



**COMILLAS**

UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y  
SOCIALES**

**Vivencia de la sexualidad en personas con anorexia  
nerviosa**

Autor/a: Marina López Muñoz

Director/a: Silvia Cintrano de la Torre

Madrid

2019/2020

## Índice

Resumen/Abstract.....	3
1. Introducción .....	4
2. Dimensión biológica de la sexualidad en personas con anorexia nerviosa.....	6
3. Disfunciones sexuales en personas con anorexia nerviosa .....	10
4. Impacto de la imagen corporal en la satisfacción sexual de pacientes con anorexia nerviosa	13
5. Relaciones interpersonales en la esfera sexual de pacientes con anorexia nerviosa.....	17
6. Diferencias en la vivencia de la sexualidad entre personas con anorexia y bulimia nerviosa .	21
7. Conclusiones.....	25
8. Referencias.....	28

## Resumen

---

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria cuya incidencia parece haber aumentado en el pasado reciente y cuya psicopatología se relaciona claramente con la presencia de problemas sexuales. La imagen corporal es determinante en la actitud hacia las relaciones sexuales. En este sentido, la insatisfacción corporal presente en la anorexia nerviosa se ha estudiado como factor mediador de la presencia de disfunciones sexuales tales como la disminución de la libido, la anorgasmia y el vaginismo. Asimismo, las alteraciones neuroendocrinas, como la reducción en los niveles de esteroides ováricos, pueden conducir a un deterioro de la sexualidad en pacientes con anorexia nerviosa. Además, la presencia de dificultades en las relaciones interpersonales también constituye un obstáculo a la hora de expresarse tanto emocional como sexualmente. Por lo tanto, se justifica el estudio del funcionamiento sexual en pacientes con anorexia nerviosa.

**Palabras clave:** trastornos de la conducta alimentaria, anorexia nerviosa, imagen corporal, sexualidad, funcionamiento sexual, disfunciones sexuales.

## Abstract

---

Anorexia nervosa is an eating disorder whose prevalence seems to have increased in the recent past and whose psychopathology is clearly related to the presence of sexual problems. Body image is decisive in the attitude towards sexual intercourse. Accordingly, body dissatisfaction present in anorexia nervosa has been studied as a mediator factor for the presence of sexual dysfunctions such as the decrease of libido, anorgasmia, and vaginismus. Furthermore, neuroendocrine disturbances, such as reduced levels of ovarian steroids, may also lead to a deterioration of sexuality in anorexia nervosa patients. Also, the presence of difficulties in interpersonal relationships constitutes an obstacle to expressing oneself both emotionally and sexually. Therefore, the study of sexual functioning in patients with anorexia is justified.

**Keywords:** eating disorders, anorexia nervosa, body image, sexuality, sexual functioning, sexual dysfunctions.

## 1. Introducción

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que aparece durante la adolescencia y, de acuerdo con numerosas investigaciones, su incidencia parece haber crecido en el pasado reciente (Ghizzani y Montomoli, 2000). Los trastornos de la conducta alimentaria tienen un origen biopsicosocial y se han constituido como uno de los problemas más notables de cara a la prevención en la juventud, especialmente en las mujeres, que se constituyen como el colectivo más afectado (Lameiras, 2001). En este sentido, se sabe que la prevalencia del trastorno entre las mujeres jóvenes, a los doce meses del diagnóstico, es alrededor de 0,4%. Dado que la anorexia nerviosa es menos común entre los hombres que entre las mujeres, se tienen menos datos sobre la prevalencia del trastorno entre estos últimos, pero sí se conoce que la proporción de población clínica entre mujeres y hombres es de aproximadamente 10:1 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La anorexia nerviosa se caracteriza por la presencia en la persona que la padece de un peso inferior al esperable por su edad, sexo y altura (Raich, 2011). De hecho, este es el primer criterio diagnóstico establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V):

La restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conduce a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Se entiende como peso significativamente bajo a aquel que es inferior al mínimo normal o inferior al mínimo esperado en caso de niños o adolescente (p.338).

Por otro lado, los individuos con anorexia nerviosa tienen una imagen corporal distorsionada, y manifiestan un intenso miedo a ganar peso incluso estando desnutridos (Ghizzani y Montomoli, 2000). La Asociación Americana de Psiquiatría (2014) detalla estos mismos criterios como necesarios a la hora de realizar el diagnóstico de anorexia nerviosa, por un lado, en el criterio B se describe el “miedo intenso a ganar peso o a engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo” (p.338) y, por otro lado, en el criterio C se detalla la “alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual” (p. 339).

A su vez, se diferencian dos subtipos de anorexia nerviosa: la anorexia nerviosa de tipo restrictivo, y la anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas. El primer subtipo se caracteriza por la restricción por parte del individuo de la ingesta calórica y/o la presencia de exceso de ejercicio, sin episodios recurrentes, en los últimos tres meses, de atracones o purgas, mientras que en lo que respecta al segundo subtipo, se caracteriza por la presencia recurrente de episodios de atracones o purgas durante los últimos tres meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, como se citó en Ibarzábal-Ávila et al., 2015).

En cuanto a su desarrollo y curso, es común que la anorexia nerviosa se inicie en la adolescencia o en la adultez temprana, siendo raras las ocasiones en las que comienza con anterioridad a la pubertad o con posterioridad a los 40 años. Su curso al igual que su desenlace son muy diversos, en las personas de menor edad se pueden observar características como la negación del miedo a engordar. En lo que respecta a los individuos de mayor edad, la probabilidad de que el trastorno tenga una mayor duración es superior, mostrando signos y síntomas característicos de un trastorno de larga duración (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Por otro lado, gracias a los análisis longitudinales se conoce que existen una serie de factores de riesgo personales (insatisfacción corporal, historia de burlas por parte del grupo de pares y/o de los padres, baja autoestima, afecto negativo y perfeccionismo), psicosociales (presión social de estar delgado, interiorización del modelo estético de delgadez y dieta restrictiva) y genéticos y biológicos (sobrepeso/obesidad) que favorecen la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario (Raich, 2011). También, se suele asociar el inicio del trastorno a un evento vital estresante, por ejemplo, la salida del hogar familiar para asistir a la universidad (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Además, en estos trastornos no solo se ha de destacar la inadecuación en la relación con la comida por parte de quienes lo padecen, también surgen una serie de síntomas dentro de los cuales destacan los vinculados a las relaciones afectivo-sexuales (Lameiras, 2001). La anorexia nerviosa ha sido interpretada como un rechazo por parte de las pacientes de convertirse en mujeres adultas, por ello, algunos de sus comportamientos y actitudes son funcionales a la hora de mantenerlas aisladas tanto de las recompensas como de las responsabilidades que implica la adultez, como son la sexualidad y la procreación. Así, los pacientes con anorexia nerviosa muestran dificultades para expresarse emocional y sexualmente. Los problemas para mantener relaciones interpersonales son

parte de un malestar emocional generalizado donde un inadecuado funcionamiento sexual y actitudes conservativas son solo elementos adicionales (Ghizzani y Montomoli, 2000). En lo que respecta al funcionamiento sexual, estudios recientes han demostrado que la recuperación de un funcionamiento sexual normal representa un importante predictor de los resultados de pacientes afectados por anorexia nerviosa en tanto que es un indicador del restablecimiento de un contacto sano con el propio cuerpo (Castellini et al., 2017).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2018), la sexualidad, como aspecto presente a lo largo de la vida, es un aspecto esencial del individuo. La sexualidad, como constructo biopsicosocial, está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, además de otros como los legales, éticos, culturales, económicos, políticos, espirituales y religiosos. Está compuesta por una serie de elementos: la reproducción, la orientación sexual, la intimidad, el placer, el erotismo, los roles de género, las identidades y el sexo. El ser humano vive y expresa su sexualidad a través de dimensiones como los deseos, pensamientos, fantasías, creencias, conductas, roles, prácticas, valores, actitudes y relaciones interpersonales. Sin embargo, aunque la sexualidad pueda incluir todas estas últimas dimensiones, no siempre todas ellas son vividas o expresadas por el sujeto.

