

## TRABAJO FIN DE MÁSTER

# **Diseño de un programa de intervención para incrementar el deseo sexual en mujeres jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa**

Autor: María Toribio Rivera

Tutora académica: Virginia Martín Romera

Alcalá de Henares, 2021

**Máster Universitario en Psicología General  
Sanitaria**

Centro Universitario Cardenal Cisneros

Universidad de Alcalá

## Índice

1. Resumen y palabras clave.....	1
2. Introducción y justificación del tema elegido.....	2
3. Objetivos e hipótesis.....	4
4. Marco teórico .....	5
4.1. Anorexia nerviosa.....	5
4.1.1. Definición .....	5
4.1.2. Prevalencia.....	6
4.1.3. Factores de riesgo.....	6
4.1.4. Factores de protección .....	8
4.1.5. Tratamiento.....	8
4.2. Deseo sexual.....	15
4.2.1. Definición .....	15
4.2.2. Prevalencia.....	16
4.2.3. Factores de riesgo.....	16
4.2.4. Factores de protección .....	18
4.2.5. Tratamiento.....	19
4.3. Deseo sexual en anorexia nerviosa .....	26
4.3.1. Definición .....	26
4.3.2. Prevalencia.....	27
4.3.3. Factores de riesgo.....	28
4.3.4. Factores de protección .....	29
4.3.5. Tratamiento.....	31
5. Propuesta de intervención .....	34
5.1. Presentación de la propuesta.....	34
5.2. Objetivos de la propuesta.....	38
5.3. Método .....	38
5.3.1. Participantes.....	38
5.3.2. Instrumentos.....	39
5.4. Actividades .....	42
5.4.1. Fase de evaluación .....	43
5.4.2. Segunda fase .....	44
5.4.3. Tercera fase .....	47
5.4.4. Cuarta fase .....	49
5.4.5. Quinta fase .....	51
5.5. Cronograma de aplicación .....	53

5.6. Evaluación de la propuesta, resultados .....	56
5.7. Conclusiones.....	56
6. Referencias bibliográficas.....	60
7. Anexos .....	70

## 1. Resumen y palabras clave

**Resumen:** La presencia del bajo deseo sexual en mujeres diagnosticadas de anorexia nerviosa es cada vez más común, pero no por ello es abordado en las intervenciones. El objetivo principal es trabajar el bajo deseo sexual en pacientes con diagnóstico de anorexia nerviosa a través del diseño de una propuesta de intervención. La prevalencia en la población de anorexia nerviosa y bajo deseo sexual es mayor en mujeres con edades comprendidas desde los 18 a los 30 años. Por ello, la población diana a la que va dirigida la propuesta son mujeres en este rango de edad. Tras una revisión en las fuentes *PubMed*, *Medline*, *Dialnet*, *Psycinfo* y *Nice*, se ha comprobado la eficacia de algunos programas que incluyen Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Sexual y Mindfulness para el trabajo con estas pacientes. La hipótesis planteada es que, tras la intervención, las pacientes consigan una remisión parcial de la sintomatología común a ambos problemas tras 5 meses. Las direcciones futuras incluyen investigar más sobre este tipo de pacientes, pudiendo crear intervenciones más efectivas que logren conseguir una remisión total.

**Palabras clave:** Anorexia nerviosa, bajo deseo sexual, trastorno del interés/excitación sexual femenino, intervención, terapia psicológica.

**Abstract:** Low sexual desire is highly prevalent in women who suffer anorexia nervosa. Nonetheless, there aren't many programs about this. The main target is to work on low sexual desire in patients diagnosed with anorexia nervosa through the design of an intervention proposal. The prevalence in the population with anorexia nervosa and low sexual desire is higher in women aged from 18 to 30 years. Therefore, the target population of the proposal are women with this age range. After a review in the sources *PubMed*, *Medline*, *Dialnet*, *Psycinfo* and *Nice*, it has been proven the efficacy of some programs that include Mindfulness, Cognitive Behavioural Therapy and Sex therapy for working with these patients. The hypothesis that raises the present program is that, through the implementation of the proposal intervention, patients achieve a partial remission of the symptoms common to both problems after 5 months. Future directions include expanding the investigation about this type of patients, creating more effective interventions that achieve a total remission.

**Keywords:** Anorexia nervosa, low sexual desire, hypoactive sexual desire disorder, intervention, psychological therapy.

## 2. Introducción y justificación del tema elegido

El presente trabajo aborda el diseño de un programa de intervención para incrementar el deseo sexual en mujeres jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa (en adelante, AN).

La AN se caracteriza por la restricción de ingesta energética, miedo intenso a ganar peso y alteración en la percepción del propio peso e imagen corporal (APA, 2013).

Por otro lado, el trastorno del interés/excitación sexual femenino (en adelante, TIESF) se define como la ausencia de interés y fantasías sexuales, evitación de la actividad sexual, y reducción del placer y la excitación (APA, 2013).

Antes de comenzar el desarrollo de la intervención propuesta, se definen los conceptos más importantes de cada trastorno. El marco teórico se ha elaborado a partir de los datos más relevantes sobre las definiciones, prevalencias, factores de riesgo y de protección, y tratamientos de cada uno de ellos por separado y de forma conjunta.

Aunque en la práctica clínica se reconoce la existencia de problemas sexuales, con frecuencia se asume que con una mejora del diagnóstico de AN, la disfunción sexual también mejorará. Sin embargo, De Silva y Todd (1998) comprobaron que esto no siempre es así, ya que muchas de estas pacientes siguen afectadas por problemas sexuales después del tratamiento de la AN.

Para el desarrollo de este trabajo se ha elegido la opción de proyecto de intervención. El principal motivo de esta elección se debe a la escasez de tratamientos existentes para trabajar el bajo deseo sexual en pacientes con AN. Tras realizar una búsqueda de los tratamientos para la AN en los últimos 5 años, se ha observado la inexistencia de objetivos que trabajen el bajo deseo sexual (Bulik et al., 2015; Kan y Treasure, 2019; Lock, 2019; Mitchell y Peterson, 2020; Nice, 2020).

Además, Giraldi et al. (2020) exponen que las mujeres con AN no suelen informar de sus dificultades sexuales, puesto que generalmente no se priorizan en terapia (Berrettini et al., 2010).

Más allá de la revisión bibliográfica existente sobre esta problemática, la motivación de esta propuesta se guía también por la experiencia profesional de la autora del trabajo. En el primer curso de máster, asistió como coterapeuta al tratamiento de una paciente con diagnóstico de AN. Esta presentaba bajo deseo sexual, el cual no fue tratado, puesto que se esperaba que mejorara con el tratamiento del Trastorno de la Conducta Alimentaria (en adelante, TCA).

Beutel et al. (2020) realizaron un estudio en el que observaron un aumento de la falta de deseo sexual en mujeres de 18 a 30 años, desde un 2,1% en 2005 a un 12,6% en 2016. Por otro lado, la prevalencia de AN es mayor en mujeres (entre 0,6 y 2,2%) que en hombres (entre 0,2 y 0,3%) (Bulik et al., 2015).

Es por este motivo por el que la población diana de esta propuesta son mujeres comprendidas en este rango de edad. Además, es importante realizar psicoeducación sexual de forma temprana, puesto que en personas mayores la carencia de esta información ha provocado que muchas problemáticas sexuales quedasen sin resolver (López-Torres Hidalgo, 2012).

La decisión de escoger AN y no otro TCA es porque se ha observado que son estas pacientes las que mayor problemática sexual presentan, puesto que las que padecen bulimia nerviosa son más activas sexualmente (Berrettini et al., 2010; Gonidakis y Kravvariti, 2016).

La autora del proyecto presenta una especial motivación por la creación de esta propuesta, puesto que está interesada en dedicarse a la rama de sexología y TCA. Además, la escasez de propuestas creadas hasta la fecha también realza la importancia de crear nuevas intervenciones que puedan dar cabida a esta problemática.

Por último, la finalidad de este trabajo es el diseño novedoso de un programa de intervención para trabajar el bajo deseo sexual en pacientes con AN, fundamentado por una sólida revisión teórica.

### 3. Objetivos e hipótesis

El objetivo general que persigue el trabajo es mejorar el deseo y la respuesta sexual en pacientes femeninas con diagnóstico de AN, mediante una propuesta de intervención.

Los objetivos específicos son:

- Revisar información sobre AN y el TIESF así como de sus tratamientos por separado y su efectividad.
- Identificar limitaciones y fortalezas de los tratamientos ya creados.
- Investigar los factores comunes entre la AN y el TIESF, así como revisar los tratamientos donde se presenten estos dos trastornos en un mismo paciente y su efectividad.
- Dirigir la propuesta de tratamiento a pacientes del sexo femenino que se encuentren al final de la adolescencia y al principio de la adultez (de 18 a 30 años).
- Ampliar y actualizar las nociones y conocimientos de la AN y el TIESF.

La hipótesis de partida es que, creando un tratamiento que trabaje el bajo deseo sexual en estas pacientes se reduzca la sintomatología, no como respuesta indirecta al tratamiento de la AN, sino focalizando la intervención en ello.

## 4. Marco teórico

### 4.1. Anorexia nerviosa

#### 4.1.1. Definición

La AN puede definirse como un trastorno psiquiátrico grave, caracterizado por la presencia de desnutrición, intenso miedo a ganar peso, control total sobre la ingesta de comida y distorsión de la imagen corporal (Bulik et al., 2015). Esto motiva a realizar conductas como la restricción dietética, purgas o una actividad física excesiva, con el fin de perder peso (Harrington et al., 2015; Mitchell y Peterson, 2020).

Esta patología se caracteriza por la preocupación de la forma y el peso del cuerpo, siendo diagnosticada con una pérdida de más del 15% del normal o esperado (Dikeos et al., 2012; Lozano, 2008; Mitchell y Peterson, 2020).

Fuller y Peterson (2019) exponen, que dentro de este trastorno se encuentran dos subtipos: el restrictivo y el purgativo. El primero se caracteriza por una restricción dietética, ayuno y/o realización de actividad física excesiva; mientras que en el segundo predominan los atracones y purgas (Achamrah et al., 2016; Mitchell y Peterson, 2020).

En referencia a la comorbilidad, Berthoz et al. (2006) refieren que entre el 31 y 88% de pacientes con AN padecen trastorno depresivo. Entre el 25 y 75% informan sufrir o haber sufrido un trastorno de ansiedad. El trastorno obsesivo compulsivo (en adelante, TOC) se refleja entre un 15 y 29% y la existencia de abuso o dependencia de alcohol se encuentra entre un 9 y 25%. Cassioli et al. (2020), también han observado una elevada comorbilidad con bajo deseo sexual (Bulik et al., 2015; Flament et al., 2002; Lock, 2019).

Garyfallos et al. (2018) realizaron un estudio en población francesa y griega de pacientes con AN, observando que el trastorno comórbido más frecuente era el depresivo mayor, presentándose en un 40% y el TOC en un 18,3%. En referencia a los



trastornos de personalidad, apareció el límite en un 40% de los participantes, seguido del obsesivo-compulsivo en un 26,6% y el de evitación en un 21,7%.

#### 4.1.2. Prevalencia

La AN suele presentarse en la adolescencia o adultez temprana, siendo aproximadamente el 92% de las personas que lo padecen mujeres. Según Mitchell y Peterson (2020), se ha visto que este trastorno se presenta con mayor frecuencia en la población caucásica, aunque se está observando un aumento en la incidencia global.

Según Bulik et al. (2015), los estudios realizados hasta el momento destacan una mayor incidencia del trastorno en mujeres que en hombres. A su vez, existe evidencia de que la tasa del primer diagnóstico de AN es más alta entre personas de 15 a 20 años, tanto en mujeres como en hombres.

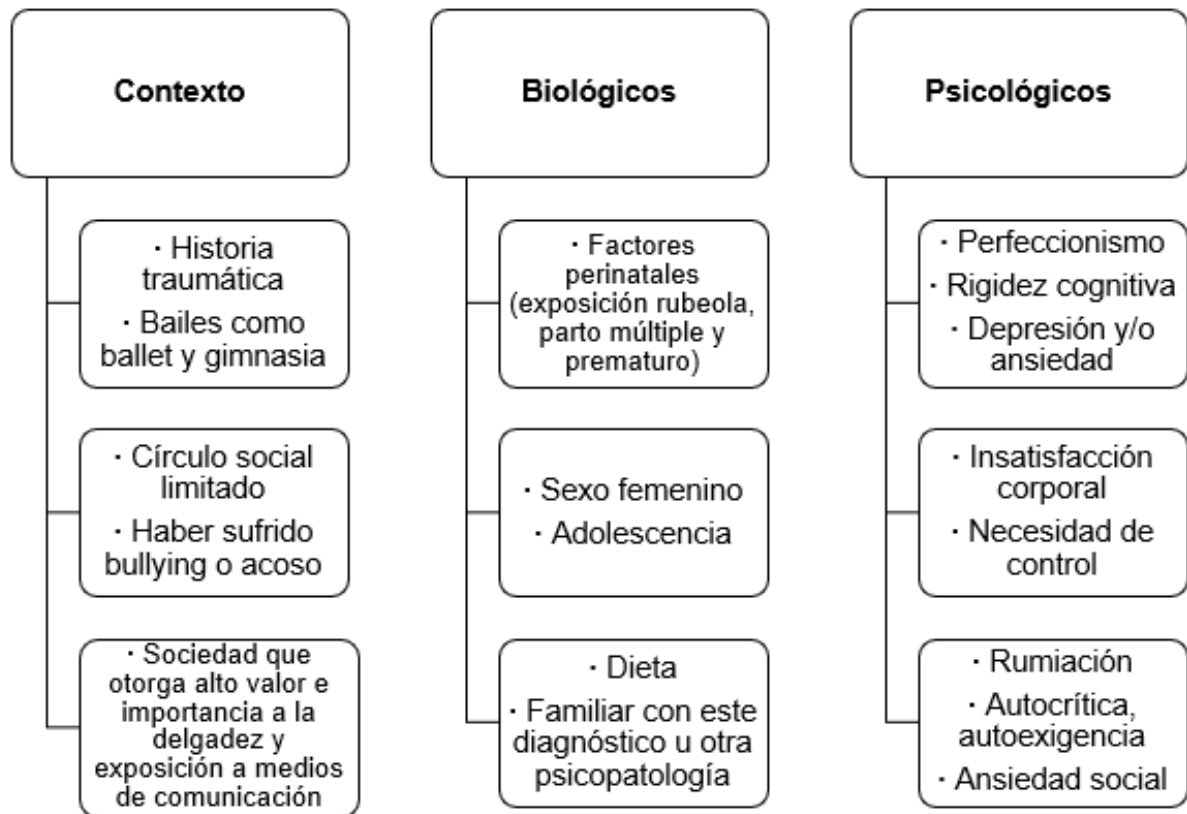
Este trastorno cada vez se presenta en un mayor porcentaje, siendo algunas de las razones de este suceso la focalización en fenómenos socioculturales, así como el deseo de armonía con los valores de la sociedad (Abbaspour et al., 2019).

#### 4.1.3. Factores de riesgo

A continuación se plasman algunos de los factores de riesgo para desarrollar AN según el contexto, biología y psicología (Figura 1).

**Figura 1**

*Factores de riesgo de la AN dependiendo del contexto, biológicos y psicológicos*



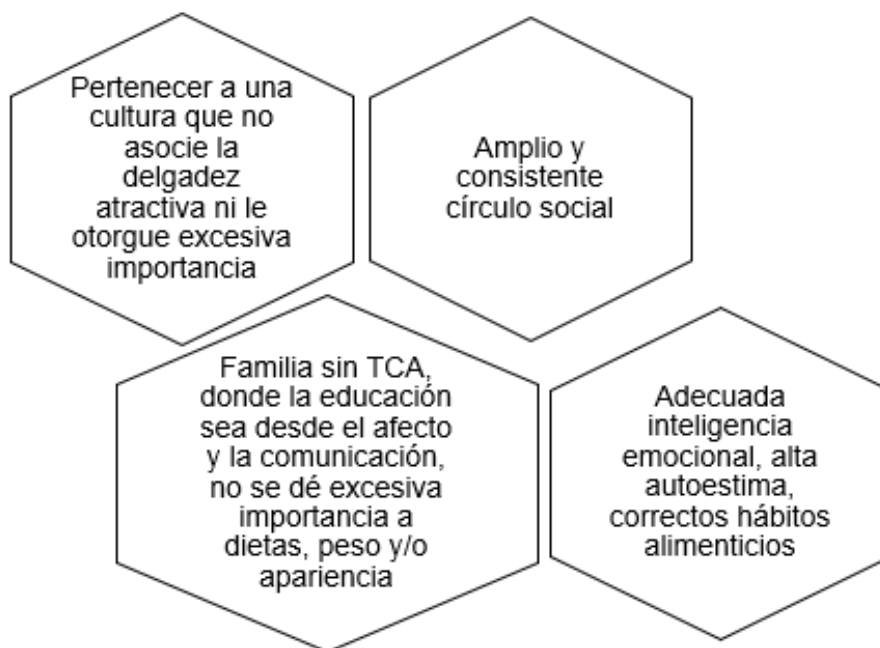
*Nota.* Adaptado de “Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso”, por T. Bärnighausen, M. Bountogo, H.C. Friederich, G. Harling, C. Nikendei, L. Ouermi, A. Sié y V. Terhoeven, 2020, *Tropical Medicine and International Health*, 25(1); “Anorexia nervosa in adolescents: An overview”, por R. Fuller y K. Peterson, 2019, *Nursing*, 49(10); “Recent Research and Personalized Treatment of Anorexia Nervosa”, por C. Kan y J. Treasure, 2019, *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1); “Risk and protective factors for juvenile eating disorders”, por W. Kwan, J. Lock, S. Miller, A. Sagar, T. Shaffer, H. Steiner y S. Walker, 2003, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12; “Anorexia Nervosa”, por J. Mitchell y C. Peterson, 2020, *The New England Journal of Medicine*, 382(14).

#### 4.1.4. Factores de protección

En la Figura 2 pueden destacarse algunos de los factores de protección más relevantes para la AN.

