

**Estudio Sobre la Satisfacción Sexual en Mujeres con Trastornos de la Conducta
Alimentaria**

Beatriz Julián Almarcegui

Tutores: Pablo Santos Iglesias y Elena Espeitx Bernat

Departamento de Psicología y Sociología, Universidad de Zaragoza

Resumen

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) tienen consecuencias tanto psicológicas como físicas. Entre ellas, la falta de satisfacción sexual es una de las más prevalentes. Debido a la escasez de investigaciones basadas en modelos teóricos, el objetivo de este estudio será analizar la satisfacción sexual en una muestra de mujeres con TCA basándonos en el Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS). La muestra estuvo compuesta por cinco mujeres con trastorno de la conducta alimentaria procedentes de la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Provincial de Zaragoza y cinco mujeres igualadas en edad como muestra control. Se evaluaron la satisfacción sexual y los componentes del IEMSS, además de la autoestima sexual, asertividad sexual, insatisfacción con la imagen corporal y el abuso sexual, ya que se consideran relevantes para la satisfacción sexual de mujeres con TCA. Los resultados, limitados por el tamaño muestral, muestran la tendencia de las mujeres con TCA a informar de menos satisfacción sexual, así como de niveles más bajos de beneficios sexuales y más altos de costes sexuales que el grupo control. Se discuten las implicaciones clínicas de los resultados obtenidos.

Palabras clave: Funcionamiento Sexual. Satisfacción sexual. Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. Desorden alimenticio. Mujeres.

Abstract

Eating Disorders (ED) have both psychological and physical consequences on patients. Among those consequences, lack of sexual satisfaction is one of the most prevalent consequence. Due to the lack of research on sexual satisfaction in ED patients based on theoretical models, the main aim of the present study was to analyze sexual satisfaction in eating disordered women within the framework of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS). Sample was comprised by five eating disordered women recruited from the Eating Disorders Unit at the Provincial Hospital in Zaragoza, and five age-matched control women. Sexual satisfaction and the IEMSS components were assessed, together with sexual self-esteem, sexual assertiveness, body dissatisfaction, and sexual abuse, because they are relevant for the sexual satisfaction of eating disordered women. Results, limited by the small sample size, showed that women

with ED reported less sexual satisfaction, less sexual rewards, and greater sexual costs than controls. Clinical implications of these results are discussed.

Keywords: Sexual functioning. Sexual satisfaction. Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. Eating disorder. Mujeres.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y un tercer grupo denominado “trastornos del comportamiento alimentario no especificados” (TCANE). El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta versión revisada (DSM-IV-TR; APA, 2000), establece que para que una persona sea diagnosticada de AN debe cumplir los siguientes criterios: a) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla; b) intenso temor a subir de peso; c) perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; y d) amenorrea. Pueden distinguirse dos subtipos de AN: bulímico (hay ciclos de atracón/purga) y restrictivo (no hay atracón/purga). Para que una persona sea diagnosticada de BN debe cumplir a) que haya episodios recurrentes de atracones seguido de un comportamiento compensatorio e inadecuado (e.g., vómitos inducidos, consumo de laxantes, etc.), que ocurra al menos dos veces a la semana en un periodo de 3 meses; b) la percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso; c) y el trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa. También se distingue entre el tipo purgativo (se induce el vómito o utiliza laxantes) y no purgativo (utiliza otros métodos compensatorios como ejercicio excesivo). Por su parte, los TCANE serían aquellos trastornos donde no se cumplen todos los criterios necesarios para que haya un diagnóstico de AN o BN pero pueden ser igualmente graves. Las tasas de prevalencia global de los TCA oscilan entre 3,4 y 6,4% en mujeres. La prevalencia de AN femenina oscila entre 0,14% y 0,69%, la de BN entre 0,55% y 1,38% y entre 2,10 y 4,86% la de TCANE (Ortiz, 2009).