No obstante, a pesar de la centralidad de la sexualidad en la vida del ser humano, existe poca evidencia empírica que ahonde en qué medida las mujeres con trastornos alimentarios experimentan problemas con la intimidad y el funcionamiento sexual (Poyastro et al., 2010). De hecho, el funcionamiento sexual, raramente, es considerado como componente importante en el tratamiento del trastorno o como predictor de su evolución (Castellini, Lelli, Rica y Maggi, 2016).

## **2. Dimensión biológica de la sexualidad en personas con anorexia nerviosa**

Los trastornos de la conducta alimentaria son síndromes psiquiátricos complejos de origen multifactorial, dentro de los cuales se abarcan los factores de origen biológico. De hecho, en la anorexia nerviosa los problemas psiquiátricos se encuentran interrelacionados con alteraciones de todo el sistema endocrino (Ghizzani y Montomoli, 2000). A este respecto, hay autores que hipotetizan que el deterioro de la sexualidad en pacientes con anorexia nerviosa es una respuesta al desequilibrio endocrino típico del trastorno (Ghizzani y Montomoli, 2000) pues, en el plano médico, la gran mayoría de mujeres con anorexia nerviosa que enferman en la adultez reconocen

sus dificultades sexuales, pero informan de que su sexualidad era adecuada antes del desorden (Tuiten et al., 1993).

No obstante, el origen de las alteraciones neuroendocrinas presentes en la anorexia nerviosa todavía es confuso. La principal duda es si estas surgen como consecuencia de las disfunciones hipotalámicas, si son consecuencia de la malnutrición y los cambios de peso, o si son efecto de los factores psicológicos, nutricionales y metabólicos que están interconectados entre sí. A pesar de la ausencia de datos, sí que se conoce que es posible que uno o más de estos factores estén modificando la transmisión neuroendocrina (Ghizzani y Montomoli, 2000). Por ejemplo, los pacientes con anorexia nerviosa presentan patrones nutricionales que conducen a una excesiva pérdida de peso y el bajo peso corporal, a su vez, imposibilita el funcionamiento fisiológico de los órganos sexuales (Poyastro et al., 2010).

Las alteraciones endocrinas y neuroendocrinas presentes en la anorexia nerviosa están asociadas con la pérdida del deseo sexual, concretamente, la reducción en los niveles de esteroides ováricos en circulación es conocida por tener una influencia negativa en el deseo y las fantasías sexuales. Por otro lado, se debe tener presente que el interés sexual en los seres humanos está inevitablemente ligado a aspectos sociales y, por tanto, no puede reducirse exclusivamente a las concentraciones hormonales plasmáticas (Ghizzani y Montomoli, 2000).

Por otro lado, Castellini, Lelli, Cassioli, y Ricca (2019), atendiendo a las alteraciones hormonales y a las comorbilidades médicas, realizaron una revisión de la literatura existente sobre la relación entre sexualidad en los trastornos alimenticios y los aspectos ginecológicos. En lo que respecta a las pacientes con anorexia nerviosa, encontraron que la principal disfunción endocrina es el hipogonadismo hipogonadotrópico. Las alteraciones hormonales en la anorexia nerviosa están determinadas por la interrupción de la secreción pulsátil de la hormona liberadora de la gonadotropina (GnRH), hormona liberada por hormonas del hipotálamo. El gonadotropismo tiene importantes consecuencias clínicas en pacientes con anorexia nerviosa, siendo las más importantes la amenorrea (ausencia de menstruación durante al menos tres meses) o la oligomenorrea (alteración de la duración del ciclo menstrual en la que este dura más de lo habitual, por lo que la menstruación se produce a intervalos de 36 a 90 días). La amenorrea se observa en hasta el 80% de las pacientes con anorexia nerviosa, mientras que el 10 % informan de oligomenorrea.

En esta misma línea, en relación con las alteraciones hormonales, estos autores también encontraron que aquellas condiciones en las que el estatus nutricional no es el adecuado, como puede ser el caso de la anorexia nerviosa, están asociadas con bajos niveles séricos de leptina. Una caída en la leptina puede desencadenar la reducción de la secreción de la hormona liberadora de la gonadotropina. La leptina es un péptido generado por los adipocitos que, a través de factores hipotalámicos, está involucrada en la regulación del apetito (Staudt, Rojo y Ojeda, 2006) y también, es un indicador del estado nutricional. Además, es una hormona importante en la regulación de la energía homeostática pues su secreción indica al cerebro el estado de energía corporal. Por otro lado, la leptina interactúa con el eje reproductivo, tiene efectos estimulantes en el hipotálamo y en la glándula pituitaria y efectos inhibitorios en las gónadas. De este modo, la leptina puede ser el vínculo fundamental entre el tejido adiposo y el sistema reproductivo indicando cuándo los niveles de reservas energéticas adecuados están presentes para llevar a cabo los procesos fisiológicos normales y la función reproductiva, por ejemplo, en la menstruación, el embarazo y la lactancia. Por lo tanto, bajos niveles séricos de leptina incrementan la posibilidad de que la deficiencia relativa de leptina pueda asociarse a anormalidades reproductivas.

En este sentido, se ha reconocido que la infertilidad, o incapacidad para concebir durante más de doce meses, es una complicación de la pérdida de peso. Por lo tanto, pacientes con anorexia nerviosa pueden experimentar problemas de fertilidad y reproductivos. Es importante recalcar este aspecto en tanto que la infertilidad se considera un factor de riesgo para el desarrollo de disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres. En lo que respecta a la repercusión de la infertilidad en el varón, los hombres suelen interpretarla como una amenaza de su autoestima y de su sexualidad e incluso, hay quienes indican que pueden experimentar una menor satisfacción sexual como consecuencia de la presión psicológica, llegando a mantener relaciones sexuales de manera forzada. Además, se ha observado que cuando la infertilidad es diagnosticada al varón, la mujer puede presentar dos reacciones, por un lado, puede culparse a sí misma como medio de sobreproteger a su pareja o, por otro lado, puede desvalorizarlo (Coeffin-Driol y Giami, como se citó en Martín-Jiménez, Muñoz-Ortega, Ramis-Vidal y Vicente-Mallén, 2011).

En lo que se refiere a la sexualidad femenina, las mujeres que padecen infertilidad refieren tener relaciones sexuales con menos frecuencia, con menos preliminares y muestran un menor deseo sexual. Algunos autores afirman que cuando la pareja recibe el diagnóstico de infertilidad, la mujer es la que más frecuentemente toma la iniciativa en las relaciones sexuales (Pasch, Dunkel-



Schetter y Christensen, como se citó en Martín-Jiménez, Muñoz-Ortega, Ramis-Vidal y Vicente-Mallén, 2011).

No obstante, también se ha observado que es improbable que el hecho de haber sufrido anorexia nerviosa afecte a la fertilidad si hay una recuperación de un peso normal. En este sentido, se hace necesario diferenciar los riesgos de infertilidad asociados a la pérdida de peso en pacientes con anorexia nerviosa y los riesgos de infertilidad asociados a tener un historial de anorexia nerviosa (Shomento y Kreipe, 1994).

Por otro lado, también se ha estudiado el papel de la serotonina en los trastornos de la conducta alimentaria. Esta es una hormona encargada de la regulación de procesos como la ingesta alimenticia, del control sobre los centros hipotalámicos del hambre y la saciedad y del control sobre los estados cognitivos alterados en la anorexia nerviosa. Se plantea que la serotonina, en los trastornos alimenticios, también ejerce su influencia sobre la distorsión de la imagen corporal, concretamente, sobre la información sensorial procedente del propio cuerpo. No obstante, no se puede otorgar la responsabilidad de la distorsión de la imagen corporal a un solo factor neuroquímico, pues también se debe atender a la alteración de los procesos cognitivo-afectivos y socioculturales (Rodríguez y Gempeler, 1999).