**Figura 2**

*Factores de protección de la AN*



*Nota.* Adaptado de “Anorexia nervosa with binge eating: a case report”, por K. Arora, R. Jiloha y D. Mendhekar, 2003, *Indian Journal of Psychiatry*, 45(1); “Anorexia nervosa in adolescents: An overview”, por R. Fuller y K. Peterson, 2019, *Nursing*, 49(10); “Risk and protective factors for juvenile eating disorders”, por W. Kwan, J. Lock, S. Miller, A. Sagar, T. Shaffer, H. Steiner y S. Walker, 2003, *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12.

#### 4.1.5. Tratamiento

Es importante conocer que la AN puede desencadenar problemas fisiológicos, donde estaría indicada la hospitalización, como hipotensión, deshidratación, arritmias, bradicardia, pérdida de peso rápida y persistente; así como riesgo de suicidio, según refiere Lock (2019). A su vez, presentar un índice de masa corporal (en adelante, IMC)

inferior a 15, también sería motivo de ingreso hospitalario (Harrington et al., 2015; Mitchell y Peterson, 2020).

Lock (2019) expone alternativas a este ingreso, como son el tratamiento residencial y diurno. El primero se ha vuelto más común en los últimos años, pero no ha demostrado tener mejores resultados que el diurno o ambulatorio (Mitchell y Peterson, 2020).

Mitchell y Peterson (2020) han comprobado que la psicoterapia es el pilar de los tratamientos para la AN, encontrándose distintos tipos. Para los niños y adolescentes se recomienda la terapia familiar (en adelante, TF), reconocida como el enfoque de primera línea. Se realiza en una media de 16 sesiones de una hora, divididas en 3 fases durante 6/12 meses (Bulik et al., 2015; Kan y Treasure, 2019; Lock, 2019).

La primera enfatiza el papel de los padres, después el paciente se hace más autónomo controlando gradualmente la alimentación, y por último se trabaja la comunicación e independencia familiar (Bulik et al., 2015; Kan y Treasure, 2019; Lock, 2019; Mitchell y Peterson, 2020).

Según Nice (2020), los 3 tratamientos más eficaces para el tratamiento de la AN en adultos son: terapia cognitivo conductual (en adelante, TCC), tratamiento de la AN de Maudsley (en adelante, MANTRA) y un manejo clínico de apoyo especializado (en adelante, MCAE). El primero de ellos consta de 40 sesiones, mientras que el segundo y tercero se ven reducidos a 20. Herpertz et al. (2019), exponen que estas tres terapias son igualmente efectivas para el tratamiento de esta patología.

La TCC se centra en las conductas alimentarias, ejercicio y pensamientos negativos sobre alimentación, peso y forma del cuerpo (Mitchell y Peterson, 2020). Cooper et al. (2010) exponen una TCC mejorada dividida en 4 etapas, disponibles en una versión corta de 20 sesiones y otra más larga de 40. En la primera etapa se explica el problema, después se lleva a cabo una revisión del progreso, y se planifica la continuación del tratamiento (Bulik et al., 2015).

La tercera etapa trabaja los aspectos que mantienen el TCA, como las preocupaciones y estilo de alimentación. Por último, se realiza una prevención de recaídas (Bulik et al., 2015; Cooper et al., 2010).

Por otro lado se encuentra el MCAE, que ayuda a los pacientes a establecer un vínculo entre sus síntomas, peso y comportamiento alimentario desadaptativo, para así volver de forma gradual a una conducta e IMC saludables. Incluye una fase de evaluación e identificación de síntomas, psicoeducación, seguimiento del estado físico, establecimiento de objetivos, y educación nutricional. Se desarrolla en 30 sesiones si el IMC está por debajo de 15, o 20 si es superior a esta cifra (Bulik et al., 2015).

El que ha demostrado mayor eficacia es el tratamiento MANTRA en adultos, utilizando enfoques conductuales, educativos y motivacionales. Se divide en cuatro factores que trabajan el pensamiento inflexible, problemas emocionales, creencias positivas sobre tener AN, y la respuesta de la familia y entorno del paciente (Bulik et al., 2015; Harrington et al., 2015; Mitchell y Peterson, 2020).

Con respecto al uso de fármacos, se ha observado que no son eficaces en el tratamiento de la AN, pues se ha demostrado que cuando se combinan antidepresivos con psicoterapia, no aparecen resultados más efectivos que la psicoterapia por sí misma. A pesar de esta falta de eficacia, se ha visto que se siguen prescribiendo (Mitchell y Peterson, 2020).

En la Tabla 1 pueden apreciarse los distintos tipos de terapia existentes para el tratamiento de la AN, junto con su eficacia.

**Tabla 1**

*Tratamientos para la AN en adolescentes y adultos*

	<b>Evidencia</b>	<b>Efecto (nivel de evidencia)</b>
<b>AN en adolescentes</b>		
Terapia familiar	Fuerte	+++ (1)
MANTRA	Fuerte	+++ (1)
Terapia sistémica	Moderado	++ (2)
Terapia focalizada en adolescentes	Moderado	++ (2)
TCC (extensa)	Débil/moderado	-/+ (4)
TCC (mejorada)	Moderado	+ (4)
<b>AN en adultos</b>		
TCC	Débil	+
TCC (mejorada)	Moderado	++
Terapia conductual	Débil	-/+
Terapia interpersonal	Débil	+
Terapia psicodinámica	Débil	+
Terapia cognitiva analítica	Débil	+
Terapia psicodinámica focal	Moderado	++
MANTRA	Moderado	++
MCAE	Moderado	+ (+)

*Nota.* Los grados de efecto son: - sin efecto beneficioso; -/+ resultados inconsistentes; + efecto beneficioso leve; + (+) efecto beneficioso moderado; ++ efecto beneficioso moderado y duradero (se muestra en el seguimiento); +++ efecto beneficioso fuerte. Por otro lado, los niveles de evidencia son: 1 bien establecido, 2 probablemente eficiente, 4 experimental. Tomado de “Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment” (p.6), por C. Bulik, K. Giel, P. Hay, U. Schmidt y S. Zipfel, 2015, *Lancet Psychiatry*, 2(12).

Herpertz et al. (2019) realizaron un estudio en el que observaron los distintos tratamientos existentes para la AN y su eficacia por países. En la Tabla 2 se muestran los que conciernen a España, para así poder observar cuáles son los enfoques que mejor funcionan en este país.

**Tabla 2**

*Programas para el tratamiento de la AN en adultos y su eficacia en España*

<b>Tratamientos</b>	<b>España</b>
Psicoterapia en general	+
TCC/TCC mejorada	+
Terapia psicodinámica	+
Terapia psicodinámica focal	NRP
MANTRA	NRP
MCAE	NRP
Terapia interpersonal	+

*Nota.* + recomendación a favor, NRP ninguna recomendación reportada. Tomado de “Treatment of anorexia nervosa new evidence-based guidelines” (p.10), por S. Herpertz, B. Herpertz-Dahlmann, G. Resmark y A. Zeeck, 2019, *Journal of Clinical Medicine*, 8(153).

Por otro lado, en la Tabla 3 se muestra un resumen de los programas de intervención más relevantes, con una breve descripción de en qué consisten, sus resultados y limitaciones.

**Tabla 3**

*Programas para el tratamiento de la AN*

<b>Autor (año)</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados/apoyo empírico</b>	<b>Mejoras futuras o limitaciones</b>
Bulik et al. (2015); Hilbert et al. (2017); Lock (2015, 2019)	<b>TF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Enfatizar papel familia</li> <li>·Psicoeducar</li> <li>·Fomentar autonomía</li> </ul>	18-20 durante 1 año	Niños y adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuerte</li> <li>·Enfoque primera línea</li> <li>·Tratamiento mayor base de evidencia para adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Pensamiento rígido padres dificulta éxito</li> <li>·Trabajar esta rigidez → mejora resultados</li> <li>·Trabajo con padres de forma aislada más efectivo</li> </ul>
Bulik et al. (2005); Bulik et al. (2015); London (2016)	<b>MCAE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Evaluar e identificar problemas</li> <li>·Solucionar problemas</li> <li>·Mostrar vínculo síntomas-comportamiento alimentario</li> <li>·Recuperar peso saludable</li> <li>·Psicoeducar nutrición</li> <li>·Asesorar nutricionalmente.</li> </ul>	20 semanales (depende gravedad paciente)	N=56 mujeres adultas con AN	<ul style="list-style-type: none"> <li>Moderado</li> <li>·Terapia de apoyo + MCAE → superior a TCC y psicoterapia interpersonal</li> <li>·Fácil adaptación contexto</li> <li>·Fuerte efecto sobre síntomas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Moderada eficacia</li> <li>·Completar con otra terapia</li> <li>·Necesidad de experiencia, formación y supervisión específicas</li> </ul>



Diseño de un programa de intervención para incrementar el deseo sexual en mujeres jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa

<p>Burgmer et al. (2014); Cooper et al. (2010); Cooper et al. (2013) Dalle Grave et al. (2016)</p>	<p><b>TCC mejorada</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Reducir riesgos salud</li> <li>·Fomentar alimentación</li> <li>·Fomentar peso saludable</li> <li>·Reestructurar pensamientos</li> <li>·Regular estado de ánimo</li> <li>·Aumentar autoestima</li> <li>·Mejorar imagen corporal</li> <li>·Mejorar habilidades sociales</li> </ul>	<p>40 adultos (2/semana en primeras 2/3 semanas) Niños/adolescentes: 8-12 breves familiares</p>	<p>N=99 adultos con AN</p>	<p>Moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>·40% adultos y 60% adolescentes alcanza peso normal</li> <li>·80% de adolescentes alcanza y mantiene psicopatología residual mínima</li> <li>·2/3 pacientes aumentan IMC, y mejoran características generales de AN</li> <li>·Comparación psicodinámica focal, TCC mejorada y tratamiento optimizado → TCC mejorada más eficaz en velocidad aumento peso y mejoras psicopatología</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Comprobar eficacia con otras terapias</li> <li>·Falta de comprensión y formación de terapeutas</li> <li>· Mejorar resultado pacientes con IMC bajo</li> </ul>
<p>Beecham et al. (2015); Bulik et al. (2015); Dare et al. (2000); Le Grange (2005)</p>	<p><b>MANTRA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Motivar.</li> <li>·Trabajar nutrición</li> <li>·Trabajar sintomatología</li> <li>·Cambiar comportamiento</li> <li>·Crear identidad alejada de patología</li> <li>·Involucrar familiares</li> </ul>	<p>20 (semanales durante 10 primeras semanas). 10 extra para pacientes con problemas complejos.</p>	<p>N=142 adultos con AN</p>	<p>Moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>·Comparación MANTRA con MCAE → preferencia por MANTRA</li> <li>·Mayor aumento peso MANTRA</li> <li>·70% alcanza peso saludable, recuperación menstruación</li> <li>·5 años después 75 y 90% pacientes recuperación completa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Desventajas si hay niveles de crítica u hostilidad hacia paciente</li> <li>·Planteamiento de trabajo con padres por separado</li> </ul>

## 4.2. Deseo sexual

### 4.2.1. Definición

El TIESF puede definirse como el desinterés persistente y recurrente en la actividad sexual, acompañado de la ausencia de fantasías sexuales y un bajo deseo sexual angustiante (Althof et al., 2018; Creagh et al., 2014).

Según Althof et al. (2018), se presenta un bajo o ausente deseo para iniciar la actividad sexual, incapacidad de mantener el interés en ella y evitación de situaciones que conducen al acto. Estas manifestaciones pueden combinarse con sentimientos de angustia, frustración, dolor, culpabilidad, desilusión, incompetencia, ira, tristeza o preocupación (Castellini et al., 2012).

Esta patología se ha asociado con estados emocionales y psicológicos como la depresión. Las mujeres que lo padecen pueden experimentar una disminución en su calidad de vida, incluyendo una imagen corporal deteriorada, baja autoestima y confianza en sí mismas, y sentimiento de desconexión con sus parejas (Althof et al., 2018).

El TIESF puede entenderse desde un enfoque biopsicosocial, donde aparece el impulso sexual correspondiente al componente biológico; creencias sexuales que pertenecen al cognitivo; y motivación sexual que depende del emocional o interpersonal (Croft, 2017).

López-Torres Hidalgo (2012), expone que gran parte de las disfunciones sexuales presentan una etiología multifactorial, apareciendo en su origen factores orgánicos y psicológicos. Por ello, es de vital importancia conocer la presencia de enfermedades orgánicas y/o trastornos mentales concomitantes.

Por otro lado, Clayton et al. (2018) exponen que esta patología suele presentarse de forma comórbida con trastornos depresivos, ansiedad, fatiga y otras condiciones que contribuyen a desarrollar un bajo deseo sexual (Clayton et al., 2017).

Cassioli et al. (2020), también han observado que en pacientes con diagnóstico de AN, una de las problemáticas más frecuentes que se presenta es el bajo deseo sexual.

#### 4.2.2. Prevalencia

El TIESF es la disfunción sexual más común en la población femenina. Según Althof et al. (2018), se estima que afecta desde el 17 al 50% de las mujeres. En un estudio de prevalencia de disfunciones sexuales realizado en 50.000 mujeres de 18 a 102 años, se observó que el bajo deseo fue el problema más común entre todas ellas (Atalla et al., 2016; Croft, 2017; Vesna et al., 2018).

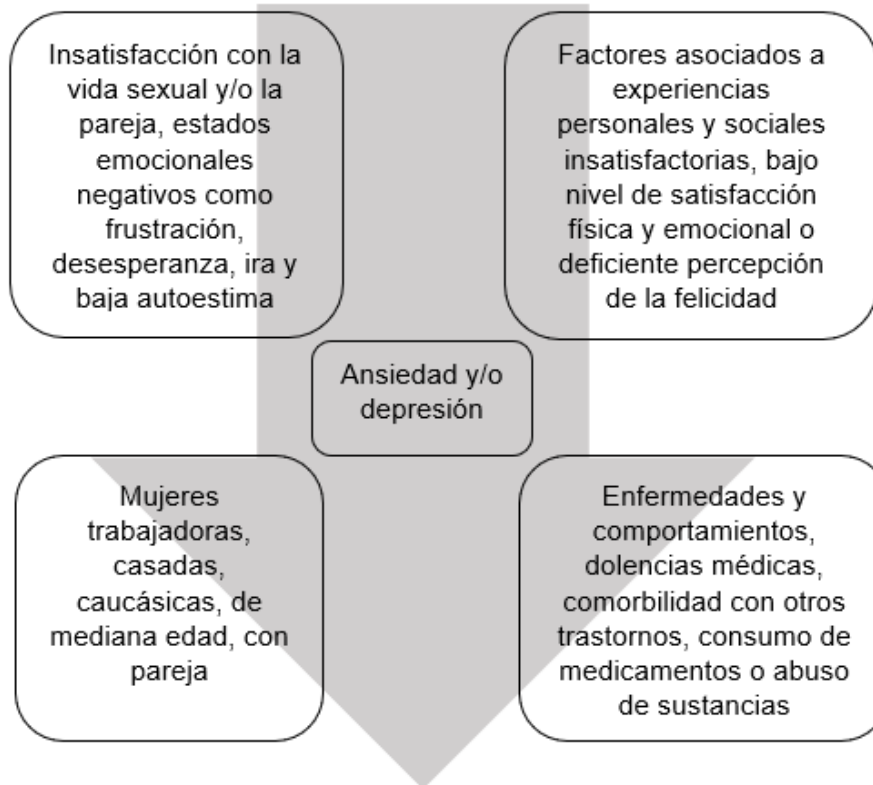
Garovic et al. (2018) expusieron que esta patología es la disfunción sexual que más aparece en mujeres, afectando al 10% o más de la población adulta. Hahn y Parish (2016) también observaron estos resultados en una muestra estadounidense, presentándose en este caso en un 31,6% de ellas. A su vez, distintos estudios han mostrado que la prevalencia de presentar este trastorno incrementa con la edad (Clayton et al., 2017).

#### 4.2.3. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de desarrollar bajo deseo sexual se recogen en la Figura 3.

**Figura 3**

*Factores de riesgo del bajo deseo sexual*



*Nota.* Adaptado de “Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment”, por R. Basson y T. Gilks, 2018, *Women's Health*; “Hypoactive sexual desire disorder: international society for the study of women's sexual health (ISSWSH) expert consensus panel review”, por A. Clayton, L. DeRogatis, A. Giraldi, I. Goldstein, N. Kim, S. Kingsberg, C. Meston, S. Parish, J. Pfaus, J. Simon, S. Stahl, K. Wallen y R. Worsley, 2017, *Mayo Clinic*, 92(1); “Hypoactive sexual desire disorder- Entity and therapeutic approaches: an overview”, por C. Da costa y J. Mesquita, 2018, *Psicosomática y Psiquiatría* (7); “Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment”, por S. Hahn y S. Parish, 2016, *Sexual Medicine Reviews*, 4(2); “Sex drive and sexual desire”, por V. Holloway y K. Wylie, 2015, *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6); “La detección de las disfunciones sexuales en atención primaria”, por J. López-Torres, 2012, *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de la Familia y Comunitaria*, 44(9).

#### 4.2.4. Factores de protección

Los factores más relevantes que pueden prevenir la aparición de presentar bajo deseo sexual aparecen en la Figura 4.

**Figura 4**

*Factores de protección del bajo deseo sexual*



*Nota.* Adaptado de “Predictors of sexual distress in women with desire and arousal difficulties: Distinguishing between personal, partner, and interpersonal distress”, por P. Enzlin, L. Gijs, L. Hendrickx y E. Janssen, 2016, *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11); “Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment”, por S. Hahn y S. Parish, 2016, *Sexual Medicine Reviews*, 4(2); “Sex drive and sexual desire”, por V. Holloway y K. Wylie, 2015, *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6); “To be or not to be in sexual desire: the androgen dilemma”, por R. Nappi, 2015, *Climacteric*, 18(5).

#### 4.2.5. Tratamiento

Para trabajar el bajo deseo sexual, se ha observado que una de las claves más importantes en la intervención es la educación. Según Althof et al. (2018), esta puede impartirse desde los distintos tratamientos, facilitando en el paciente cambios positivos en su conducta sexual. Puede estructurarse en 3 partes, como se explica en la Tabla 4.