Las investigaciones realizadas señalan que muchos de los síntomas que presentan las personas que tienen un trastorno de la alimentación resultan de su estado de inanición (Crispo, Figueroa y Gulera, 1998; Eddy, Novotny y Westen, 2004; Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen y Taylor, 1950). Estos síntomas hacen referencia tanto a consecuencias físicas (e.g., gastrointestinales, cardiovasculares, cutáneas, etc.) como psicológicas (e.g., depresión, baja autoestima), entre las que se encuentran las dificultades sexuales. En este sentido, diversos estudios han mostrado que las mujeres con TCA muestran, de forma general, peor funcionamiento sexual que mujeres en grupos control y, de forma particular, menor satisfacción sexual (Castellini et al. 2012; Rothschild, Fagan, Woodall y Andersen, 1991). Por ejemplo, en el reciente estudio realizado por Castellini et al. (2012) los participantes con AN y BN mostraban menor

satisfacción sexual que los controles y Rothschild et al. (1991) encontraron que alrededor del 50% de los participantes con TCA describían su satisfacción sexual como “pobre”. Otros estudios similares muestran de forma generalizada menor satisfacción sexual en mujeres con TCA en comparación con grupos control (Allerdissen, Florin y Rost, 1981; Don Morgan, Wiederman y Pryor, 1995; Eddy et al., 2004). Sin embargo, a pesar de que se hallan encontrado estos resultados de forma sistemática, la investigación sobre la satisfacción sexual en mujeres con TCA no ha sido muy abundante y hay escasez de estudios basados en modelos teóricos que expliquen los mecanismos por los que los TCA se asocian con menor satisfacción sexual. Por ello, el objetivo de este estudio será analizar la satisfacción sexual en una muestra de mujeres con TCA en comparación con un grupo control basándonos en el Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS; Lawrance y Byers, 1995).

Satisfacción sexual y el modelo IEMSS

Lawrance y Byers (1995) desarrollaron el IEMSS para explicar la satisfacción sexual en el contexto interpersonal de la pareja, basándose en las teorías de intercambio social (Thibaut y Kelley, 1959). Definieron la satisfacción sexual como “una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva que hace cada uno sobre las dimensiones positivas y negativas asociadas a una relación sexual” (Lawrance y Byers, 1995, p. 268). El IEMSS explica la satisfacción sexual en función del nivel de beneficios sexuales y costes sexuales que las personas obtienen en sus relaciones sexuales. Los beneficios son intercambios sexuales placenteros y positivos, mientras que los costes son aquellos que se viven de forma negativa o displacentera, que requieren esfuerzo físico, o bien que producen dolor, malestar o vergüenza. En este contexto, la satisfacción sexual depende de cuatro componentes: a) balance entre beneficios sexuales y costes sexuales en una relación (REW-CST); b) comparación entre el nivel real de beneficios y costes sexuales y el nivel esperado, también llamado nivel de comparación (CLrew-CLcst); c) nivel de igualdad percibida de beneficios y costes sexuales con respecto a la pareja (EQrew, EQcst); y d) la calidad de los aspectos no sexuales de la relación. De esta forma la satisfacción sexual será mayor en la medida en que: a) el nivel de costes supere al nivel de beneficios; b) el nivel de beneficios real supere al esperado; c) la igualdad de costes y beneficios sea mayor; y d) la satisfacción con los aspectos no sexuales de la relación sea mayor.

La validez de este modelo ha sido probada en varios estudios (Byers, Demmons y Lawrance, 1998; Byers y MacNeil, 2006; Lawrance y Byers, 1995; Sánchez-Fuentes et al., 2012; Renaud, Byers y Pan, 1997), que han demostrado su eficacia en población canadiense, china y española. A pesar de ello, Byers y Rehman (en prensa) consideran que para mejorar la comprensión sobre los mecanismos que explican la satisfacción sexual deberían incluirse más variables que puedan explicarla. En este sentido, a la hora de estudiar la satisfacción sexual en mujeres con TCA sería necesario incluir una serie de variables tanto individuales como interpersonales que han demostrado ser especialmente relevantes.