Por otro parte, la evidencia neurobiológica acerca de cómo la intimidad y el desarrollo psicosexual representan problemas centrales en la anorexia nerviosa es escasa. Se han realizado algunos estudios con tomografía por emisión de positrones y observando el flujo sanguíneo de las regiones cerebrales de pacientes con anorexia de tipo con atracones/purgas, se ha detectado que, en comparación con los pacientes con anorexia de tipo restrictivo y los grupos control sin patología, muestran mayores cambios en las regiones frontal, inferior, parietal y superiores del hemisferio derecho, además de un aumento de los ventrículos y los surcos cerebrales (Kaplan y Sadock, como se citó en Staudt, Rojo y Ojeda, 2006). En este sentido, Maier et al. (2019) estudiaron los correlatos neuronales y las experiencias de un paradigma de intimidad en una muestra de 31 mujeres con anorexia nerviosa, 35 mujeres sin patología y 22 mujeres recuperadas. Para ello, emplearon imágenes por resonancia magnética funcional donde las participantes visionaban fotografías de parejas en relaciones íntimas y estímulos control. Encontraron que las pacientes con anorexia nerviosa experimentaban los estímulos de intimidad con una menor

valencia y dominancia y mostraban un descenso en la activación de la corteza parietal, la cual se relaciona con el procesamiento de cuestiones eróticas.

### **3. Disfunciones sexuales en personas con anorexia nerviosa**

Las disfunciones sexuales se definen como toda dificultad, acontecida durante cualquier fase de la respuesta sexual, que impide al individuo o a la pareja experimentar satisfacción en su actividad sexual (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). En esta misma línea, la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), considera las disfunciones sexuales como un grupo de trastornos muy variado, caracterizados por una “alteración clínicamente significativa de la capacidad de la persona para responder sexualmente o para experimentar placer sexual” (p.423). Dentro de estos trastornos incluye los siguientes: eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno del interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor génito-pélvico/penetración, trastorno de deseo sexual hipoactivo en el varón, eyaculación prematura, disfunción sexual inducida por sustancias/medicamentos y otras disfunciones sexuales no especificadas.

La función sexual surge de la interacción de factores biopsicosociales puesto que, aunque la repuesta sexual tiene de base condiciones biológicas, de manera habitual su experiencia tiene lugar en un contexto intrapersonal, interpersonal y cultural. Por ello, la evaluación de la disfunción sexual ha de atender a una serie de factores que pueden estar contribuyendo al problema: factores culturales o religiosos, factores de pareja, factores de relación, factores médicos, factores de vulnerabilidad individual, factores de estrés y comorbilidad psiquiátrica. Dentro de los factores de vulnerabilidad individual se incluye una mala imagen corporal, rasgo central en el trastorno de anorexia nerviosa (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Ha sido recientemente cuando la literatura ha prestado atención al papel de las disfunciones sexuales en la anorexia nerviosa. La problemática más frecuente es la reducción del deseo sexual, no solo como una mera consecuencia del bajo peso, también como un problema profundamente relacionado con patología específica como las distorsiones de la imagen corporal, la incomodidad corporal, las preocupaciones sobre la talla y la restricción alimentaria (Castellini et al., 2017).

Raboch (1984) realizó un estudio en el que examinó el desarrollo sexual de distintos grupos de mujeres con problemas psiquiátricos, aleatoriamente seleccionados, y con una edad de los 20 a los 50 años. Dentro de estos, evaluó a 20 mujeres con anorexia nerviosa y encontró que mostraban

una menor capacidad orgástica coital. Además, las pacientes con anorexia nerviosa mostraban menores valores en el test *Sexual Function of Women*, el cual estudia a través de diez ítems la actividad sexual femenina y la aparición de disfunción sexual.

En relación con el bajo peso, son numerosos los estudios que hacen referencia a los efectos de la inanición y la desnutrición grave sobre el funcionamiento sexual. En este sentido, la malnutrición puede afectar a la libido (Grabhorn, Stenner, Kaufboldm, Overbeck y Strangier, como se citó en Poyastro et al., 2010). También, se sabe que la pérdida del interés por el sexo en pacientes con anorexia nerviosa es frecuentemente secundaria a los efectos fisiológicos del adelgazamiento (De Silva y Todd, 1998). De hecho, se ha informado de una correlación específica entre la severidad del bajo peso y la disfunción sexual (Poyastro et al., 2010). En esta misma línea, la satisfacción sexual en pacientes con anorexia nerviosa está inversamente relacionada con el grado de restricción calórica, es decir, a mayor pérdida de peso, mayor pérdida del disfrute sexual. Por lo tanto, en la anorexia nerviosa la modificación del índice de masa corporal es relevante a la hora de determinar la disfunción sexual, sobre todo, teniendo en cuenta que la recuperación de peso favorece un incremento del deseo sexual (Meguerdichian et al., 2009, como se citó en Castellini, Lelli, Ricca y Maggi, 2016).

Por otro lado, los cambios endocrinos marcados por la pérdida de la menstruación conducen a problemas como la falta de lubricación y, por tanto, dolor e incomodidad durante la relación sexual, que derivan en una reacción aversiva y en una falta de interés. La aversión es probablemente el problema sexual más extendido en mujeres con anorexia nerviosa, siendo en muchos casos un factor actitudinal básico en relación con el sexo y la sexualidad. La aversión puede ser efecto de la experiencia insatisfactoria que surge de los intentos fallidos a la hora de mantener relaciones sexuales (De Silva y Todd, 1998).

De Silva y Todd (1998) también hacen referencia a otros problemas sexuales presentes en las pacientes con anorexia nerviosa. Entre ellos, destacan la disminución de la libido, la anorgasmia (descrita en el DSM-V como trastorno orgásmico femenino) y el vaginismo (reflejado en el DSM-V como trastorno génito-pélvico, que hace referencia a una fusión del vaginismo y la dispareunia, ya que eran problemas con alta comorbilidad y difíciles de distinguir). Asimismo, consideran que el descenso de la libido causa que la anorgasmia no sea uno de los principales problemas de los cuales el paciente se lamenta. Del mismo modo, establecen que son muchas las pacientes que tras

recuperar la libido todavía muestran anorgasmia. En lo que respecta al vaginismo, establecen que probablemente es el resultado de la ansiedad con respecto al sexo, la falta de arousal y la dispareunia o coito doloroso.

También, se ha estudiado la relación con el propio cuerpo como posible factor mediador de las disfunciones sexuales en los trastornos alimentarios. Estudios recientes sobre la sexualidad femenina realizados en mujeres sanas han encontrado que hay aspectos durante la actividad sexual que correlacionan con la satisfacción sexual. Estos aspectos son la insatisfacción corporal, la atracción sexual, la vergüenza y la preocupación por el peso corporal (Pujols, Cindy y Brooke, como se citó en Castellini et al., 2016). Así, personas con una actitud sana con su propio cuerpo han mostrado experiencias sexuales más frecuentes y un mayor espectro de actividades sexuales, pues se sentían más atractivas sexualmente y más seguras de sí mismas (Kinzl, Trefalt, Fjala, Hotter, Biebl y Agner, como se citó en Castellini et al., 2016).

En consecuencia, se puede hipotetizar que las disfunciones sexuales representan no solo una complicación de los trastornos de la conducta alimentaria, sino también una característica estrictamente vinculada con los desórdenes de representación del propio cuerpo. La recuperación de un contacto sano con el propio cuerpo es una señal de recuperación (Castellini et al., 2017).

Por otro lado, otros autores (Rothschild, Fagan, Woodall y Andersen, 1991) describieron cómo era la fantasía sexual presente en las pacientes en función del tipo de anorexia nerviosa que padecían. Con este fin, emplearon un instrumento psicométrico normalizado (*The Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI)*) para estudiar las características sexuales de los diferentes subtipos de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. La muestra del estudio estaba compuesta por 44 pacientes mujeres divididas en tres subgrupos: pacientes con anorexia de tipo restrictivo, pacientes con anorexia de tipo con atracones/purgas y pacientes con bulimia nerviosa. Es importante tener en cuenta que las pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo pudieron participar en el estudio cuando alcanzaron su objetivo con respecto a su peso. Así, concluyeron que la muestra de pacientes que participaron en el estudio parecía ser relativamente homogénea en lo que respectaba a su funcionamiento sexual, a excepción de los resultados obtenidos en la escala que evaluaba la fantasía sexual. En este sentido, las pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, que poseían un peso adecuado, mostraban escasa fantasía sexual en

comparación con las pacientes con anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas y las pacientes con bulimia nerviosa.