**Tabla 4**

*Fases para implementar psicoeducación sexual en las terapias enfocadas a trabajar el bajo deseo sexual*

<b>Primera fase</b>	<b>Segunda fase</b>	<b>Tercera fase</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Funcionamiento sexual adaptativo (descripciones de deseo sexual y motivación)</li> <li>· Estimulación sexual adecuada</li> <li>· Datos sobre duración de las relaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Factores de riesgo que han podido llevarle a presentar el problema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Motivación del paciente para iniciar tratamiento</li> <li>· Evaluar si presenta pareja sentimental, pudiendo involucrarla en terapia</li> </ul>

*Nota.* Adaptado de “The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women”, por S. Althof, K. Christiansen, A. Clayton, S. Davis, S. Faubion, B. Faight, M. Freedman, I. Goldstein, N. Kim, S. Kingsberg, P. Kirana, L. Larkin, M. McCabe, S. Parish, R. Sadovsky, J. Simon, L. Vignozzi, 2018, *Mayo Clinic*, 93(4).

Las tres terapias más frecuentemente utilizadas para el tratamiento de esta patología son la terapia conductual, TCC y mindfulness. La primera de ellas trabaja la educación, el entrenamiento en habilidades de comunicación y ejercicios de enfoque sensorial (Althof et al., 2018).

Por otro lado, Althof et al. (2018) exponen que la TCC trabaja las creencias desadaptativas y los comportamientos que mantienen el trastorno a través de la reestructuración cognitiva (en adelante, RC). El terapeuta ayuda a identificar y desafiar dichas creencias, que desencadenan emociones y conductas negativas con respecto a la actividad sexual (Barth et al., 2013).

También está dirigida a enseñar habilidades de relajación, abordar comportamientos de evitación y restaurar el funcionamiento sexual. Además, se ha visto que la inclusión de la pareja conduce a mejores resultados (Barth et al., 2013; Clayton et al., 2017).

Varios estudios han demostrado que este tipo de intervención es efectiva para reducir la gravedad de los síntomas y mejorar la satisfacción sexual. Basson y Gilks (2018) exponen que la TCC ha sido el pilar del tratamiento para el bajo deseo sexual femenino, según recomienda la Consulta Internacional de Medicina Sexual en el 2015 (Barth et al., 2013; Clayton et al., 2017).

Por otro lado, la técnica de mindfulness busca promover la conciencia del momento presente y la observación sin prejuicios de las experiencias. Los ejercicios de atención plena pretenden disminuir la rumiación cognitiva durante la actividad sexual, aumentando la conciencia de sensaciones placenteras y aceptación de sensaciones físicas, según Basson y Gilks (2018). Varios estudios han apoyado esta técnica, observando mejoras en el deseo sexual y la angustia relacionada (Albert et al., 2016; Althof et al., 2018; Clayton et al., 2017).

Por otra parte, se encuentra la técnica de enfoque sensorial dentro de la terapia sexual (en adelante, TS). Según Adams-Clark et al. (2019), consiste en una serie escalonada y progresiva de ejercicios de contacto sexual sin demanda, que persiguen el objetivo de tomar conciencia del momento presente (Albert et al., 2016; Basson y Gilks, 2018; Clayton et al., 2017; Clayton et al., 2018; Hahn y Parish, 2016).

Esta técnica es utilizada típicamente con parejas, y sus objetivos son reducir la ansiedad y velocidad en el acto sexual para llegar al orgasmo, y mejorar la intimidad

(Clayton et al., 2018). También aumenta la excitación al centrar la atención en la sensualidad del tacto. Al comienzo las zonas genitales no son objeto de estimulación. Cada sesión dura de 15 a 20 minutos, estableciéndose de 2 a 3 veces por semana. En última instancia el acto sexual puede incluirse, pero no determinarse como enfoque principal (Basson y Gilks, 2018; Clayton et al., 2017; Hahn y Parish, 2016).

Hahn y Parish (2016), establecen que es esencial evaluar los pensamientos del paciente y su pareja sobre el funcionamiento sexual, abordando mitos y creencias erróneas. Entre los problemas más comunes destacan las preocupaciones sobre la imagen corporal, creencias y sentimientos negativos, y presión en las relaciones.

Un estudio de un programa de TCC de 10 sesiones, que combinó la comunicación, el entrenamiento en habilidades sexuales y ejercicios de enfoque sensorial, junto con otras estrategias, logró una mejora en mujeres con más de un trastorno sexual. Existe evidencia adicional de que la TCC, las técnicas psicoeducativas y el mindfulness pueden ser beneficiosos para mujeres con disfunciones sexuales (Hahn y Parish, 2016).

Por otro lado, se ha visto que la depresión tiene una asociación bidireccional con la disfunción sexual, por lo que un tratamiento adecuado de esta, puede tener un impacto positivo en la función sexual (Althof et al., 2018).

La Tabla 5 expone los factores psicológicos que están más presentes en esta patología, junto con las estrategias de tratamiento más recomendables y eficaces.



**Tabla 5**

*Factores psicológicos del bajo deseo sexual y sus estrategias de tratamiento*

<b>Factor psicológico</b>	<b>Enfoque recomendado</b>
Depresión/ansiedad	Farmacoterapia/TCC
Baja autoestima/percepción imagen corporal	Psicoterapia
Estrés	TCC
Historia de abusos	Psicoterapia
Abuso de sustancias	Psicoterapia
Presión hacia tener sexo (propia o impuesta)	TCC
Pensamientos basados en creencias religiosas, culturales, familiares o temas tabús	TCC
Relación de pareja (si la hay)	TCC

*Nota.* Tomado de “The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women” (p.11), por S. Althof, K. Christiansen, A. Clayton, S. Davis, S. Faubion, B. Faight, M. Freedman, I. Goldstein, N. Kim, S. Kingsberg, P. Kirana, L. Larkin, M. McCabe, S. Parish, R. Sadovsky, J. Simon, L. Vignozzi, 2018, *Mayo Clinic*, 93(4).

En cuanto al tratamiento farmacológico, la flibanserina es la medicación aprobada en Estados Unidos para el tratamiento de esta patología en mujeres premenopáusicas según Althof et al. (2018). Este fármaco es un agonista y antagonista de la serotonina, que produce un descenso de la actividad de este neurotransmisor y un aumento de la dopamina y la noradrenalina en las áreas cerebrales asociadas con el deseo sexual. También se han utilizado otros fármacos como el bupropión y la

bupirona, pero estos no han demostrado su eficacia para el tratamiento de esta problemática (Hahn y Parish, 2016).

Comparando el tratamiento psicológico con el farmacológico, pueden observarse dos claras ventajas del primero, como la carencia de efectos secundarios físicos y el aumento de la satisfacción sexual más allá de la reducción de los síntomas (Barth et al., 2013).

Por otro lado, en la Tabla 6 se muestra un resumen de los programas de intervención más relevantes, con una breve descripción de en qué consisten, sus resultados y limitaciones.

**Tabla 6**

*Programas para el tratamiento del TIESF*

<b>Autor (año)</b>	<b>Tratamiento</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Participantes</b>	<b>Resultados/apoyo empírico</b>	<b>Mejoras futuras o limitaciones</b>
Adams-Clark et al. (2019); Althof et al. (2018); Arias-Carrión et al. (2013); Meston y Seal (2020)	<b>TS (incluye focalización sensorial)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Reducir velocidad actos sexuales</li> <li>·Reducir ansiedad</li> <li>·Reducir autocontrol</li> <li>·Reducir pensamientos distorsionados</li> <li>·Crear o recuperar comodidad</li> <li>·Crear o recuperar satisfacción</li> <li>·Crear o recuperar placer sexual</li> <li>·Psicoeducar</li> <li>·Enseñar habilidades comunicativas</li> <li>·Trabajar focalización sensorial.</li> </ul>	3-6 de 15-20 minutos	Mujeres adultas	Moderado ·TS + TCC → 74% satisfacción sexual pacientes. ·TS +TCC en otro estudio → mejora 83% pacientes ·Conciencia corporal mejora bienestar sexual ·TS + Mindfulness → 34-100% eficacia en pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Aplicación única de enfoque sensorial → pobres resultados</li> <li>·Falta de eficacia para tratamiento de todos los problemas sexuales</li> </ul>
Albert et al. (2016); Althof et al. (2018); Basson y Brotto (2014); Brotto et	<b>Mindfulness</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Centrar atención en momento presente</li> <li>·Fomentar observación sin prejuicios</li> <li>·Conectar con sexualidad</li> </ul>	4 (90 minutos)	N=79 mujeres adultas	Moderado ·Mejora deseo sexual y angustia en mujeres ·Altos niveles de eficacia para tratamiento bajo deseo sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>·Necesidad de más ensayos para comprobar eficacia</li> <li>·Beneficios obtenidos pueden</li> </ul>

Diseño de un programa de intervención para incrementar el deseo sexual en mujeres jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa

al. (2012); Hucker y McCabe (2015); Kocsis y Newbury-Helps (2016)		·Mejorar aceptación				·Beneficiosa para baja excitación, satisfacción, lubricación y funcionamiento sexual general ·Mindfulness → menor evitación hacia interacción sexual	deberse a combinación con otras técnicas
Ahmadvand et al. (2016); Barth et al. (2013); Basson y Gilks (2018); Berner y Günzler (2012); Clayton y Pyke (2015); Hahn y Parish (2016)	<b>TCC</b>	·Modificar creencias desadaptativas ·Modificar comportamientos desadaptativos	8/10 (45 minutos)	N=86 mujeres adultas	Fuerte	·TCC pilar de tratamiento ·Mejoras en funcionamiento sexual ·Gran efecto sobre deseo sexual y mejora de satisfacción	·Necesaria más investigación para probar efectividad

---

### 4.3. Deseo sexual en anorexia nerviosa

#### 4.3.1. Definición

Se ha ido centrando especial atención en la aparición de disfunciones sexuales en pacientes diagnosticadas de AN, donde se ha observado que la más frecuente es el bajo deseo sexual. Este no aparece solo como consecuencia del bajo peso, sino como un problema específico relacionado con psicopatología concreta (Cassioli et al., 2020).

Gonidakis y Kravvariti (2016) exponen que las mujeres que padecen AN, suelen presentar un considerable retraso y dificultades en su desarrollo psicosexual, existiendo un comportamiento sexual alterado y desinterés. Por otro lado, Cassioli et al. (2020) comprobaron en su estudio que las mujeres con AN reflejan un peor funcionamiento sexual que las que no lo padecen. Se observan actitudes negativas hacia su cuerpo y sexualidad que mejoran cuando se involucran en psicoterapia y su peso corporal se recupera.

Como se ha indicado anteriormente, una de las características de la AN es la distorsión corporal. Castellini et al. (2012), encontraron que las personas con una alta satisfacción corporal tienen experiencias sexuales más frecuentes, se sienten más deseables e informan menos problemas que aquellas con un bajo nivel de satisfacción. Por ello, Carvalheira et al. (2017) concluyeron que la imagen corporal afectaba al funcionamiento sexual. Además, Dosch et al. (2015) observaron que una percepción negativa de la imagen corporal estaba asociada con un menor deseo sexual (Afshari et al., 2016; Gonidakis y Kravvariti, 2016).

Meston et al. (2010) también observaron un papel central de la imagen corporal, puesto que la percepción del atractivo físico y los pensamientos sobre el cuerpo afectan a la actividad sexual. A su vez, Borrero et al. (2019) vieron en su estudio el impacto que tenía la inseguridad y la baja autoestima en el deseo sexual.

Las mujeres con AN suelen manifestar repulsión, ira y vergüenza hacia su cuerpo, causada principalmente por la imagen distorsionada que tienen de sí mismas,

lo que las lleva a tener un bajo deseo sexual. Además, según Berrettini et al. (2010) cuanto mayor pérdida de peso tenga la paciente, mayor será la pérdida de su deseo sexual, puesto que afecta directamente al funcionamiento fisiológico de los órganos sexuales (Dosch et al., 2015; Gonidakis y Kravvariti, 2016).

Otros de los factores comunes que presentan la AN y las disfunciones sexuales son los rasgos de personalidad, la imagen corporal negativa, un clima familiar negativo y experiencias traumáticas tempranas como haber sufrido un abuso sexual. Además, rasgos de personalidad comunes en AN como son la impulsividad y rigidez, también se han visto relacionados con dificultades para iniciar y mantener relaciones sexuales (Gonidakis y Kravvariti, 2016).

Berrettini et al. (2010) concluyeron que la presencia de un bajo IMC estaba asociada a pérdida de libido, ansiedad y evitación de actividad sexual. Puntuaciones bajas en este índice conllevan una mayor gravedad en la AN, lo que puede estar asociado con una insatisfacción corporal más agravada, distorsión, depresión e incomodidad con el contacto físico, provocando mayor ansiedad y disminución del deseo sexual.

#### 4.3.2. Prevalencia

Según Giraldi et al. (2020), las disfunciones sexuales femeninas afectan desde un 20% a un 40% de mujeres, teniendo un riesgo particularmente alto las que padecen AN.

Por otro lado, Berrettini et al. (2010), exponen que la investigación existente no ha examinado de forma adecuada la prevalencia de la disfunción sexual en los subtipos de TCA, pues rara vez se le dedica un apartado específico en el tratamiento.

Sin embargo, Cassioli et al. (2020), refieren la creciente literatura centrada en el papel de las disfunciones sexuales en pacientes con diagnóstico de AN, donde la problemática más frecuente es el bajo deseo sexual, entendiéndose no como una consecuencia, sino como un problema específico.

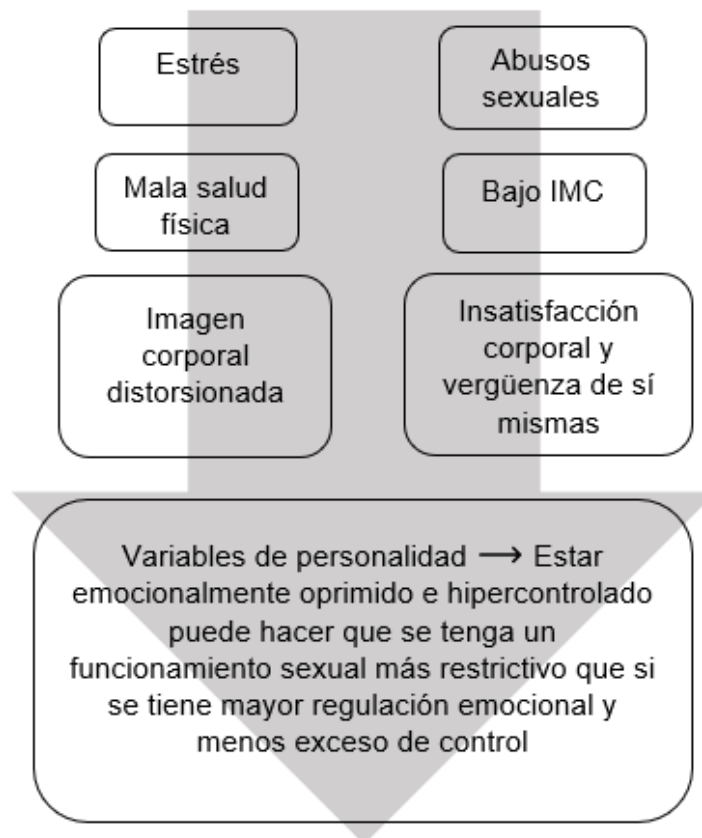
Giraldi et al. (2020), proponen como líneas futuras el cuantificar la prevalencia existente entre estos dos trastornos, reflejando la evidencia de la asociación de ambas patologías.

#### 4.3.3. Factores de riesgo

En la Figura 5 se exponen algunos factores de riesgo que pueden aumentar las probabilidades de desarrollar AN y bajo deseo sexual en una misma persona.

**Figura 5**

*Factores de riesgo para la presentación de bajo deseo sexual y AN*



*Nota.* Adaptado de “Sexual functioning in women with eating disorders”, por W. Berrettini, C. Bulik, M. Fitcher, D. Goldman, K. Halmi, A. Kaplan, W. Kaye, A. Pinheiro, T. Raney, M. Strober, L. Thornton, J. Treasure y B. Woodside, 2010, *International Journal of Eating Disorders*, 43(2); “Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia nervosa”, por E. Cassioli, G. Castellini, L. Lelli, M. Mancini, A. Monteleone, V.

Ricca, E. Rossi, C. Sensi y G. Stanghellini, 2020, *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6); “Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions”, por G. Castellini, C. Faravelli, G. Fioravanti, L. Lelli, C. Lo Sauro, M. Maggi, V. Ricca y L. Vignozzi, 2012, *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10); “Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review”, por G. Castellini, L. Lelli, M. Maggi y V. Ricca, 2016, *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 25(2); “Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review”, por A. Giraldi, T. Lokind, T. Price, J. Sjögren, J. Treasure y M. Zebitz, 2020, *International Journal of Eating Disorders*, 53(9).

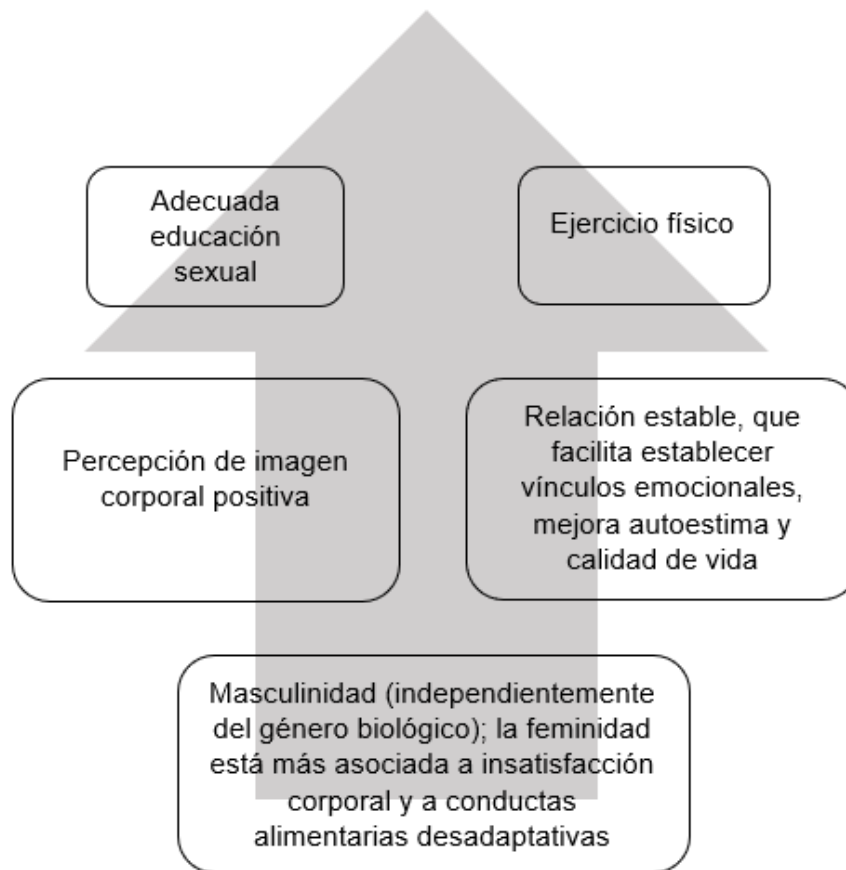
#### 4.3.4. Factores de protección

Pueden encontrarse algunos factores esenciales que disminuyen las probabilidades de presentar AN y bajo deseo sexual, como se expone en la Figura 6.



