencial y el malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés).

Desde la Teoría del Rango Social (Gilbert, 2000) puede aportarse una perspectiva explicativa ya que vincula la vergüenza existencial con la ansiedad, el estrés y la depresión. La propuesta de esta teoría es que, si una persona se siente menos o inferior, considera no ser lo suficiente o no ser merecedora, su hipervigilancia social, autocrítica y sumisión podrían estar activadas y esto alimentaría el afecto negativo sostenido dando lugar a la ansiedad, la depresión y el estrés incluso crónico.

Además, la vergüenza existencial, la cual magnifica el sentimiento del "yo defectuoso", favorece la rumiación (proceso cognitivo vinculado al malestar psicológico). Tanto desde la Teoría de los Estilos de Respuesta de Nolen-Hoeksema (2000) como desde el estudio de Johnson y Whisman (2013) se ha observado que las mujeres tienen mayor tendencia a la rumiación y, por consiguiente, mayor vulnerabilidad a la depresión, que los hombres. Puesto que en este estudio la muestra es femenina exclusivamente, considero que podría existir una amplificación del impacto de la vergüenza existencial en el malestar psicológico asociada al efecto que la rumiación podría amplificar el efecto de la vergüenza. Además, sería bueno tener en cuenta la hipervigilancia a la que está sometida la mujer hacia su cuerpo y la autoobjetificación. Cuando esa vigilancia (inicialmente hacia su cuerpo) se va interiorizando podría extrapolarse a otras parcelas de la mujer llegando a interiorizarla como parte de su identidad y su "self" asumiendo que es una persona defectuosa y experimentando la vergüenza existencial. Si esto ocurriese, la mujer podría experimentar mayor malestar psicológico y convivir con la ansiedad, el estrés y la depresión.

A diferencia de otros tipos de vergüenza que observan o evalúan por conductas, en el caso de la vergüenza existencial el patrón obtenido apoya que la dimensión existencial de la vergüenza capta el núcleo negativo identitarios (en la vergüenza existencial no es "me equivoqué", la vivencia es "yo soy el error") de la persona. Pero éste, sigue siendo así incluso si existen bajas estrategias (desregulación emocional), fusión cognitiva o mindfulness.

Por lo tanto, observo que al adquirir la vergüenza un carácter existencial, la experiencia negativa en lugar de estar centrada en situaciones específicas, podría extrapolarse al autoconcepto de la mujer en general (incluyendo su apariencia y relación con la genitalidad, así como con su cuerpo). En concreto en la zona genital, muy vinculada tanto a la sexualidad como a la intimidad,

la mujer podría atribuirle a esa zona una narrativa negativa relacionada con la inseguridad, el asco, rechazo o autocrítica lo que podría asociarse a mayor malestar psicológico.

Desde la perspectiva del *antropomorfismo psicológico genital* propuesto en este estudio, aunque hay que estudiarlo en mayor profundidad, esta atribución de significado personal a la zona genital reflejaría no sólo la relación que la mujer tiene con su genitalidad, sino también la que mantiene consigo misma a nivel de identidad y emocional. Y, en concreto en el caso de la vergüenza existencial, tanto la experiencia de vulnerabilidad e inadecuación como todo el auto diálogo negativo interior sobre sí misma, podría afectar y extenderse a su autopercepción genital femenina. Como contrapartida, si la mujer tiene tuviera una relación basada en la aceptación, seguridad y autocrítica saludable, la relación con su apariencia genital, cuerpo en general y vivencia sería menos amenazante y su bienestar psicológico sería más apreciable. De este modo, la relación con la genitalidad podría actuar como un reflejo del estado emocional de la mujer y, al mismo tiempo, como un elemento que contribuye a mantener o disminuir el malestar, de forma coherente con el modelo bidireccional entre genitalidad-corporalidad y emocionalidad planteado en esta investigación.

En definitiva, los resultados de este estudio sugieren que, incluso si existen otras variables de importancia como la regulación emocional, la disposición al mindfulness o la fusión cognitiva, la vergüenza existencial refleja un impacto relevante en el malestar psicológico de la mujer revelando su papel clave en el bienestar psicológico femenino.

En cuanto a la décima hipótesis, en la que se señalaba que la fusión cognitiva se relaciona positiva y significativamente con el malestar psicológico de las mujeres del estudio (depresión, ansiedad y estrés).

Al igual que las bajas estrategias y la vergüenza existencial, la fusión cognitiva (medida con el AAQ) obtuvo un comportamiento destacado en las regresiones y correlaciones del presente estudio con mujeres siguiendo los criterios de interpretación clásica de Cohen estas correlaciones serían moderadas - altas. A su vez, incluso si los incrementos de varianza explicada son de tamaño medio – moderado, se muestran resultados coherentes con la literatura existente, que señala que el malestar psicológico suele configurarse a partir de la interacción de múltiples variables.

Considero que cuando la mujer se fusiona con narrativas de fracaso, de debilidad, podría entrar en procesos de rumiación y en bucle. Con lo cual podría acabar creyéndose todas las creencias limitantes hasta el punto de tomar decisiones basadas en esas creencias y no en su consciencia, si esto sucediese le podría generar más síntomas de depresión. En la ansiedad, la mujer más fusionada cognitivamente podría entrar en una preocupación recurrente y perseverante llevándola a experimentar una hipervigilancia, así como un sesgo atencional a la amenaza.

Respecto al estrés, la fusión cognitiva en este estudio sugiere que, cuando la mujer se fusiona con lo que vive como demandas y exigencias, la rigidez cognitiva que desarrolla como respuesta agravan la percepción de sobrecarga que pueda tener incrementando su nivel de estrés.

Los resultados son coherentes con el modelo de flexibilidad psicológica y con la Teoría de la Aceptación y el Compromiso en la que la fusión es tomar los pensamientos, los recuerdos, las imágenes y los contenidos mentales de forma literal hasta tal punto que guían tanto las emociones, los afectos como la conducta sin la distancia psicológica requerida (Gillanders et al., 2014). En esos momentos, disminuye la capacidad de gestionar el "yo como contexto" al igual que se pierde el contacto con el presente (disminuye la disposición al mindfulness), los patrones de rumiación se cronifican aumentando la depresión, la preocupación (ansiedad) y las demandas del ambiente se viven magnificadas y catastróficas (estrés) (Cookson et al., 2020).

Desde el modelo de la flexibilidad psicológica si la mujer se queda atrapada a pensamientos del pasado (rumiación que puede contribuir a la depresión) o anticipando posibles situaciones negativas (ansiedad) y le podría generar estrés.

Considero que, dado que la fusión cognitiva implica que cuando se fusionan los contenidos mentales con la consciencia nos llevan a tomar decisiones que en ocasiones perjudican, al igual que podría suceder si la mujer creyese las emociones que sintiese o llevase a cabo determinadas conductas de las que a posteriori se pudiese arrepentir pudiendo generarle malestar psicológico como, por ejemplo, depresión. En el caso de la ansiedad, si la mujer estuviera hipervigilante y manteniendo pensamientos anticipatorios, que le pudieran generar una activación de su sistema nervioso simpático (de defensa), podría sentir una amenaza continua con sesgos atencionales hacia situaciones de peligro generándole una alta ansiedad. Mientras que, en el caso del estrés, los resultados sugieren que si, por ejemplo, la fusión está vinculada a pensamientos de exigencia la mujer podría sentir demandas cotidianas como demandas con alta carga de exigencia o

responsabilidad pudiendo responder desde la saturación o el estrés debido a su respuesta cognitiva más rígida de lo habitual debido a la sobrecarga suponiéndole, por consiguiente, más estrés aún.

Este patrón podría ser de importancia en el tema sexual ya que la fusión con pensamientos como "no valgo", "mi cuerpo es defectuoso", "fallaré sexualmente" podría magnificar la focalización en una misma y la vergüenza. Esto implicaría que el deseo, el bienestar en general y la confianza sexual se verían afectados.

En esta línea, Tavares et al. (2020) subrayan el papel de los factores de procesamiento cognitivo un papel muy importante tanto en la función como en la disfunción sexual. Esta relevancia es porque éstos podrían influir en cómo la persona interpreta, además de las relaciones sexuales y su intimidad, la respuesta emocional generada en estas experiencias. Por lo tanto, considero que, si la mujer está fusionada con pensamientos negativos sobre sí misma, su interpretación de las relaciones íntimas podría experimentarse desde la inseguridad y la vulnerabilidad. En este caso esto podría influir en el hecho de que la mujer incremente su malestar psicológico, vergüenza e inseguridad al sentirse evaluada en esos contextos. Y, además de afectarle en su intimidad, también podría condicionar en cómo percibe su genitalidad y su cuerpo en general.

En coherencia con este estudio y resultados, desde el modelo del *antropomorfismo psicológico genital* propuesto en esta investigación, la fusión cognitiva podría contribuir a que el autoconcepto de la mujer a nivel genital estuviese condicionado por los pensamientos y narrativas negativos que la mujer tiene hacia su propio cuerpo. En este caso, la vulva podría actuar como un reflejo simbólico del autoconcepto corporal de la mujer y su pensamiento sobre la adecuación o no a los estándares sociales, del propio valor personal, de la feminidad o de identidad como mujer, incrementando el impacto emocional y psicológico que ejerce la fusión cognitiva en el malestar o bienestar psicológico y viceversa.

Estos resultados sugieren que la fusión cognitiva podría actuar como un mecanismo psicológico que vincula los procesos de malestar emocional, la vergüenza y los procesos de autoconcepto en las mujeres. Por lo tanto, propongo dotar a las mujeres de herramientas vinculadas a la autoaceptación, defusión cognitiva, atención plena y mayor flexibilidad psicológica podría aportarles un mayor acercamiento a su bienestar psicológico y probablemente sexual, además de propiciar una relación más sana e integrada con su vulva y su propio cuerpo.

La penúltima hipótesis era sobre el rol de la disposición al mindfulness en el malestar psicológico. Las mujeres del estudio reflejaban que cuanta más disposición al mindfulness tenían, sufrían menos malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés). Estos datos son coherentes con la literatura actual en los que se replica el clásico patrón de a mayor disposición al mindfulness menos síntomas negativos afectivos y menor ajuste psicológico.

El estudio de Desrosiers et al. (2013) en el que investigaron aquellos mecanismos por los que la atención plena se vinculaba con la depresión y la ansiedad es un ejemplo de ello. Sus datos sostuvieron que la disposición al mindfulness se relaciona con menos preocupación, menos rumiación y más revaloración cognitiva, variables las cuales, a su vez, median el efecto en la depresión y la ansiedad. Estos hallazgos son coherentes con esta investigación ya que la disposición al mindfulness se asoció con menores dificultades de regulación emocional (especialmente en bajas estrategias, impulsividad y falta de claridad).

Igualmente, los modelos jerárquicos de regresión mostraron que la disposición al mindfulness estaba presente como factor predictor significativo del malestar psicológico, es decir, en la depresión, la ansiedad y, especialmente, mostró más impacto en el estrés.

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes et al., 1999) para prever las consecuencias cognitivas y emocionales en la persona, se le concede más importancia al vínculo que esta tiene con sus creencias y sus pensamientos que al contenido de esos pensamientos y creencias. Concretamente, en este modelo el objetivo terapéutico es modificar la relación que la persona tiene con sus pensamientos negativos en lugar de pretender eliminarlos. De este modo se posibilita que la persona pueda tener una mayor distancia psicológica ante los pensamientos presentados. Cuando se interviene desde esta perspectiva, principalmente la intervención psicológica es para desconectar a esa persona y que se desligue de esos pensamientos, recuerdos o narrativas sobre la propia vida y crear distancia entre ellos. De tal forma que, el comportamiento posterior, sería guiado por mayor consciencia del momento presente, presencia psicológica y valores.