Otro de los aspectos que se relacionan con el funcionamiento sexual es la presencia de depresión. La depresión afecta a la libido y en la mayoría de los estudios, más del 80% de los sujetos con desórdenes alimenticios informan de depresión comórbida (Fernández-Aranda et al., como se citó en Poyastro et al., 2010). El ánimo depresivo puede afectar al interés sexual como consecuencia de la baja autoestima (De Silva y Todd, 1998).

Por último, Castellini et al. (2016), encontraron que, tanto en las pacientes con anorexia nerviosa como en las pacientes con bulimia nerviosa, la intervención psicológica permite una mejora del funcionamiento sexual gracias a la mediación de procesos intrapsíquicos.

#### **4. Impacto de la imagen corporal en la satisfacción sexual de pacientes con anorexia nerviosa**

Raich (como se citó en Paredes y Pinto, 2009) definió la imagen corporal del siguiente modo:

El constructo que incluye la percepción que tenemos de todo el cuerpo, así como de cada una de sus partes, del movimiento y límites de este, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos fruto de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (p. 28).

Desde el inicio del estudio de los trastornos alimentarios, una de las características clínicas que más ha llamado la atención de los expertos es la insatisfacción corporal que presentan los pacientes afectados (Raich, 2001). La insatisfacción corporal consiste en el desarrollo de juicios valorativos acerca del cuerpo que no se corresponden con sus características reales (Van der Berg, Keery, Wall, Guo y Neumark-Stzainer, como se citó en Paredes y Pinto, 2009). Más concretamente, llaman la atención algunas de las afirmaciones realizadas en relación con su cuerpo. Así, hay pacientes que estando extremadamente delgadas afirman que se ven gruesas o pacientes que, aun reconociendo su extrema delgadez, consideran más adecuado mantener ese peso que engordar. En esta línea, estudios que comparan las estimaciones corporales de los pacientes con trastornos alimentarios con muestras de la población general han concluido que los pacientes con trastornos alimentarios muestran una tendencia a sobreestimar el tamaño de su cuerpo y que

la insatisfacción corporal no es consecuencia de la percepción alterada, sino su causa (Raich, 2001). Diversos estudios han encontrado una asociación positiva entre la sobreestimación de la talla corporal y el mantenimiento de la anorexia nerviosa (Boehm et al., como se citó en Glashouwer, Van der Veer, Adipatria, De Jong y Vocks, 2019).

Por lo tanto, la imagen corporal distorsionada y la insatisfacción corporal se conciben como rasgos psicopatológicos comunes de todos los trastornos de la conducta alimentaria (Fairburn, como se citó en Raich 2011) y conducen a alteraciones en el peso, en la dieta y en las relaciones interpersonales, entre otras (Rodríguez y Gempeler, 1999).

Sin embargo, se ha encontrado que la insatisfacción corporal no predice de manera directa el inicio de la anorexia nerviosa (Stice et al., como se citó en Glashouwer, Van der Veer, Adipatria, De Jong y Vocks, 2019). No obstante, sí se ha hallado que la insatisfacción con el propio cuerpo incrementa la relación entre un bajo índice de masa corporal y el comienzo de la anorexia nerviosa. Esta relación indica que individuos con bajos índices de masa corporal insatisfechos con sus cuerpos tienen un mayor riesgo de desarrollar anorexia nerviosa (Stice y Desjardins, como se citó en Glashouwer, Van der Veer, Adipatria, De Jong y Vocks, 2019).

La distorsión de la imagen corporal aparece cuando lo que se representa del cuerpo a nivel mental no es coincidente con el cuerpo que se está representando. Generalmente, en estos trastornos las distorsiones suelen aparecer en áreas que tienen una representación mental sexual importante como son las caderas, las nalgas, los muslos o los senos (Rodríguez y Gempeler, 1999). Igual que se ha reconocido que factores como la sociedad y la cultura se encuentran en la base de la distorsión de la imagen corporal, se sabe que la maduración temprana, los comentarios verbales negativos y la sexualización prematura se encuentran también entre los factores del desarrollo que contribuyen a la distorsión de la imagen corporal (Thompson, como se citó en Rodríguez y Gempeler, 1999).

Las mujeres con trastornos de la alimentación, concretamente anorexia y bulimia nerviosa, presentan una mayor distorsión de la imagen corporal y una mayor insatisfacción con su cuerpo que las mujeres que no padecen ningún trastorno. En el caso de la anorexia nerviosa, la distorsión en la percepción del cuerpo y el peso es un rasgo definitorio y esto conduce, como se ha expuesto anteriormente, a que los sujetos se sientan con sobrepeso incluso cuando algunos toman conciencia de que están delgados (Ghizzani y Montomoli, 2000).

Esta insatisfacción corporal surge de un proceso de asociaciones que se inicia con el establecimiento de una relación entre un cuerpo extremadamente delgado y el autoconcepto (Lameiras, 2001). Consecuentemente, la autoestima de los pacientes con anorexia nerviosa depende de su imagen corporal y, en este sentido, la pérdida de peso se considera un logro por el que estar orgulloso y se relaciona con la autodisciplina. Por el contrario, la ganancia de peso es interpretada como un signo de pérdida de control (Ghizzani y Montomoli, 2000).

En consecuencia, la imagen corporal que cada persona tiene de sí misma juega un papel determinante en su actitud hacia las relaciones sexuales. Así lo demuestra el estudio realizado por Calado, Lameiras y Rodríguez (2004) con una muestra de 325 mujeres de 19,5 años de media y sin trastornos alimentarios en el que evaluaron la relación con la actividad sexual de variables cognitivas y perceptivas de la imagen corporal. De este estudio, concluyeron que las variables cognitivas que influyen la actividad sexual son el miedo a ganar peso y la insatisfacción corporal. Ambas variables conducen a un menor nivel de experiencia sexual. Por otro lado, en cuanto a las variables perceptivas, encontraron una correlación negativa entre la autopercepción del atractivo físico y el nivel de sexualidad, la actividad sexual en la actualidad y la edad de la primera relación sexual coital.

En esta misma línea, Weaver y Byers (2006) realizaron un estudio con 214 mujeres heterosexuales universitarias examinando la relación entre la imagen corporal de la mujer y su funcionamiento sexual, además de estudiar los efectos del ejercicio físico y el índice de masa corporal. En lo que respecta a la imagen corporal, encontraron que las mujeres que presentaban mayores índices de masa corporal evaluaban más negativamente sus cuerpos y eran más propensas a evitar situaciones que implicaran preocupación en relación con la imagen corporal. Del mismo modo, los resultados mostraron que las mujeres que tenían una pobre percepción de su imagen corporal y, más concretamente, aquellas que presentaban sentimientos negativos sobre su apariencia física en una amplia gama de situaciones, eran más propensas a informar sobre problemas de funcionamiento sexual que aquellas que no experimentaban estos tipos de disforia de su imagen corporal, incluso cuando su talla corporal y el nivel de ejercicio eran equitativos.

Por lo tanto, a la luz de los estudios descritos, se puede afirmar que tanto la percepción que se tiene del propio cuerpo como la evaluación que se hace del mismo están íntimamente relacionados con las relaciones sexuales y la frecuencia de estas. La insatisfacción con la imagen

corporal de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria, las creencias negativas sobre su apariencia física que se extienden al conjunto de características estructurales del “yo” y la evaluación que hacen de su autoconcepto y autoestima en función de su imagen corporal van a mediar cómo estas interactúan en sus relaciones tanto afectivas como sociales. En este sentido, como indica Lameiras (2001), “quien no está reconciliado con su figura corporal y, en última instancia, autoagrede su cuerpo, parece difícil que pueda relacionarse positivamente con los demás” (p.66). La sexualidad es un lenguaje “corporal” y la insatisfacción con el cuerpo limita su potencialidad comunicativa (Lameiras, 2001). Por lo tanto, teniendo en cuenta que la característica fundamental de cualquier trastorno de la conducta alimentaria es la sobrevaloración de la figura y el peso y de su control (Fairburn, como se citó en Raich, 2011), parece evidente que la aceptación de la propia imagen corporal resulta fundamental en el desarrollo de relaciones afectivo-sexuales satisfactorias.