**Figura 6**

*Factores de protección para prevenir la aparición del bajo deseo sexual y la AN*



*Nota.* Adaptado de “Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions”, por G. Castellini, C. Faravelli, G. Fioravanti, L. Lelli, C. Lo Sauro, M. Maggi, V. Ricca y L. Vignozzi, 2012, *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10); “Sexuality in eating disorders patients: etiological factors, sexual dysfunction and identity issues. A systematic review”, por G. Castellini, L. Lelli, M. Maggi y V. Ricca, 2016, *Hormone Molecular Biology and Clinical Investigation*, 25(2); “Body image in dyadic and solitary sexual desire: the role of encoding style and distracting thoughts”, por A. Dosch, P. Ghisletta y M. Van der Linden, 2015, *The Journal of Sex Research*, 53(9); “Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review”, por A. Giraldi, T. Lokind, T. Price, J. Sjögren, J. Treasure y M. Zebitz, 2020, *International Journal of Eating Disorders*, 53(9).

#### 4.3.5. Tratamiento

El tratamiento y mejora del comportamiento sexual en pacientes diagnosticadas de TCA resulta complejo, puesto que suelen mostrarse reacias a hablar sobre su vida sexual con el terapeuta. Además, De Silva y Todd (1988) observaron en estas cierta resistencia hacia la TS, por lo que la evaluación e intervención ha de ser cuidadosa, gradual y adaptada. A su vez, la comorbilidad con otros trastornos como depresión o ansiedad hacen que la terapia sea aún más compleja (Gonidakis y Kravvariti ,2016).

Comúnmente, los problemas sexuales en pacientes con AN se presentan como parte del cuadro clínico, y no se tratan como una prioridad. Se piensa que con la mejora de la sintomatología referente a la AN, los problemas sexuales también mejoran, pero se ha visto que esto no siempre es así. El enfoque terapéutico suele dirigirse a la restauración del peso y mejora del funcionamiento general. Sin embargo, se ha reconocido la importancia de incluir en el tratamiento la problemática sexual (de Silva y Todd, 1988).

Dos únicos estudios han investigado la intervención en mujeres con AN que también sufrían disfunción sexual según expone Giraldi et al. (2020). Dentro de uno de estos tratamientos se incluye la educación sexual y el trabajo de la conducta y actitud de la paciente. Se promueve la autoexploración y autoestimulación, con pautas progresivas y adaptadas. Aunque la paciente tenga pareja, se recomienda emprender estas primeras exploraciones de manera individual. También se trabaja la percepción de la imagen corporal, autoimagen, significado de la sexualidad y cogniciones, encontrándose distorsionadas en las dos patologías (de Silva y Todd, 1998).

Se incluyen ejercicios de enfoque sensorial, adaptados a las preocupaciones de la paciente sobre las partes de su cuerpo. La técnica ha de ser gradual y lenta, para que no se sientan presionadas. Si existe aversión al tacto genital, se debe abordar desde un enfoque de desensibilización gradual, incluyendo el entrenamiento en relajación si fuera necesario. Uno de los problemas comunes es el rechazo a la desnudez, tanto

individualmente como en pareja. Para ello, de Silva y Todd (1998), recomiendan trabajar la percepción de la imagen corporal, la satisfacción con el físico y pensamientos relacionados.

La percepción de una imagen corporal negativa está asociada a baja autoestima, TCA, experiencias sexuales negativas, depresión y ansiedad. Esta imagen influye en las respuestas emocionales que presentan las personas al verse reflejadas. Por ello, se ha planteado la técnica de exposición al espejo, una visión sistemática y repetitiva de uno mismo, basada en la efectividad de las terapias de exposición, para el tratamiento de la insatisfacción de la imagen corporal (Griffen et al., 2018).

Las mujeres con AN dedican gran parte de su tiempo a una examinación excesiva de su cuerpo o a la evitación de observarlo. Reflejarse en el espejo es una fuente de angustia y emociones negativas. Se ha comprobado que con una exposición prolongada, las emociones negativas iniciales van disminuyendo (Butler y Heimberg, 2020; Griffen et al., 2018).

Además, una sola sesión de esta técnica en pacientes con AN, en la que se pide que se describan a sí mismas tocando el contorno de su cuerpo, lleva a una reducción significativa de sus estimaciones de tamaño corporal (Griffen et al., 2018).

Lazarova et al. (2014) recomiendan no utilizar esta actividad en pacientes con un bajo IMC, pues puede ocasionar habituación a un cuerpo con bajo peso. Esta técnica suele usarse con RC, donde se motiva a la persona a que describa su reflejo sin prejuicios, comenzando por la cabeza y acabando en los pies. Esta manera de llevarlo a cabo se denomina “terapia guiada sin juicios de exposición al espejo”, donde el terapeuta va conduciendo al paciente en el proceso (Butler y Heimberg, 2020; Griffen et al., 2018).

Por otro lado, también se encuentra otro enfoque denominado “terapia de exposición al espejo pura”, donde se le indica a la persona que observe todo su cuerpo en conjunto, y comente las emociones que van surgiendo. Esta técnica también puede usarse fuera de terapia. Butler y Heimberg (2020) mostraron la eficacia de esta

exposición tanto dentro de la TCC como de manera aislada para el tratamiento de la imagen corporal (Griffen et al., 2018).

En lo que concierne al bajo deseo sexual, también se ha comprobado la efectividad de esta técnica. Meston y Seal (2007) observaron en mujeres con disfunción sexual una mejora de la excitación después de un ejercicio de exposición (Griffen et al., 2018).

Por otro lado, es importante tener en cuenta la existencia de antecedentes de abuso sexual en la paciente, pues podrían estar relacionados con la presencia de ambas patologías. Para abordar estos hechos, son necesarias sesiones que aborden el trauma, utilizando técnicas como la exposición, RC, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, relajación... (de Silva y Todd, 1998).

De Silva y Todd (1998), observaron que algunas de las pacientes tenían preferencia de ser tratadas por terapeutas femeninas, siendo un aspecto práctico a tener en cuenta de cara al tratamiento.

Por otro lado, Ramberg y Simpson (1992), plantearon una intervención para estas dos problemáticas, llevándose a cabo entre 12 y 18 sesiones de una hora, durante 2/3 meses. Se planteó una evaluación inicial, de la que partía una terapia conductual, desensibilización sistemática, biblioterapia y visualización de vídeos.

Las primeras sesiones fueron dirigidas a la psicoeducación y desensibilización, pues al comienzo las mujeres no eran capaces de mirar ni tocar sus cuerpos con el propósito de darse placer. Tras estos primeros objetivos, fueron capaces de comenzar a aceptarse y concentrarse en el disfrute de sensaciones placenteras. Se les fue indicando progresivamente que tocaran sus cuerpos, acariciando piel y genitales, concentrándose en cómo el tacto podía hacerles sentir bien, incluso llevándoles al orgasmo (Ramberg y Simpson, 1992).

Giraldi et al. (2020) proponen como línea futura el estudio de tratamientos pre-post que evalúen los resultados después de una intervención enfocada en esta sintomatología.

## 5. Propuesta de intervención

### 5.1. Presentación de la propuesta

La propuesta planteada consiste en el diseño de un programa de intervención, dirigido a mujeres de 18 a 30 años, con diagnóstico de AN que sufren bajo deseo sexual.

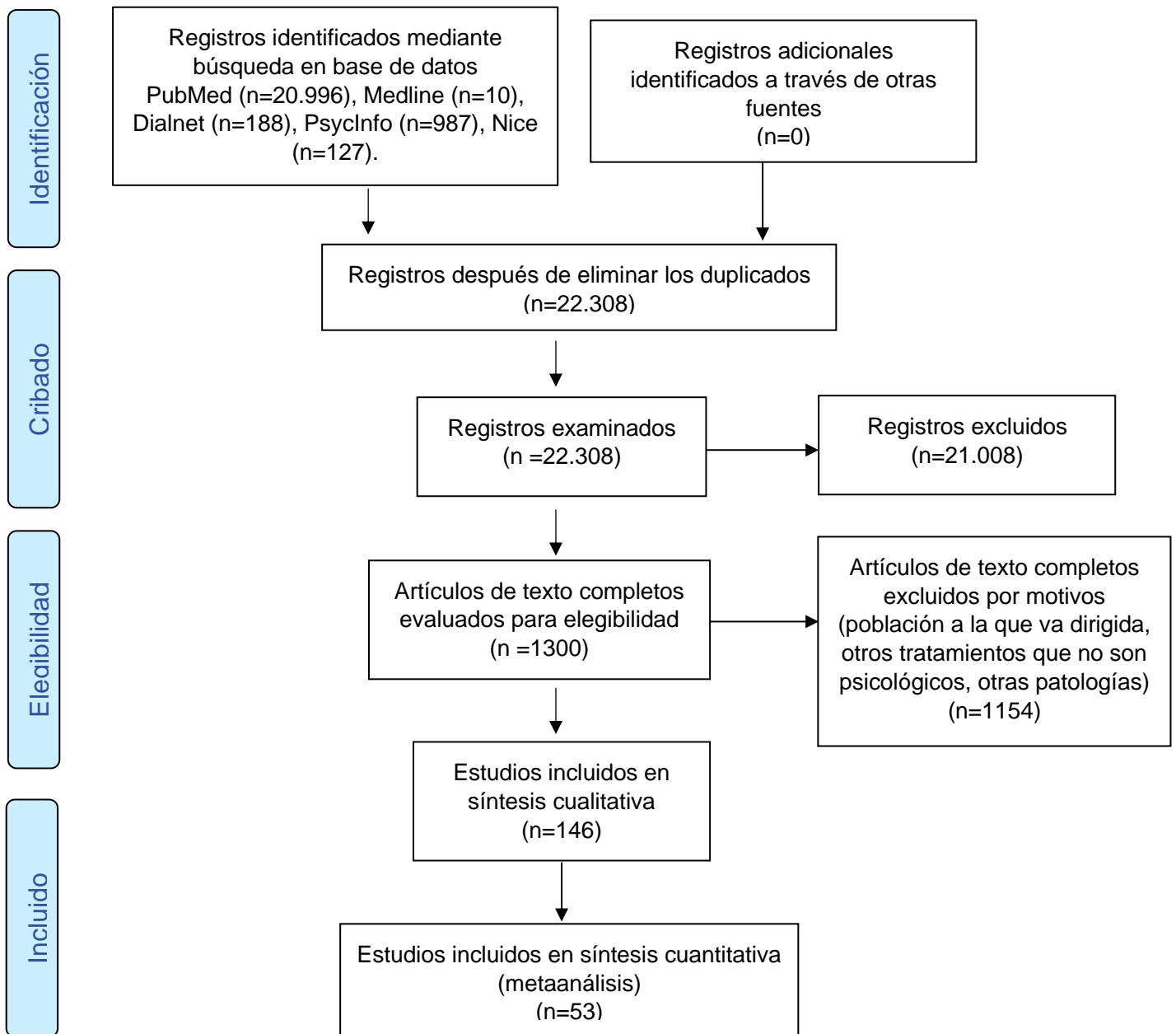
El tratamiento está fundamentado en las intervenciones más eficaces para trabajar los rasgos comunes entre las dos problemáticas, y más en concreto el TIESF. Por ello, el siguiente tratamiento será abordado desde la TCC, TS y Mindfulness.

Para el diseño de esta propuesta, se ha llevado a cabo una amplia búsqueda bibliográfica sobre la AN, TIESF y bajo deseo sexual en mujeres. Esta ha sido consultada en las fuentes *Psycinfo*, *Medline*, *PubMed*, *NICE* y *Dialnet*. Para encontrar la información que concierne al marco teórico, se hizo uso de las palabras clave: “sexual dysfunction”, “women” con el uso del booleano “and”; “anorexia nervosa”; “hypoactive sexual desire disorder”; “eating disorders”; “sex”, “women”, con el uso del booleano and; “sexual desire”; “low libido”; “intimate relationships”; “sexual desire”, “comorbidity” con el uso del booleano “and”; “sexuality”.

Para la propuesta de intervención, se hizo una búsqueda en estas mismas bases de datos. Se buscaron las palabras clave: “treatment anorexia nervosa”, “sexual desire” con el uso del booleano “and”; “anorexia nervosa treatment”; “sex therapy”; “treatment low sexual desire”; “treatment sexual dysfunction”; “sexual dysfunction”, “comorbidity” con el uso del booleano “and”; “sexual activity”, “desire”, “women”, con el uso del booleano “and” e “in”; “Hypoactive Sexual Desire Disorder”; “low libido treatment”; “CBT”, “sexual desire” con el uso del booleano “for”; “mindfulness”, “sexual desire” con el uso del booleano “for”; “body image treatment”; “mirror exposure therapy”. Los criterios de esta búsqueda pueden verse reflejados en (Figura 7). Al comienzo se fijaron los últimos 5 años, pero al conocer que los únicos planteamientos disponibles dirigidos a trabajar el bajo deseo sexual en AN son del siglo pasado, se amplió este rango.

**Figura 7**

*Diagrama de Flujo para la búsqueda de tratamientos sobre el bajo deseo sexual y la AN*



Se ha realizado una revisión exhaustiva de las características de ambos trastornos y sus intervenciones, tanto de forma separada como conjunta. En base a la escasa información sobre el tratamiento de la presentación de ambos, se ha realizado una comparación de las intervenciones de estos trastornos por separado, valorando qué técnicas podrían ser eficaces.

En la Tabla 7 pueden observarse 5 artículos que reflejan distintos planteamientos para trabajar la AN en los últimos 5 años. En ninguno de ellos se contempla el trabajo del bajo deseo sexual.

**Tabla 7**

*Tratamiento de la AN desde el 2015 al 2020*

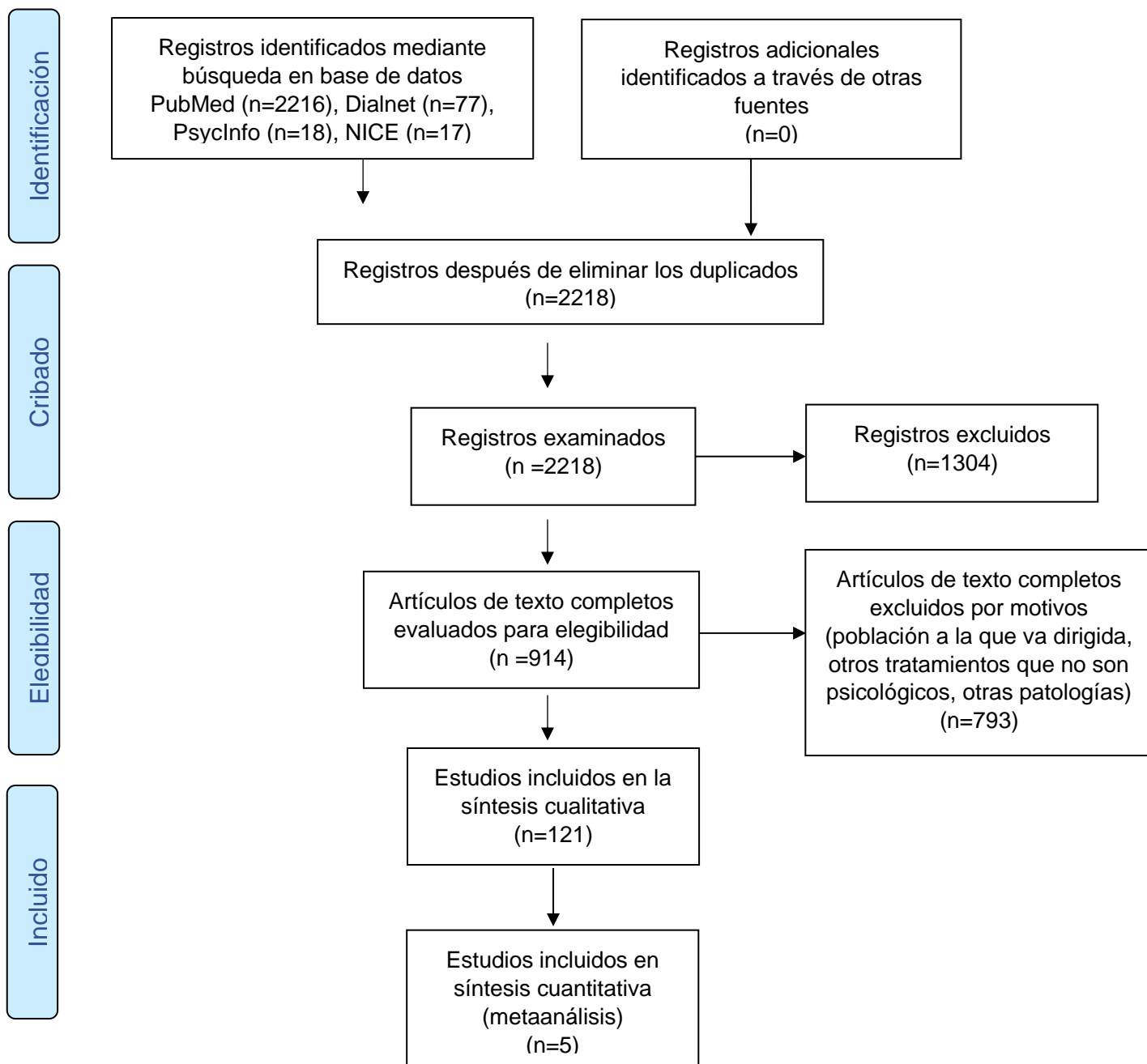
Autor y año publicación	Tratamiento psicológico
(Mitchell y Peterson, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TF</li> <li>• MANTRA: aspectos comportamentales, educativos y motivacionales</li> <li>• TCC: Pensamientos negativos sobre comida, peso e imagen corporal</li> </ul>
(Nice, 2020)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TCC: RC, estado de ánimo, habilidades sociales, percepción imagen corporal, autoestima</li> <li>• MANTRA: nutrición, manejo síntomas, cambio comportamiento, familiares</li> <li>• MCAE: vínculo síntomas-comportamiento desadaptativo de alimentación, recuperación peso</li> </ul>
(Kan y Treasure, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TF</li> <li>• Para adultos → Cambios comportamentales, recuperación peso y miedo a ganarlo</li> </ul>
(Lock, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TF</li> <li>Se refiere TCC y terapia sistémica, pero no se aborda deseo sexual</li> </ul>
(Bulik et al., 2015)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TF</li> <li>• MCAE: Educación nutricional, identificación síntomas y estado físico</li> <li>• MANTRA: Involucrar familia, trabajar nutrición, pensamientos sobre AN, respuestas entorno como críticas</li> <li>• TCC mejorada: Comprensión TCA y su mantenimiento</li> <li>• Terapia psicodinámica: Alianza terapéutica, cómo afecta AN en comportamiento diario, peso</li> </ul>

Para la búsqueda de esta información se ha hecho uso de distintas bases de datos como aparece en (Figura 8). Las palabras utilizadas han sido “anorexia nervosa”

“treatment”, “program”, “intervention”, sin el uso de ningún booleano. Además, la búsqueda se ha filtrado por año, estableciendo del 2015 al 2020, por criterio de textos completos.