Estudios como el de Gillanders et al. (2014) en el que participaron más de 1800 participantes observaron cómo la fusión cognitiva se asociaba de forma significativa con niveles mayores de malestar psicológico. A su vez, la defusión cognitiva se vinculaba a la disposición al mindfulness reduciendo, a su vez, el malestar psicológico. Estos datos son coincidentes con esta investigación en la cual la disposición al mindfulness tiene una correlación negativa y significativa con la fusión

cognitiva, manteniendo, además, su efecto único e independiente incluso al controlar la fusión cognitiva, en las tres regresiones.

Otra explicación sobre cómo la disposición al mindfulness reduce el malestar psicológico proviene de la Teoría de Monitoreo y Aceptación (MAT) de Lindsay y Creswell (2017). Bajo este modelo en el mindfulness suceden dos procesos principales: monitorizar la experiencia desde la atención y aceptar esa experiencia.

Al observar todos los resultados, considero que cuando se es consciente de las experiencias propias, la capacidad para sostener la atención podría ser la que explicase cómo la atención plena incrementa el funcionamiento cognitivo. Por otro lado, al modificar el vínculo que se tiene con la experiencia, se requeriría aceptación para que disminuyese la reactividad afectiva. Esto posicionaría tanto a la atención como a la aceptación como componentes imprescindibles para explicar cómo la atención plena mejora el estrés y la afectividad negativa.

En definitiva, los datos confirmarían que la disposición al mindfulness reduce procesos psicológicos de riesgo (falta de estrategias, impulsividad, fusión cognitiva) vinculados al malestar psicológico. Y, a su vez, el mindfulness promueve la regulación emocional y la atención sostenida no reactiva hacia la experiencia interna generando un mayor bienestar psicológico en la mujer.

Desde la perspectiva del *antropomorfismo psicológico genital,* una mayor disposición al mindfulness podría asociarse a una vivencia genital-corporal más flexible, menos amenazante y menos fusionada con la propia experiencia corporal. Acorde con este modelo el hecho de que la mujer experimente una mayor disposición al mindfulness podría facilitar que la relación consigo misma fuese desde la aceptación y de un modo más consciente. De este modo podría minimizar la tendencia a observar su vivencia personal, genital-corporal y sexual desde la vergüenza o la autocrítica

Tras la lectura de estos resultados propongo que sería de importancia reforzar la incorporación del entrenamiento en flexibilidad psicológica y el mindfulness tanto en el trabajo psicoterapéutico con las mujeres como en la práctica clínica, especialmente en aquellas intervenciones cuyo objetivo sea mejorar la regulación emocional, reducir el malestar psicológico y el buen trato para consigo mismas y con su vulva o corporalidad en conjunto.

La última, pero quizás la más relevante, es la hipótesis en la que se esperaba que las mayores puntuaciones en malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés) fueran predichas por mayores puntuaciones de vergüenza existencial, fusión cognitiva, por todas las subescalas de la desregulación emocional y menores puntuaciones en disposición al mindfulness, menor satisfacción con la apariencia genital y peor imagen genital femenina.

En la Tabla 7 de regresiones sintetizada, podemos observar que esta hipótesis se cumple parcialmente puesto que sí predicen el malestar psicológico aquellas variables vinculadas a los procesos emocionales y cognitivos centrales, aunque, sin embargo, las variables vinculadas con la imagen genital femenina no parecen predecir el malestar psicológico con suficiente varianza única en los modelos finales.

En los resultados de esta hipótesis se encuentra un patrón con solidez: la dificultad que pueda tener la mujer para acceder a estrategias de regulación emocional que le resulten eficaces es el mayor predictor de malestar psicológico. Esto se observa una vez analizados de forma conjunta los datos de las distintas dimensiones del malestar psicológico (depresión, ansiedad y estrés). Además, a este hallazgo se suman la fusión cognitiva y la vergüenza existencial aportando a los modelos una varianza incremental. Por otro lado, se presenta como factor protector la disposición al mindfulness lo cual se puede observar en los coeficientes beta negativos.

En sintonía con los resultados de esta investigación hallados anteriormente en otros estudios, Ward-Smith et al. (2024) llevaron a cabo un estudio en 733 participantes sobre la asociación entre regulación emocional, depresión, ansiedad y otros factores psicosociales. Observaron que las dificultades en la regulación emocional se asociaban a niveles más elevados tanto de depresión como de ansiedad. Los datos coinciden con los observados en este estudio ya que el hecho de que en esta investigación las bajas estrategias haya sido el predictor más potente del malestar psicológico indica que al tener la limitación en el acceso a estrategias eficaces aumentaría la vulnerabilidad a desarrollar depresión, ansiedad o estrés.

Igualmente considero que el hecho de que la fusión cognitiva aporte varianza sobre el malestar psicológico más allá de la regulación emocional y la vergüenza tiene sentido dentro del marco de la Terapia de Aceptación y Compromiso en la cual la fusión es central y hace que se sea más propenso a la psicopatología (lo contrario sucedería con la defusión). Por otro lado, en los datos sobre la disposición al mindfulness (MAAS) apoyan que una mayor capacidad para mantener

la atención y la consciencia en el presente, sin juicios, correlaciona con menores niveles de depresión, menor ansiedad y menor estrés.

En lo que se refiere a la vergüenza existencial como ya se ha comprobado es la más desadaptativa frente a la cognitiva y corporal y está fuertemente vinculada al malestar psicológico y al peor funcionamiento social por ello es coherente y explica que haya tenido tanto peso en estos resultados de este estudio.

Lo mismo sucede con la impulsividad que apareció como predictor del estrés y es la dificultad para inhibir conductas cuando hay malestar emocional. Cuando una persona es impulsiva se inicia el mecanismo de activación fisiológica propio del estrés, el cual deteriora el control inhibitorio y al tener el impulso esa persona percibe aún más estrés (Danasasmita et al., 2024).

El hecho de que la apariencia genital y la imagen genital femenina no hayan entrado en los modelos finales, aunque exista literatura que ha descrito correlaciones entre imagen genital y síntomas de malestar psicológico, pienso que podría explicarse porque parte de la asociación entre la imagen genital y el malestar psicológico esté mediada por la vergüenza y la regulación emocional, configurando un posible modelo de mediación. También podría ser que el efecto de la imagen genital sea más específico en aspectos de sexualidad e intimidad que en el malestar psicológico general, especialmente al entrar en competencia con otros predictores como la regulación emocional

De forma conjunta, los resultados de esta investigación permiten plantear un modelo jerárquico del malestar psicológico femenino. Por un lado, se observa una ruta directa, en la que una mayor fusión cognitiva se asocia a una mayor identificación con autovaloraciones negativas, lo que se relaciona con mayor sintomatología en ansiedad, depresión y estrés (malestar psicológico). Por otro lado, se aprecia una ruta indirecta y regulatoria, en la que la fusión cognitiva y la vergüenza existencial junto a la desregulación emocional (especialmente bajas estrategias e impulsividad en el caso del estrés) se asocian a mayores niveles de malestar psicológico.

En definitiva, los datos sugieren que el malestar psicológico en la mujer no depende únicamente de variables vinculadas a la percepción genital, sino que emerge principalmente de procesos cognitivos, emocionales y regulatorios. Es por ello que, en este modelo, la disposición al mindfulness se considera un factor transversal, asociándose a una menor reactividad emocional

vinculada a la vergüenza y a menores niveles de fusión cognitiva, lo que podría contribuir a un menor malestar psicológico.

A su vez, desde el modelo de antropomorfismo psicológico genital que propongo en este estudio, cómo vive la mujer su vulva, cuerpo y genitalidad formaría parte del sistema de construcción de su autoconcepto. Por lo tanto, la relación que la mujer mantiene consigo misma se podría proyectar sobre cómo percibe su zona genital. Podría influir en la forma en que interpreta su experiencia corporal y genital. De tal manera que la percepción genital femenina y apariencia genital no se entenderían como un factor aislado. Más bien se consideraría a la vulva y la genitalidad un elemento simbólico dentro del funcionamiento psicológico global. Esto permitiría comprender el motivo de que su influencia aparezca en los análisis correlacionales, pero pierde peso al controlarse los procesos psicológicos centrales.

De este modo, el malestar psicológico femenino no quedaría explicado por un único factor, sino por la interacción entre procesos cognitivos, emocionales y regulatorios, dentro de los cuales la percepción corporal-genital podría adquirir relevancia en función del significado psicológico que la mujer les atribuya.

5.3.- **Propuesta de un Modelo integrador del malestar psicológico femenino y del antropomorfismo psicológico genital**

Una vez analizados los resultados de la investigación, se propone un modelo integrador que integra el papel de los procesos cognitivos, emocionales y corporales tanto en la relación de la experiencia subjetiva de la mujer con su percepción genital femenina como con su bienestar o malestar psicológico femenino.

En los análisis se observa consistentemente que las variables que más pesaron al predecir el malestar psicológico fueron:

- Las dificultades en la regulación emocional (entendidas como menor disponibilidad de estrategias eficaces de regulación).
- Vergüenza existencial.
- Fusión cognitiva.
- La disposición al mindfulness (como factor protector).

Con base en estos datos, se puede observar que, en gran medida, el malestar psicológico de la mujer depende, más que de las características corporales objetivas como la autopercepción o apariencia genital, de cómo interpreta, regula y se relaciona con su experiencia interna e historia de vida. Este planteamiento está alineado con los modelos de comparación social (Festinger, 1954) los cuales explican cómo el autoconcepto corporal se construye en base a los estándares socioculturales y a la teoría de la objetificación (Fredrickson & Roberts, 1997) en la que se atribuye importancia a cómo el hecho de internalizar la mirada externa influirá en la vivencia corporal.

Incluso si se aprecia una asociación significativa en los análisis de correlación, existe una ausencia de efecto directo de la percepción genital femenina en el malestar psicológico en los modelos finales. Es decir, estos resultados sugieren que la percepción genital femenina no influye en el malestar psicológico como un factor único o de forma aislada. En este caso, su efecto podría estar mediado por procesos intermedios.

Ante estos datos hallados en esta investigación, mi interpretación original y propuesta del modelo de *antropomorfismo psicológico genital* debe entenderse como una interpretación teórica derivada de los datos y práctica como psicóloga y sexóloga durante casi veinte años, pero no como una mediación empíricamente demostrada por el momento puesto que, actualmente, su efecto parece estar mediado por procesos cognitivos y emocionales intermedios.

Considero que estos datos abren el camino y permiten ampliar hacia un marco más amplio en la relación entre la salud mental de la mujer y su genitalidad puesto que, en este estudio, también intervienen procesos de regulación emocional, procesos de construcción del autoconcepto y atribución de significado personal tanto a su cuerpo, zona genital como a su historia vital y existencial.

En este contexto introduzco el concepto de *antropomorfismo psicológico genital,* el cual se entiende como un proceso dinámico y bidireccional en el que la mujer atribuye a la zona genital significados simbólicos relacionados con la identidad y existencia vital, la feminidad, la sexualidad y la adecuación a los estándares sociales o el valor personal, integrándose en el autoconcepto corporal y emocional. A su vez, estos significados no sólo influyen en el bienestar o malestar psicológico, sino que el propio estado psicológico modula la percepción, interpretación y significación atribuida a la genitalidad, configurando un sistema de influencia recíproca.

Esto deriva de una revisión en estudios donde la imagen corporal y genital se han vinculado con la satisfacción sexual y la autoconsciencia durante la intimidad (Pujols et al., 2010; Schick et al., 2010; Vigil et al., 2021). Pero también desde este enfoque, la percepción genital femenina no se limitaría a una evaluación estética o funcional, sino que podría integrarse dentro del autoconcepto corporal y emocional de la mujer. Esta perspectiva estaría alineada con enfoques como el de Foucault (1978) y Laqueur (1990) para quienes el cuerpo se construye por un conjunto de significados culturales y sociales además de históricos sobre el sexo y el género.