Del mismo modo, siendo conocedores de que la evaluación del propio cuerpo amenaza el valor de uno mismo y produce ansiedad en tanto que es considerado como un objeto muy valorado por la sociedad y altamente correlacionado con la autoestima (Raich, 2011), no es de extrañar que los estudios demuestren que factores experienciales como la insatisfacción con el propio cuerpo pueden causar reacciones emocionales intensas de miedo y vergüenza impidiendo que las pacientes con anorexia nerviosa participen en relaciones sexuales (Wiederman y Pryor, 2000). En esta línea, se ha encontrado una relación inversa significativa entre la insatisfacción corporal y la satisfacción sexual con uno mismo. Este hallazgo demuestra que cuanto mayor es la insatisfacción corporal, menos se disfruta de la sexualidad con uno mismo. Este dato resulta relevante ya que la satisfacción sexual incluye, además de estar satisfecho sexualmente con la pareja y con la duración y frecuencia de las relaciones sexuales, estar satisfecho sexualmente con la relación con uno mismo, es decir, la sexualidad no se vive exclusivamente con la pareja (Paredes y Pinto, 2009).

Igualmente, la mayor autoconciencia que tienen las pacientes con anorexia nerviosa al respecto de su imagen corporal durante la intimidad conlleva que tengan menores experiencias sexuales, que sean sexualmente menos asertivas con sus parejas y que eviten más la actividad sexual (Wiederman, como se citó en Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004).

Por otro lado, la teoría de la objetivación propone una explicación que relaciona la imagen corporal y la expresión de la sexualidad en mujeres. Esta teoría entiende que, en la sociedad



occidental, las mujeres están involucradas en una cultura sexista predominantemente masculina donde los cuerpos de mujeres y hombres son evaluados de manera distinta. Como consecuencia, es probable que el cuerpo de las mujeres sea más objetivado que el de los hombres. Por lo tanto, las mujeres más insatisfechas con sus cuerpos podrían tener más interiorizado el ideal corporal propio de las sociedades occidentales. Esta mayor autoconciencia de la imagen corporal podría generar una evitación de las experiencias sexuales (Calado, Lameiras y Rodríguez, 2004).

El estándar de belleza planteado por la objetivación está basado en un modelo estético con criterios estrictos difíciles de conseguir, lo cual conlleva a un descontento entre el deseo de lo que se pretende alcanzar y la realidad. Se ha encontrado que la objetivación del cuerpo se relaciona de manera significativa con altos niveles de vergüenza a nivel corporal y con síntomas propios de los trastornos alimentarios (Paredes y Pinto, 2009). En esta misma línea, Raich (2011) defiende que el desagrado y la insatisfacción con el propio cuerpo que surge en una gran cantidad de mujeres, y en un menor porcentaje en hombres, es consecuencia de la situación actual que demanda la perfección corporal.

## **5. Relaciones interpersonales en la esfera sexual de pacientes con anorexia nerviosa**

La investigación sugiere que las dificultades en el funcionamiento interpersonal son un factor etiológico y de mantenimiento fundamental para los trastornos del comportamiento alimentario (Ambwani, Roche, Minnick y Pincus, como se citó en Ambwani et al., 2016). Los pacientes con anorexia nerviosa experimentan deficiencias significativas en facetas centrales del procesamiento social como la percepción de inferioridad social, sensibilidad a la dominancia social y una reducida capacidad de autodirigirse (Caglar et al., como se citó en Ambwani et al., 2016).

En este sentido, atendiendo a los procesos de cognición social y al comportamiento interpersonal en las personas con anorexia nerviosa, Ambwani et al. (2016) realizaron una investigación experimental en la que 77 mujeres (pacientes con anorexia nerviosa, pacientes con otros trastornos de la conducta alimentaria no especificados y un grupo comparativo de pacientes no clínicos) completaron cuestionarios evaluando sus síntomas del estado de ánimo y su autoeficacia interpersonal, seguido de una tarea experimental en la que, a través de valoraciones en vídeo, recibieron comentarios críticos de supervisores de trabajo. Encontraron que las pacientes con anorexia nerviosa no solo percibían más frialdad en general, sino que también tendían a contestar con más frialdad, incluso a vídeos que percibían como amables.

Por otro lado, hay que atender a la importancia de las relaciones de pareja, pues, en ocasiones, la pareja puede ser la relación interpersonal primaria de aquellos pacientes adultos con anorexia nerviosa. A este respecto, la investigación sugiere que hacer partícipes a las parejas en el tratamiento de los pacientes con anorexia nerviosa puede ser muy valioso en tanto que pueden jugar un papel fundamental en la recuperación. En esta línea, Fischer, Baucom, Kirby y Bulik (2015) realizaron una de las primeras investigaciones empíricas utilizando datos observacionales para examinar las relaciones íntimas de parejas en las que uno de los miembros padecía anorexia nerviosa. Estos autores estudiaron una muestra de 16 díadas de adultos paciente-pareja y evaluaron asociaciones entre autoinformes de pacientes que percibían consecuencias negativas de la anorexia nerviosa, la angustia de la pareja como cuidador, el afecto negativo, la satisfacción de la relación y las estrategias comportamentales de promoción del cambio y aceptación por parte de la pareja. Así, encontraron que el hecho de que la pareja promocionase o favoreciese el cambio moderaba la asociación entre las consecuencias negativas percibidas por el paciente en relación con el trastorno y la angustia de la pareja como cuidador. Esto es, las parejas experimentaban menos angustia como cuidadores si sus intentos para que su pareja cambiase comportamientos relacionados con el trastorno estaban sincronizados con el nivel de consecuencias negativas percibidas por parte del paciente y su motivación para cambiar. Además, las parejas que mostraban una mayor aceptación experimentaban menos afecto negativo.

En consecuencia, tanto el estudio realizado por Ambwani et al. (2016) como el desarrollado por Fischer, Baucom, Kirby y Bulik (2015) demuestran la importancia de atender a las relaciones sociales y a las relaciones de pareja de los pacientes con anorexia nerviosa. Como se ha descrito, las relaciones sociales se verán afectadas por las dificultades que la persona con anorexia nerviosa presenta en su comportamiento interpersonal y en cuanto a las segundas, las relaciones románticas a menudo se ven sometidas a una significativa tensión relacionada con la anorexia nerviosa (Fischer, Baucom, Kirby y Bulik, 2015). Además, como las pacientes con anorexia nerviosa tienen dificultades para establecer relaciones interpersonales, es difícil para ellas mantenerse en una relación romántica (O'Mahony y Hollwey, como se citó en Ghizzani y Montomoli, 2000). Sin embargo, los problemas de interacción social no son la causa directa de la anorexia nerviosa. No obstante, cuando el trastorno evoluciona hasta cierto grado de severidad, ambos comportamientos patológicos se interrelacionan y su dependencia recíproca es tan fuerte como severo es el problema alimentario (O'Mahony y Hollwey, como se citó en Ghizzani y Montomoli, 2000).

Por lo tanto, no es sorprendente que las personas con anorexia nerviosa muestren dificultades en expresar su sexualidad o que estas dificultades se extiendan a sus relaciones íntimas. Todo ello, promueve que estos sean socialmente aislados, ansiosos y emocionalmente constreñidos (Cash y Deagle, como se citó en Rodríguez y Gempeler, 1999). Además, las relaciones afectivo-sexuales de las pacientes con anorexia nerviosa van a verse afectadas por las dificultades que presentan a la hora de expresar sus emociones y sentimientos (Lameiras, 2001). Así, mujeres con anorexia nerviosa, a menudo, informan de dificultades en sus relaciones sexuales y de disputas sexuales con sus parejas (Morgan, Pryor y Wiederman, 1995).

En esta misma línea, se sabe que tanto las relaciones interpersonales como las sexuales son áreas que acompañan al sujeto en toda su trayectoria vital. Por lo tanto, resulta fundamental conocer aquellos factores que involucran la satisfacción sexual como, por ejemplo, los vínculos amorosos o la capacidad de intimar (Ortiz y García, como se citó en Paredes y Pinto, 2009).

Así, un marco teórico que es particularmente relevante en las relaciones interpersonales y que se ha extendido al plano de la investigación en sexualidad es la teoría del apego. Esta teoría propone que las interacciones tempranas con otros individuos significativos infunden expectativas y creencias que moldean las cogniciones y los comportamientos que se mostrarán con las parejas románticas en la edad adulta. Se asume que estos vínculos tempranos de apego son relevantes tanto para la expresión emocional como sexual en las relaciones (Butzer y Campbell, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012).

Se ha propuesto que el apego y el comportamiento sexual son dos sistemas instintivos centrales en el comportamiento humano. Estudios empíricos indican que estos dos sistemas tienen una relación recíproca en tanto que los estilos de apego moldean la forma en la que las interacciones sexuales son experimentadas (Birnbaum, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012). Específicamente, el correcto funcionamiento del sistema sexual implica que ambos compañeros se coordinen al respecto de sus motivaciones y comportamientos sexuales (Mikulincer y Shaver, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012).

Las disfunciones del sistema sexual reflejan aquellas que se han identificado con el sistema de apego, incluyendo estrategias de hiperactivación y desactivación. Las estrategias de activación surgen cuando las figuras de apego están accesibles de manera inconsistente de manera que los comportamientos de apego se intensifican, por ejemplo, aferrarse de manera ansiosa o agredir para

obtener atención. Estas estrategias son propias de sujetos que poseen un apego ambivalente resistente. En contraste, las estrategias de desactivación se activan cuando las figuras de apego no están disponibles de modo que las necesidades de apego se suprimen y se aprende a ser autosuficiente. Estas estrategias son propias de los sujetos con un apego evitativo (Johnson y Zuccarini, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012).

Así, la hiperactivación sexual incluye intentos inefectivos de animar a la pareja a tener sexo, enfatizando la importancia del sexo en una relación y adoptando una postura hipervigilante frente al rechazo sexual percibido. Por el contrario, la desactivación sexual incluye la inhibición del deseo sexual, actitudes evitativas en relación con el sexo y la inhibición del arousal sexual y del disfrute del orgasmo (Mikulincer y Shaver, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012).

En este sentido, el estudio llevado a cabo por Nandrino, Dodin, Cottencin y Doba (2019) demuestra que las pacientes con anorexia nerviosa se caracterizan por tener mayores niveles de apego inseguro en comparación con los grupos de control sanos. En este caso, las pacientes con anorexia nerviosa presentan apego inseguro tanto de tipo evitativo como de tipo ambivalente resistente. Otros estudios también confirman estas mayores puntuaciones en apego evitativo y ambivalente resistente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, cualquiera que sea la naturaleza de los síntomas alimenticios, restrictivos o purgativos (Tasca et al., como se citó en Nandrino, Dodin, Cottencin y Doba, 2019).

Siguiendo la teoría del apego, se ha planteado que la sexualidad de pacientes con anorexia nerviosa se vea afectada por un apego inseguro que, a su vez, se asocia con un deterioro sexual (Stefanau, Hons y McCabe, 2012). Se ha demostrado que los estilos de apego ambivalente resistente y evitativo están asociados con una menor satisfacción sexual (Butzer y Campbell, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012). En concreto, el apego evitativo podría estar más específicamente relacionado con una reducción del deseo sexual que el apego ambivalente resistente (Brassard, Shaver y Lussier, como se citó en Stefanau, Hons y McCabe, 2012). Se ha sugerido que el estilo de apego ambivalente resistente caracterizado por una tendencia a la desregulación emocional podría estar relacionado con la alimentación compulsiva y el comportamiento purgativo, mientras que el apego evitativo, caracterizado por una tendencia a la baja regulación de las emociones, podría conducir a la restricción alimentaria (Gander, Sevecke y Buchheim, como se citó en Nandrino, Dodin, Cottencin y Doba, 2019).

En este sentido, este estudio es el primero en anorexia nerviosa que informa de una correlación positiva entre la disfunción sexual y aspectos relacionados con el apego inseguro, en particular incomodidad con la cercanía y las relaciones íntimas y necesidad de aprobación (Cassioli, et al., 2019). Los resultados también muestran correlaciones significativas entre desórdenes en la intimidad y el deseo sexual donde la intimidad hace referencia a un complejo concepto psicológico que incluye un deseo de cercanía, ternura, afiliación personal, confianza y deseo sexual.

En otros estudios, sujetos con un trastorno de la conducta alimentaria que mostraban apego evitativo informaron de una mayor tendencia a experimentar su cuerpo desde la perspectiva de una tercera persona, como si fuera un objeto semi-extraño, con una disminución de la capacidad de sentir el propio cuerpo en primera persona. Este desorden en la percepción del propio cuerpo media entre el apego inseguro evitativo y la sintomatología de la conducta alimentaria. Estos resultados sugieren que en las pacientes con anorexia nerviosa los trastornos de representación del propio cuerpo influyen en las relaciones interpersonales tanto sociales como sexuales (Monteleone et al., como se citó en Cassioli, et al., 2019).

En definitiva, el aspecto relacional se ve afectado por el control que estas pacientes muestran sobre su cuerpo, tanto sobre la forma, como sobre el tamaño o sus dimensiones. Este se convierte en un objetivo más importante y por ello, en muchas ocasiones, se van aislando de manera progresiva y racionalizada (Rodríguez y Gempeler, 1999). La compleja actitud de las mujeres con trastorno de la conducta alimentaria sobre sus cuerpos debe ser tomada en consideración ya que representa el camino hacia la aceptación o el rechazo de la sexualidad.

## **6. Diferencias en la vivencia de la sexualidad entre personas con anorexia y bulimia nerviosa**

La anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos de la conducta alimentaria que se caracterizan por una alteración persistente en el comportamiento relacionado con la alimentación, causando un menoscabo significativo de la salud de la persona y de su funcionamiento a nivel psicosocial. Ambos trastornos comparten características psicológicas y comportamentales comunes, no obstante, se diferencian en su curso clínico, en los resultados y en el tratamiento que requieren (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V), de la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones y de comportamientos compensatorios (por ejemplo, uso incorrecto de laxantes, ayuno, ejercicio excesivo o vómito autoprovocado) para evitar aumentar de peso, al menos una vez por semana durante tres meses. Se entiende por episodio de atracón el hecho de ingerir en un período de tiempo determinado una cantidad de alimentos superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en ese mismo período en circunstancias similares o bien, la sensación de ausencia de control sobre lo que se está ingiriendo durante el episodio de atracón. Dadas las características expuestas se podría confundir la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa del tipo con atracones/purgas, no obstante, a diferencia de estos últimos, los individuos con bulimia nerviosa tienen un peso corporal igual o incluso mayor que el límite inferior normal (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Esto implica que los pacientes con bulimia nerviosa, a diferencia de los que padecen anorexia nerviosa, pueden encontrarse en normopeso (Lameiras, 2001).

Otras de las características que a veces se relacionan con la anorexia nerviosa son la sensación de ineficacia y una espontaneidad social limitada (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). Además, las personas con anorexia nerviosa se caracterizan por tener una personalidad introvertida y neurótica, mientras que las personas con bulimia nerviosa se caracterizan por sus rasgos de extroversión e impulsividad (Lameiras, 2001). Estas características de personalidad se podrían relacionar con la actitud que las pacientes que padecen estos trastornos muestran hacia la sexualidad. A este respecto, Abraham et al. (como se citó en Ghizzani y Montomoli, 2000) encontraron que las pacientes con bulimia nerviosa eran más propensas a haber experimentado un mayor rango de actividades sexuales que las pacientes con anorexia nerviosa, por ejemplo, habían tenido orgasmos en la masturbación, habían experimentado con relaciones sexuales anales y consideraban su libido por encima de la media. No obstante, se sentían poco atractivas cuando alcanzaban cierto peso y tendían a evitar el contacto social y sexual.

Por otro lado, Castellini et al. (2012), a raíz de su estudio sobre el funcionamiento sexual en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa, encontraron que las pacientes con anorexia de tipo purgativo tienen un mayor interés sexual que las pacientes con anorexia no purgativa, y que las pacientes con anorexia de tipo restrictivo muestran bajas puntuaciones en los índices de excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor en comparación con las pacientes con anorexia de tipo

con atracones/purgas y con las pacientes con bulimia nerviosa. Esto demuestra que los comportamientos alimentarios patológicos están asociados con diferentes niveles de disfunción sexual (Reis, como se citó en Castellini, Lelli, Rica y Maggi, 2016).

Además, Castellini et al. (2012) también asociaron la disfunción sexual con la preocupación por la figura en el caso de las pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo. En lo que respecta a las pacientes con anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas y a las pacientes con bulimia nerviosa, la disfunción sexual se asoció con la alimentación emocional y los atracones. En este sentido, Arnow, Kenardy y Agras (1994), igualmente, evidenciaron que la disfunción sexual correlacionaba con la alimentación emocional y la definieron como una dimensión psicológica caracterizada por comer en respuesta a un rango de emociones negativas. Por ello, se ha hipotetizado que un mecanismo de regulación emocional disfuncional, como puede ser la alimentación emocional, puede actuar como factor de mantenimiento tanto para los atracones como para la disfunción sexual. Esta hipótesis se sustenta en la importancia de las dimensiones cognitiva y emocional en la regulación del deseo sexual femenino (Carvalho y Nobre, como se citó en Castellini et al., 2012).

Estos autores también concluyeron que las pacientes con anorexia nerviosa eran menos propensas a tener una pareja estable en comparación con las pacientes con bulimia nerviosa. Sin embargo, encontraron que las pacientes con bulimia nerviosa y con anorexia nerviosa de tipo con atracones/purgas informaban de una mayor tasa de múltiples parejas sexuales comparado con las pacientes con anorexia de tipo restrictivo. En consecuencia, se planteó que los individuos con trastornos alimentarios que restringen sus emociones e hipercontrolan, como es el caso de los pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo, informan de un funcionamiento sexual limitado, mientras que aquellos con una desregulación emocional y un bajo autocontrol presentan perfiles sexuales más impulsivos y caóticos (Western y Harnden-Fischer, como se citó en Castellini et al., 2012).

Siguiendo este planteamiento, Lameiras (2001) además de explicar que las mujeres con anorexia nerviosa mostraban un peor funcionamiento sexual, también describió que la frecuencia de las relaciones sexuales era menor, que valoraban más negativamente su atractivo sexual, que se involucraban en menor medida en conductas de autogratificación y que rechazan en mayor proporción el sexo oral. En contraposición, refiere que las pacientes con bulimia nerviosa están

más satisfechas con su imagen corporal que las personas con anorexia nerviosa y, por lo tanto, se involucran en actividades sexuales con mayor frecuencia. Sin embargo, aunque las pacientes con bulimia nerviosa muestren una actividad sexual más frecuente que las pacientes con anorexia nerviosa, esto no significa que estas relaciones sexuales sean más satisfactorias. En este sentido, se sienten insatisfechas y utilizadas. Se plantea que la mayor frecuencia de la actividad sexual, a pesar de la insatisfacción, se debe a que, al igual que con la comida, las pacientes con bulimia nerviosa no sienten el control sobre sus impulsos sexuales. Además, utilizan la sexualidad como media para mejorar su autoestima y lograr la aprobación externa (Morgan, Wiederman y Pryor, 1995).

Por otro lado, Morgan, Wiederman y Pryor (1995) realizaron un estudio en el que exploraron el funcionamiento sexual y las actitudes reportadas por las propias mujeres evaluadas después de recibir tratamiento para su trastorno. La muestra del estudio estaba compuesta por 42 mujeres con anorexia nerviosa de tipo restrictivo y con bulimia nerviosa. En primer lugar, en la misma línea que Castellini et al. (2012), concluyeron que las pacientes con anorexia nerviosa eran menos propensas a encontrarse en una relación romántica o erótica. Sin embargo, casi todas las pacientes evaluadas habían mantenido relaciones sexuales. Las pacientes con anorexia de tipo restrictivo no se diferenciaban de las pacientes con bulimia nerviosa en relación con la edad que tenían en su primera relación sexual. Este hallazgo es contradictorio en tanto que existen investigaciones que afirman que las pacientes con bulimia nerviosa, a diferencia de las pacientes con anorexia nerviosa, inician su actividad sexual a menor edad (Haines y Katz, como se citó en Lameiras, 2001). También, encontraron que las pacientes con anorexia nerviosa eran menos proclives a haber participado en la masturbación que las pacientes con bulimia, lo cual se puede relacionar con su menor propensión a involucrarse en conductas autogratificantes. Estos autores también concluyeron que las pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo puntuaban menos en las medidas de autoestima sexual. Por último, encontraron ciertas similitudes entre las mujeres que conformaban la muestra ya que tanto pacientes con anorexia como pacientes con bulimia nerviosa informaron que experimentaban un menor interés sexual y un mayor afecto negativo durante la actividad sexual que las mujeres que conformaban el grupo control. En definitiva, su estudio sugería que los problemas sexuales de muchas de las pacientes con trastornos de la conducta alimentaria permanecían mucho tiempo después del tratamiento.



Por tanto, estos hallazgos respaldan la conclusión de que la vida sexual en personas que padecen estos trastornos de la alimentación a menudo puede verse afectada y que, tanto las pacientes con anorexia nerviosa como las pacientes con bulimia nerviosa, presentan disfunciones sexuales significativas en la mayoría de los ámbitos de la sexualidad.

## **7. Conclusiones**

En la sociedad occidental es más probable que el cuerpo de la mujer sea objetivado, imponiéndose un estándar de belleza con criterios estéticos difíciles de conseguir. Se marca un ideal corporal que conduce a la insatisfacción con el propio cuerpo y a la presencia de síntomas propios de los trastornos alimentarios, sobre todo en mujeres. La expresión de la sexualidad tanto en hombres como en mujeres se ve determinada por la evaluación que de sus cuerpos se hace. Esta cultura sexista eminentemente masculina donde el cuerpo femenino se ve objetivado podría ser un factor explicativo de la mayor prevalencia de la anorexia nerviosa en mujeres. Esta realidad también podría justificar la falta de estudios en pacientes varones con anorexia nerviosa y, más concretamente, la ausencia de evidencia empírica en relación con las disfunciones sexuales que presentan.

En esta misma línea, cabe resaltar que, aun siendo las mujeres el colectivo más afectado por la anorexia nerviosa y teniendo en cuenta que la sexualidad es un aspecto central y presente a lo largo de la vida de todo ser humano, no son muchos más los estudios que exploran en qué medida estas experimentan problemas con la intimidad y el funcionamiento sexual. La literatura existente no ha abordado cuál es la prevalencia de las disfunciones sexuales en pacientes con anorexia nerviosa y tampoco se ha explorado profundamente en qué medida los aspectos psicológicos y fisiológicos asociados a los trastornos de la conducta alimentaria influyen en el funcionamiento sexual. En este sentido, aunque se ha estudiado que el hecho de recuperar un funcionamiento sexual adecuado constituye un importante predictor de la evolución de pacientes con anorexia nerviosa, este es raramente considerado como un componente central en el tratamiento del trastorno.

Por otro lado, también son escasos los estudios que diferencian cómo es el funcionamiento sexual en función de los diferentes subtipos de anorexia nerviosa. A este respecto, se sabe que existen diferencias en relación con las variables sexuales entre las pacientes que tienen comportamientos restrictivos y las pacientes de tipo con atracones/purgas. Por ejemplo, las

pacientes con anorexia nerviosa que tienen comportamientos purgativos muestran un mayor deseo sexual, mientras que las pacientes con anorexia nerviosa de tipo restrictivo muestran bajas puntuaciones en los índices de excitación, lubricación, orgasmo o satisfacción, entre otros. Esto conduce a hipotetizar que la disfunción sexual varía en función del tipo de comportamiento alimentario patológico y, por lo tanto, existe una necesidad de estudiar, separadamente, el funcionamiento sexual de los diferentes subtipos de anorexia nerviosa.