**Figura 8**

*Diagrama de Flujo para la búsqueda de tratamientos de AN en los últimos 5 años*





## 5.2. Objetivos de la propuesta

Las revisiones sistemáticas actuales basadas en estudios de casos y ensayos clínicos, fundamentan la elección de las técnicas que sustentan la siguiente propuesta. Los programas de TCC, TS y Mindfulness son los que han mostrado mayor eficacia para el tratamiento del bajo deseo sexual en mujeres. Al tratarse de pacientes diagnosticadas de AN, se ha hecho un análisis de los factores comunes en ambas problemáticas, observando la eficacia de estos tres modelos para su tratamiento.

Por ello, el objetivo que plantea la propuesta es mejorar el funcionamiento sexual en mujeres de 18 a 30 años con diagnóstico de AN, creando un programa donde se desarrollen distintas técnicas pertenecientes a estas corrientes.

La motivación es lograr una recuperación parcial, que se define como el aumento del deseo sexual y la disminución del malestar relacionado con esta problemática y con los factores comunes a la AN, como son la depresión, distorsión de la imagen corporal, ansiedad y baja autoestima, entre otros.

Se pretende llegar a la disminución de los síntomas mediante un programa que trabaje pensamientos, creencias, emociones y comportamientos que interfieren en el funcionamiento sexual. Se alcanzará este objetivo a través de técnicas como RC, exposición, relajación, focalización sensorial, psicoeducación, bibliografía, y mindfulness.

## 5.3. Método

### 5.3.1. Participantes

La muestra a la que va dirigida la presente propuesta pertenece a aproximadamente 30 de los 100 pacientes tratados en el Centro de Trastornos Alimentarios Ita en Alcalá de Henares. La previsión es que el programa no sea aplicable a todos los pacientes del centro, puesto que se han de tener en cuenta la existencia de posibles comorbilidades u otras características que no cumplan los criterios de inclusión.

Los siguientes son los criterios de inclusión para el estudio: mujeres de 18 a 30 años, que presenten diagnóstico de anorexia nerviosa, no se encuentren en situación de gravedad física y presenten bajo deseo sexual. La muestra final del estudio se compone de 30 pacientes que presentan las características anteriormente citadas. Los criterios de exclusión son: tener un trastorno mental orgánico, historia de abuso sexual, discapacidad intelectual, trastorno psicótico activo o no presentar las condiciones de inclusión.

### 5.3.2. Instrumentos

#### 5.3.2.1. *Eating Disorder Inventory III (EDI-III)*

Se trata de un autoinforme utilizado para medir la psicopatología de los TCA en hombres y mujeres mayores de 12 años. Contiene 91 ítems en 12 subescalas: actitud por alcanzar la delgadez, bulimia, insatisfacción corporal, alineación personal e interpersonal, baja autoestima, inseguridad, déficits interoceptivos, falta de regulación emocional, perfeccionismo, ascetismo, y miedos. Los elementos son medidos en una escala tipo Likert de 6 puntos, siendo A nunca y F siempre. Existe la versión traducida al castellano de Elosua et al. (2010), y según Elizathe et al. (2013) se observaron puntuaciones en Alfa de Cronbach de 0,98 en riesgo de desarrollar TCA y de 0,97 en inadaptación psicológica general. Puntuaciones mayores indican peor pronóstico. El tiempo de administración es de 20 minutos (Antić et al., 2018; Garner, 2004).

#### 5.3.2.2. *Female Sexual Function Index (FSFI)*

Se trata de un autoinforme validado para la evaluación de la actividad sexual en mujeres. Consiste en 19 preguntas que miden la función sexual en seis áreas: deseo sexual, excitación, satisfacción sexual, orgasmos, lubricación y dolor. Los elementos son medidos en una escala tipo Likert de 6 puntos. Existe la adaptación española, donde se observa una puntuación en Alfa de Cronbach de 0,82 según Pérez-Durán et al. (2018). Puntuaciones mayores reflejan un adecuado funcionamiento sexual. Es óptimo

para detectar los posibles cambios que ocurren con el tratamiento (Bargard et al., 2020; Basson y Brotto, 2014; Brown et al., 2000; Cassioli et al., 2020; Chang et al., 2019; Hahn y Parish, 2016).

#### 5.3.2.3. *Sexual Desire Inventory (SDI)*

Se trata de un autoinforme de 14 ítems. Evalúa aspectos que conciernen al deseo sexual en pareja, con una persona atractiva, en una situación romántica, y con ellos mismos. Los elementos son medidos en una escala tipo Likert, donde las dos primeras cuestiones están puntuadas de 0 a 7, siendo 0 nunca y 7 muchas veces al día. Los demás ítems están puntuados del 0 al 8, siendo 0 ningún deseo y 8 fuerte deseo. Puntuaciones mayores reflejan mayor deseo sexual. Existe la versión traducida al castellano de Ortega et al. (2006) y tiene un Alfa de Cronbach de 0,87 (Albert et al., 2016; Álvarez-Muelas et al., 2020; Carey et al., 1996; Clayton y Pyke, 2018; Lameiras Fernández et al., 2012).

#### 5.3.2.4. *Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ)*

Se trata de un autoinforme que evalúa distintos aspectos respecto a la imagen corporal. Consta de 69 ítems en 3 subescalas: satisfacción corporal, preocupación por peso excesivo y auto clasificación del peso. Cada ítem se mide en una escala tipo Likert de 5 puntos. En la adaptación al español se ha obtenido una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0,88 según Botella García et al. (2009). Puntuaciones mayores indican mayor satisfacción corporal. Está dirigido a población mayor de 15 años (Azmoode et al., 2019; Cash, 1990a; Cash, 1990b; Chang et al., 2019; Dosch et al., 2015; Marco et al., 2015).

#### 5.3.2.5. *Body Shape Questionnaire (BSQ)*

Consiste en un autoinforme que evalúa el malestar ocasionado por la imagen corporal. Está formado por 34 ítems en 5 escalas: preocupación por el peso,

insatisfacción corporal, preocupación por obesidad, utilización de laxantes o vómitos, y preocupación sobre la parte inferior del cuerpo. Las respuestas se evalúan en una escala tipo Likert de 6 opciones, siendo 1 nunca y 6 siempre. En la adaptación al español se ha obtenido una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0,96 según García et al. (2018). Puntuaciones mayores reflejan mayor preocupación por la imagen corporal (Avila et al., 1996; Cooper et al., 1987; Gonidakis et al., 2014).

#### *5.3.2.6. Beck's Depression Inventory II (BDI-II)*

Este autoinforme es una de las medidas más utilizadas para la evaluación de la sintomatología depresiva y su gravedad en adultos y adolescentes. Está constituido por 21 ítems que evalúan áreas como agitación, inutilidad, dificultad para concentrarse, pérdida de energía, deseo sexual... Todas las cuestiones son medidas en una escala tipo Likert de 4 opciones, siendo 0 "poco desanimado por el futuro" y 3 "situación de desesperanza". Existe la versión traducida al español de Espinosa et al. (2005), donde la puntuación de Alfa de Cronbach es de 0,89 según Delgado Álvarez et al. (2015). Elevadas puntuaciones reflejan un peor pronóstico. El tiempo de administración es de 5 a 10 minutos, en población a partir de 17 años (Basson y Brotto, 2014; Beck et al., 1996; Cano-Vindel et al., 2018; Gorenstein y Wang, 2013; Perdigón et al., 2003).

#### *5.3.2.7. Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ)*

Se trata de un autoinforme formado por 5 ítems que engloban deseo, excitación, orgasmo, satisfacción, y erección (siendo este último únicamente para hombres). Cada ítem es puntuado en una escala Likert de 5 puntos, siendo 0 totalmente disminuido y 4 normal. En la adaptación al español se ha obtenido una consistencia interna de Alfa de Cronbach de 0,81 a 0,92 según Espada et al. (2016). Mayores puntuaciones reflejan un mejor funcionamiento sexual. La población a la que va dirigida es a mayores de 18 años (Alpert et al., 1998; Lameiras Fernández et al., 2012).

#### 5.3.2.8. *Índice de Masa Corporal*

El peso y altura se miden en una balanza electrónica. Este índice es calculado como el peso en kg, dividido por la altura en metros cuadrados de las pacientes. El tiempo dedicado a esta tarea es de 5 minutos. Esto es evaluado en el centro donde son tratadas por el TCA. Se realiza al comienzo y al final del tratamiento (Cassioli et al., 2020).

#### 5.3.2.9. *Otras variables sociodemográficas y clínicas*

Entrevista clínica semiestructurada llevada a cabo de manera presencial, que evalúa variables demográficas, educativas, clínicas, sociales y familiares. El tiempo de administración es de 60 minutos cada sesión (Carvalho et al., 2017; Cassioli et al., 2020; Castellini et al., 2012; Dosch et al., 2015; Lameiras Fernández et al., 2012).

### 5.4. *Actividades*

La intervención propuesta para este estudio se basa en un programa de 22 sesiones de 60 minutos, desarrolladas a lo largo de 5 meses.

Este programa es realizado por 3 psicólogas sanitarias, sexólogas y especializadas en TCA. Se ha escogido el sexo femenino para las terapeutas, puesto que se ha observado una mayor participación y preferencia por parte de las pacientes (de Silva y Todd, 1998).

Cada terapeuta se encarga del tratamiento de 10 pacientes, interviniendo con 2 cada día hasta cumplimentar la semana. Esto se realiza en el centro de psicología en el que trabajan las 3.

Para comenzar la intervención, las terapeutas encargadas inician el contacto con el centro hospitalario ITA e informan de la propuesta, para que así este les otorgue el consentimiento y aprobación de su Comité Ético de Investigación Clínica. Posteriormente, las pacientes son seleccionadas en base a algunos de los criterios de inclusión y exclusión descritos, y se les administra la hoja de información al participante

y el consentimiento informado (Anexos 8 y 9). Además, las terapeutas encargadas proceden a explicar también de forma oral en qué consiste el programa a todas las participantes. Esto tiene una duración total de 60 minutos. Después de este procedimiento se obtiene la muestra con la que proceder a trabajar.

Esta muestra puede verse disminuida después de la fase de evaluación, al no cumplir con el total de criterios de inclusión que son evaluados en este periodo (historia de abuso y bajo deseo sexual).

#### 5.4.1. Fase de evaluación

- Objetivos

- Evaluar a través de pruebas objetivas y una entrevista semiestructurada la problemática de cada paciente.

- Conocer variables sociodemográficas y clínicas que conciernen al bajo deseo sexual y la AN, para así poder explicar el origen y mantenimiento de lo que sucede, y elaborar el tratamiento.

- Hacer planteamiento pre-post de los resultados para observar los cambios al finalizar el programa.

- Establecer una alianza terapéutica a través de habilidades como escucha activa, empatía, refuerzo, apoyo incondicional y conocimiento de la problemática.

- Áreas a evaluar

Las variables a evaluar son las demográficas, educativas, clínicas, sociales y familiares de cada paciente.

- Tiempo

Se desarrolla en dos sesiones (1 y 2) de 60 minutos cada una. También se incluye el tiempo dedicado a la cumplimentación de los cuestionarios mandados para casa.

- Material

Los instrumentos de evaluación previamente mencionados, junto con el despacho donde se desarrollan las sesiones.

- Descripción

Se comienza con la evaluación de cada paciente a través de una entrevista clínica semiestructurada. Al finalizar la primera sesión, se manda como tarea para casa la cumplimentación de los 3 primeros test. A su vez, se informa y explica el contacto que la terapeuta va a hacer con el centro para conocer su IMC.

En la segunda sesión se comentan brevemente los cuestionarios realizados y se sigue con la entrevista para conocer el resto de áreas de las pacientes. Dentro de la entrevista semiestructurada se evalúa la historia de un posible abuso sexual, puesto que este aspecto constituye un criterio de exclusión del estudio. Esto es así, puesto que es una problemática que se ha de abordar de manera independiente.

Al finalizar esta segunda consulta, se mandan los 4 cuestionarios restantes para casa. De este modo, cada terapeuta dispone de una información inicial de cada paciente para así poder formular el análisis funcional de cada caso y proceder al planteamiento de la intervención adecuada.

#### 5.4.2. Segunda fase

- Objetivos

- Comprender el origen y mantenimiento de lo que está sucediendo.
- Identificar y modificar pensamientos distorsionados por otros más adaptativos de distintas áreas de su vida: insatisfacción corporal, depresión, bajo deseo sexual...
- Psicoeducar sobre conceptos sexuales esenciales.

- Áreas a evaluar

Se pretende evaluar en qué situaciones aparecen los pensamientos desadaptativos, qué emociones y consecuencias conllevan, y qué educación sexual se tiene.

- Tiempo

Se desarrolla en 8 sesiones (de la 3 a la 10) de 60 minutos cada una. También se incluye el tiempo dedicado a la realización de tareas para casa.

- Material

Se utiliza un modelo explicativo, análisis funcional, listado de distorsiones cognitivas, autorregistro, libros *Tu sexo es tuyo* y *Deseo* de Sylvia de Béjar, y *Mi deseo depende de mí* de Eva Moreno, para leer en casa, y la sala en la que se desarrollan las sesiones.

- Descripción

La tercera sesión es destinada a la devolución de información. Para ello, se utiliza el modelo de Slade para AN (Anexo 1), adaptado y personalizado. También se explica el origen y mantenimiento del bajo deseo sexual a partir del planteamiento de un análisis funcional (Anexo 2). Se pretende que la paciente comprenda qué le está sucediendo, viendo los puntos en común de ambas problemáticas, cómo se ha originado y de qué forma se está manteniendo.

El objetivo es aprender a actuar de manera distinta, para así romper con el mantenimiento del problema. Se destaca que la paciente no va a estar sola, y que en todo el tratamiento forma un equipo con su terapeuta para lograr sentirse mejor, trabajando la alianza terapéutica.

También se expone el modelo ABC de Ellis (Anexo 3) con ejemplos, para que comprenda que si cambia su pensamiento y su forma de percibir las situaciones,



también modificará su forma de sentirse y de comportarse, planteando esto como objetivo de las siguientes sesiones.

La cuarta sesión es destinada a explicar el listado de distorsiones cognitivas (Anexo 4) con ejemplos de frases que la paciente haya expresado. Posteriormente se explica qué es un autorregistro (Anexo 5), motivando a que pueda realizarlo como tarea para casa. Se refleja la importancia de su cumplimentación, ya que esas situaciones cotidianas son con las que se desea comenzar a trabajar.

En la quinta sesión se abordan las situaciones del autorregistro, comenzando la RC. Esta técnica no solo se implementa con lo acontecido en la semana, sino con todos los temas que vayan teniendo lugar en sesión. Se hace hincapié en pensamientos que conciernen a la percepción de la imagen corporal, depresivos, ansiosos y sexuales.

Esta RC se lleva a cabo a través de los 3 filtros: evidencia, gravedad y utilidad (Anexo 6) y del contraste lógico, empírico y adaptativo. Al finalizar la sesión se vuelve a mandar el autorregistro como tarea para casa (Hernández Gómez, 2018).

En la sexta, séptima y octava sesión se siguen abordando los pensamientos desadaptativos que conciernen tanto al bajo deseo sexual, como los relacionados con la AN. Para la sintomatología depresiva, además de ser trabajada con esta misma técnica, se planifican con la paciente actividades gratificantes que pueda implementar en la semana.

Junto con la RC se trabaja la psicoeducación. Conforme se reestructuran pensamientos relacionados con la sexualidad, también se educa sobre aspectos del funcionamiento sexual, para así normalizar términos y conocer información al respecto. Como tarea para casa, además del autorregistro, se manda la realización de las actividades gratificantes y la lectura de algunos capítulos de los libros citados anteriormente.

En el noveno día se implementa la técnica de inversión de roles o *role reversal*, donde el terapeuta adopta la figura de paciente, verbalizando las creencias irracionales, para que así sea el propio paciente quien reestructure sus pensamientos en otra

persona, generando otros más racionales y adaptativos. Se plantea en esta sesión, puesto que se tiene que adquirir cierta habilidad para debatir creencias irracionales (Díaz et al., 2012).

En el décimo día se sigue con la RC, donde ya se ha ido trabajando la distorsión de la imagen corporal. Se explica la técnica de relajación para así enseñar a gestionar los momentos de elevada ansiedad. Se escoge la técnica que mejor se adapte a la persona, como puede ser la respiración profunda, donde se ha de inspirar aire por la nariz, mantenerlo por 3/5 segundos y exhalarlo despacio por la boca (Díaz et al, 2012).