Variables interpersonales

Abuso sexual. Algunos estudios como los de Schmidt, Tiller, Blanchard, Andrews y Treasure (1997) y Smolak y Murnen (2002) han encontrado una relación entre el comienzo del TCA y experiencias de abuso sexual en la infancia, mientras que el estudio de Oppenheimer, Howells, Palmer y Chaloner (1985) sugiere que el abuso sexual podría causar una repugnancia hacia la femineidad y la sexualidad, que podría expresarse en relación con la imagen corporal, conduciendo a un TCA. Finn y Lavitt (1986) han sugerido que esta aparente unión entre abuso sexual y TCA refleja, simplemente, el solapamiento que podría esperarse por casualidad, dado el alto número de mujeres abusadas sexualmente y de mujeres con TCA en la población general (Dios, 2000).

Variables individuales

Imagen corporal. La imagen corporal es un componente central del bienestar en AN y BN, hasta el punto de formar parte de los criterios diagnósticos para el TCA (APA, 2000). Debido al grado de intimidad en la exposición del cuerpo que hay en las relaciones sexuales, las mujeres con una imagen más positiva de su cuerpo demuestran mejor adaptación sexual, mayores sentimientos de deseo, un autoesquema sexual más positivo así como niveles más bajos de ansiedad, evitación y disfunción sexual (Faith y Schare, 1993). Por el contrario, una mala imagen corporal está relacionada con evitación sexual, mientras que una imagen corporal alta está asociada a una mayor frecuencia de la actividad sexual, optimismo y un mejor funcionamiento sexual (Ackard, Kearney-Cooke y Peterson, 2000; Faith y Schare, 1993; Pujols, Meston y Seal,

2010). Por ejemplo, Weaver y Byers (2006) encontraron que una mejor imagen corporal se relacionaba con mayor satisfacción sexual.

Autoestima sexual. Las mujeres con TCA podrían tener más dificultades para aceptarse a sí mismas debido a su imagen corporal, afectando esto a su satisfacción sexual. Byers y Rehnman (en prensa) encontraron que una imagen corporal negativa estaba asociada a bajos niveles de autoestima sexual y a bajos niveles de satisfacción sexual. Resultados similares se han encontrado en mujeres que han sufrido algún tipo de abuso sexual. Por ejemplo, Shapiro y Schwarz (1997), en un estudio realizado con 41 mujeres universitarias que habían sido abusadas y frente a 125 controles, encontraron que las mujeres con historia de abuso indicaban una menor autoestima sexual que las del grupo control. En vista de la inseguridad, tanto por la apariencia como por posibles episodios de abuso, cabe esperar que las mujeres con TCA muestren también menores niveles de autoestima sexual, que afectarían a su satisfacción sexual.

Asertividad sexual. La asertividad sexual se refiere a la capacidad de las personas para iniciar la actividad sexual, rechazar la actividad sexual no deseada y emplear métodos anticonceptivos, desarrollando comportamientos sexuales saludables (Morokoff et al., 1997). Algunos estudios apoyan la idea de que mujeres con TCA presentan problemas en las relaciones de pareja (Evans y Wertheim, 1998), especialmente en la comunicación y negociación de las relaciones sexuales (Wiederman, Pryor y Don Morgan, 1996). Según Rehman y Byers (en prensa) la comunicación íntima entre los miembros de la pareja es un factor decisivo en el mantenimiento de la satisfacción sexual. Se ha señalado la importancia de expresar los deseos y sentimientos propios y su asociación con la satisfacción en la relación de pareja en general y con la satisfacción sexual en particular (Carrobles, Gámez-Guadiz y Almendros, 2001).

Objetivos del estudio

La revisión previa ha mostrado la capacidad de los componentes del IEMSS para explicar la satisfacción sexual, sin embargo también se ha visto como la satisfacción sexual puede verse afectada por otra serie de variables tanto individuales como interpersonales en el caso de las mujeres con TCA. Por ello, el objetivo del presente trabajo es analizar la satisfacción sexual en un grupo de mujeres diagnosticadas de un TCA en comparación con un grupo control y analizar si la satisfacción sexual en ambos grupos se explica por los componentes del IEMSS. Además, se analizará si la inclusión

de variables relacionadas con el TCA ayuda a mejorar la explicación de la satisfacción sexual en mujeres con TCA más allá de los componentes del IEMSS.