Se podría hipotetizar que la ausencia de evidencia empírica al respecto de cómo viven la sexualidad los pacientes con anorexia nerviosa puede deberse al monopolio que se otorga al estudio de otros aspectos centrales en el trastorno, como son los patrones alimentarios patológicos, la preocupación por la imagen corporal o las dificultades en las relaciones interpersonales. Aspectos que también repercuten en cómo estos pacientes expresan su sexualidad o cómo la viven.

Al respecto de la imagen corporal, se sabe que la relación con el propio cuerpo es determinante en la actitud de la persona hacia las relaciones sexuales. De modo que tener sentimientos negativos sobre la apariencia física o una pobre percepción del propio cuerpo puede conducir a problemas de funcionamiento sexual o a una menor satisfacción sexual. La actitud sobre sus cuerpos de las mujeres con trastornos de la conducta alimentaria debe ser tomada en especial consideración ya que puede llegar a constituir el camino hacia la aceptación o el rechazo de la sexualidad.

Otro aspecto a resaltar son las dificultades de los pacientes con anorexia nerviosa a la hora de entablar relaciones interpersonales, las cuales también se extienden hasta el plano de sus relaciones íntimas haciendo que, en ocasiones, se encuentren socialmente aislados o que les sea difícil mantenerse en una relación romántica. Estas dificultades en el aspecto relacional se pueden asociar con las dificultades de estos a la hora de expresar su sexualidad pues los problemas que presentan a la hora de expresar sus emociones afectan también a sus relaciones afectivo-sexuales. Esto conduce a que, en ocasiones, haya mujeres que informan de disputas en el ámbito sexual con sus parejas o de la presencia de una problemática en sus relaciones sexuales.

También se han estudiado las diferencias en la vivencia de la sexualidad en pacientes con anorexia y bulimia nerviosa. A este respecto, como se ha mencionado con anterioridad, cabe señalar que, aunque el nivel de disfunción sexual varía en función del comportamiento alimentario patológico, existe un acuerdo respecto al hecho de que el padecimiento tanto de anorexia como de

bulimia nerviosa conduce a la presencia de disfunciones sexuales en la mayoría de ámbitos relacionados con la sexualidad.

En definitiva, se puede concluir que, además de síntomas tales como la restricción de la ingesta energética, el miedo intenso a ganar peso o la alteración en la forma de percibir la constitución corporal, los pacientes con anorexia nerviosa también manifiestan dificultades en el ámbito de la sexualidad, ámbito al que se ha prestado escasa atención en relación con la investigación y cuya inclusión en el tratamiento integral y globalizado de pacientes con anorexia nerviosa es limitada.

## 8. Referencias

- Ambwani, S., Berenson, K.R., Simms, L., Li, A., Corfield, F., y Treasure, J. (2016). Seeing Things Differently: An Experimental Investigation of Social Cognition and Interpersonal Behavior in Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45 (5), 499-506.
- Arnow, B., Kenardy, J., y Agras, WS. (1994). The Emotional Eating Escalator: The Development of a Measure to Assess Coping with Negative Affect by Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (3rd ed.). Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Calado, M., Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarios sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-367.
- Cassioli, E., Rossi, E., Castellini, G., Sensi, C., Mancini, M., Lelli, L., Monteleone, A.M., Ricca, V., y Stanghellini, G. (2019). Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa. *Eating and Weight Disorders*. doi: 10.1007/s40519-019-00805-6
- Castellini G, Lelli L, Corsi, E., Campone, B., Ciampi, E. Fisher, A.D., Mallardo, L., Monteleone, A.M., Rotella, F., Tofani, T. Vignozzi, L., Zamponi, F., Maggi, M., y Ricca, V. (2017). Role of sexuality in the outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa: a 3-year follow-up study. *Psychother Psychosom*, 86, 376–378.
- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Fioravanti, G., Vignozzi, L., Maggi, M., Faravelli. C., y Ricca, V. (2012). Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2590-2599.
- Castellini, G., Lelli, L., Ricca, V., y Maggi, M. (2016). Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review. *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 25(2), 71-90.
- De Silva, P., y Todd, G. (1998). Sexual dysfunction in women with anorexia nervosa: Nature and treatment. *Sexual and Marital Therapy*, 13 (1), 21-36.

- Fischer, M.S., Baucom, D.H., Kirby, J.S., y Bulik, C.M. (2015). Partner Distress in the Context of Adult Anorexia Nervosa: The Role of Patients' Perceived Negative Consequences of AN and Partner Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (1), 67-71.
- Ghizzani, A., y Montomoli, M. (2000). Anorexia Nervosa and Sexuality in Women: A Review. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25 (1), 80-88.
- Glashouwer, K., Van der Veer, F., Adipatria, F., De Jong, P.J., y Vocks, S. (2019). The role of body image disturbance in the onset, maintenance, and relapse of anorexia nervosa: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 74, 1-66.
- Ibarzábal, M.E., Hernández-Martínez, J.A., Luna-Domínguez, D., Veléz-Escalante, J.E., Delgadillo-Díaz, M., Manassero-Baeza, V., Bernal-Espinoza, E., González-Macías, L., Ortiz-Fernández, A.G., Moguel-Gloria, A., Córdova-Esquivel, A.L., y Ramos-Ostos, M.H. (2015). Anorexia nervosa: revisión de las condiciones generales. *Revista de Investigación Médica Sur*, 22 (3), 112-117.
- Lameiras, M. (2001). Sexualidad e imagen corporal en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria. *Anuario de Sexología*, 7, 63-74
- Maier, S., Spiegelberg, J., Van Zutphen, L., Zeeck, A., Tebartz, L., Holovics, L., Reinert, E., Sandholz, A., Lahmann, C., Domschke, K., Glauche, V., Tüscher, O., y Joos, A. (2019). Neurobiological signature of intimacy in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 27(3), 315-322.
- Morgan, D., Wiederman, M., y Pryor, T.L. (1995). Sexual Functioning and Attitudes of Eating-Disordered Women: A Follow-Up Study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21 (2), 67-77.
- Nandrino, J.L., Dodin, V., Cottencin, O., y Doba, K. (2019). Effect of intrapersonal emotional competences on the relationship between attachment insecurity and severity of eating disorder symptoms in patients with restrictive anorexia. *Journal of Clinical Psychology*, 76(3), 1-17.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Argentina: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). Guía de diagnóstico y manejo. Parte II: Disfunción sexual. Recuperado 6 de febrero, 2020, de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia09.pdf>

Paredes, J., y Pinto, B. (2009). Imagen Corporal y Satisfacción Sexual. *Ajayu*, 7(1), 28-47

Poyastro, A., Raney, T.J., Thornton, L.M., Fichter, M.M., Berrettini, W.H., Goldman, D., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D.B., y Bulik, C.M. (2010). Sexual Functioning in Women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43, 123-129.

Raboch, J. (1986). Sexual Development and Life of Psychiatric Female Patients. *Archives of Sexual Behavior*, 15(4), 341-354.

Raich, R.M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide.

Rodríguez, M., y Gempeler, J. (1999). La Corporalidad en los Trastornos de la Alimentación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 28 (4), 293-310.

Rothschild, B.S., Fagan, P.J., Woodall, C., y Andersen, A.E. (1991). Sexual Functioning of Female Eating-Disorder Patients. *International Journal of Eating Disorders*, 10 (4), 389-394.

Staudt, M.A., Rojo, N.M., y Ojeda, G.A. (2006). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa. Revisión bibliográfica. *Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina*, 156, 24-30.

Stefanau, C., Hons, B.A., y McCabe, M. (2012). Adult Attachment and Sexual Functioning: A Review of Past Research. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10),1-9.

Tuiten, A., Panhuyen, G., Everaerd, W., Krabbe, P., y Zelissen, P. (1993). The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19 (4), 259-275.

Weaver, A.D., y Byers, E.S. (2006). The relationship among body image, body mass index, exercise, and sexual functioning in heterosexual women. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 333-339.