Como tareas para casa se siguen mandando los autorregistros, la realización de actividades agradables, y la continuación de las lecturas.

#### 5.4.3. Tercera fase

- Objetivos

- Exponerse a la propia imagen corporal.
- Reducir ansiedad y malestar.
- Reestructurar pensamientos desadaptativos.

- Áreas a evaluar

Se pretende trabajar la percepción de la imagen corporal, la ansiedad generada al mirarse en el espejo, malestar, sentimientos depresivos y pensamientos desadaptativos.

- Tiempo

Se desarrolla en 3 sesiones (de la 11 a la 13) de 60 minutos cada una. Se incluye el tiempo dedicado a realizar las tareas para casa.

En una exposición se avanza en base a la respuesta que vaya dando el paciente, donde puede haber una mayor evitación o ansiedad de lo esperado, por lo que estas sesiones pueden alargarse a un mayor número.

- Material

Los materiales necesarios son un espejo que abarque el cuerpo entero y la sala en la que se desarrollan las sesiones.

- Descripción

Se comienza en la sesión 11, donde se plantea la técnica de exposición al espejo. La relajación se explica la anterior semana, para que así pueda utilizarse en el transcurso de esta actividad, donde la ansiedad se eleva al comienzo. Se explica la técnica, informando en qué consiste y en los resultados que se obtienen. Puesto que al comienzo puede resultar aversiva para los pacientes, se dedica especial atención a trabajar la motivación para iniciar la actividad, explicando la curva de ansiedad (Anexo 7). Al comienzo se experimenta un elevado estado de agitación e incomodidad, pero conforme avanza el tiempo de exposición, estos niveles bajan, y al hacerlo durante varios días, se da pie a la habituación.

Se pide a la paciente que se exponga ante el espejo con ropa. Se indica que vaya describiendo su cuerpo de arriba hacia abajo con la guía del terapeuta, intentando que la descripción tenga los menores juicios posibles. El transcurso es de 30 minutos. Al finalizar, se manda como tarea para casa que se exponga 3 días al espejo durante 20/30 minutos, con la intención de que progresivamente se vaya poniendo prendas más ajustadas. Se indica que, tras la exposición, apunte qué pensamientos y emociones ha tenido, así como el nivel de malestar y ansiedad, para posteriormente trabajarlo en terapia. Se orienta a hacer uso de la técnica de relajación explicada.

En la siguiente sesión se dedica la primera media hora a comentar cómo ha ido la exposición en casa y a reestructurar los pensamientos distorsionados que han ido apareciendo en esta práctica. La segunda media hora consiste en volver a exponerse junto con la guía del terapeuta, pero en esta ocasión, con prendas más ceñidas. La tarea para casa es la misma, motivando a que pueda exponerse con prendas más cortas y ajustadas.

En la sesión 13 se lleva a cabo el mismo procedimiento que en la anterior, y se le indica como tarea para casa que realice la exposición en ropa interior. Además, tras estas sesiones, el terapeuta conoce qué parte del cuerpo es la que mayor malestar le produce a la paciente. Por ello, se manda también a la paciente que escriba una carta a esa parte de su cuerpo, donde le diga qué siente hacia ella, qué cosas negativas y qué aspectos positivos tiene.

Se siguen mandando en todas las sesiones la realización de actividades gratificantes y la lectura de capítulos.

#### 5.4.4. Cuarta fase

- Objetivos

- Exponerse de forma progresiva a distintas partes del cuerpo, desde zonas no erógenas hasta el área genital.

- Focalizar la atención en el tacto y las sensaciones que este genera y no en alcanzar el orgasmo.

- Reducir ansiedad y malestar.

- Reestructurar pensamientos desadaptativos.

- Áreas a evaluar

Se pretende trabajar el acercamiento progresivo al tacto con el cuerpo y los pensamientos desadaptativos que puedan ir surgiendo.

- Tiempo

Se desarrolla en 7 sesiones (de la 14 a la 20) de 60 minutos cada una. Se incluye el tiempo dedicado al trabajo mandado para casa.

Al igual que en la anterior fase, el ritmo de las exposiciones se decide con la paciente. Si no está preparada, no se pasa al siguiente paso. Por ello, el número de sesiones puede incrementarse.

- Material

Para la sesión presencial se necesita el despacho donde se realiza. Para la realización de las tareas para casa, se utiliza el material que desee cada paciente, desde la disposición de velas hasta el uso de juguetes sexuales.

- Descripción

Al comienzo de la sesión 14 se trabajan los pensamientos y sensaciones de las últimas exposiciones realizadas en casa, junto con la carta mandada. Después se explica la técnica de focalización sensorial. Se indica que en la siguiente exposición que realice en casa frente al espejo, comience a acariciar su piel, pudiendo aplicarse crema corporal para también fomentar el autocuidado. Además, se recuerda que la piel también es una zona erógena.

El foco no está dirigido en estimularse o encontrar placer, sino en comenzar a aceptar y acariciar el cuerpo. Se trabajan ejemplos de cómo poder hacerlo, indicando que el objetivo es focalizar la atención en las sensaciones que se viven en el momento presente, basándose en mindfulness. Se indica que ha de realizar la tarea 2/3 veces a la semana por un tiempo de 15/20 minutos. No es necesaria la presencia del espejo en todas ellas. Puede comenzar por las zonas con las que más cómoda se sienta, avanzando hacia las que menos aprecia, acariciando todas por igual.

En la siguiente sesión se aborda cómo se ha sentido realizando la técnica, trabajando sobre sus pensamientos y emociones. De cara a la siguiente semana se manda la misma tarea, pero comenzando a dar más importancia a zonas como el pecho, el cuello, o partes que resulten más excitantes para la paciente. El objetivo sigue siendo la aceptación y el autocuidado, sin centrar la atención aún en la estimulación o el orgasmo. Se pretende que en este punto ya consiga hacerlo con completa desnudez.

En la sesión 16 se trabaja similar a lo anterior. Se manda la misma tarea, aumentando el nivel de excitación, como acariciarse tumbada en la cama, ambientar

con velas o luz tenue... El objetivo sigue siendo el mismo, pero si se encuentra cómoda y excitada, puede comenzar a acariciar su zona genital.

En la sesión 17 se evalúan los avances y cómo se encuentra la paciente. Se siguen trabajando los pensamientos distorsionados. Se plantea para la siguiente focalización una mayor importancia a su área genital. La paciente es la que guía los pasos de esta técnica, pues se busca que el contacto con su cuerpo sea agradable y no constituya un foco de malestar. Por ello, si está preparada, se indica que puede iniciar la estimulación, sin proponerse que el único fin sea el orgasmo.

En la siguiente sesión se trabaja cómo se ha sentido. En base a la evolución, se plantea de cara a la siguiente práctica comenzar a introducir algún juguete sexual si se desea. Tanto a solas como en compañía, el fin último no ha de ser el orgasmo, sino disfrutar del proceso y de las sensaciones con atención plena.

En la sesión 19 se trabaja lo realizado en casa. Comienza a abordarse cómo llevaría a cabo una relación íntima con otra persona. Si tiene pareja, se puede plantear el siguiente acercamiento sexual con esta.

En la sesión 20 se abordan los progresos. Se sigue trabajando cómo generalizarlo a otros contextos, como es la intimidad con otra persona. Si tiene pareja, se trabaja lo que se planteó en la anterior sesión. Al finalizar, se imparten los 3 primeros cuestionarios realizados al comienzo del tratamiento.

A lo largo de las sesiones, se continúa haciendo un seguimiento de la realización de actividades gratificantes y las lecturas para casa.

#### 5.4.5. Quinta fase

- Objetivos
  - Conocer los progresos tras la aplicación del programa (comparación pre-post).
  - Trabajar posibles recaídas y realizar un plan de acción si esto sucede.
  - Aumentar motivación al mostrar lo conseguido a través de la comparación pre-post de los resultados.

- Áreas a evaluar

Las variables a evaluar son las demográficas, educativas, clínicas, sociales y familiares que se evaluaron al comienzo del tratamiento. También se trabajan los progresos alcanzados.

- Tiempo

Se dedican dos sesiones (21 y 22) de 60 minutos cada una. Se incluye el tiempo para la cumplimentación de los cuestionarios mandados para casa.

- Material

Se administran las mismas pruebas de evaluación que al comienzo del tratamiento, para poder realizar la comparativa pre-post.

- Descripción

En la sesión 21 se trabaja la prevención de recaídas con el seguimiento de todas las tareas trabajadas. Se destacan los logros conseguidos, fomentando el autorefuerto en la paciente, pues es la protagonista de sus cambios. Se abordan situaciones futuras que pueden presentarse, áreas de vulnerabilidad y cómo se enfrentaría a ellas. Al finalizar la sesión son facilitados los 4 cuestionarios restantes. Además, se informa del segundo contacto con los profesionales del centro para conocer su IMC.

En la sesión 22 se sigue trabajando la prevención de recaídas, haciendo hincapié en la posibilidad de que aparezcan situaciones de mayor estrés donde se encuentre peor. Ahora tiene un repertorio conductual y de recursos mayor que antes, pudiendo hacer frente a estas dificultades. También se informa que, si llegase a empeorar y considerase que no puede sola, puede volver a pedir ayuda, normalizando este suceso. Se reflejan los resultados de los cuestionarios pre-post como prueba de realidad de su mejoría, fomentando nuevamente el autorefuerto. En esta y en la anterior sesión se

vuelven a evaluar áreas que se trataron en la entrevista semiestructurada del comienzo, para también observar la evolución. Finalmente, se le da el alta a cada paciente.

### 5.5. Cronograma de aplicación

Las sesiones de la propuesta se desarrollan en 5 fases. La primera de ellas es la que concierne a la evaluación, la segunda RC, la tercera exposición al espejo, la cuarta focalización sensorial y mindfulness, y la última prevención de recaídas y administración última de los instrumentos de evaluación. Esta planificación puede observarse en el siguiente cronograma (Figura 9).



**Figura 9**

*Cronograma de actividades del programa de intervención*

<b>Fases</b>	<b>Actividades/técnicas</b>	<b>Semanas:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	
Evaluación	• Administración de pruebas de evaluación																								
	• Entrevista semiestructurada																								
Segunda fase	• Devolución de información, explicación de modelos y ABC																								
	• RC																								
	• Psicoeducación + biblioterapia																								
	• Relajación																								
Tercera fase	• Exposición al espejo																								
	• Carta a su cuerpo																								

Diseño de un programa de intervención para incrementar el deseo sexual en mujeres jóvenes con diagnóstico de anorexia nerviosa

Cuarta fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Focalización sensorial progresiva + mindfulness</li> </ul>																																		
Quinta fase	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de pruebas de evaluación (pre-post)</li> </ul>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entrevista semiestructurada</li> </ul>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevención de recaídas + plan de acción si existe recaída</li> </ul>																																		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devolución de resultados y progresos + alta paciente</li> </ul>																																		

## 5.6. Evaluación de la propuesta, resultados

Los resultados que esperan conseguirse con este programa son un aumento del deseo y funcionamiento sexual, y una mejora de la sintomatología común con la AN en las mujeres partícipes. Estos resultados se observan en las puntuaciones y respuestas de los instrumentos administrados al comienzo y al final del tratamiento.

Los datos se analizan utilizando el Software SPSS versión 20.0 donde se esperan integrar todos los resultados obtenidos. Para la comparación pre-post se utiliza la prueba t de Student, que determina la eficacia diferencial entre los resultados obtenidos en todos los instrumentos antes y después del programa.

En el EDI-III, BSQ y BDI-II se esperan alcanzar resultados cuantitativamente inferiores que al comienzo. Sin embargo, en el FSFI, SDI, MBSRQ y MGH-SPQ se pretenden alcanzar resultados cuantitativamente superiores que al inicio.

Se utilizan análisis descriptivos para evaluar la información de las entrevistas semiestructuradas, donde también se esperan conseguir resultados cualitativamente mejores que al comienzo.

Asimismo, se aspira alcanzar un aumento o mantenimiento del IMC con respecto a la primera sesión, puesto que, a pesar de no intervenir de forma directa en la alimentación, sí se trabaja con aspectos que influyen en el peso corporal.

Se espera que, tras finalizar el tratamiento, las pacientes presenten una remisión parcial de su sintomatología. No se plantea la total debido a la escasez de estudios que puedan apoyar estos resultados.

## 5.7. Conclusiones

La hipótesis de partida es que, después del tratamiento de 22 sesiones que plantea el programa, se consiga mejorar el funcionamiento sexual de las pacientes, reduciendo así su sintomatología. Además, también se pretenden mejorar los factores comunes que unen la AN con el bajo deseo sexual.

Algunos de los elementos clave que presenta esta propuesta son el trabajo de la percepción de la imagen corporal, exposición, sentimientos depresivos, focalización sensorial, mindfulness, psicoeducación y RC. Althof et al. (2018) han comprobado que la psicoeducación es un punto clave en el trabajo de la sexualidad.

Por otro lado, si la propuesta solo se enfocase en el ámbito sexual, se estaría olvidando la patología referente a la AN y los factores comunes existentes, por lo que el procedimiento no tendría éxito. Es por esto por lo que la RC es otro punto clave del programa, puesto que es a través de ella con la que se trabajan las creencias desadaptativas que conciernen a ambos problemas, como la percepción de la imagen corporal o los sentimientos depresivos (Althof et al., 2018).

Además, Basson y Gilks (2018) exponen que la TCC es el pilar de tratamiento para el bajo deseo sexual. Hahn y Parish establecen una media de 10 sesiones, pero en el presente programa se amplía a un mayor número, puesto que también se abordan aspectos de la AN (Barth et al., 2013).

De Silva y Todd (1998) realizaron un programa para trabajar el bajo deseo sexual en mujeres con AN, en el que incluyeron la técnica de focalización sensorial. De forma posterior, se ha ido observando el uso de esta técnica en distintos programas para trabajar este problema sexual, dada su eficacia. Clayton et al. (2018) estiman que cada focalización dure en torno a 15/20 minutos y se realice de 2 a 3 veces por semana, fijándose así en el programa (Adams-Clark et al., 2019; Albert et al., 2016; Basson y Gilks, 2018; Clayton et al., 2017; Hahn y Parish, 2016).

Además, se ha unido a esta propuesta la técnica de mindfulness, puesto que Adams-Clark et al. (2019) mostraron resultados de alrededor de un 100% de eficacia en sus pacientes.

Por otro lado, para el trabajo de la percepción de la imagen corporal, Griffen et al. (2018) recomiendan el uso de la exposición al espejo. Además, Meston y Seal (2007) también comprobaron la efectividad de esta técnica en pacientes con bajo deseo sexual. Butler y Heimberg (2020) recomiendan el uso de esta técnica con RC, siendo esencial

trabajar conceptos previos a la exposición y tacto con el cuerpo, puesto que es una fuente de angustia y malestar para las pacientes. Es por ello por lo que el programa debe seguir un orden riguroso.

Griffen et al. (2018) han comprobado que con una sola exposición prolongada en pacientes con AN ya se observan resultados. Al trabajar en el programa también el bajo deseo sexual, se han incorporado un total de 3 sesiones presenciales, más la exposición en casa. Esta práctica externa a las sesiones tiene una duración igual a la de focalización sensorial, puesto que también se trata de una exposición al propio cuerpo (Butler y Heimberg, 2020).

Dentro de las limitaciones que presenta el estudio, puede encontrarse el hecho de no incorporar a la pareja en las sesiones. El tratamiento está enfocado en dirigirse a la paciente, puesto que se persigue su propia aceptación. Como propuesta futura podrían incluirse más sesiones para realizar TS con el cónyuge si lo hubiera, y así planificar la focalización sensorial en pareja y no únicamente de manera individual.

Otra limitación que se encuentra es la posibilidad de que algunos resultados concernientes a la sintomatología de la AN, como la percepción de la imagen corporal, sean fruto del tratamiento que siguen recibiendo en el centro de origen y no a raíz de esta intervención, puesto que cada paciente sigue siendo tratada de su TCA. Una propuesta futura es la opción de dividir la muestra en dos grupos, uno al que sí se le asigne el programa y otro que solo reciba el tratamiento dirigido a la AN o grupo control.

Una tercera limitación que puede encontrarse es que alguna de las pacientes presente bajo deseo sexual a raíz de un abuso sexual sufrido y no por la AN, tal como se ha visto en la literatura referenciada. Es por este motivo por el que se ha decidido incluir como criterio de exclusión en el estudio. De cara a líneas futuras, se puede valorar el incluir en el programa un abordaje terapéutico enfocado a trabajar esta problemática, lo cual llevará a incrementar y modificar las sesiones y una especialización en trastornos de estrés postraumático de cada terapeuta. Además, Kilimnik et al. (2018) ya plantean

la necesidad de un mayor número de investigaciones para trabajar la disfunción sexual en mujeres víctimas de abuso

El número de estudios que han creado propuestas para trabajar con este tipo de pacientes es escaso. Como línea futura se propone investigar más al respecto, pudiendo crear un mayor número de programas e intervenciones efectivas, para así comprobar si realmente las técnicas propuestas podrían alcanzar los resultados esperados.