Cuando la mujer experimenta vergüenza, autocrítica o inseguridad, estas se podrían proyectar sobre la percepción de su genitalidad, generando interpretaciones negativas que refuerzan el malestar psicológico. De este modo, los estados mentales influyen activamente en la percepción corporal y genital. Mientras que una relación más aceptante y flexible con la propia experiencia emocional podría favorecer una percepción genital-corporal más integrada y menos amenazante. Esta perspectiva seguiría la línea de investigaciones previas en las que se observó que existen modelos de esquemas cognitivos que generan creencias y están vinculados a la sexualidad e influyen en la experiencia sexual (Andersen & Cyranowsky, 1994; Cyranowski & Andersen 1998); Guillen & Markey, 2019).

Asimismo, una percepción más positiva e integrada de la genitalidad puede contribuir a una vivencia emocional más adaptativa, reforzando el bienestar psicológico. Este planteamiento enlaza con estudios sobre cómo el mindfulness ha reducido el malestar psicológico y ha mejorado

la sintomatología en el cuerpo además de disminuir la reactividad en la experiencia interna y aumentar la autoconsciencia (Brown & Ryan, 2003; Keng et al., 2011; Lindsay & Creswell, 2017; Tomlinson et al., 2018).

Desde este enfoque la relación entre genitalidad y malestar o bienestar psicológico sería un proceso bidireccional, recursivo y dinámico en el que ambas rutas se retroalimentan y generan feedback. El modelo integrador *"Antropomorfismo psicológico genital"* sugiere la existencia de dos rutas principales hacia el malestar psicológico femenino basadas en los datos obtenidos:

1. Ruta directa emocional-cognitiva, en la que la desregulación emocional, la fusión cognitiva y la vergüenza existencial se asocian con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés. Esta ruta es coherente, además de con los datos de esta investigación, con modelos en los que estos procesos son relevantes para desarrollar y mantener el malestar psicológico (Aldao et al., 2010; Cludius et al., 2020). A su vez, esta ruta influiría en la forma en que la mujer percibe su cuerpo y sus genitales.
2. Ruta simbólico-corporal, en la que la vivencia subjetiva genital y corporal se ve modulada por la historia de vida, el sentido existencial, la identidad y los significados personales atribuidos a dicha zona corporal. Esta ruta está alineada con aportaciones de autores en los que la vivencia corporal se entendía dentro del autoconcepto y la experiencia subjetiva como Cash & Smolak (2011) y Tylka & Wood-Barcalow (2015). A su vez, esta vivencia corporal influiría en los estados emocionales y en el nivel de bienestar o malestar psicológico.

Cada ruta tiene un impacto en la otra de tal manera que, todo ello actuaría (en función de las medidas de la propia mujer) como amplificador o modulador del malestar o bienestar psicológico a través del significado personal atribuido a su genitalidad en base a todo lo anterior. Y, a su vez, esta atribución tendría un impacto en la cognición, creencias, salud mental y bienestar psicológico de la mujer. Y así, sucesivamente.

En este modelo, la disposición al mindfulness se comportaría como un factor transversal protector ya que favorecería la relación más consciente, más aceptante y menos fusionada a la experiencia interna, modulando tanto la interpretación de la genitalidad como la respuesta emocional asociada a la misma. Lo cual está alineado con los modelos que enfatizan en la flexibilidad psicológica para modificar el impacto de los eventos internos como clave del bienestar psicológico (Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010; Tyndall et al., 2019). Desde este

modelo, si la mujer realiza este cambio, se podría favorecer la reducción de la vergüenza, una mayor flexibilidad psicológica, mejor regulación emocional y el malestar psicológico podría disminuir en este marco explicativo. Lo original de este modelo que propongo es que se está aportando una nueva perspectiva teórica sobre la relación entre la genitalidad y la salud mental femenina.

En conjunto, el modelo integrador del *antropomorfismo psicológico genital* que propongo en esta investigación permite relacionar los hallazgos obtenidos en algunas de las distintas líneas teóricas revisadas en el marco teórico, integrando la regulación emocional, la fusión cognitiva, la disposición al mindfulness, la vergüenza, la percepción e imagen genital femenina y el malestar psicológico en una misma explicación. Es decir, el modelo propuesto se formula desde los resultados hallados y los marcos teóricos revisados, constituyendo una propuesta interpretativa propia y aportada en esta investigación con la intención de interpretar los resultados aquí hallados y seguir investigando en los mismo de cara al futuro.



Figura 1. Modelo bidireccional de la percepción genital femenina en el contexto de la salud psicológica y sexual: Antropomorfismo psicológico genital (Fuente: Isabella Magdala, 2026).

Capítulo 6. Conclusiones

La presente tesis tuvo como principal objetivo analizar, en una muestra exclusivamente femenina, la relación entre percepción genital femenina y malestar psicológico, integrando este constructo con variables muy estudiadas en la literatura, como la vergüenza, la desregulación emocional, la fusión cognitiva y la disposición al mindfulness. Desde el marco teórico, a modo de propuesta original de esta investigación, ya planteo, una vez revisados łos antecedentes, que la percepción genital femenina no podía entenderse aisladamente, sino como parte de un sistema más amplio de procesos emocionales, cognitivos y actitudinales que influyen en el malestar psicológico de la mujer. Esto, junto con la práctica con mujeres como psicóloga y sexóloga durante casi veinte años, ha dado lugar al inicio del modelo integrador llamado "Antropomorfismo psicológico genital". Modelo el cual se ha de seguir investigando para confirmar empíricamente algunas de las bases y fundamentos propuestos en este estudio.

Tras analizar los resultados obtenidos se confirma que el malestar psicológico, compuesto por depresión, ansiedad y estrés, se relaciona significativamente con dificultades en la fusión cognitiva, la regulación emocional y la vergüenza existencial. De forma consistente, el predictor más fuerte en los modelos de regresión fue la dificultad para acceder a estrategias eficaces de regulación emocional, lo cual sugiere que la forma en que la mujer gestiona su experiencia emocional es un elemento central en su bienestar psicológico.

Del mismo modo, la vergüenza existencial fue relevante en la explicación del malestar psicológico, incluso controlando otras variables. Esto apoya la idea de que, si la mujer experimenta un sentimiento global de inadecuación o de defecto personal, este se puede extender a otros ámbitos distintos de su vida incluyendo su percepción corporal y genital. En esta misma línea, la fusión cognitiva se asoció significativamente con el malestar psicológico, indicando que la tendencia a identificarse con los pensamientos negativos favorece procesos de sobrecarga emocional, preocupación constante y rumiación.

Los resultados vinculados a la disposición al mindfulness aluden a que, si la mujer tiene una relación más aceptante, consciente y observadora con menor reactividad hacia su propia experiencia interna, su malestar psicológico será menor al igual que su vergüenza existencial, fusión cognitiva y desregulación emocional. Ante estos datos se podría observar que la disposición al mindfulness actúa como un factor de protección transversal que favorece una relación menos

crítica tanto con las emociones, las experiencias vitales, los pensamientos y el propio cuerpo, así como los genitales.

En relación con la percepción genital femenina, los resultados reflejaron que, incluso si se asocia significativamente en los análisis correlacionales con el malestar psicológico, su efecto directo desaparece en los modelos multivariados cuando se introducen variables cognitivas y emocionales. Este hallazgo podría reflejar que la influencia de la percepción de la imagen genital femenina sobre el malestar o bienestar psicológico no es directa, sino que podría estar mediada por procesos como la vergüenza existencial, la fusión cognitiva, las dificultades en la regulación emocional y la disposición al mindfulness o actitud que la mujer mantiene antes sus experiencias de vida, así como con su cuerpo

Los resultados obtenidos junto a la práctica como psicóloga y sexóloga, me han llevado a proponer el *antropomorfismo psicológico genital* en el cuál se abre campo en la idea de que la relación entre percepción genital, procesos emocionales y malestar o bienestar psicológico se ha de entender desde un enfoque integrador, en el que intervienen conjuntamente variables cognitivas, actitudinales y emocionales. El *antropomorfismo psicológico genital es* entendido como la tendencia a atribuir a la zona genital significados emocionales, personales o identitarios que van más allá de su dimensión anatómica o funcional. Desde este enfoque, los genitales podrían convertirse en un símbolo del propio valor, de la feminidad o de la adecuación a los estándares sociales, de tal forma que el cómo interpretase la mujer su genitalidad reflejaría, en parte, la relación que mantiene consigo misma.

En este sentido, la percepción genital femenina podría entenderse como parte del sistema de construcción del autoconcepto corporal, existencial y emocional, y no únicamente como una valoración funcional o estética. La forma en que la mujer se relacionase consigo misma, el nivel de vergüenza existencial que experimentase, su tendencia a fusionarse con sus pensamientos negativos, su capacidad para regularse emocionalmente y su disposición a mantener una actitud aceptante y consciente hacia sí misma serían factores claves en este proceso.

Los resultados de esta investigación sugieren que el bienestar psicológico femenino no depende únicamente de factores biológicos o externos, sino también de la forma en que la mujer interpreta su experiencia interna. Por lo tanto, las intervenciones psicológicas cuyo objetivo sea mejorar la regulación emocional, favorecer la flexibilidad cognitiva, reducir la vergüenza y promover una actitud aceptante y consciente podrían impactar positivamente tanto en el malestar psicológico como en la percepción genital y corporal.

En definitiva, esta tesis aporta evidencia empírica que apoya la existencia de una relación entre percepción genital femenina y malestar o bienestar psicológico en las correlaciones, así como un modelo teórico integrador pendiente de seguir siendo investigado que permite comprender dicha relación desde una perspectiva multidimensional. La introducción del concepto de *antropomorfismo psicológico genital* constituye una propuesta teórica que amplía los modelos previos y abre nuevas líneas de investigación sobre el papel del cuerpo y de la genitalidad en la construcción del malestar o bienestar psicológico en la mujer.

6.1.- **Implicaciones clínicas**

Los resultados obtenidos en esta investigación tienen importantes implicaciones para la práctica clínica, especialmente en el ámbito de la psicología clínica, sanitaria, de intervención, educativa, sexología y del bienestar psicológico femenino. Los datos muestran que el malestar psicológico en la mujer se asocia principalmente con dificultades en la regulación emocional, la fusión cognitiva y con la vergüenza existencial, mientras que la disposición al mindfulness actúa como un factor protector. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones terapéuticas deberían centrarse no sólo en el contenido de los pensamientos o en los síntomas emocionales, sino en la forma en que la mujer se relaciona con su experiencia interna.

En este sentido, los modelos basados en la flexibilidad psicológica y cognitiva, así como los programas basados en estar presente y amarse más a una misma, pueden resultar especialmente adecuados para el abordaje del malestar psicológico femenino, ya que promueven una relación más consciente, aceptante y menos fusionada con los pensamientos, las emociones y las sensaciones corporales. La mejora en la regulación emocional y la reducción de la fusión cognitiva o la vergüenza existencial podrían disminuir la intensidad del malestar psicológico y favorecer una percepción más integrada del propio cuerpo.

Por otra parte, los resultados de esta investigación sugieren que la percepción genital femenina no debe entenderse únicamente como un aspecto sexual o estético, sino como una parte de la construcción del autoconcepto y de la identidad existencial y corporal. Aunque la imagen genital no predijo de forma directa el malestar psicológico en los modelos finales, su relación con variables como la vergüenza existencial y la regulación emocional podría indicar que la forma en que la mujer percibe su genitalidad puede reflejaría la relación que mantiene consigo misma.