Método

Participantes

Se ha contado con dos grupos muestrales: un grupo clínico y un grupo control. El grupo clínico compuesto por 5 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 42 años ($M = 29,60$, $DT = 11,50$) se ha obtenido en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria del Hospital Provincial (Zaragoza, España). Entre ellas hay 1 caso de anorexia nerviosa y 4 de bulimia nerviosa, que se encuentran en tratamiento psicofarmacológico ambulatorio o de hospital de día, por lo que no están hospitalizadas y llevan su vida fuera del centro. Todas tenían una pareja sexual desde hacía más de 6 meses ($M = 28,6$, $DT = 8,47$) con la que mantenían relaciones todas excepto una. Cuatro de ellas tenían completada la educación secundaria y sólo una tenía estudios universitarios completados. De las cinco participantes, una de ellas tenía un trastorno sexual (vaginismo) que coexiste con un trastorno de personalidad. A pesar del TCA, todas tenían los ciclos menstruales regulares, ninguna padecía de amenorrea y dos de ellas tomaban anticonceptivos hormonales.

El grupo control estuvo formado por 5 mujeres con edades comprendidas entre 19 y 43 años ($M = 28,6$, $DT = 10,69$) sin diagnóstico de TCA a lo largo de su vida, fueron igualadas en edad y edad de la pareja a las participantes del grupo clínico. Todas tenían una pareja sexual desde hacía más de 7 meses ($M = 28,8$, $DT = 8,98$) con la que mantenían relaciones sexuales. Dos de ellas tenían hasta la educación secundaria mientras que las 3 restantes contaban con formación universitaria. Ninguna padecía ningún trastorno mental ni sexual. Una de ellas no tenía los ciclos menstruales regulares pero ninguna padecía de amenorrea y 3 de ellas tomaban anticonceptivos hormonales.

Materiales

Cuestionario sociodemográfico y clínico. Para evaluar el sexo, edad, edad de la pareja, tiempo que lleva en la relación de pareja y si mantienen relaciones sexuales con la pareja, nivel de estudios completado, y si tienen algún tipo de trastorno sexual o de otro tipo. Respecto a las variables relacionadas con el TCA, se preguntaba por el tipo de diagnóstico y tratamiento, presencia de ciclos menstruales regulares y/o amenorrea, así como del uso de anticonceptivos hormonales.

Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction Questionnaire

(Lawrance, Byers y Cohen, 2011). Compuesto por cuatro escalas, los estudios previos han mostrado buenas propiedades psicométricas de todas ellas (véase Lawrance et al., 2011).

Rewards/Costs Checklist (RCC). Compuesto por 58 ítems que representan intercambios sexuales (e.g., sexo oral, frecuencia de actividades sexuales). Los participantes responden si los intercambios son para ellos un beneficio, un coste, ambos o ninguno. La suma de todos los ítems considerados como beneficios/costes proporciona el número total de beneficios/costes en esa relación. Se añadió otra pregunta abierta para que los participantes pudieran añadir algún otro intercambio que creyesen que faltaba en la lista.

Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX). Evalúa el nivel de satisfacción sexual a través de cinco ítems que se responden en cinco escalas que oscilan entre uno y siete puntos: *Muy mala/Muy buena*, *Muy poco placentera/Muy placentera*, *Muy negativa/Muy positiva*, *Muy insatisfactoria/Muy satisfactoria* y *Muy poco valiosa/Muy valiosa*. La puntuación global oscila entre 5 y 35 puntos de forma que mayores puntuaciones indican mayor satisfacción sexual.

Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL). Evalúa la satisfacción con la relación de pareja en un formato paralelo a la GMSEX.

Exchanges Questionnaire. Está formado por 6 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 1 a 9, que se emplean para evaluar tres de los componentes del IEMSS. Los tres primeros ítems evalúan el nivel de beneficios sexuales en la relación (*Nada beneficiosas-Muy beneficiosas*), el nivel de beneficios reales en comparación con las expectativas (*Mucho menos beneficiosas de lo que esperaba-Mucho más beneficiosas de lo que esperaba*) y el nivel de igualdad de beneficios sexuales en comparación con la pareja (*Mis beneficios son mucho mayores-Los beneficios de mi pareja son mucho mayores*). Tres ítems paralelos se utilizan para evaluar los costes sexuales. El balance de costes y beneficios (REW-CST) se obtiene al restar el ítem 4 del 1, y el nivel de comparación de costes y beneficios (CLrew-CLcst) se obtiene al restar el ítem cinco del dos. En ambos casos las puntuaciones oscilan de -8 a +8, de forma que mayor puntuación indica mayor nivel de beneficios. Para obtener la igualdad de beneficios y de costes sexuales (EQrew, EQcst) se recodifican las puntuaciones a los ítems 3 y 6, de forma que el punto medio de la escala es igual a 4 y los extremos igual a 1. De esta forma, mayores puntuaciones indican mayor igualdad.

Sexual Assertiveness Scale (SAS; Morokoff et al., 1997). Compuesta por 18 ítems que evalúan tres dimensiones de asertividad sexual (*Inicio, Rechazo y Prevención de embarazos/ETS*). Se responde en una escala tipo Likert de 0 (*Nunca*) a 4 (*Siempre*). Tanto la versión original como la adaptación española muestran buenos índices de fiabilidad y validez (Morokoff et al., 1997; Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias, 2011).

Sexual Self-Esteem Scale (SSES; Snell y Papini, 1989). Extraída de la Escala de Sexualidad de Snell y Papini (1989), está compuesta por 10 ítems que evalúan la tendencia a evaluar de forma positiva la propia capacidad para relacionarse con la pareja. Se responde en una escala tipo Likert de 1 (*De acuerdo*) a 5 (*En desacuerdo*) de forma que a mayor puntuación, menor autoestima sexual. El estudio original informa de adecuada fiabilidad de consistencia interna.

Body Dissatisfaction Scale (BDS; Garner, Olmstead y Polivy, 1983) sacada del Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2; Garner et al., 1983). Consta de 9 ítems que evalúan la insatisfacción general con la forma de su cuerpo, en una escala de 0 (*Nunca*) a 5 (*Siempre*). Mayores puntuaciones indican mayor insatisfacción corporal. Se han encontrado buenos índices de fiabilidad de consistencia interna y test-retest.

Sexual Experiences Survey (SES; Koss y Oros, 1982). Compuesto por diez ítems que evalúan experiencias de victimización sexual antes de los 14 años. Evalúa cuatro tipos distintos de experiencias: contacto sexual no deseado, coerción sexual, intento de violación y violación. Los participantes informan de la frecuencia con la que han sufrido dichos abusos en una escala de 0 (*Nunca*) a 5 (*5 veces o más*). Koss y Oros (1982) encontraron una fiabilidad de consistencia interna igual a 0,79 y buena fiabilidad test-retest después de una semana.

Procedimiento

El grupo clínico realizó la batería antes de comenzar el taller de imagen corporal que realizan los jueves por la mañana. En el momento de empezar el taller contaba con 7 chicas. Antes de repartir la batería se les indicó que se trataba de un estudio realizado por una estudiante de psicología de la Universidad de Zaragoza, que era totalmente confidencial y que podían no contestar a las preguntas si no querían. Dos de ellas se negaron a realizar la tarea y esperaron a que sus compañeras acabaran de rellenar el cuestionario. Se les entregó una hoja (véase Anexo 1) con cuya firma indicaban que estaban conformes con su participación en el estudio y una hoja de autorización paterna

(véase Anexo 2) en caso de que alguna participante fuera menor de edad. Como este no fue el caso, no fueron necesarias. Se les repartió la batería (véase Anexo 3) junto a un bolígrafo, tardaron una media de 35 minutos en realizar los cuestionarios.