## 6. Referencias bibliográficas

- (SEMG), S. E. (2011). *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia*.  
<http://www.semg.info/hipo/eco/inforpaciente.pdf>
- Abbaspour, A., Bulik, C. M., Carroll, I. y Flatt, R. (2019). Reconceptualizing anorexia nervosa. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(9), 518-525.  
<https://doi.org/10.1111/pcn.12857>
- Achamrah, N., Coëffier, M. y Déchelotte, P. (2016). Physical activity in patients with anorexia nervosa. *Nutrition Reviews*, 74(5), 301-311. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuw001>
- Adams-Clark, A. A., Avery-Clark, C. y Weiner, L. (2019). Sensate Focus for Sexual Concerns: an Updated, Critical Literature Review. *Current Sexual Health Reports*, 11, 84-94.  
<https://doi.org/10.1007/s11930-019-00197-9>
- Afshari, P., Houshyar, Z., Javadifar, N., Jorfi, M. y Pourmotahari, F. (2016). The Relationship Between Body Image and Sexual Function in Middle-Aged Women. *Electronic Physician*, 8(11), 3302-3308. <https://doi.org/10.19082/3302>
- Ahmadvand, A., Mehrzad, F., Najarzaghan, M. R. y Omid, A. (2016). Comparing the effects of treatment with sildenafil and cognitive-behavioral therapy on treatment of sexual dysfunction in women: a randomized controlled clinical trial. *Electronic Physician Journal*, 8(5), 2315-2324. <https://doi.org/10.19082/2315>
- Albert, A., Brotto, L. A., Chivers, M. L. y Millman, R. (2016). Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Archives of Sexual Behavior*, 45(8), 1907-1921.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-015-0689-8>
- Alpert, J. E., Fava, M., Nierenberg, A. A., Rankin, M. A. y Worthington, J. J. (1998). An open trial of oral sildenafil antidepressant-induced sexual dysfunction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67(6), 328-331. <https://doi.org/10.1159/000012299>
- Althof, S. E., Christiansen, K., Clayton, A. H., Davis, S. R., Faubion, S. S., Faight, B. M., Freedman, M.A., Goldstein, I., Kim, N.N., Kingsberg, S.A., Kirana, P.S., Larkin, L., McCabe, M., Parish, S.J., Sadovsky, R., Simon, J.A. y Vignozzi, L. (2018). The International Society for the Study of Women's Sexual Health Process of Care for Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic*, 93(4), 467-487. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.11.002>
- Álvarez Ortiz, C., de la Torre, M., García Tabuyo, M., Gervás Sanz, M., Morales Pillado, C., Pardo Cebrián, R., Pérez Cabrero, O. y Santacreu, M. (2015). *Guía de Intervención Clínica Infantil*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Álvarez, L. V., Ayala Moreno, N. Y. y Bascuñán, R. (2019). Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional. *Psicogente*, 22(41), 1-22.  
<https://doi.org/10.17081/psico.22.41.3308>

- Álvarez-Muelas, A., Rojas-Paoli, I. y Vallejo-Medina, P. (2020). Validation of the Sexual Desire Inventory in Colombia. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 46(4), 385-398. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1739181>
- Antić, Ž. L., Batista, M., Begovac, I., Jakovina, T. y Žaja, O. (2018). Predictors of eating disorder risk in anorexia nervosa adolescents. *Acta Clinica Croatica*, 57(3), 399-410. <https://doi.org/10.20471/acc.2018.57.03.01>
- Aranda, E., García Tabuyo, M., Luque González, A., Márquez-González, M., Matías Lago, T., Morales Pillado, C., Moreno-Agostino, D. y Zanón, I. (s.f.). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Arias-Carrión, O., Cardoso Silva, A., Egidio Nardi, A., Machado, S. y Martinho Pereira, V. (2013). Sex therapy for female sexual dysfunction. *International Archives of Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1755-7682-6-37>
- Arora, K., Jiloha, R. C. y Mendhekar, D. N. (2003). Anorexia Nervosa with Binge Eating: A case report. *Indian Journal of Psychiatry*, 45(1), 58-59.
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., Laumann, E., Lee, S. W., Lewis, R., McCabe, M.P., Segraves, R.T. y Sharlip, D.I. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- Avila, C., Clos, I., Mora, M., Raich, R., Soler, A. y Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. Adaptation of a body dissatisfaction assessment instrument. *Clínica y Salud*, 7(1), 51-66.
- Azmoude, E., Mousavi, M. y Senobari, M. (2019). The relationship between body mass index, body image, and sexual function: A survey on Iranian pregnant women. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 17(7), 503-512. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v17i7.4862>
- Bados, A. y García Grau, E. (2010). La técnica de la Reestructuración Cognitiva. *Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona*, 15, 1-63.
- Bargard, M. S., Iravani, M., Latify, M. y Nezamnia, M. (2020). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on sexual function and sexual self-efficacy in pregnant women: An RCT. *International Journal of Reproductive Biomedicine*, 18(8), 625-636. <https://doi.org/10.18502/ijrm.v13i8.7504>
- Bärnighausen, T., Bountogo, M., Friederich, H.-C., Harling, G., Nikendei, C., Ouermi, L., Sié, A. y Terhoeven, V. (2020). Eating disorders, body image and media exposure among adolescent girls in rural Burkina Faso. *Tropical Medicine and International Health*, 25(1), 132-141. <https://doi.org/10.1111/tmi.13340>
- Barth, J., Frühauf, S., Gerger, H., Munder, T. y Schmidt, H. M. (2013). Efficacy of Psychological Interventions for Sexual Dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *Archives of sexual behavior*, 42(6), 915-933. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0062-0>



- Basson, R. y Brotto, L. A. (2014). Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behavior Research and Therapy*, 57, 43-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.001>
- Basson, R. y Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's Health*, 1-16. <https://doi.org/10.1177/1745506518762664>
- Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1996). *Beck Depression Inventory-II*. Psychological Assessment.
- Beecham, J., Bonin, E. M., Boughton, N., Broadbent, H., Dejong, H., Ghelani, S., Johnson-Sabine, E., Kenyon, M., Keyes, A., Landau, S., Loomes, R., Lose, A., Magill, N., Renwick, B., Richards, L., Schmidt, U., Serpell, L., Treasure, J., Watson, C., ... Yasin, H. (2015). The Maudsley Outpatient Study of Treatments for Anorexia Nervosa and Related Conditions (MOSAIC): Comparison of the Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) with specialist supportive clinical management (SSCM) in outpatients with. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 796-807. <https://doi.org/10.1037/ccp0000019>
- Berner, M. M. y Günzler, C. (2012). Efficacy of psychosocial interventions in men and women with sexual dysfunctions-a systematic review of controlled clinical trials: part 2-the efficacy of psychosocial interventions for female sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3108-3125. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02965.x>
- Berrettini, W. H., Bulik, C. M., Fichter, M. M., Goldman, D., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Kaye, W.H., Pinheiro, A.P., Raney, T.J., Strober, M., Thornton, L.M., Treasure, J. y Woodside, B. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129. <https://doi.org/10.1002/eat.20671>
- Berthoz, S., Flament, M. F., Godart, N. T., Jeammet, P., Perdereau, F., Rein, Z. y Wallier, J. (2006). Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 97, 37-49. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.06.023>
- Beutel, M. E., Brähler, E., Burghardt, J., Hasenburger, A. y Schmutzer, G. (2020). Declining sexual activity and desire in women: Findings from representative German surveys 2005 and 2006. *Archives of Sexual Behavior*, 49(3), 919-925. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01525-9>
- Borrero, S., Hamm, M., Hess, R., Thomas, H. N. y Thurston, R. C. (2019). Body Image, Attractiveness, and Sexual Satisfaction Among Midlife Women: A Qualitative Study. *Journal of Women's Health*, 28(1), 100-106. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7107>
- Botella García, L., Benito Ruiz, J. y Ribas Rabert, E. (2009). Evaluación Psicométrica de la Imagen Corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ). *Revista argentina de Clínica Psicológica*, 18(3), 253-264.
- Brotto, L. A., Carey, M., Ehlen, T., Erskine, Y., Finlayson, S., Heywood, M., Kwon, J., McAlpine, J., Miller, D., Stuart, G. y Thomson, S. (2012). A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women

- treated for gynecologic cancer. *Gynecologic Oncology*, 125(2), 320-325.  
<https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2012.01.035>
- Brown, C., D'Agostino Jr, R., Ferguson, D., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Rosen, R. y Shabsigh, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assesment of female sexual function. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(2), 191-208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Bulik, C. M., Carter, F. A., Frampton, C. M., Jordan, J., Joyce, P. R., Luty, S. E., McIntosh, V.V. y McKenzie, J. M. (2005). Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162(4), 741-747.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.4.741>
- Bulik, C. M., Claudino, A., Frank, K. G., Micali, N., Schmidt, U., Stice, E., Treasure, J., Wade, T., Wentz, E. y Zipfel, S. (2015). Anorexia nervosa. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 1-21. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.74>
- Bulik, C. M., Giel, K. E., Hay, P., Schmidt, U. y Zipfel, S. (2015). Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. *Lancet Psychiatry*, 2(12), 1099-1111.  
[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)
- Burgmer, M., de Zwaan, M., Dinkel, A., Friederich, H.-C., Giel, K. E., Grob, G., Herpertz, S., Herzog, W., Löwe, B., Schade-Brittinger, C., Schauenburg, H., Schellberg, D., Tagay, S., Teufel, M., Von Wietersheim, J., Wild, B., Zeeck, A., Zipfel, S. y Study Group, A. (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *The Lancet*, 127-137. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61746-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61746-8)
- Butler, R. M. y Heimberg, R. G. (2020). Exposure therapy for eating disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>
- Cano-Vindel, A., García-Batista, Z. E., Guerra-Peña, K., Herrera-Martínez, S. X. y Medrano, L. A. (2018). Validity and reliability of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in general and hospital population of Dominican Republic. *Clinical Trials*, 13(6).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199750>
- Carey, M. P., Spector, I. P. y Steinberg, L. (1996). The sexual desire inventory: development, factor, structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(3), 175-190. <https://doi.org/10.1080/00926239608414655>
- Carvalho, A., Costa, P. y Godinho, L. (2017). The Impact of Body Dissatisfaction on Distressing Sexual Difficulties Among Men and Women: the Mediator Role of Cognitive Distraction. *The Journal of Sex Research*, 54(3), 331-340.  
<https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1168771>
- Cash, T. F. (1990a). *Body image enhancement: A program for overcoming a negative body image*. Guilford.
- Cash, T. F. (1990b). *Body images: Development, deviance, and change*. The Guilford Press.
- Cassoli, E., Castellini, G., Lelli, L., Mancini, M., Monteleone, A. M., Ricca, V., Rossi, E., Sensi, C. y Stanghellini, G. (2020). Sexuality, embodiment and attachment style in anorexia

- nervosa. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 25(6), 1671-1680. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00805-6>
- Castellini, G., Faravelli, C., Fioravanti, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Maggi, M., Ricca, V. y Vignozzi, L. (2012). Anorectic and bulimic patients suffer from relevant sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 590-599. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02888.x>
- Castellini, G., Lelli, L., Maggi, M. y Ricca, V. (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. <https://doi.org/10.1515/hmbci-2015-0055>
- Chang, S.-R., Chen, K.-H. y Yang, C. F. (2019). Relationships between body image, sexual dysfunction, and health-related quality of life among middle-aged women: A cross-sectional study. *Maturitas*, 126, 45-50. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2019.04.218>
- Clayton, A. H. y Pyke, R. E. (2018). Assessment of Sexual Desire for Clinical Trials of Women With Hypoactive Sexual Desire Disorder: Measures, Desire-Related Behavior, and Assessment of Clinical Significance. *Sexual Medicine Reviews*, 6(3), 367-383. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.11.008>
- Clayton, A. H. y Pyke, R. E. (2015). Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: A sexual medicine critique and perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 12(12), 451-458. <https://doi.org/10.1111/jsm.13056>
- Clayton, A. H., DeRogatis, L. R., Giraldo, A., Goldstein, I., Kim, N. N., Kingsberg, S. A., Meston, C., Parish, S.J., Pfaus, J., Simon, J.A., Stahl, S.M., Wallen, K. y Worsley, R. (2017). Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clinic*, 92(1), 114-128. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.09.018>
- Clayton, A. H., Goldstein, I. y Kingsberg, S. A. (2018). Evaluation and Management of Hypoactive Sexual Desire Disorder. *Sexual Medicine*, 6(2), 59-74. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2018.01.004>
- Cooper, M. J., Cooper, P. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6(4), 485-494.
- Cooper, Z., Dalle Grave, R., Doll, H. A., Fairburn, C. G., O'Connor, M. E. y Palmer, R. L. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: a UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1). <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.09.010>
- Cooper, Z., Fairburn, C. G., Murphy, R. y Straebl, S. (2010). Cognitive behavioral therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 611-627. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2010.04.004>
- Creagh, Y., Salvazán, L. N., Soto Martínez, O. y Wilson, D. (2014). Sexual desires in female. A topic of interest to everybody. *Revista de Información Científica*, 85(3), 514-525.

- Croft, H. A. (2017). Understanding the Role of Serotonin in Female Hypoactive Sexual Desire Disorder and Treatment Options. *The Journal of Sexual Medicine*, 14(12), 1575-1584. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.10.068>
- Da Costa Campos, C. y Mesquita, J. (2018). Hypoactive sexual desire disorder- Entity and therapeutic approaches: an overview. *Psicosomática y Psiquiatría*(7), 38-49.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., El Ghoch, M. y Sartirana, M. (2016). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An update. *Current Psychiatry Reports*, 18(2), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0643-4>
- Dare, C., Dodge, E., Eisler, I., Hodes, M., Le Grange, D. y Russell, G. (2000). Family therapy for adolescent anorexia nervosa: the results of a controlled comparison of two family interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(6), 727-736.
- 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. <https://doi.org/10.1080/02674659808406541>
- Delgado Álvarez, C., Estrada, B. D., González Ramírez, M. T. y Landero, R. (2015). Propiedades psicométricas del modelo bifactorial del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 14(1), 125-136. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.ppmb>
- Díaz, M. I., Ruiz, M. Á. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención Cognitivo Conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Dikeos, D., Gonidakis, F., Ioannidi, N., Konstantakopoulos, G., Oulis, P., Papadimitriou, G. y Varsou, E. (2012). Delusionalty of body image beliefs in eating disorders. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 482-488. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.023>
- Dosch, A., Ghisletta, P. y Van der Linden, M. (2015). Body Image in Dyadic and Solitary Sexual Desire: The Role of Encoding Style and Distracting Thoughts. *The Journal of Sex Research*, 53(9), 1193-1206. <https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1096321>
- Elizathe, L., Leonardelli, E., Maglio, A. L., Murawski, B., Rutzstein, G. y Scappatura, M. L. (2013). Psychometric properties of the Eating Disorders Inventory - 3 (EDI-3) among female adolescents from Argentina. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*(4), 1-14. [https://doi.org/10.1016/S2007-1523\(13\)71987-6](https://doi.org/10.1016/S2007-1523(13)71987-6)
- Elosua, P., López-Jauregui, A. y Sánchez-Sánchez, F. (2010). *Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria -3 (EDI-3)*. TEA Ediciones.
- Enzlin, P., Gijs, L., Hendrickx, L. y Janssen, E. (2016). Predictors of sexual distress in women with desire and arousal difficulties: Distinguishing between personal, partner, and interpersonal distress. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(11), 1662-1675. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.09.016>
- Espada, J. P., Gómez Lugo, M., Marchal Bertrand, L., Morales, A., Sierra, J. C., Soler, F. y Vallejo Medina, P. (2016). Adaptation and Validation of the Brief Sexuality Scale in Colombian and Spanish Populations. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 343-356.

- Espada, J. P., Gómez-Lugo, M., Marchal-Bertrand, L., Morales, A., Soler, F. y Vallejo-Medina, P. (2016). Adaptation, validation and reliability of the Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire in a Colombian sample and factorial equivalence with the Spanish version. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48, 88-97. <https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.01.001>
- Espinosa, R., Fortún, M., García-Vera, M. P., Sanz, J. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 16(2), 121-142.
- Flament, M. F., Godart, N. T., Jeammet, P. y Perdereau, F. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 32(3), 253-270. <https://doi.org/10.1002/eat.10096>
- Fuller, R. y Peterson, K. (2019). Anorexia nervosa in adolescents: An overview. *Nursing*, 49(10), 24-30. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15>
- García Pinillos, F., Izquierdo Rus, T., Latorre Román, P. Á. y López Munera, R. (2018). Body Satisfaction in Spanish Adults, Influence of Sex, Age and Weight State. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(47), 83-94. <https://doi.org/10.21865/RIDEP47.2.06>
- Garner, D. M. (2004). *Eating disorder inventory-3 (EDI-3)*. Psychological Assessment Resources.
- Garovic, V. D., Nath, K. A. y Williams, A. (2018). Managing the Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic*, 93(4), 406-408. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.02.015>
- Garyfallos, G., Gkiouzepas, I., Kountza, M., Ploumpidis, D. y Varsou, E. (2018). The psychiatric comorbidity of anorexia nervosa: A comparative study in a population of French and Greek anorexic patients. *L'Encéphale*, 44(5), 429-434. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2017.07.005>
- Giraldi, A., Lokind, T. S., Price, T., Sjögren, J. M., Treasure, J. y Zebitz, M. (2020). Sexual function and dysfunction among women with anorexia nervosa: A systematic scoping review. *International Journal of Eating Disorders*, 53(9), 1-23. <https://doi.org/10.1002/eat.23299>
- Gonidakis, F. y Kravvariti, V. (2016). Eating disorders and sexual function. *Psychiatriki*, 27(2), 136-143. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2016.272.136>
- Gonidakis, F., Kravvariti, V. y Varsou, E. (2014). Sexual Function of Women Suffering From Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 41(4), 368-378. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2014.915904>
- Gorenstein, C. y Wang, Y.-P. (2013). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 35(4), 416-431. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2012-1048>
- Griffen, T. C., Hildebrandt, T. y Naumann, E. (2018). Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 65, 163-174. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.08.006>