Desde esta perspectiva, el concepto de antropomorfismo psicológico genital propuesto en esta tesis aporta una posible explicación clínica al vínculo observado entre genitalidad y bienestar

psicológico. La tendencia a atribuir a la zona genital significados simbólicos personales, emocionales o identitarios puede hacer que la vivencia de esta parte del cuerpo esté influida por la vergüenza, la autoestima o la autocrítica. En la práctica clínica, esto implicaría que trabajar con la percepción genital femenina no sólo tendría relevancia en el ámbito sexual, sino también en la disminución del malestar psicológico y, por lo tanto, un incremento en el bienestar psicológico general.

Estos resultados sugieren que las intervenciones terapéuticas dirigidas a mejorar la relación con el propio cuerpo, incluyendo la exploración, el conocimiento de la genitalidad, podrían tener efectos positivos no sólo en la satisfacción sexual, sino también en la autoestima, en la regulación emocional y en la reducción del malestar psicológico. Desde el antropomorfismo psicológico genital, el trabajo terapéutico con la imagen corporal y genital se entendería como una vía de acceso al autoconcepto y a la experiencia emocional de la mujer.

Asimismo, la fuerte asociación encontrada entre vergüenza existencial y malestar psicológico indica la necesidad de incluir en la intervención clínica y sanitaria el abordaje de las emociones autocríticas y de los sentimientos de inadecuación global. La reducción de la vergüenza existencial, junto con el desarrollo de estrategias de regulación emocional más eficaces y disminuir la fusión cognitiva, podría contribuir a mejorar no sólo el bienestar psicológico, sino también la relación que la mujer establece con su cuerpo y con su sexualidad.

En conjunto, los resultados de esta investigación apoyan la importancia de un enfoque terapéutico integrador que incluya el trabajo con procesos cognitivos, emocionales y corporales incluyendo la percepción corporal y genital dentro del trabajo clínico, educativo y sanitario sobre el autoconcepto y la regulación emocional.

La incorporación de técnicas basadas en la aceptación, la atención plena, la regulación emocional y la reconexión corporal o genital podrían favorecer una mejora global del bienestar psicológico femenino al reducir el malestar psicológico femenino.

6.2.- **Líneas futuras de investigación**

Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten plantear diversas líneas futuras de investigación que podrían contribuir a ampliar el conocimiento sobre la relación entre percepción genital femenina, procesos emocionales y bienestar psicológico, así como profundizar en el modelo integrador propuesto.

En primer lugar, sería necesario realizar estudios longitudinales que permitan analizar la dirección causal de las relaciones encontradas. El diseño transversal utilizado en esta investigación impide determinar si las dificultades en la regulación emocional, la vergüenza existencial o la fusión cognitiva preceden al malestar psicológico o si, por el contrario, es el propio malestar el que influye en la forma en que la mujer percibe su cuerpo y su genitalidad. Estudios prospectivos permitirán comprender mejor la dinámica temporal entre estas variables y confirmar el carácter posiblemente bidireccional sugerido en esta tesis.

En segundo lugar, futuras investigaciones podrían explorar modelos de mediación y moderación más complejos que permitan analizar de qué manera la percepción genital femenina se relaciona con el malestar psicológico a través de variables emocionales y cognitivas. Los resultados obtenidos sugieren que la imagen genital no predice de forma directa el malestar psicológico cuando se introducen variables como la regulación emocional, la vergüenza o la fusión cognitiva, lo que indica que su efecto podría estar mediado por estos procesos. El análisis de modelos estructurales podría aportar mayor precisión en la comprensión de estas relaciones.

Otra línea de investigación relevante sería estudiar si el modelo encontrado en esta investigación se replica en muestras masculinas o mixtas. Esta tesis se centró únicamente en mujeres para analizar la forma específica de los procesos relacionados con la percepción genital femenina, pero futuras investigaciones podrían explorar si la atribución de significado al cuerpo y a los genitales también se relaciona con el bienestar psicológico en hombres o si existen diferencias en función del sexo o del género.

La introducción del concepto de antropomorfismo psicológico genital permite plantear que la relación con el propio cuerpo, y especialmente con la genitalidad, puede formar parte del sistema de construcción del yo, por lo que futuras investigaciones podrían profundizar en el papel del cuerpo y los genitales como elemento central en la experiencia emocional y en la identidad personal.

En conjunto, las líneas futuras propuestas apuntan a la necesidad de continuar investigando la relación entre cuerpo, genitalidad, cognición y emoción desde un enfoque multidimensional, con el fin de comprender mejor los factores que influyen en el bienestar psicológico de la mujer. Asimismo, el modelo integrador propuesto en esta tesis abre la posibilidad de desarrollar nuevas investigaciones que permitan seguir avanzando en la comprensión del papel de la percepción corporal y genital dentro de los procesos de construcción del autoconcepto y de la experiencia emocional de la mujer, contribuyendo al desarrollo de intervenciones más eficaces en el ámbito

de la intervención sanitaria, clínica, educativa y sexológica fundamentadas empíricamente. Sin embargo, esta investigación está suponiendo un punto de inflexión para mi propia investigación en estos años y me anima a seguir ampliando el modelo a medida que lo siga investigando con el fin de ofrecer datos más concretos en mis futuras publicaciones.

Esta investigación pretende contribuir al avance del conocimiento sobre la salud mental femenina y su posible papel dentro de un modelo integrador que incluya variables emocionales, cognitivas y regulatorias. Se espera que los resultados permitan ampliar la comprensión de los factores implicados en el bienestar psicológico de la mujer y abrir nuevas líneas de investigación en el ámbito de la sexualidad, la imagen corporal y la salud mental.

Referencias Bibliográficas

Abeyasekera, A., & Marecek, J. (2019). Embodied shame and gendered demeanours in young women in Sri Lanka. *Feminism & Psychology, 29*(2), 157–176. https://doi.org/10.1177/0959353518803976

Alavi-Arjas, F., Goodman, M. P., Simbar, M., Alavi Majid, H., & Nahidi, F. (2023). The strength of correlation between female genital self-image and sexual function: A systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine, 20*(12), 1376–1383. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad118

Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2016). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of internalizing and externalizing psychopathology. *Development and Psychopathology, 28*(4 Pt. 1), 927–946. https://doi.org/10.1017/S0954579416000638

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004

Alsababha, R., McDermid, F., O'Reilly, R., Mannix, J., & Peters, K. (2026). "Losing my femininity": Sexual health experiences of Arabic women after mastectomy. *Journal of Transcultural Nursing, 37*(1), 47–53. https://doi.org/10.1177/10436596251370370

Amaro, H., Raj, A., & Reed, E. (2001). Women's sexual health: The need for feminist analyses in public health in the decade of behavior. *Psychology of Women Quarterly, 25*(4), 324–334. https://doi.org/10.1111/1471-6402.00032

American Society for Aesthetic Plastic Surgery. (2014). *Cosmetic surgery national data bank statistics 2014*. https://www.surgery.org

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andersen, B. L., & Cyranowski, J. M. (1994). Women's sexual self-schema. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(6), 1079–1100. https://doi.org/10.1037/0022-3514.67.6.1079

Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, *41*(1), 29–42. https://doi.org/10.1348/014466502163778

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment, 10*(2), 176–181. https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176

Araya-Vargas, G. A., Gapper-Morrow, S., Moncada-Jiménez, J., & Buckworth, J. (2009). Translation and cross-cultural validation of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS): An exploratory analysis and potential applications to exercise psychology, sport and health. International *Journal of Applied Sports Sciences, 21*(1), 94–114.

Aries, N. (1987). Fragmentation and reproductive freedom: Federally subsidized family planning services, 1960–80. *American Journal of Public Health, 77*(11), 1465–1471. https://doi.org/10.2105/AJPH.77.11.1465

Arvidsdotter, T., Marklund, B., Kylén, S., Taft, C., & Ekman, I. (2016). Understanding persons with psychological distress in primary health care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(4), 687–694. https://doi.org/10.1111/scs.12289

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). *Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13*(1), 27–45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Bagherinia, M., Dolatian, M., Mahmoodi, Z., & Alavi Majd, H. (2024). Predictors of social intermediate factors associated with sexual quality of life of women: Systematic review and meta-analysis. *BMC Women's Health, 24*(1), Article 99. https://doi.org/10.1186/s12905-024-02899-2

Balsamo, M., Macchia, A., Carlucci, L., Picconi, L., Tommasi, M., Gilbert, P., & Saggino, A. (2015). Measurement of external shame: An inside view. *Journal of Personality Assessment, 97*(1), 81–89. https://doi.org/10.1080/00223891.2014.947650

Bancroft, J., Loftus, J., & Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 193–209. https://doi.org/10.1023/a:1023420431760

Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(2), 140–148. https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.2.140

Barrett, K. C. (1998). A functionalist perspective to the development of emotions. En M. F. Mascolo & S. Griffin (Eds.), *What develops in emotional development?* (pp. 109–133). Springer Science Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1939-7_5.

Basanta, S., & Nuño de la Rosa, L. (2023). The female orgasm and the homology concept in evolutionary biology. *Journal of Morphology, 284*(4–5), e21544. https://doi.org/10.1002/jmor.21544

Bass, T. (2016). Exploring female sexuality. *North Carolina Medical Journal, 77*(6), 430–432. https://doi.org/10.18043/ncm.77.6.430

Basson, R. (2002). A model of women's sexual arousal. *Journal of Sex & Marital Therapy, 28*(1), 1–10.https://doi.org/10.1080/009262302317250963

Beauvoir, S. de. (1949). *El segundo sexo*. Gallimard.

Bektaş, H. A., & Öcalan, D. (2023). The relationship between women's mode of delivery, body image, self-respect, and genital self-image. *International Urogynecology Journal, 34*(12), 2885–2892. https://doi.org/10.1007/s00192-023-05610-5

Berman, L. A., Berman, J., Miles, M., Pollets, D., & Powell, J. A. (2003). Genital Self-Image as a Component of Sexual Health: Relationship Between Genital Self-Image, Female Sexual Function, and Quality of Life Measures. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *29*(sup1), 11–21. https://doi.org/10.1080/713847124

Benabe, E., Fuentes, Y., Roldán, G., Ramos, M., Pastrana, M., & Romaguera, J. (2022). The perceptions of female genital self-image and its associations with female sexual distress. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 157*(1), 90–95. https://doi.org/10.1002/ijgo.13827

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), 230–241. https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077

Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships, 14*(4), 551–569. https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00171.x

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II. *Behavior Therapy, 42*(4), 676–688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007

Bramwell, R., & Morland, C. (2009). Genital appearance satisfaction in women: The development of a questionnaire and exploration of correlates. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(1), 15–27. https://doi.org/10.1080/02646830701759793

Braun, V., & Wilkinson, S. (2001). Sociocultural representations of the vagina. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 19*(1), 17–32. https://doi.org/10.1080/02646830020032374

Brennan, M. A., Lalonde, C. E., & Bain, J. L. (2010). Body image perceptions: Do gender differences exist? *Psi Chi Journal of Psychological Research, 15*(3), 130–138. https://doi.org/10.24839/1089-4136.JN15.3.130

Brito-Rhor, M. D., Rodríguez-Herráez, B., & Trueba, A. F. (2020). Propiedades psicométricas y validación del instrumento de evaluación del autoesquema sexual femenino en mujeres jóvenes ecuatorianas. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 54*(1), 91–104. https://doi.org/10.21865/RIDEP54.1.07

Brotto, L. A., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C. H. N., Byers, E. S., Graham, C. A., Nobre, P., & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine, 13*(4), 538–571. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019

Brotto, L. A., Heiman, J. R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G. M., Swisher, E., Tamimi, H., Opdyke, K., & Van Blaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior, 37*(2), 317–329. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9196-x

Brotto, L. A., Heiman, J. R., & Tolman, D. L. (2009). Narratives of desire in mid-age women with and without arousal difficulties. *Journal of Sex Research, 46*(5), 387–398. https://doi.org/10.1080/00224490902792624

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), 822–848. https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry, 18*(4), 211–237. https://doi.org/10.1080/10478400701598298

Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy, 35*(1), 79–89. https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00068-X

Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2023). Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 83*(1), 54–66. https://doi.org/10.51288/00830109

Carrozzino, D., Patierno, C., Pignolo, C., & Christensen, K. (2023). The concept of psychological distress and its assessment: A clinimetric analysis of the SCL-90-R. *International Journal of Stress Management, 29*(1), 12–21. https://doi.org/10.1037/str0000280

Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist, 54*(3), 165–181. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165

Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (1990). *Body images: Development, deviance, and change*. Guilford Press.

Cash, T. F., & Smolak, L. (Eds.). (2011). *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). Guilford Press.

Chandel, S., Kumar, R., & Rohilla, J. (2022). Prevalence of sexual dysfunction in women with depression: Need for psychosexual health promotion approach. *Journal of Psychosexual Health, 4*(3), 177–184. https://doi.org/10.1177/26318318221107885

Cherkasskaya, E., & Rosario, M. (2019a). The relational and bodily experiences theory of sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior, 48*(6), 1659–1681. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1212-9

Cherkasskaya, E., & Rosario, M. (2019b). Relational and Bodily Experiences Theory: Attachment and sociocultural influences in a parsimonious model of sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior, 48*(6), 1719–1722. https://doi.org/10.1007/s10508-019-01492-1

Clifton, J., Seehuus, M., & Rellini, A.H. (2015). Testing cognitive predictors of individual differences in the sexual psychophysiological responses of sexually functional women. *Psychophysiology*, *52*, 957–968. https://doi.org/10.1111/psyp.12423

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Clinical Psychology Review, 80*, 101–116. https://doi.org/10.1037/emo0000646

Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *Complementary Health Practice Review, 13*(2), 79–91. https://doi.org/10.1177/1533210108316307

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587

Cohen, L. H., Hettler, T. R., & Park, C. L. (1997). Social support, personality, and life stress adjustment. En G. R. Pierce, B. Lakey, I. G. Sarason, & B. R. Sarason (Eds.), *Sourcebook of social support and personality* (pp. 215-228). Plenum.

Cookson, C., Luzón, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*(3), 456–473. https://doi.org/10.1111/papt.12233

Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, *42*(2), 111–131. http://doi.org/10.1348/014466503321903544

Cyranowski, J. M., & Andersen, B. L. (1998). Schemas, sexuality, and romantic attachment. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(5), 1364–1379. https://doi.org/10.1037/0022-3514.74.5.1364

Daks, J. S., & Rogge, R. D. (2020). Psychological flexibility and inflexibility as sources of resiliency and risk during a pandemic: Modelling the cascade of COVID-19 stress on family systems with a contextual behavioral science lens. *Journal of Contextual Behavioral Science, 18*, 16–27. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.08.003

Danasasmita, F. S., Pandia, V., Fitriana, E., Afriandi, I., Purba, F. D., Ichsan, A., Pradana, K., Santoso, A. H. S., Mardhiyah, F. S., & Engellia, R. (2024). *Validity and reliability of the Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form in Indonesian non-clinical population*. Frontiers in Psychiatry, 15, 1380354. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1380354

Darwin, C. (1859). *On the origin of species*. John Murray.

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety Stress Scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 24*(3), 195–205. https://doi.org/10.1023/A:1016014818163

DeCou, C. R., Lynch, S. M., Weber, S., Richner, D., Mozafari, A., Huggins, H., & Perschon, B. (2021). On the association between trauma-related shame and symptoms of psychopathology: A meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 24*(4), 2190–2204. https://doi.org/10.1177/15248380211053617

DeMaria, A. L., & Berenson, A. B. (2013). Prevalence and correlates of pubic hair grooming among low-income Hispanic, Black, and White women. The *Journal of Sexual Medicine, 10*(12), 3162–3169. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.01.002

Deonna, J. A., Rodogno, R., & Teroni, F. (2012). *In defense of shame: The faces of an emotion*. Oxford University Press.

Desrosiers, A., Klemanski, D. H., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping mindfulness facets onto dimensions of anxiety and depression. *Behavior Therapy, 44*(3), 373–384. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.02.001

Ditzen, B., Schaer, M., Gabriel, B., Bodenmann, G., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Intranasal oxytocin increases positive communication and reduces cortisol levels during couple conflict. *Biological Psychiatry, 65*(9), 728–731. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.10.011

Dosch, A., Rochat, L., Ghisletta, P., Favez, N., & Van der Linden, M. (2015). Psychological factors involved in sexual desire and arousal. *Archives of Sexual Behavior, 44*(1), 53–65. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0467-z

Dove, N. L., & Wiederman, M. W. (2000). Cognitive distraction and women's sexual functioning. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(1), 67–78. https://doi.org/10.1080/009262300278650

Drench, M. E. (1994). Changes in body image secondary to disease and injury. *Rehabilitation Nursing Journal, 19*(1), 31–36. https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.1994.tb01300.x

Duarte, C., Pinto-Gouveia, J., & Ferreira, C. (2015). Body image and self-compassion: The mediating role of body comparison. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 22*(2), 153–161. https://doi.org/10.1002/cpp.1925

Duer, K. (1988). *Desnudez y vergüenza*. Tusquets.

Dunkel Schetter, C., & Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Social and Personality Psychology Compass, 5*(9), 634–652. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x

Dunn, K. M., Croft, P. R., & Hackett, G. I. (1999). Association of sexual problems with social, psychological, and physical problems in men and women: A cross-sectional population survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*(3), 144–148. https://doi.org/10.1136/jech.53.3.144

Elias, N. (1978). *The civilizing process* (Vols. 1–2). Oxford, UK: Blackwell.

Elison, J. (2005). Shame and guilt: A hundred years of apples and oranges. *New Ideas in Psychology, 23*(1), 5–32. https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2005.07.001

Enayati Shabkolaei, M., Salehani, Z., & Lesani, S. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on cognitive fusion and social anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Applied Family Therapy Journal, 5*(3), 19–30. https://doi.org/10.61838/kman.aftj.5.3.3

Esteban, M. (2021). Evolución histórica de los discursos médico-científico y religiosos sobre la mujer, la reproducción y la sexualidad. *Estudios Humanísticos. Historia*. https://doi.org/10.18002/ehgha.v0i16.6673

Fahs, B. (2014). Genital panics: Constructing the vagina in women's qualitative narratives. *Body Image, 11*(3), 210–218. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.03.002

Farrelly, D., et al. (2017). Body dissatisfaction and sexual behavior: The mediating role of body shame. *Body Image, 21*, 1–7.

Faustino, B. (2021). Transdiagnostic perspective on psychological inflexibility and emotional dysregulation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 49*(2), 233–246. https://doi.org/10.1017/S1352465820000600

Faustino, B., Vasco, A. B., Farinha-Fernandes, A., & Delgado, J. (2023). Psychological inflexibility as a transdiagnostic construct: Relationships between cognitive fusion, psychological well-being and symptomatology. *Current Psychology, 42*(8), 6056–6061. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01943-w

Ferenczi, S. (2018). *Thalassa: A theory of genitality*. Routhledge.

Fernández-Rodríguez, C., Coto-Lesmes, R., Martínez-Loredo, V., & Cuesta, M. (2022). Psychological inflexibility, anxiety and depression: The moderating role of cognitive fusion, experiential avoidance and activation. *Psicothema, 34*(2), 230–236. https://doi.org/10.7334/psicothema2021.344

Fernando, A., & Sharp, G. (2020). Genital self-image in adolescent girls: The effectiveness of a brief educational video. *Body Image, 35*, 75–83. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.08.007

Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations, 7*(2), 117–140. https://doi.org/10.1177/001872675400700202

Fischer, V. J., Andersson, G., Billieux, J., Infanti, A., & Vögele, C. (2024). The role of emotion regulation strategies for sexual function and mental health: A cluster analytical approach. *Journal of Sex & Marital Therapy, 50*(2), 123-136. https://doi.org/10.1080/0092623X.2023.2264863

Fobair, P., Stewart, S. L., Chan, S., D'Onofrio, C., Banks, P. J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology, 15*(7), 579–594. https://doi.org/10.1002/pon.991

Foucault, M. (1978). *The history of sexuality: Volume 1* (R. Hurley, Trans.). Pantheon Books. (Original work published 1976)

Fredrickson, B. L., & Roberts, T. A. (1997). Objectification theory. *Psychology of Women Quarterly, 21*(2), 173–206. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x

Frohlich, P. F., & Meston, C. (2002). Sexual functioning and self-reported depressive symptoms among college women. *The Journal of Sex Research, 39*(4), 321–325. https://doi.org/10.1080/00224490209552156

Fudge, M. C., & Byers, E. S. (2017). "I have a nice gross vagina": Understanding young women's genital self-perceptions. *The Journal of Sex Research, 54*(3), 351–361. https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1155200

Gallagher, P., Buckmaster, A., O'Carroll, S., Kiernan, G., & Geraghty, J. (2010). External breast prostheses in post-mastectomy care: Women's qualitative accounts. *European Journal of Cancer Care, 19*(1), 61–71. https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2008.00942.x

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology, 69*(8), 856–867. https://doi.org/10.1002/jclp.22021

Ghabra, H. S. (2015). Through my own gaze. *Liminalities: A Journal of Performance Studies, 11*(5), 1–17.

Giannelis, A., Palmos, A., Hagenaars, S. P., Breen, G., Lewis, C. M., & Mutz, J. (2021). Examining the association between family status and depression in the UK Biobank. *Journal of Affective Disorders, 279*, 585–598. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.017

Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. En P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture* (pp. 3–38). New York, NY: Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 7*(3), 174–189. https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research, 70*(4), 1205–1230. https://doi.org/10.1353/sor.2003.0013

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ). *Behavior Therapy, 45*(1), 83–101. https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001

Gillen, M. M., & Markey, C. H. (2019). A review of research linking body image and sexual well-being. *Body Image, 31*, 294–301.https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.12.004

Girouard, A., Bergeron, S., Huberman, J., & Rosen, N. O. (2025). Daily perceived stress and sexual health in couples with sexual interest/arousal disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 25*, 100582. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2025.100582

Gonçalves, W. S., Gherman, B. R., Abdo, C. H. N., Coutinho, E. S. F., Nardi, A. E., & Appolinario, J. C. (2022). Prevalence of sexual dysfunction in depressive and persistent depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Impotence Research, 34*(5), 447–457. https://doi.org/10.1038/s41443-022-00539-7

Gonin-Spahni, S., Bianchi-Demicheli, F., & Pfaus, J. G. (2025). Promoting women's genital self-image with vulva photographs and information about genital appearance and function: An online experiment. *The Journal of Sexual Medicine, 22*(7), 1226–1237. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf111

Graham, C. A., Sanders, S. A., Milhausen, R. R., & McBride, K. R. (2004). Turning on and turning off: A focus group study of the factors that affect women's sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior, 33*(6), 527–538. https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000044737.62561.fd

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Gray, P. B. (2013). Evolution and human sexuality. *American Journal of Physical Anthropology, 152*(S57), 94–118. https://doi.org/10.1002/ajpa.22394

Greenberg, P. E., Fournier, A.-A., Sisitsky, T., Simes, M., Berman, R., Koenigsberg, S. H., & Kessler, R. C. (2021). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2010 and 2018). *PharmacoEconomics, 39*(6), 653–665. https://doi.org/10.1007/s40273-021-01019-4

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2.ª ed., pp. 3–20). New York, NY: Guilford Press.

Habiba, R., Sharif-ul-Alam, S., Uddin, M. J., Singha, R. K., Sayed, M. A., & Chowdhury, A. R. (2024). Sexual dysfunctions among female major depressive disorder patients of reproductive age. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences, 12*(2). https://doi.org/10.36347/sjams.2024.v12i02.020

Hajaghaie, E., & Haddadi, A. (2023). The role of biological differences in sexual self-concept and mental health in homosexual and heterosexual women. *Journal of Research in Psychology*, *4*(2), 120–138. https://doi.org/10.31580/jrp.v4i2.2564

Hamilton, L. D., & Meston, C. M. (2013). Chronic stress and sexual function in women. *The Journal of Sexual Medicine, 10*(10), 2443–2454. https://doi.org/10.1111/jsm.12249

Handelzalts, J. E., Yaakobi, T., Levy, S., Peled, Y., Wiznitzer, A., & Krissi, H. (2017). The impact of genital self-image on sexual function in women with pelvic floor disorders. *European Journal of*

Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 211, 164–168. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2017.02.028

Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin, 127*(6), 773–796. https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.6.773

Harris, R. (2009). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* Guilford Press.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006

Heidari, M., Ghodusi, M., & Rafiei, H. (2017). Sexual self-concept and its relationship to depression, stress and anxiety in postmenopausal women. *Journal of Menopausal Medicine, 23*(1), 42–48. https://doi.org/10.6118/jmm.2017.23.1.42

Heinberg, L. J., & Thompson, J. K. (1992). Social comparison: Gender, target importance ratings, and relation to body image disturbance. *Journal of Social Behavior & Personality, 7*(2), 335–344.

Herbenick, D., & Reece, M. (2010). Development and validation of the Female Genital Self-Image Scale. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(5), 1822–1830. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01728.x

Herbenick, D., Schick, V., Reece, M., Sanders, S., Dodge, B., & Fortenberry, J. D. (2011). The Female Genital Self-Image Scale (FGSIS): Results from a nationally representative probability sample of women in the United States. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(1), 158–166. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02071.x

Herbenick, D., Fu, T. C., Arter, J., Sanders, S. A., & Dodge, B. (2018). Women's experiences with genital touching, sexual pleasure, and orgasm: Results from a U.S. probability sample. *Journal of Sex & Marital Therapy, 44*(2), 201–212. https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1346530

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional [The Spanish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale]. *Clínica y Salud, 19*(2), 139–156.

Hilgers, M. (2006). *Shame: Faces of an affect*. Vandenhoeck & Ruprecht.

Hofmann, S. G., & Gómez, A. F. (2017). Mindfulness-based interventions. *Psychiatric Clinics of North America, 40*(4), 739–749. https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.008

de Hooge, I. E., Breugelmans, S. M., Wagemans, F. M. A., & Zeelenberg, M. (2018). The social side of shame: Approach versus withdrawal. *Cognition and Emotion, 32*(8), 1671–1677. https://doi.org/10.1080/02699931.2017.1422696

Hosken, D. J., & Stockley, P. (2004). Sexual selection and genital evolution. *Trends in Ecology & Evolution, 19*(2), 87–93. https://doi.org/10.1016/j.tree.2003.11.012

Hustad, I. B., Malmqvist, K., Ivanova, E., Rück, C., & Enander, J. (2022). Does size matter? Genital self-image and genital measurements in women with obsessive-compulsive disorder and healthy controls. *The Journal of Sexual Medicine, 19*(9), 1378–1386. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.06.006

Iannaccone, M., D'Olimpio, F., Cella, S., & Cotrufo, P. (2016). Self-esteem, body shame and eating disorder risk in obese and normal weight adolescents: A mediation model. *Eating Behaviors, 21*, 80–83. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.010

Johnson, D. P., & Whisman, M. A. (2013). Gender differences in rumination: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences,* 55(4), 367–374. https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.03.019

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hyperion.

Karaaslan, Ö., & Hacimusalar, Y. (2018). Evaluation of body image, sexual dysfunctions and quality of life in female patients with generalized anxiety disorder. *Archives of Clinical Psychiatry, 45*(6), 150–153. https://doi.org/10.1590/0101-60830000000178

Karcher, S., Gertzen, M., Rosenberger, C., Schwarz, J., Villa, P., Strasburger, M., Rabenstein, A., Pogarell, O., Martl, P., Hentschel, H., Horstmann, A., Silva-Leao, D., & Rüther, T. (2025). When stigma meets the sheets: Sexual satisfaction, LGB identity, and shame proneness in LGB individuals—A quantitative study. *Sexuality Research and Social Policy*. 1-18. https://doi.org/10.1007/s13178-025-01137-0

Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865–878. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001

Katterman, S. N., Goldstein, S. P., Butryn, M. L., Forman, E. M., & Lowe, M. R. (2014). Efficacy of an acceptance-based behavioral intervention for weight gain prevention in young adult women. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *3*(1), 45–50. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2013.10.003

Kaufman, G. (1996). *The psychology of shame: Theory and treatment of shame-based syndromes* (2nd ed.). Springer Publishing Company.

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041–1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Keramat, A., Malary, M., Moosazadeh, M., Bagherian, N., & Rajabi-Shakib, M. (2021). Factors influencing stress, anxiety, and depression among Iranian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth, 21*, Article 363. https://doi.org/10.1186/s12884-021-03575-1

Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 78*(6), 519–528. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.03.009

Kilimnik, C. D., Boyd, R. L., Stanton, A. M., Klein, M. H., & Simons, J. S. (2018). Identification of nonconsensual sexual experiences and the sexual self-schemas of women: Implications for sexual functioning. *Archives of Sexual Behavior, 47*, 1633–1647. https://doi.org/10.1007/s10508-018-1229-0

Kim, S., Thibodeau, R., & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin, 137*(1), 68–96. https://doi.org/10.1037/a0021466

Kim, S., & Ahn, S. (2019). Influencing factors of sexual intimacy and satisfaction among women within 1 year after mastectomy. *Korean Journal of Women Health Nursing, 25*(2), 219–231. https://doi.org/10.4069/kjwhn.2019.25.2.219

Kok Kendirlioglu, B., & Kucukgoncu, S. (2024). Effects of sexual myths and intimate partner violence on women's sexual self-schemas. *Archives of Sexual Behavior, 53*, 375–382. https://doi.org/10.1007/s10508-023-02729-w

Komlenac, N., & Hochleitner, M. (2020). Attachment-related anxiety is associated with poor genital satisfaction and sexual problems in women. *BMC Women's Health, 20*, Article 116. https://doi.org/10.1186/s12905-020-01110-6

Koning, M., Zeijlmans, I., Bouman, T. K., & van der Lei, B. (2009). Female attitudes regarding labia minora appearance and reduction with consideration of media influence. *Aesthetic Surgery Journal, 29*(1), 65–71. https://doi.org/10.1016/j.asj.2008.12.003

Kuffel, S. W., & Heiman, J. R. (2006). Effects of depressive symptoms and experimentally adopted schemas on sexual arousal and affect in sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior*, *35*(2), 160–174. https://doi.org/10.1007/s10508-005-9015-1

Kvalem, I., Nygaard, I., Træen, B., Ivanova, A., & Dahlgren, C. (2024). Menstrual attitudes in adult women: A cross-sectional study on the association with menstruation factors, contraceptive use, genital self-image, and sexual openness. *Women's Health, 20*. https://doi.org/10.1177/17455057241249553

Laan, E., van Driel, E., & van Lunsen, R. H. W. (2017). Young women's genital self-image and effects of exposure to pictures of natural vulvas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 38*(4), 306–317. https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1233172

Lanteigne, D. M., Flynn, J. J., Eastabrook, J. M., & Hollenstein, T. (2014). Discordant patterns among emotional experience, arousal, and expression in adolescence: Relations with emotion regulation and internalizing problems. *Canadian Journal of Behavioural Science, 46*, 29–39. https://doi.org/10.1037/a0029968

Laqueur, T. (1990). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.

Lasota, M. T., & Kearney, C. A. (2017). Maladaptive perfectionism and depression and state-trait anxiety: A mediational analysis with self-esteem. *Journal of Social and Clinical Psychology, 36*(4), 346–357. https://doi.org/10.1521/jscp.2017.36.4.346

Lavender, J. M., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Exploring the relationship between facets of mindfulness and eating pathology in women. *Cognitive Behaviour Therapy, 40*(3), 174–182. https://doi.org/10.1080/16506073.2011.555485

Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2013). Newlyweds' optimistic forecasts of their marriage: For better or for worse? *Journal of Family Psychology, 27*(4), 531–540. https://doi.org/10.1037/a0033423

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Leite, S. D., Costa, S., & Lima Silva, J. (2025). Impact of female genital self-image on sexual function and associated risk factors. *Sexual and Relationship Therapy, 40*(2), 373–382. https://doi.org/10.1080/14681994.2025.2456189

Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. International Universities Press.

Lewis, M. (1992). *Shame: The exposed self*. Free Press.

Liao, L.-M., Michala, L., & Creighton, S. M. (2010). Labial surgery for well women: A review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(1), 20–25. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02426.x

Liao, L.-M., Taghinejadi, N., & Creighton, S. M. (2012). An analysis of the content and clinical implications of online advertisements for female genital cosmetic surgery. *BMJ Open, 2*(6), e001908. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2012-001908

Lichtenstein, H. (1963). The dilemma of human identity: Notes on self-transformation, self-objectivation, and metamorphosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 11*, 173–223. doi: 10.1177/000306516301100111.

Lin, H.-C., & Lin, Y.-C. (2018). The study of body image, self-esteem and sexual satisfaction of college students in southern Taiwan. *Universal Journal of Educational Research, 6*(4), 647–652. https://doi.org/10.13189/ujer.2018.060408

Linardon, J., Anderson, C., Messer, M., Rodgers, R. F., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Body image flexibility and its correlates: A meta-analysis. *Body Image, 37*, 160–178. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2021.02.005

Lindsay, E. K., & Creswell, J. D. (2017). Mechanisms of mindfulness training: Monitor and acceptance theory (MAT). *Psychological Inquiry, 28*, 37–41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.011

Lordelo, P., Brasil, C., Lerche, J., Gomes, T., Martins, P., & Castro, M. (2017). Relationship between female genital self-image and sexual function: Cross-sectional study. *Obstetrics & Gynecology International Journal, 7*(4), 00253. https://doi.org/10.15406/ogij.2017.07.00253

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 335–343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.

Loyola, M. A. (2003). Sexualidade e medicina: A revolução do século XX. *Cuadernos de Saúde Pública, 19*(4), 875–899.

Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2011). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(1), 43–53. https://doi.org/10.1037/a0026070

Lynch, S. M., & Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence Against Women, 6*(2), 178–197. https://doi.org/10.1177/10778010022181787

Lynd, H. M. (1958). *On shame and the search for identity*. Harcourt, Brace.

Maathz, P., Flink, I. K., Engman, L., & Ekdahl, J. (2020). Psychological inflexibility as a predictor of sexual functioning among women with vulvovaginal pain: A prospective investigation. *Pain Medicine (United States)*, *21*(12), 3596–3602. https://doi.org/10.1093/PM/PNAA042

Macedo, A., Capela, E., & Peixoto, M. (2023). Sexual satisfaction among lesbian and heterosexual cisgender women: A systematic review and meta-analysis. *Healthcare, 11*(12), 1680. https://doi.org/10.3390/healthcare11121680

Madewell, N. A. (2000). *The relation between body image, sexual functioning, women's genital self-image, and feminist identity* (Doctoral dissertation, Oklahoma State University).

Magdala, I. (2019). *Tu vagina habla*. Urano.

Malary, M., Hamzehgardeshi, Z., & Farjamfar, M. (2024). Predictors of genital self-image in Iranian women: A cross-sectional study. *BMC Psychology, 12*, 541. https://doi.org/10.1186/s40359-024-02042-8

Martínez-Gómez, M., Ortega, V., & Sierra, J. C. (2010). El autoesquema sexual femenino: Estructura factorial y propiedades psicométricas en mujeres mexicanas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *42*(3), 427–436.

Marvi, N., Golmakani, N., Esmaeli, H., & Shareh, H. (2018). Effect of sex education on infertile females' genital self-image. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 27*(158), 143–153.

Masuda, A., Price, M., Anderson, P. L., & Wendell, J. W. (2010). Disordered eating-related cognition and psychological flexibility as predictors of psychological health among college students. *Behavior Modification, 34*(1), 3–15. https://doi.org/10.1177/0145445509351569

McCall, K. M., & Meston, C. M. (2007). The effects of false positive and false negative physiological feedback on sexual arousal: A comparison of women with or without sexual arousal disorder. *Archives of Sexual Behavior, 36*(4), 518–530. https://doi.org/10.1007/s10508-006-9140-5

McCracken, L. M. (2024). Psychological flexibility, chronic pain, and health. *Annual Review of Psychology, 75*, 601–624. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020223-124335

McDougall, L. J. (2013). Towards a clean slit: how medicine and notions of normality are shaping female genital aesthetics. *Culture, Health & Sexuality*, *15*(7), 774–787. https://doi.org/10.1080/13691058.2013.780639

Mellor, D., Fuller-Tyszkiewicz, M., McCabe, M. P., & Ricciardelli, L. A. (2010). Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex Roles: A Journal of Research, 63*(9-10), 672–681. https://doi.org/10.1007/s11199-010-9813-3

Meston, C. M. (2003). Validation of the female sexual function index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and in women with hypoactive sexual desire disorder. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(1), 39–46. https://doi.org/10.1080/713847100

Mestre, J. M., & Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones: Una vía para la adaptación*. Pirámide.

Mestre, J. M., Altaras, A., & Jolić Marjanović, Z. (2024). Editorial for "Assessing emotional intelligence: Updates and issues". *Personality and Individual Differences*, *230*, 112787.

Mestre, J. M., MacCann, C., Guil, R., & Roberts, R. D. (2016). Models of Cognitive Ability and Emotion Can Better Inform Contemporary Emotional Intelligence Frameworks. *Emotion Review, 8*(4), 322-330. https://doi.org/10.1177/1754073916650497

Michala, L. (2020). The adolescent and genital dissatisfaction. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, *63*(3), 528–535. https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000522

Middleton, L. S., Kuffel, S. W., & Heiman, J. R. (2008). Effects of experimentally adopted sexual schemas on vaginal response and subjective sexual arousal: A comparison between women with sexual arousal disorder and sexually healthy women. *Archives of Sexual Behavior, 37*(6), 950–961. https://doi.org/10.1007/s10508-007-9310-0

Mohammed, G. F. (2025). The impact of social media on female genital self-image. *Sexual Medicine Reviews, 13*(4), 698–705. https://doi.org/10.1093/sxmrev/qeaf031

Moradi, B., & Huang, Y.-P. (2008). Objectification Theory and Psychology of Women: A Decade of Advances and Future Directions. *Psychology of Women Quarterly, 32*(4), 377-398. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2008.00452.x

Moreno-Montero, E., Moreta-Herrera, R., & Suárez-López, A. (2023). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ) from a sample of Ecuadorian college students. *Psicologia*, *37*(2), 80-90.

Morgenroth, T., Ryan, M. K., Arnold, M. F., & Faber, N. S. (2025). The moralization of women's bodies. *European Journal of Social Psychology, 55*, 227–239. https://doi.org/10.1002/ejsp.3136

Mueller, K., Rehman, U. S., Fallis, E. E., & Goodnight, J. A. (2016). An interpersonal investigation of sexual self-schemas. *Archives of Sexual Behavior, 45*(2), 281–290. https://doi.org/10.1007/s10508-015-0638-6

Murray, S. H., & Milhausen, R. R. (2012). Sexual desire and relationship duration in young men and women. *Journal of Sex & Marital Therapy, 38*(1), 28–40. https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.569637

Naciones Unidas (ONU) (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Asamblea General de las Naciones Unidas.

Nair, S. C., Jaafar, H., Jaloudi, M., Qawasmeh, K., AlMarar, A., & Ibrahim, H. (2018). Supportive care needs of multicultural patients with cancer in the United Arab Emirates. *ecancermedicalscience, 12,* 838. https://doi.org/10.3332/ecancer.2018.838

Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Suicidal behavior and problems with emotion regulation. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 48* (1), 52–74. https://doi.org/10.1111/sltb.12335

Necesalova, P., Karbanova, J., Rusavy, Z., Pastor, Z., Jansova, M., & Kalis, V. (2016). Mediolateral versus lateral episiotomy and their effect on postpartum coital activity and dyspareunia rate at 3 and 6 months postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare, 8*, 25–30. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2016.01.004

Nelson, D. L., Bennett, D. J., Gee, N. R., Schreiber, T. A., & McKinney, V. M. (1993). Implicit memory: Effects of network size and interconnectivity on cued recall. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition, 19*(4), 747–764. https://doi.org/10.1037/0278-7393.19.4.747

Neff, K. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, *2*(2), 85–101. https://doi.org/10.1080/15298860309032

Neff, K.D. (2011), Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Social and Personality Psychology Compass, 5*: 1-12. https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x

Neve-Enthoven, N. G. M., Callens, N., van Kuyk, M., Verhaak, C. M., van der Ende, J., Drop, S. L. S., Cohen-Kettenis, P. T., & Dessens, A. B. (2022). Sexual self-concept in women with disorders/differences of sex development. *Archives of Sexual Behavior, 51*(4), 2213–2229. https://doi.org/10.1007/s10508-021-02188-1

Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(3), 504–511. https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504

O'Neill-King, F. I., Jackowich, R. A., & Pukall, C. F. (2025). Depression, selective serotonin reuptake inhibitors, and sexual wellbeing in assigned females: Exploring the moderating role of sexual flexibility. *The Journal of Sexual Medicine*. https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdaf097

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health,* 28–31 January 2002, Geneva. World Health Organization.

Orgeta, V. (2009). Specificity of age differences in emotion regulation. *Aging & Mental Health*, *13*(6), 818–826. https://doi.org/10.1080/13607860902989661

Panjari, M., Bell, R. J., & Davis, S. R. (2011). Sexual function after breast cancer. *The Journal of Sexual Medicine, 8*(1), 294–302. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02034.x

Pazmany, E., Bergeron, S., Van Oudenhove, L., Verhaeghe, J., & Enzlin, P. (2013). Body image and genital self-image in pre-menopausal women with dyspareunia. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 999–1010. https://doi.org/10.1007/s10508-013-0102-4

Peixoto, M. M., & Sousa, F. (2023). Difficulties in Emotion Regulation and Sexual Functioning in Sports Practitioners: A Pilot Study. *International Journal of Sexual Health*, *35*(1), 91–104. https://doi.org/10.1080/19317611.2023.2172511

Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(5), 376–386. https://doi.org/10.1080/17439760.2013.807353

Pfeiffer, W. (2000). *The role of shame, disgust, self-esteem and appearance in eating disorders* (Doctoral dissertation). University of Sheffield.

Prakash, R. S., Hussain, M. A., & Schirda, B. (2015). The role of emotion regulation and cognitive control in the association between mindfulness disposition and stress. *Psychology and Aging, 30*(1), 160–171. https://doi.org/10.1037/a0038544

Pujols, Y., Seal, B. N., & Meston, C. M. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine, 7*(2, Pt. 2), 905–916. https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x

Pux, S., Hahn, E., Bergmann, N., Hahne, I., Pauly, L., Ta, T. M. T.& Böge, K. (2022). Cognitive fusion and personality traits in the context of mindfulness: A cross-sectional study. *Plos One, 17*(9), e0273331. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273331

Quaglia, J. T., Brown, K. W., Lindsay, E. K., Creswell, J. D., & Goodman, R. J. (2015). From conceptualization to operationalization of mindfulness. En K. W. Brown, J. D. Creswell, J. D., & R. M. Ryan (Eds.), *Handbook of mindfulness: Theory, research, and practice* (pp. 151-170). Guilford Press

Raich, R. M. (2001). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo*. Pirámide.

Randal, C., Pratt, D., & Bucci, S. (2015). Mindfulness and self-esteem: A systematic review. *Mindfulness, 6*(6), 1366–1378. https://doi.org/10.1007/s12671-015-0407-6

Reinholtz, R. K., & Muehlenhard, C. L. (1995). Genital perceptions and sexual activity in a college population. *The Journal of Sex Research, 32*(2), 155–165. https://doi.org/10.1080/00224499509551785

Reissing, E. D., Binik, Y. M., Khalifé, S., Cohen, D., & Amsel, R. (2003). Etiological correlates of vaginismus: Sexual and physical abuse, sexual knowledge, sexual self-schema, and relationship adjustment. *Journal of Sex & Marital Therapy, 29*(1), 47–59. https://doi.org/10.1080/713847095

Renaud, C. A., & Byers, E. S. (2001). Positive and negative sexual cognitions: Subjective experience and relationships to sexual adjustment. *Journal of Sex Research, 38*(3), 252–262. https://doi.org/10.1080/00224490109552094

Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 45*(5), 536–545. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x

Richards, J. M., & Gross, J. J. (2000). Emotion regulation and memory: The cognitive costs of keeping one's cool. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(3), 410–424. https://doi.org/10.1037/0022-3514.79.3.410

Ruiz, F. J., Langer, Á. I., Luciano, C., Cangas, A. J., & Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological flexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire-II. *Psicothema, 25*(1), 123–129. https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239

Ruiz, F. J., García-Martín, M. B., Suárez-Falcón, J. C., & Odriozola-González, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of the Depression Anxiety Stress Scale-21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 17*(1), 97–105.

Russell, L. H., Bardeen, J. R., Clayson, K. A., Dolan, S. L., & Fergus, T. A. (2020). The closed response style and posttraumatic stress: Examining the interaction between experiential avoidance and cognitive fusion among women experiencing sexual trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(6), 627–634. https://doi.org/10.1037/tra0000580

Rusu, D., & Delcea, C. (2025). The Relationship Between Depressive Tendencies and Sexual Satisfaction in Women. *BRAIN. Broad Research In Artificial Intelligence And Neuroscience, 16*(3), 317-326. doi:http://dx.doi.org/10.70594/brain/16.3/23

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52*, 141–166. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141

Sandoz, E. K., Wilson, K. G., & DuFrene, T. (2011). *Acceptance and commitment therapy for eating disorders and body image*. Context Press.

Sasanfar, T., Maasoumi, R., Ataei, M., Haghani, S., & Nekoolaltak, M. (2024). Comparative investigation of genital self-image and sexual function in women with and without a history of female genital cosmetic procedures: A cross-sectional study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery, 12*(2):121-134. http://doi.org/10.30476/IJCBNM.2024.101051.2399

Scheel, C. N., Bender, C., Tuschen-Caffier, B., & Jacob, G. A. (2013). SHAME—Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung positiver und negativer Aspekte von Scham [SHAME—Development of a questionnaire capturing positive and negative aspects of shame]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 42*, 280–290. https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000228

Scheel, C. N., Eisenbarth, H., & Rentzsch, K. (2020). Assessment of different dimensions of shame proneness: Validation of the SHAME. *Assessment, 27*(8), 1699–1717. https://doi.org/10.1177/1073191118820130

Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N., & Zucker, A. N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly, 34*(3), 394–404. https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2010.01584.x

Scott, J. W. (1986). Gender: A useful category of historical analysis. *The American Historical Review, 91*(5), 1053–1075. https://doi.org/10.2307/1864376

Sedighimornani, N., Rimes, K. A., & Verplanken, B. (2019). Exploring the relationships between mindfulness, self-compassion, and shame. *SAGE Open, 9*(3), 1–10. https://doi.org/10.1177/2158244019866294

Séjourné, N., Got, F., Solans, C., & Raynal, P. (2019). Body image, satisfaction with sexual life, self-esteem and anxio-depressive symptoms: A comparative study between pre-menopausal, peri-menopausal and post-menopausal women. *Journal of Women & Aging, 31*(1), 18–29. https://doi.org/10.1080/08952841.2018.1510247

Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology, 62*(3), 373–386. https://doi.org/10.1002/jclp.20237.

Sharp, G., & Tiggemann, M. (2016). Educating women about normal female genital appearance variation. *Body Image, 16*, 70–78. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.11.006

Sharp, G., Mattiske, J. & Vale K. I. (2016). Motivations, Expectations, and Experiences of Labiaplasty: A Qualitative Study. *Aesthetic surgery journal*, *36*(8), 920-928. https://doi.org/10.1093/asj/sjw014.

Shaw, D., Lefebvre, G., & Bouchard, C. (2013). Female genital cosmetic surgery. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 35*(12), 1108–1112. https://doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30762-3

Silva Gomes, T. B., Brasil, C. A., Barreto, A. P. P., Ferreira, R. S., Berghmans, B., & Lordelo, P. (2019). Female genital image: is there a relationship with body image? *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology, 16*(2), 84-90. https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.49799

Simbar, M., Nazarpour, S., Alavi Majd, H., Dodel Andarvar, K., Jafari Torkamani, Z., & Rahnemaei, F. (2020). Is body image a predictor of women's depression and anxiety in postmenopausal women? *BMC Psychiatry, 20*, 202. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02617-w

Singh, D. (1993). Adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*(2), 293–307. https://doi.org/10.1037/0022-3514.65.2.293

Slonim, J., Kienhuis, M., Di Benedetto, M., & Reece, J. (2015). The relationships among self-care, dispositional mindfulness, and psychological distress in medical students. *Medical Education Online*, *20*(1). https://doi.org/10.3402/meo.v20.27924

Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E., & Pérez, V. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Españolas de Psiquiatría, 40*(1), 19–26.

Sönmez, T., Koç, Ö., & Alver, E. (2024). The effect of genital self-image on sexual satisfaction and stress in women after vaginal delivery. *Revista da Associação Médica Brasileira, 70*(10), e20240692. https://doi.org/10.1590/1806-9282.20240692

Spector, I. P., & Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the empirical literature. *Archives of Sexual Behavior, 19*(4), 389–408. https://doi.org/10.1007/BF01541933.

Starrs, A. M., Ezeh, A. C., Barker, G., et al. (2018). Accelerate progress—Sexual and reproductive health and rights for all: Report of the Guttmacher–Lancet Commission. *The Lancet, 391*(10140), 2642–2692. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30293-9

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), 832–849. https://doi.org/10.1080/00224499,2017.1331199.

Stogianni, E., & Lin, E. (2022). How mindfulness and self-compassion relate to the inclination of seeking support and to depression, anxiety, and stress levels. *Psi Beta Journal of Student Research, 2*(1), 36–43. https://doi.org/10.54581/PARF6856

Studd, J., & Schwenkhagen, A. (2009). The historical response to female sexuality. *Maturitas, 63*, 107–111.

Sukartini, T., & Permata Sari, Y. I. (2021). Women with breast cancer living with one breast after a mastectomy. *Central European Journal of Nursing and Midwifery, 12*(2), 366–375. https://doi.org/10.15452/cejnm.2021.12.0012

Szentágotai-Tătar, A., & Miu, A. (2016). Individual Differences in emotion regulation, childhood trauma, and proneness to shame/guilt in adolescence. *PLOS ONE, 11*, e0167299. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167299

Swerdlow, B., Sandel, D., & Johnson, S. (2021). Shame on me for needing you: A multistudy examination of links between receiving interpersonal emotion regulation and experiencing shame. *Emotion, 23*(3), 737. https://doi.org/10.31234/osf.io/y2fjx

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Shame and guilt. *Guilford Press.* https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology, 58*, 345–372. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145

Tavares, I. M., Moura, C. V., & Nobre, P. J. (2020). The role of cognitive processing factors in sexual function and dysfunction in women and men: A systematic review. *Sexual Medicine Reviews, 8*(3):403-430. https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2020.03.002

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4), 615–623. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615

ter Kuile, M. M., Both, S., & van Lankveld, J. J. D. M. (2010). Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 595–610. https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.010

Tiggemann, M., & Lynch, J. E. (2001). Body image across the life span in adult women: The role of self-objectification. *Developmental Psychology, 37*(2), 243–253. https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.2.243

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness, 9*, 23–43. https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6

Turanzas, J. A., Cordón, J. R., Choca, J. P., & Mestre, J. M. (2020). Evaluating the APAC (Mindfulness for Giftedness) program in a Spanish sample of gifted children: A pilot study. *Mindfulness, 11*(1), 86–98. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0985-1

Tylka, T. L. (2011). Refinement of the tripartite influence model for men: Dual body image pathways to body change behaviors. *Body Image, 8*(3), 199–207. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2011.04.008

Tylka, T. L. (2013). Evidence for the Body Appreciation Scale's measurement equivalence/invariance between U.S. college women and men. *Body Image, 10*(3), 415–418. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.02.006

Tylka, T. L., & Hill, M. S. (2004). Objectification theory as it relates to disordered eating among college women. *Sex Roles, 51*(11–12), 719–730. https://doi.org/10.1007/s11199-004-0721-2

Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). What is and what is not positive body image? *Body Image, 14*, 118–129. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.04.001

Tyndall, I., Waldeck, D., Pancani, L., Whelan, R., Roche, B., & Dawson, D. L. (2019). The Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II) as a measure of experiential avoidance: Concerns over discriminant validity. *Journal of Contextual Behavioral Science, 12,* 278–284. https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.09.005

United Nations. (1993). *Vienna Declaration and Programme of Action*. World Conference on Human Rights.

United Nations. (1995). *Report of the Fourth World Conference on Women: Beijing, 4–15 September 1995 (A/CONF.177/20/Rev.1)*. United Nations.

Urvelyte, E., & Perminas, A. (2021). The relationship between negative affect, stress and body image in adolescent girls. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues, 10*(2), 154–159. https://doi.org/10.18844/gjpr.v10i2.4969

Van Lankveld, J. J. D. M., Dewitte, M., Verboon, P., & van Hooren, S. A. H. (2021). Associations of intimacy, partner responsiveness, and attachment-related emotional needs with sexual desire. *Frontiers in Psychology, 12*, 665967. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.665967

Veale, D., Eshkevari, E., Ellison, N., Cardozo, L., Robinson, D., Kavouni, A., & Costa, A. (2014). A comparison of risk factors for women seeking labiaplasty compared to those not seeking labiaplasty. *Body Image, 11*(1), 57–62. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.10.003

Velotti, P., Garofalo, C., Bottazzi, F., & Caretti, V. (2017). Faces of shame: Implications for self-esteem, emotion regulation, aggression, and well-being. *The Journal of Psychology, 151*(2), 171–184. https://doi.org/10.1080/00223980.2016.1248809

Vigil, K. E., de Jong, D. C., & Poovey, K. N. (2021). Roles of genital self-image, distraction, and anxiety in women's sexual pleasure: A Preregistered Study. *Journal of Sex & Marital Therapy, 47*(4), 325–340. https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1874581

Voracek, M., & Fisher, M. L. (2002). Shapely centrefolds? Temporal change in body measures: Trend analysis. *BMJ, 325*(7378), 1447–1448. https://doi.org/10.1136/bmj.325.7378.1447

Vosoughi, N., Maasoumi, R., Mehrizi, A., & Ghanbari, Z. (2021). The effect of psychosexual education on promoting sexual function, genital self-image, and sexual distress among women with Rokitansky syndrome: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 35(1):73-81. https://doi.org/10.1016/j.jpag.2021.06.008

Vowles, K. E., & Sorrell, J. T. (2015). *Life with chronic pain: An acceptance-based approach. En L. McCracken (Ed.), Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice (pp. 131–147)*. New Harbinger Publications.

Waltner, R. (1986). Genital identity: A core component of sexual and self-identity. *The Journal of Sex Research, 22*(3), 399–402. https://doi.org/10.1080/00224498609551319

Wang, X., Blain, S. D., Meng, J., Liu, Y., & Qiu, J. (2021). Variability in emotion regulation strategy use and its relation to depression symptoms. *Cognition and Emotion, 35*(2), 324–340. https://doi.org/10.1080/02699931.2020.1840337

Ward-Smith, C., Sorsdahl, K., & van der Westhuizen, C. (2024). An investigation into symptoms of depression and anxiety and emotion regulation among older adolescents from low-income settings in South Africa. *Comprehensive Psychiatry*, 132, 152476. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152476

Westerman, G., McCann, E., & Sparkes, E. (2020). Evaluating the effectiveness of mindfulness and compassion-based programs on shame and associated psychological distress with potential issues of salience for adult survivors of childhood sexual abuse: A systematic review. *Mindfulness, 11*(2), 1827–1847. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01340-7

Wiederman, M. W. (2000). Women's body image self-consciousness during physical intimacy with a partner. *The Journal of Sex Research, 37*(1), 60–68. https://doi.org/10.1080/00224490009552021

Whisman, M. A., Sbarra, D. A., & Beach, S. R. H. (2021). Intimate relationships and depression: Searching for causation in the sea of association. *Annual Review of Clinical Psychology, 17*, 233–258. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-103323

Wilson, G. K & Luciano, M. C. (2002) *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores.* Pirámide

World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. World Association for Sexual Health.

World Health Organization. (2006). *Defining sexual health*. World Health Organization.

Wurmser, L. (1981). *The mask of shame.* Johns Hopkins University Press.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy.* Basic Books/Hachette Book Group.

Yıldız, S., Cengiz, H., Kaya, C., Alay, İ., Öztürk, E., Tunca, A., Erdoğan, A., & Yaşar, L. (2022). Evaluation of genital self-image and sexual dysfunction in women with vulvar lichen planus or lichen sclerosus. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 43*(2), 99–106. https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.1857359

Yüksekol, Ö., Yılmaz, A., & İrtegün, S. (2020). Genital self-image in women and affecting factors. *International Journal of Health Services Research and Policy*. https://doi.org/10.33457/ijhsrp.810985

Zapata-Téllez, J., Reyes-Ortega, M. A., Somerstein-Heymann, J., Marín-Rivero, A., & Gillanders, D. T. (2020). *¿Eres lo que piensas? Validación del Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) en población mexicana*. *Apuntes de Psicología, 38*(3), 159–166. https://doi.org/10.55414/ap.v38i3.819

Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Fusi, F., Marabini, R., Malandrino, C., Carnelli, M., Trezzi, G., Bondi, E., Rabboni, M., & Frigerio, L. (2018). Perfectionistic traits and importance given to parenthood are associated with infertility-related quality of life in a sample of infertile women with and without endometriosis. *Sexual & Reproductive Healthcare, 17*, 86–90. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.008

Zhai, X., Tong, H. H. Y., Lam, C. K., Xing, A., Sha, Y., Luo, G., Meng, W., Li, J., Zhou, M., Huang, Y., Wong, L. S., Wang, C., & Li, K. (2024). Association and causal mediation between marital status and depression in seven countries. *Nature Human Behaviour, 8*(12), 2392–2405. doi: 10.1038/s41562-024-02033-0.

Zhang, D., & Shen, J. (2023). Dispositional mindfulness and mental health among Chinese college students during the COVID-19 lockdown: The mediating role of self-compassion and the moderating role of gender. *Frontiers in Psychology, 13*, 1072548. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1072548

Zimmer-Gembeck, M. J., & French, J. (2016). Associations of sexual subjectivity with global and sexual well-being: A new measure for young males and comparison to females. *Archives of Sexual Behavior, 45*(2), 315–327. https://doi.org/10.1007/s10508-014-0387-y.