A las participantes del grupo control se les mandó el cuestionario y su hoja de autorización vía e-mail las cuales rellenaron y volvieron a mandarlo directamente a la dirección que se indicaba en la hoja de confidencialidad y que corresponde a la alumna de la investigación.

Resultados

En primer lugar se compararon las puntuaciones en satisfacción sexual y los componentes del IEMSS entre ambos grupos mediante un contraste no paramétrico para muestras independientes. Los resultados mostraron que, de forma generalizada, las mujeres en el grupo TCA mostraban puntuaciones menores en satisfacción sexual, satisfacción con la relación, nivel de beneficios, balance de costes y beneficios sexuales, nivel comparativo de beneficios y costes sexuales e igualdad de costes y beneficios sexuales. Por el contrario mostraron mayor nivel de costes sexuales. A pesar de las diferencias en las puntuaciones debido al escaso tamaño muestral solo se encontraron diferencias significativas en algunas de las variables (véase Tabla 1).

Tabla 1. Puntuaciones medias en satisfacción sexual y variables del IEMSS en ambos grupos

Variable	Grupo	Rango promedio	Z Kolmogorov- Smirnov	<i>p</i>
GMSEX	TCA	3,0	1,58	0,01
	Control	8,0		
GMREL	TCA	3,0	1,58	0,01
	Control	8,0		
REW	TCA	3,60	1,26	0,08
	Control	7,40		
CST	TCA	7,80	1,26	0,08
	Control	3,20		
REW-CST	TCA	3,0	1,58	0,01
	Control	8,0		

CLrew-CLcst	TCA	4,40	0,94	0,32
	Control	6,60		
Eqrew	TCA	4,40	0,63	0,81
	Control	6,60		
Eqcst	TCA	3,40	1,26	0,82
	Control	7,60		

Además, de acuerdo a la teoría expuesta, también se encontró que las mujeres en el grupo TCA mostraban menor asertividad sexual, menor autoestima sexual y mayor insatisfacción corporal y experiencias de victimización sexual (véase Tabla 2).

Tabla 2. Puntuaciones medias en asertividad sexual, insatisfacción corporal, autoestima sexual y experiencias de victimización.

Variable	Grupo	Rango promedio	Z Kolmogorov- Smirnov	<i>p</i>
Asertividad sexual	TCA	3,60	0,91	0,37
	Control	6,0		
Insatisfacción corporal	TCA	7,30	1,26	0,82
	Control	3,70		
Autoestima sexual	TCA	8,0	1,58	0,01
	Control	3,0		
Victimización sexual	TCA	8,0	1,58	0,01
	Control	3,0		

En segundo lugar se analizaron diferencias entre los intercambios señalados como beneficios y como costes por ambos grupos mediante el uso de tablas de contingencia. Probablemente debido al tamaño muestral se encontraron diferencias en solo cuatro de los 58 intercambios sexuales: Sensaciones físicas que obtiene con las caricias o abrazos, $\chi^2(1) = 4,28$, $p = 0,03$; Estar desnudo delante de su pareja, $\chi^2(1) = 10,00$, $p = 0,007$; Grado/nivel de excitación que usted alcanza, $\chi^2(1) = 6,66$, $p = 0,01$; y Grado/nivel de espontaneidad en su vida sexual, $\chi^2(1) = 6,80$, $p = 0,03$; todos ellos más relacionados con aspectos físicos de las relaciones sexuales. En todos los casos las

mujeres con TCA informaban que dichos intercambios suponían un coste, mientras que eran valorados como un beneficio por las mujeres del grupo control.

Para analizar las variables que predicen la satisfacción sexual en ambos grupos se pretendía llevar a cabo un análisis de regresión múltiple jerárquico usando la puntuación en satisfacción sexual como variable criterio, sin embargo, dado el limitado tamaño muestral no pudo llevarse a cabo este análisis.

Discusión

Los estudios realizados para analizar el funcionamiento sexual en mujeres con trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han mostrado que éstas informan de bajos niveles de satisfacción sexual. Sin embargo, no existen estudios que hayan analizado los mecanismos por los que muestran menor satisfacción partiendo de algún modelo teórico. El presente estudio, pretende superar dicha limitación analizando la satisfacción sexual desde el Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction (IEMSS; Lawrance y Byers, 1995) en mujeres con TCA en comparación con un grupo de mujeres sin TCA.

Uno de los primeros aspectos que deben señalarse a la hora de discutir los resultados es que el escaso tamaño muestral añade dos grandes limitaciones a este estudio. Primero, parte de los objetivos planteados en el estudio no han podido analizarse y aquellos que se han podido analizar deben ser discutidos teniendo en cuenta la gran limitación que supone el tamaño muestral obtenido. Segundo, los datos obtenidos no pueden extrapolarse a la población objeto de estudio. A pesar de estas dos limitaciones se puede afirmar que se ha encontrado una tendencia en el grupo clínico a informar de menor satisfacción sexual. Estos datos, son consistentes con estudios previos que habían señalado que las mujeres con TCA muestran menor satisfacción sexual que mujeres en grupos control (Castellini et al. 2012; Rothschild et al., 1991). Del mismo modo, se encuentra que las mujeres del grupo TCA muestran relaciones sexuales menos beneficiosas y más costosas en términos generales que el grupo control, lo que tendría sentido desde el punto de vista del IEMSS (Lawrance y Byers, 1995). Por último, un análisis más detallado de los costes y beneficios sexuales informados por cada grupo del estudio muestra que las mujeres del grupo TCA informan de mayores costes sexuales, concretamente en aquellos intercambios que están más asociados con componentes físicos de las relaciones sexuales y que estarían más asociados a las

sensaciones con el propio cuerpo y al malestar corporal asociado con los TCA (APA, 2000).

Del mismo modo, las mujeres del grupo con TCA también mostraron una tendencia a informar de menor asertividad sexual y autoestima sexual, y mayor insatisfacción corporal y mayores tasas de victimización sexual, lo que podría estar proporcionando mayores costes sexuales en las parejas y, por tanto, disminuyendo la satisfacción sexual. Sin embargo, esta hipótesis no pudo ser comprobada en el presente estudio.

Los resultados del presente estudio ponen de manifiesto los problemas en el funcionamiento sexual en mujeres con TCA. Lo más relevante es que se han analizado dentro de un modelo teórico que explica la satisfacción sexual y que ha sido identificado como un modelo válido con potencial aplicación en terapia de pareja (Byers, 1999) ya que permite identificar intercambios en los que los miembros de la pareja no están de acuerdo y que generan malestar a uno o los dos miembros de la pareja, así como expectativas no realistas sobre las relaciones sexuales (Metz y McCarthy, 2007). Sin embargo, los resultados se han visto limitados por el escaso tamaño muestral. En futuras investigaciones se propone realizar el análisis de las variables expuestas en este estudio con una muestra clínica superior. Con ello podrá verse el efecto de las distintas variables sobre la satisfacción sexual y la interacción entre ellas en mujeres con TCA. En vista de los resultados sobre los intercambios de beneficios y costes, sería interesante investigar la importancia de la ansiedad al mostrar el cuerpo desnudo en mujeres con TCA y su influencia en la satisfacción sexual según el modelo IEMSS. Finalmente, se ha estudiado en diversas investigaciones como las de Evans y Wertheim (1997) y Eddy et al. (2004) las diferencias de comportamiento sexual entre mujeres con AN y mujeres con BN (Evans y Wertheim, 1997). Por ello, se propone estudiar las diferencias entre AN y BN en satisfacción sexual basándonos en el modelo IEMSS.

Referencias

- Ackard, D.M., Kearney-Cooke, A. y Peterson, C.B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 422–429.
- Allerdissen, R., Florin, I. y Rost, W. (1981). Psychological characteristics of women with bulimia nervosa (bulimexia). *Behavior Analysis and Modification*, 4, 314-317.

- American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (Rev. T.)*. Washington, D.C.: Author.
- Byers, E.S. (1999). The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction: Implications for sex therapy with couples. *Canadian Journal of Counselling*, 33, 95-111.
- Byers, E.S., Demmons, S. y Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: a test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 257-267.
- Byers, E.S. y MacNeil, S. (2006). Further validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32, 53-69.
- Byers, E.S. y Rehman, U. (en prensa). Sexual well-being. En D. Tolman y L. Diamond (Eds.), *APA Handbook of sexuality and psychology*. Washington, DC: APA Books.
- Carrobbles, J. A., Gámez-Guadix, M. y Almendros, C. (2001). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de Psicología*, 27, 27-34.
- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Fioravanti, G., Vignozzi, L., Maggi, M., ... Ricca, V. (2012). Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 2590-2599.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Gulera, D. (1998). *Anorexia y bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.
- Dios, J.L. (2000). *Factores de vulnerabilidad en los TCA*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/congreso_old/mesas/mesa24/conferencias/24_ci_c.htm
- Don Morgan, C., Wiederman, M.W. y Pryor, T.L. (1995). Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: A follow-up study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 21, 67-77.
- Eddy, K.T., Novotny, C.M. y Westen, D. (2004). Sexuality, personality, and eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 12, 191-208.
- Evans, L. y Wertheim, E.H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and the mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 355-365.

- Faith, M.S. y Schare, M.L. (1993). The role of body image in sexuality avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 345-356.
- Finn, J. y Lavitt, M. (1994). Computer-based self-help groups for sexual abuse survivors. *Social work with groups*, 17, 21-46.
- Garner, D.M., Olmstead, M.P. y Polivy, J. (1983). Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia-Nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. y Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Koss, M.P. y Oros, C. (1982). Sexual Experiences Survey: A Research Instrument Investigating Sexual Aggression and Victimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 455-457.
- Lawrance, K. y Byers, E.S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Lawrance, K., Byers, E.S. y Cohen, J.N. (2011). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. En T.D. Fisher, C.M. Davis, W.L. Yarber & S.L. Davis (Eds.), *Handbook of sexuality-related measures* (3ª ed., pp. 525-530). New York, NY: Routledge.
- Metz, M.E. y McCarthy, B.W. (2007). The "Good-Enough Sex" model for couple sexual satisfaction. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 351-362.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., et al. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 790-804.
- Oppenheimer, R., Howells, K., Palmer, R. y Chaloner, D. (1985). Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. *Journal of Psychiatry Research*, 19, 357-361.
- Ortiz, M.R. (2009). *Alimentación y nutrición: trastornos de la conducta alimentaria*. Ministerio de sanidad y política social. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género de salud. Recuperado de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/10modulo_09.pdf
- Pujols, Y., Meston, C.M. y Seal, B.N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 905-916.

- Renaud, C., Byers, E.S. y Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*, 34, 399-410.
- Rothschild, B.S., Fagan, P.J., Woodall, C. y Andersen, A.E. (1991). Sexual functioning of female eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, 10, 389-394.
- Sánchez-Fuentes, M.M., Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C., Moyano, N., Granados, M.R. y Vallejo-Medina, P. (2012). *Validation of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction in a Spanish sample using dyadic analysis*. Poster presentado en el 38th Annual Meeting of the International Academy of Sex Research (IASR), Estoril, Portugal.
- Schmidt, U., Tiller, J., Blanchard, M., Andrews, B. y Treasure, J. (1997). Is there a specific trauma precipitating anorexia nervosa? *Psychological Medicine*, 27, 523-530.
- Shapiro, B.L. y Schwarz, J.C. (1997). Date rape: Its relationship to trauma symptoms and sexual self-esteem. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 407-419.
- Sierra, J.C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la Sexual Assertiveness Scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27, 17-26.
- Smolack, L. y Murnen, S.K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 136-150.
- Snell, W.E. y Papini, D.R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression and sexual-preoccupation. *The journal of sex research*, 26:2, 256-263.
- Thibaut, J.W. y Kelley, H.H. (1959). *The social psychology of groups*. New York, NY: Wiley.
- Weaver, A. 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.
- Wiederman, M.W., Pryor, T. y Don Morgan, C. (1996). The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 109-118.