- Hahn, S. R. y Parish, S. J. (2016). Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sexual Medicine Reviews*, 4(2), 103-120. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2015.11.009>
- Harrington, B. C., Haxton, C., Jimerson, D. C. y Jimerson, M. (2015). Initial Evaluation, Diagnosis, and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *American Family Physician*, 91(1), 46-52.
- Hernández Gómez, A. (2018). Aplicación de la terapia cognitivo-conductual con componentes de clarificación de valores y activación conductual en un caso de trastorno de estrés postraumático. *Análisis y Modificación de Conducta*, 44(169-170), 11-35.
- Herpertz, S., Herpertz-Dahlmann, B., Resmark, G. y Zeeck, A. (2019). Treatment of Anorexia Nervosa-New Evidence-Based Guidelines. *Journal of Clinical Medicine*, 8(153), 1-16. <https://doi.org/10.3390/jcm8020153>
- Hilbert, A., Hoek, H. W. y Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, 30(6), 423-437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
- Holloway, V. y Wylie, K. (2015). Sex drive and sexual desire. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(6), 424-429. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000199>
- Hucker, A. y McCabe, M. P. (2015). Incorporating mindfulness and chat groups into an online cognitive behavioral therapy for mixed female sexual problems. *The journal of sex research*, 52(6), 627-639. <https://doi.org/10.1080/00224499.2014.888388>
- Kabato, I. (2019). *Centro de psicología Psicoadapta*. <https://www.psicoadapta.es/blog/que-es-la-curva-de-intensidad-emocional/>
- Kan, C. y Treasure, J. (2019). Recent Research and Personalized Treatment of Anorexia Nervosa. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.010>
- Kilimnik, C., Meston, C. y Pulverman, C. (2018). The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual Medicine Reviews*, 6(2), 188-200. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.12.002>
- Kocsis, A. y Newbury-Helps, J. (2016). Mindfulness in sex therapy and intimate relationships (MSIR): Clinical protocol and theory development. *Mindfulness*, 7, 690-699. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0506-z>
- Kwan, W., Lock, J., Miller, S., Sagar, A., Shaffer, T. G., Steiner, H. y Walker, S. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12, 38-46. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-1106-8>
- Lameiras Fernández, M., Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C. y Vallejo-Medina, P. (2012). Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) in a Spanish population. *Atención primaria*, 44(9), 516-524. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.004>

- Lazarova, S., Morgan, J. F., Saeidi, S. y Schelhase, M. (2014). Ten session body image therapy: efficacy of a manualised body image therapy. *European Eating Disorders Review*, 22(1), 66-71. <https://doi.org/10.1002/erv.2249>
- Le Grange, D. (2005). The Maudsley family-based treatment for adolescent anorexia nervosa. *World Psychiatry*, 4(3), 142-146.
- León, U. d. (s.f.). *Universidad de León*.  
<https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/6123/Anexo%20%20Consentimie nto%20Informado.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Lock, J. (2015). An Update on Evidence-Based Psychosocial Treatments for Eating Disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 707-721. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.971458>
- Lock, J. (2019). Updates on Treatments for Adolescent Anorexia Nervosa. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 523-535.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.001>
- London, U. C. (2016). *Paper read at Eating Disorders Alpach, The 24 International Conference* .  
[http://www.netzwerk-essstoerungen.at/download/k16\\_presentations/Robinson\\_SSCM\\_211016.pdf](http://www.netzwerk-essstoerungen.at/download/k16_presentations/Robinson_SSCM_211016.pdf)
- López-Torres Hidalgo, J. D. (2012). La detección de las disfunciones sexuales en atención primaria. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de la Familia y Comunitaria*, 44(9), 525-526. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.06.002>
- Lozano, G. A. (2008). Obesity and sexually selected anorexia nervosa. *Medical Hypotheses*, 71(6), 933-940. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2008.07.013>
- Marco, J. H., Perpiñá, C., Roncero, M. y Sánchez-Reales, S. (2015). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Spanish version of the Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire-Appearance Scales. *Body Image*, 14, 47-53.  
<https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2015.03.005>
- Meston, C. M. y Seal, B. N. (2007). The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 990-1000.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00525.x>
- Meston, C. M. y Seal, B. N. (2020). The Impact of Body Awareness on Women's Sexual Health: A Comprehensive Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(2), 242-255.  
<https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2018.03.003>
- Meston, C. M., Pujols, Y. y Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *The Journal of Sexual Medicine*, 7, 905-916.  
<https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Mitchell, J. E. y Peterson, C. B. (2020). Anorexia Nervosa. *The New England Journal of Medicine*, 382(14), 1343-1351. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1803175>
- Nappi, R. E. (2015). To be or not to be in sexual desire: the androgen dilemma. *Climacteric*, 18(5), 672-674. <https://doi.org/10.3109/13697137.2015.1064268>

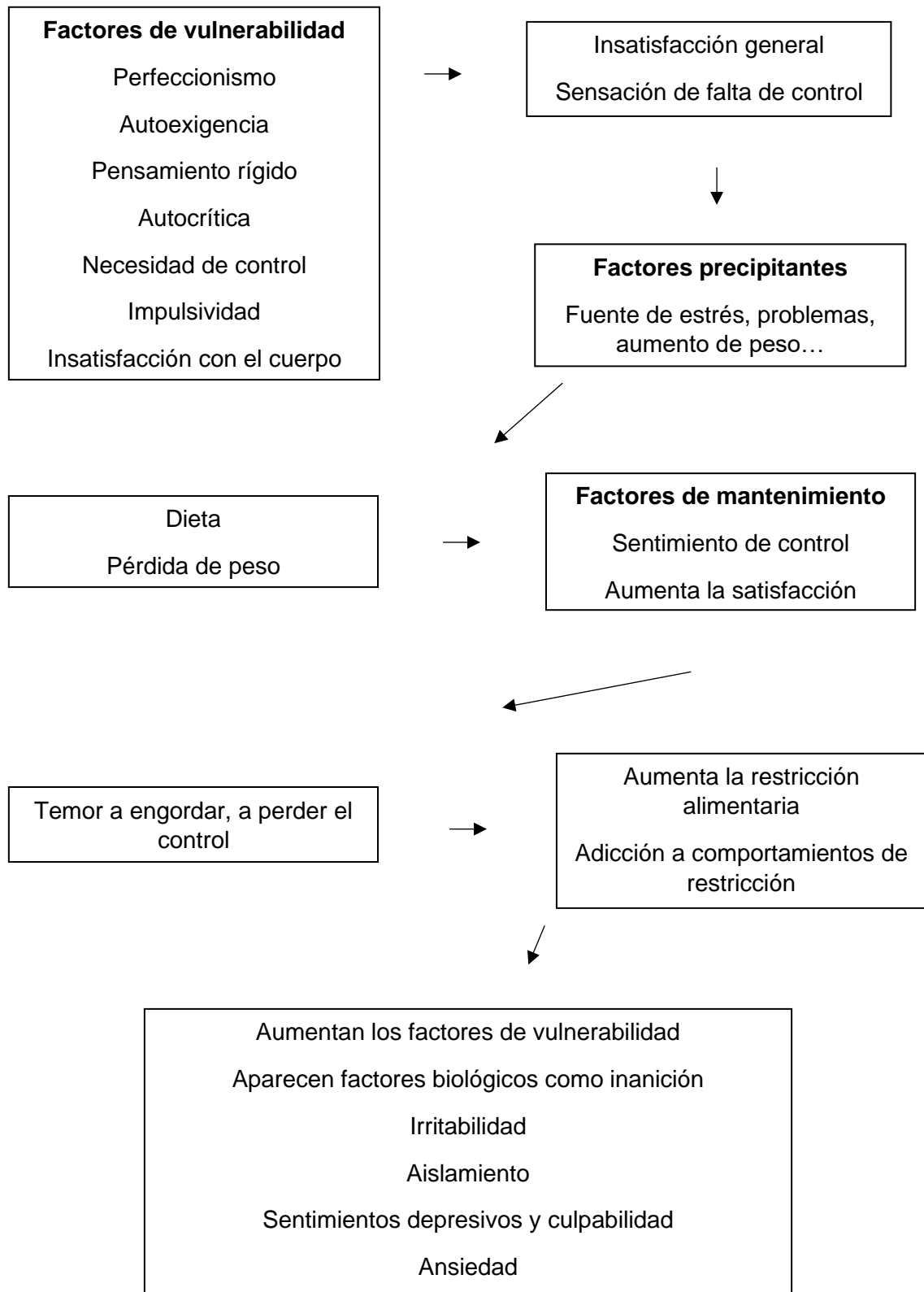
- Nice. (2020). *National Institute for Health and Care Excellence*.  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng69/resources/eating-disorders-recognition-and-treatment-pdf-1837582159813>
- Ortega, V., Sierra, J. C. y Zubeidat, I. (2006). Further examination of measurement properties of Spanish version of the Sexual Desire Inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological Reports, 99*(1), 147-165. <https://doi.org/10.2466/pr0.99.1.147-165>
- Perdigón, A. L., Sanz, J. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Pérez-Durán, C., Saavedra-Roa, A. y Vallejo-Medina, P. (2018). Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior, 47*(3), 797-810. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7>
- Ramberg, J. A. y Simpson, W. S. (1992). Sexual Dysfunction in Married Female Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Journal of Sex and Marital Therapy, 18*(1), 44-54. <https://doi.org/10.1080/00926239208404357>
- Slade, P. (1982). Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology, 21*(3), 167-179. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1982.tb00549.x>
- Vesna, G. D., Nath, K. A. y Williams, A. (2018). Managing the Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. *Mayo Clinic, 93*(4), 406-408. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.02.015>



## 7. Anexos

### Anexo 1

*Modelo de Slade (1982) para explicar AN*



## Anexo 2

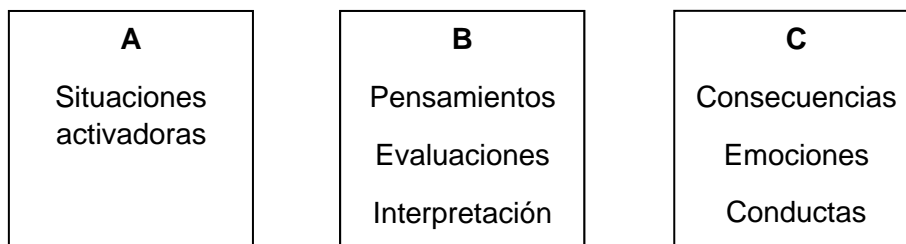
### *Esquema análisis funcional*

<b>Estímulos</b>	<b>Organismo</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Consecuentes</b>
Externos	Historia de aprendizaje	Motora	Externos
Internos	Determinantes biológicos	Fisiológica	Internos
	Repertorio conductual	Cognitiva	
	Estilo cognitivo		

*Nota.* Adaptado de “Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano”, por E. Aranda, M. García, A. Luque, M. Márquez-González, T. Matías, C. Morales, D. Moreno-Agostino e I. Zanón, s.f., *Universidad Autónoma de Madrid*.

## Anexo 3

### *ABC de Ellis*



*Nota.* Adaptado de *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*, por M. Díaz, M. Ruiz y A. Villalobos, 2012, Desclée De Brouwer.

## Anexo 4

### Listado de distorsiones cognitivas

<b>Distorsiones cognitivas</b>	<b>Descripción</b>
Pensamiento dicotómico	Predecir conclusiones extremistas, ver las cosas como blanco o negro, sin ser conscientes de que son dos extremos de un continuo.
Sobregeneralización	Ver un suceso como un modelo de derrota; generalización excesiva a raíz de un solo hecho.
Abstracción selectiva	Focalizar la atención en un detalle, ignorando otros hechos de la situación.
Descalificación de experiencias positivas	Ignorar las experiencias positivas y mantener una creencia negativa que realmente no está basada en la realidad.
Inferencia arbitraria: - Adivinación del futuro - Adivinación del pensamiento	<ul style="list-style-type: none"><li>- Anticipar que los sucesos serán negativos, sin permitir la posibilidad de que puedan ser positivos o neutros.</li><li>- Sacar conclusiones de los pensamientos e intenciones de otros, sin contrastar con lo que piensan realmente.</li></ul>
Magnificación/minimización	Magnificar los propios errores y los éxitos de los demás, minimizando los logros propios.
Razonamiento emocional	Los pensamientos están determinados por el estado afectivo. Si se siente mal, significa que la situación real es mala.

Debería	Desarrollo de normas rígidas y autoexigentes sobre cómo deberían ser o hacerse las cosas.
Etiquetación	Consiste en una sobregeneralización mayor e inflexible, donde están implícitas muchas características que no son aplicables a la persona.
Personalización	Atribuirse la causa de sucesos externos desafortunados o desagradables, de los cuales no se tiene responsabilidad.

*Nota.* Adaptado de “Las distorsiones cognitivas y el riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes chilenos y colombianos: un estudio descriptivo-correlacional”, por L. Álvarez, N. Ayala y R. Bascuñán, 2019, *Psicogente*, 22(41).

## Anexo 5

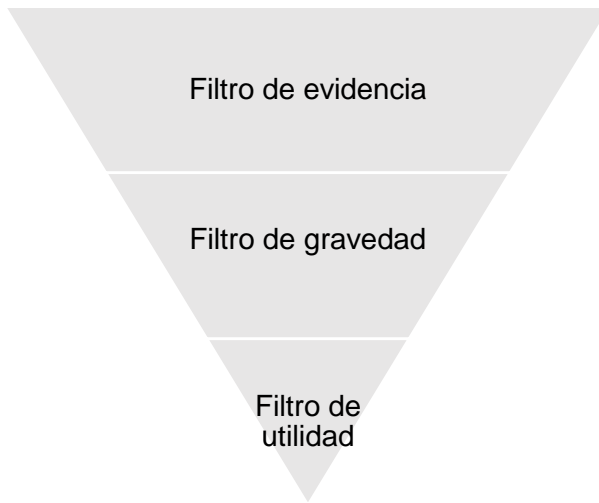
### *Hoja de autorregistro*

Fecha	Situación	Pensamientos (¿qué pensamientos se pasan por mi cabeza?	Errores de pensamiento (listado de distorsiones cognitivas)	Emociones, reacciones físicas. Nivel de malestar 1 al 10.	Conductas (¿qué hago, cómo se resuelve la situación?
-	-	-	-	-	-

*Nota.* Adaptado de *Guía de Intervención Clínica Infantil*, por C. Álvarez, M. de la Torre, M. García, M. Gervás, C. Morales, R. Pardo, O. Pérez y M. Santacreu, 2015, Universidad Autónoma de Madrid.

## Anexo 6

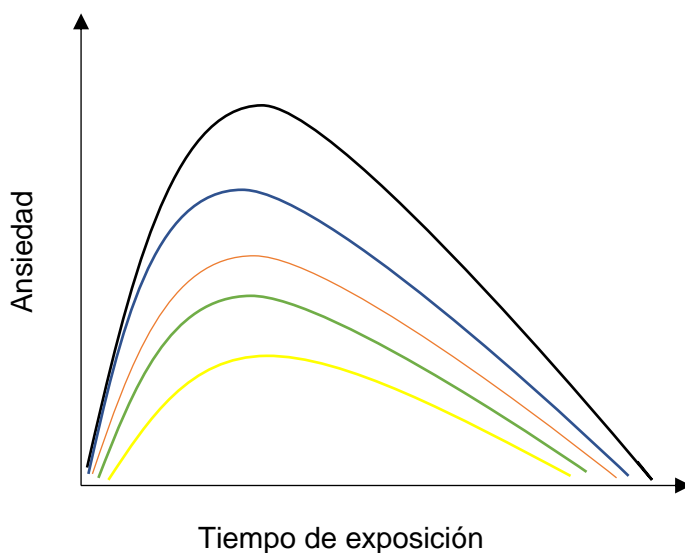
*Filtros para realizar RC de pensamientos distorsionados*



*Nota.* Adaptado de “La técnica de la reestructuración cognitiva”, por A. Bados y E. García, 2010, *Facultad de Psicología Universidad de Barcelona*, 15.

## Anexo 7

*Curva de ansiedad*



*Nota.* Adaptado de *Centro de Psicología Psicoadapta*, por I. Kabato, 2019, <https://www.psicoadapta.es/blog/que-es-la-curva-de-intensidad-emocional/>.

## **Anexo 8**

### *Hoja de Información al Participante (HIP) de SEMG (2011)*

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el presente estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Centro de Trastornos Alimentarios ITA en Alcalá de Henares.

Su participación en este estudio es voluntaria y puede decidir no participar o cambiar su decisión en cualquier momento.

El objetivo del presente estudio es que usted pueda trabajar su bajo deseo sexual con profesionales de salud mental, y conozca mejor su problemática, alcanzando una mejora en su bienestar. Los objetivos secundarios son: trabajar la percepción de su imagen corporal, estado de ánimo depresivo, estados de ansiedad, educación sexual, entre otros.

La selección de las personas invitadas a participar en el presente programa depende de unos criterios de inclusión descritos en el protocolo del estudio. Usted está invitado a participar puesto que cumple con estos criterios. Se espera que participen alrededor de 30 personas en este programa.

Todos los participantes recibirán un tratamiento de 22 sesiones distribuidas en 22 semanas, con una duración de 60 minutos cada una. Este programa aborda la problemática del bajo deseo sexual en mujeres diagnosticadas de AN, basándose en técnicas que han mostrado su probada eficacia.

La participación en este programa no implica ningún riesgo, y únicamente solicita su compromiso en la asistencia a todas las sesiones programadas. Además, puede aportarle notables beneficios en su calidad de vida.

No se espera que usted obtenga beneficio económico de la participación en el presente programa. Se pretende descubrir la efectividad de las técnicas empleadas en pacientes como usted, siendo posible en un futuro que los resultados sean de utilidad para poder beneficiar a otras personas con la misma problemática.

Los resultados de este estudio podrán ser remitidos a publicaciones científicas para su difusión, pero no se trasladará ningún dato que pueda llevar a la identificación de los pacientes.

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará en base a la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Usted podrá acceder a sus datos, modificarlos para su corrección o cancelarlos. Solo el equipo profesional que participa en el programa tendrá acceso a sus datos, quienes deben guardar la confidencialidad de estos.

Para más información puede contactar con los responsables al cargo: .....

Muchas gracias por su colaboración.

## **Anexo 9**

### *Consentimiento informado de León (s.f.)*

Yo ....., con DNI ..... doy mi consentimiento de forma libre y voluntaria para la participación en el presente programa, después de haber sido informada de forma oral y escrita, y habiendo entendido la hoja de información que se ha administrado y dispongo en mi poder.

Se me ha explicado en lo que consistirá el tratamiento, el número de sesiones que incluye, su duración y los profesionales a cargo. Además, también se me ha comunicado que la participación en este no produce perjuicios para mi persona.

Los datos recogidos son confidenciales y no se me identificará por mi nombre en ninguna publicación científica.

También se ha notificado que no recibiré ninguna compensación económica por esta investigación.

Aclaro que he leído y entendido cada párrafo del siguiente escrito, con los que me muestro de acuerdo. Mi decisión de participar en el presente programa es voluntaria

y en cualquier momento puedo decidir abandonarlo, sin perjudicar la relación con los profesionales que me atienden.

He recibido una copia de este consentimiento informado, firmada por mí y por un profesional responsable.

En Alcalá de Henares a ..... de ..... del 20..

Firma del paciente:

Firma del profesional: