

UNIVERSITAT DE GIRONA



FACULTAT D'EDUCACIÓ i PSICOLOGIA  
GRAU de PSICOLOGIA

Curs: 2019 / 2020

TREBALL FINAL DE GRAU

# UNA MIRADA MÉS INTIMA ALS TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA

---

RELACIONS AFECTIVO-SEXUALS EN DONES AMB TRASTORNS DE LA  
CONDUCTA ALIMENTÀRIA



Alumna: Anna Fuentes Matas

Tutora: Natàlia Cebrián Fernández

Juny de 2020

*"La sexualitat forma part del nostre comportament, és un element més de la nostra llibertat. La sexualitat és obra nostra - és una creació personal i no la revelació d'aspectes secrets del nostre desig-. A partir i per mitjà dels nostres desitjos, podem establir noves modalitats de relacions, noves modalitats amoroses i noves formes de creació. El sexe no és una fatalitat, no; és una possibilitat de vida creativa ".*

Michel Foucault

M'agradaria donar les gràcies a totes les persones que han dedicat una mica del seu temps a fer possible la realització d'aquest treball.

Primer de tot agrair a tot l'equip de terapeutes de la UPA, els quals m'han donat l'oportunitat d'aprendre al seu costat i conèixer de primera mà la realitat dels trastorns de la conducta alimentària. Vull donar les gràcies també a totes les pacients de la UPA, i especialment, a aquelles que han fet possible la realització del treball, obrint-me les portes del seu món més íntim.

A la meva tutora, Natàlia Cebrián, per aconsellar-me sempre que ha sigut necessari i guiar-me durant la realització del treball.

Per acabar, als meus pares i amigues, per tot el suport i paciència durant el període que ha durat el treball.

Sense tots ells, aquest treball no hauria estat possible, gràcies.

## ÍNDEX

1.	INTRODUCCIÓ.....	7
1.1	JUSTIFICACIÓ, INTERÈS I RELLEVÀNCIA DEL TEMA.....	7
1.2	CONTEXTUALITZACIÓ .....	8
1.3	ELS TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA.....	9
1.3.1	CONSTRUCCIÓ SOCIAL DELS TCA .....	12
1.4	TCA I RELACIONS AFECTIVO-SEXUALS.....	13
1.4.1	IMATGE CORPORAL .....	14
1.4.2	AUTOESTIMA.....	15
1.4.3	EDUCACIÓ AFECTIVO-SEXUAL.....	16
2	OBJECTIUS .....	17
3	METODOLOGIA.....	18
3.1	DISSENY DE L'ESTUDI.....	18
3.2	POBLACIÓ D'ESTUDI I SELECCIÓ DE LA MOSTRA.....	18
3.3	INSTRUMENTS I TÈCNiques D'ESTUDI .....	19
3.4	CONSIDERACIONS ÈTIQUES.....	20
3.5	PROCEDIMENT .....	20
3.5.1	DESCOBRIMENT DE L'OBJECTE D'ESTUDI.....	20
3.5.2	RECERCA BIBLIOGRÀFICA .....	21
3.5.3	ENTREVISTA A LES PARTICIPANTS .....	21
3.5.4	GRUP DISCUSSIÓ PILOT .....	24
3.5.5	ANÀLISI DADES .....	24
4	RESULTATS.....	28
5	CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ .....	39
6	ORIENTACIONS FUTURES .....	47
7	REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	49
8	ANNEXOS.....	55

8.1	CONSENTIMENT INFORMAT .....	55
8.2	TRASNCRIPCIÓ ENTREVISTES.....	56

## **Resum**

Les relacions afectivo-sexuals es poden veure afectades per un Trastorn de la Conducta Alimentària (TCA), tot i això, rarament es tenen en compte en els tractaments psicològics. L'objectiu principal de l'estudi és aprofundir en les relacions afectivo-sexuals d'una mostra de dones de la Unitat de Patologies Alimentàries de la Clínica Bofill. S'ha dut a terme a través d'entrevistes individuals, de les quals se n'obtenen resultats que indiquen que diversos aspectes, com la imatge corporal o l'autoestima, entre d'altres, poden modular l'experiència sexoafectiva de les participants. Com a conclusió, s'evidencia la rellevància de les relacions afectivo-sexuals en TCA i la importància de la seva consideració en el tractament d'aquests trastorns. Aquest estudi ha mostrat la necessitat de promocionar l'educació afectivo-sexual per a tractar amb normalitat i sense tabús la sexoafectivitat, que probablement, aporti una millora a la qualitat de vida de les persones afectades.

**Paraules clau:** Trastorns de la conducta alimentària, relacions afectivo-sexuals, imatge corporal, autoestima, educació afectivo-sexual

## **Abstract**

Affective-sexual relationships can be affected by an Eating Disorder (ED), however, they are rarely considered in psychological treatments. The main objective of the study is to deepen the affective-sexual relationships of a sample of women from the Unitat de Patologies Alimentàries of Clínica Bofill. It has been carried out through individual interviews, from which results are obtained that indicate that several aspects, such as body image or self-esteem, among others, can modulate the sex-affective experience of the participants. As a conclusion, the relevance of affective-sexual relationships in EDs and the importance of their consideration in the treatment of these disorders is evidenced. This study has shown the need to promote affective-sexual education in order to treat sex-affectivity normally and without taboos, which probably contributes to an improvement in the quality of life of the affected people.

**Key words:** Eating disorders, affective-sexual relationships, body image, self-esteem, affective-sexual education

## 1. INTRODUCCIÓ

### 1.1 JUSTIFICACIÓ, INTERÈS I RELLEVÀNCIA DEL TEMA

El fet de realitzar el Pràcticum II a la Unitat de Patologies Alimentàries (UPA) de la Clínica Bofill m'ha evidenciat la realitat dels Trastorns de Conducta Alimentària (TCA), que en tenia poc coneixement. Aquesta experiència ha estat molt enriquidora i m'ha suposat una porta d'entrada per a veure i viure de primera mà com es treballa en una Unitat dedicada al tractament dels TCA. M'ha despertat més interès per aquest àmbit i, conseqüentment, m'ha motivat a aprofundir en el tema mitjançant la documentació amb fonts bibliogràfiques i a realitzar un estudi empíric sobre aquesta patologia.

D'altra banda, penso que en el tractament d'aquests trastorns s'ha d'anar més enllà, aportant una visió holística i tenint en compte altres àmbits que es poden deteriorar durant el curs dels TCA. La majoria dels pacients de la UPA són noies que es troben a l'adolescència, una etapa del desenvolupament on es comença a formar la identitat sexual i on habitualment s'inicien les primeres experiències afectivo-sexuals (del Valle, 2018). Les relacions afectivo-sexuals són un dels temes més rellevants a aquesta etapa i dels que poden generar més dubtes, inseguretats, i malestar entre les adolescents.

Això em porta a pensar que les relacions afectivo-sexuals són una de les àrees que es poden veure afectades en el curs d'un TCA, i alhora, és un tema que encara ara és tabú i, conseqüentment, pot implicar que no es tingui suficientment en compte a l'hora de tractar un TCA. Tal com afirmen diversos estudis, existeix poca evidència empírica sobre la mesura en què les dones amb trastorns alimentaris presenten problemes d'intimitat i sexualitat (Castellini et al., 2012; Dunkley, Gorzalka, & Brotto, 2016; Pinheiro et al., 2010; Tolosa-Sola et al., 2017), tot i això, les investigacions recents mostren que hi ha correlació entre els TCA i diversos aspectes de la sexualitat com el deteriorament sexual, la insatisfacció sexual i la insatisfacció amb la imatge corporal (Castellini et al., 2012; Dunkley et al., 2016; Kluck, Garos, & Shaw, 2018; Pinheiro et al., 2010; Pujols, Meston, & Seal, 2010; Tolosa-Sola et al., 2017). El funcionament sexual poques vegades es considera un component important del tractament, excepte en el context d'abús sexual i antecedents de trauma (Castellini et al., 2012).

Nombrosos estudis han plasmat la importància de la salut sexual en la qualitat de vida de les poblacions clíniques (Pujols, Meston, & Seal, 2010), però són escassos els que han aprofundit en l'experiència afectivo-sexual d'aquests trastorns. És per això, que veig oportú la realització

d'aquest estudi, en el qual vull centrar-me a aprofundir en com experimenten un grup de dones de la UPA de la Clínica Bofill les relacions afectivo-sexuals.

## 1.2 CONTEXTUALITZACIÓ

La Unitat de Patologies Alimentàries (UPA) està situada a la Clínica Bofill de Girona. Es tracta d'un hospital de dia on hi treballa un equip interdisciplinari format per quatre psicòlegs i una psiquiatra i que estan en estreta coordinació seguint un model psico-educatiu. El coordinador general és el Sr. Pau Chapur.

La UPA és un centre privat on si pot accedir mitjançant assegurances privades. També hi pot acudir qualsevol persona de manera privada que tingui la necessitat de rebre tractament per una patologia alimentària. El cost aproximat és d'uns 1200 euros al mes, un preu que es va reduint a mesura que s'avança en el tractament i disminueixen les hores que la pacient acudeix a la UPA. És important tenir en compte que la major part de l'import queda cobert per la seguretat social els dos primers anys de tractament si es justifica que la pacient està matriculada a un curs acadèmic. Una altra ajuda que es pot sol·licitar és la discapacitat, la qual també redueix l'import.

Tal com explica Chapur (2019), el primer contacte amb la UPA el realitzen els pares o alguna persona propera a la pacient i es concerta una primera entrevista. Aquesta primera entrevista és sempre amb els pares o tutors i a partir d'aquí es decideix si la pacient anirà a consultes externes o si és necessari ingressar a l'Hospital de dia. En cas d'ingrés, és per un mínim de sis mesos en règim d'Hospital de Dia de 9:00 a 18:00 i amb un control del tractament d'uns 4 o 5 anys.

Pel que fa al tractament, al principi és més conductual però a mesura que s'avança i que s'aconsegueix una rehabilitació nutricional, es basa en un tractament cognitiu i emocional. S'ha de tenir en compte també que encara que hi hagi conductes problemàtiques amb el menjar, la base del trastorn és emocional i, per tant, no es pot tractar només en l'àmbit d'alimentació.

Són pacients amb una autoestima molt baixa i molt exigents, amb inestabilitat emocional, amb tendència a l'aïllament, irritabilitat, amb símptomes depressius, entre d'altres, variables importants a tenir en compte en tot el procés de tractament.



Els pares són col·laboradors imprescindibles durant el tractament ja que, son els encarregats d'informar a la UPA de qualsevol conducta sospitosa de la pacient, d'estar al seu costat i donar-li suport. A més, comparteixen tot el procés de canvi i fan una continuïtat del procés quan la noia torna a casa. La UPA es basa sobretot en tractaments grupals, en grups d'autoajuda, de manera que el mateix grup serveix de suport, de reforç, pressiona i ajuda a explicar fets que potser individualment no explicarien. Serveix també per fomentar les relacions socials de les pacients, ja que solen estar molt deteriorades essent un punt important per a poder avançar en el tractament. També és una manera perquè les pacients es vegin reflectides amb experiències o sentiments d'altres pacients del grup i això els hi aporta seguretat, suport i comprensió. Tanmateix es duen a terme teràpies individuals en el cas que sigui necessari per a poder treballar les individualitats de cada noia. Es realitzen també teràpies familiars amb els pares i amb els germans. El pla terapèutic també inclou, a més de les mateixes teràpies, teatre, artteràpia i sortides conjuntes, tallers d'autoconeixement, reconeixement d'emocions i cohesió de grup, entre d'altres.

### **1.3 ELS TRASTORNS DE CONDUCTA ALIMENTÀRIA**

Cada vegada és més freqüent trobar-nos amb casos de trastorns de conducta alimentària al nostre voltant. L' Organització Mundial de la Salut ha ubicat els TCA entre les malalties mentals de prioritat pels nens i adolescents donat el risc que impliquen per a la salut (OMS, 2020). La gravetat de la seva simptomatologia i l'índex de cronificació, i fins i tot, en casos més greus, l'índex de mortalitat, és el més elevat de totes les psicopatologies (Vitiello & Lederhendler, 2000).

Els trastorns de la conducta alimentària (TCA) es caracteritzen per una alteració persistent en l'alimentació o en el comportament relacionat amb l'alimentació que porta a una alteració en el consum o en l'absorció d'aliments i que causa un deteriorament significatiu de la salut física o del funcionament psicosocial. Hi trobem els següents trastorns: La Pica, el Trastorn de rumiació, el Trastorn d'evitació/restricció de la ingesta d'aliments, l'Anorèxia nerviosa (AN), la Bulímia Nerviosa (BN) i el Trastorn per afartament (American Psychiatric Association, 2014).

L' AN es caracteritza per un desig irrefrenable d'estar prim, acompanyat de la pràctica voluntària de procediments per aconseguir-ho com ara una dieta restrictiva i conductes purgatives (vòmits autoinduïts, abús de laxants, ús de diürètics, etc.). Tot i la pèrdua progressiva de pes, les

persones afectades presenten una por intensa a tornar-se obeses. A més, presenten una distorsió de la imatge corporal, amb una preocupació extrema per la dieta, figura i pes, i persisteixen en conductes d'evitació (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya, 2009).

La BN és un TCA que es caracteritza per episodis d'afartaments (ingesta voraç i incontrolada), en els quals s'ingereix una gran quantitat d'aliment en poc espai de temps i generalment en secret. Seguidament hi ha un sentiment de culpa i vergonya i intenten compensar els efectes de la sobreingesta mitjançant vòmits autoinduïts i / o altres maniobres de purga (abús de laxants, ús de diürètics, dejuni o exercici excessiu) i mostren una preocupació excessiva pel pes i la figura. A la BN no es produeixen necessàriament alteracions en el pes, es pot presentar pes normal, baix o sobrepès (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009).

Esteve, Chapur, i Cornellà (2012) van dur a terme una investigació amb una mostra de dones de la província de Girona que van ser ateses des de l'any 2000 fins a principis del 2011 per la Unitat de Patologies Alimentàries (UPA) de la Clínica Bofill, a Girona. Van observar un elevat percentatge de pacients amb trastorns alimentaris (AN i BN) que presenten símptomes depressius (90,3%), baixa autoestima (89,5%), tendència a l'aïllament (78,1%), crisis d'angoixa (85,9%), irritabilitat (95,1%), inestabilitat emocional (93,4%) i autoexigència (77,1%). Per tant, a més dels criteris proposats pel DSM-V (2014), s'ha de tenir en compte que hi ha altres variables psicològiques i emocionals amb un pes important en els TCA.

Segons la *Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos de la Conducta Alimentaria del Sistema Nacional de Salud* (2009), on es realitza una revisió dels resultats presents a Espanya, es conclou que la població amb un major risc són les dones que es troben en la franja d'edat de 12 a 21 anys i s'obté una prevalença del 0,14% al 0,9% per l' AN, del 0,41% al 2,9% per la BN i del 2,76% al 5,3% en el cas dels TCANE. En total, es presenta una prevalença de TCA del 4,1% al 6,41%. Pel que fa als homes adolescents, tot i que no existeixen tants estudis, s'estima una prevalença del 0% en AN, del 0% al 0,36% per BN i del 0,18% al 0,77% pels TCANE, amb una prevalença total de 0,27 a 0,90 (Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques, 2009). Pel que fa a Catalunya, 28.000 adolescents i joves pateixen un trastorn de la conducta alimentària, com l'anorèxia o la bulímia i un 11% presenten símptomes d'alt risc de patir-los (Generalitat de Catalunya, 2017).

L'aparició de l' AN i la BN és major a l'adolescència (Currin, Schmidt, Treasure, & Jick, 2005; OMS, 2020) a causa de la magnitud dels canvis biològics, psicològics i de redefinició del paper social en aquesta etapa de la vida (Markey, 2010), associada a la preocupació pel culte a la bellesa.

L'etiologia d'un TCA és multifactorial, i s'hi troben involucrats tant factors sociocontextuals com psicològics, a més de biològics en la seva gènesi (Becker, Grinspoon, Klibanski, & Herzog, 1999). També intervenen factors de risc com són la genètica, canvis corporals a la pubertat, vulnerabilitat adolescents en els ideals de primesa, pressió social per ser prim, insatisfacció amb la imatge corporal, realitzar una dieta restrictiva, depressió i baixa autoestima (de Portela Santana, da Costa Ribeiro, Mora Giral, & Raich, 2012).

Tal com exposa Raich (2011), el detonant de l'aparició d'un TCA sol ser la realització d'una dieta per baixar de pes. El fet d'obtenir un reforçament positiu en sentir que ets capaç d'assolir les teves metes en termes de pèrdues de pes realitzant la dieta, provoca una sensació d'autocontrol i alhora, dificulta deixar aquesta dieta. És més, en casos com l'AN, cada vegada es proposen objectius de pes més baixos i són incapaces d'establir-se un límit. A vegades, es fa impossible seguir el control tan estricte que requereix menjar amb tan poca quantitat i en un moment donat, es perd el control i es fa un afartament. L'afartament consisteix en una ingesta d'aliments en grans quantitats i en poc temps i, sovint, es realitza d'amagat. Això genera un estat de malestar, de culpa i de vergonya i, com a conseqüència, es duen a terme mètodes compensatoris com poden ser vòmits autoprovocats, ús de laxants o excés d'exercici físic. A conseqüència de la contínua distorsió de la imatge i les ganes d'aprimar-se, es retorna a la dieta. En el moment en què apareixen els afartaments i els mètodes compensatoris parlem de BN.

El tractament d'un TCA és un procés llarg i costós, tot i això, sol donar resultats positius, sobretot si la persona es posa en mans d'equips especialitats en aquesta patologia. Una de les dificultats és la manca de consciència que sovint hi ha per part de la persona afectada, això implica que no identifica quines conseqüències negatives té el trastorn, i per tant, no és capaç d'assumir la necessitat de tractament ni els beneficis d'aquest, conseqüentment, es pot dificultar l'adherència al tractament. És per això que la família té un paper clau en tot el procés, sobretot per intentar que la persona, encara que al principi no col·labori, realitzi un tractament (ACAB, 2020).

### 1.3.1 CONSTRUCCIÓ SOCIAL DELS TCA

La noció de representació social ens situa en el punt on s'intercepten el fet psicològic i social, i concerneix la manera en què nosaltres, subjectes socials, aprenem els esdeveniments de la vida diària, les característiques del nostre medi ambient, les informacions que circulen en ell, a les persones del nostre entorn proper o llunyà. Aquest coneixement "espontani", "ingenu" (...) que habitualment es denomina coneixement de sentit comú, o bé de pensament natural, es constitueix a partir de les nostres experiències, però també de les informacions, coneixements i models de pensament que rebem i transmetem a través de la tradició, l'educació i la comunicació social. D'aquesta manera, el coneixement és socialment elaborat i compartit (Dorado Caballero, 2015). Així, es dona sentit a esdeveniments i actes que acaben essent habituals, i es forja les evidències de la nostra realitat consensuada, participa en la construcció social de la nostra realitat (Jodelet, 1986).

La nostra cultura, durant les últimes dècades del segle XX i el començament del segle XXI, s'ha caracteritzat pel culte al cos i la promoció d'uns ideals de bellesa que han influït de manera significativa en la gènesi de patologies com els trastorns de conducta alimentària (Behar, 2010).

Segons Raich (2001) les teories socioculturals estableixen que l'ideal estètic corporal proposat per la societat i massificat pels mitjans de comunicació, és internalitzat per la majoria de les dones de la cultura occidental a causa de l'elevada dependència existent entre autoestima i atractiu físic (Citat per Behar, 2010, p.320).

Els factors socioculturals constitueixen en gran manera uns dels aspectes fonamentals en el desenvolupament d'estereotips corporals. Un d'ells és el paper dels mitjans de comunicació que afavoreixen un excés de missatges publicitaris dirigits a crear, exhibir i perpetuar un arquetip ideal de bellesa que s'ha d'assolir (Behar, 2010). A més, promouen un ideal prim que genera insatisfacció corporal (Blaivas, Levine, & Murnen, 2002). En conseqüència, uns dels efectes dels mitjans de comunicació sobre la imatge corporal és que la relacionen amb l'èxit social i això fomenta el desig de canviar la imatge corporal perquè s'adeqüi als estàndards de bellesa socialment acceptats (Behar, 2010).

Segons Behar (2010), ens trobem en una societat basada en dicotomies on s'obvia tot el gran ventall de possibilitats i només es tenen en compte els dos extrems. Aquestes imatges dels medis de comunicació on reforcen l'ideal qualificant-lo dicotòmicament com a acceptable o inacceptable incideix freqüentment a l'autoestima. De tal manera que, la figura esvelta es valora positivament com a sinònim d'èxit, poder, validesa, atractiu i intel·ligència. Per contra,

s'atribueix una visió negativa del cos gras, com una malaltia, lletgesa, debilitat, incapacitat i ineficiència i es discriminen als subjectes amb sobrepès o obesos.

L'autora afirma que la família i les amistats també tenen un pes important en la internalització d'aquest ideal de bellesa. La família ensenya des de ben aviat els seus propis paràmetres estètics o comportamentals. La individualització de la pressió social per un cos esvelt ve donada en moltes ocasions pel mateix grup familiar, que comenta implícitament o explícitament la importància de l'aparença prima, reforça les conductes de dieta i estimula el seu seguiment o rebutja el sobrepès o l'obesitat.

#### 1.4 TCA I RELACIONS AFECTIVO-SEXUALS

Les relacions afectivo-sexuals en pacients que pateixen un TCA és un àmbit vagament explorat, hi ha poca evidència empírica (Castellini et al., 2012; Dunkley et al., 2016; Pinheiro et al., 2010; Tolosa-Sola et al., 2017). A més, els pocs estudis existents no tenen en compte una visió àmplia de les relacions afectivo-sexuals, centrant-se només en la sexualitat (Lameiras, 2001).

Les investigacions realitzades mostren que hi ha correlació entre els TCA i diversos aspectes de la sexualitat com el deteriorament sexual, la insatisfacció sexual i la insatisfacció amb la imatge corporal (Castellini et al., 2012; Dunkley et al., 2016; Kluck et al., 2018; Pinheiro et al., 2010; Pujols et al., 2010; Tolosa-Sola et al., 2017). També s'exposen diferències entre els subtipus de TCA, relacionant l' AN amb més pèrdua de libido (Pinheiro et al., 2010) que BN i TCANE.

Els símptomes de la insatisfacció corporal i els TCA presenten diferents associacions amb la sexualitat, en funció del diagnòstic del trastorn alimentari. Alguns autors van reportar que els subjectes amb tipus restrictiu d'anorèxia mostraven una associació més forta entre la preocupació de la figura i la disfunció sexual, mentre que a la bulímia nerviosa i el tipus d'anorèxia purgativa, hi va haver una associació negativa significativa entre la gravetat del TCA i l'índex de la funció sexual de la dona (Castellini et al., 2012, Rosen et. al., 2000).

Els estudis publicats també relacionen l'anorèxia amb una major pèrdua de libido (Pinheiro et al., 2010). Les dones amb BN reporten una edat més primerenca de relacions sexuals, més parelles sexuals i un desig i fantasia sexual més elevat comparat amb AN restrictiva (Morgan, Wiederman, & Pryor, 1995; Wiederman, Pryor, & Don Morgan, 1996). A més, les dones amb BN amb una alta insatisfacció corporal experimenten menys desig sexual (Gonidakis, Kravvariti, & Varsou, 2015).

Malgrat les múltiples complicacions i disfuncions sexuals causades per la presència d'un trastorn alimentari, rarament es parla de la sexualitat com un element important del tractament del trastorn alimentari fora dels paràmetres del trauma i l'abús sexuals (Pinheiro et al., 2010).

Només quan ens donem permís per explorar i descobrir-nos a nosaltres mateixos com a persones sexuals (incloent-hi valors, capacitat d'intimitat emocional, orientació, límits i sensualitat), podem viure autènticament el nostre jo veritable i participar en relacions íntimes amb els altres (Verwey, 2016).

#### **1.4.1 IMATGE CORPORAL**

La construcció de la imatge corporal és un fenomen social i està subjecte a canvis per la influència sociocultural (Goldschmidt, Aspen, Sinton, Tanofsky-Kraff, & Wilfley, 2008). Per a Chávez (2004), la imatge corporal representa una construcció social amb referents biològics, psicològics, econòmics i socioculturals, pel que espais culturals diversos donen lloc a patrons estètics corporals específics per a cada un.

Aquest concepte fa referència a la manera en què un percep, imagina, sent i actua respecte a el seu propi cos (Rosen, 1996). Aquesta definició contempla els aspectes perceptius i els aspectes subjectius: satisfacció o insatisfacció, preocupació, avaluació cognitiva, ansietat i aspectes conductuals (Seijo, 2016).

La insatisfacció amb la imatge corporal va ser definida per Thompson (1992) com un estat persistent d'insatisfacció i preocupació relacionat amb algun aspecte de l'aparença física. És una preocupació comuna entre els adolescents, especialment en les noies a l'inici de la pubertat. L'adolescència és el període de formació de la identitat i de canvis físics de gran magnitud (Markey, 2010), especialment, quan es combinen amb l'aspiració dels adolescents de ser acceptats, poden desencadenar processos de comparació del seu cos amb persones de la seva condició social o amb els mitjans de comunicació (Neumark-Sztainer, Paxton, Hannan, Haines, & Story, 2006; Xu et al., 2010).

En aquesta etapa, de la pubertat fins a la primera edat adulta, també es reflecteix un moment en què apareixen característiques sexuals secundàries i es fan exploracions de relacions íntimes, sexualitat i activitat sexual (McElwain, Kerpelman, & Pittman, 2015; Tolman & McClelland, 2011).

Una manifestació extrema d'insatisfacció amb la imatge corporal és present sovint en dones amb TCA, on la seva distorsió, condueix a comportaments alimentaris patològics (Stice, 2002). És a dir, està fortament associada a la patologia alimentària (Tolosa-Sola et al., 2017) i alhora, també a les relacions afectivo-sexuals. Segons Pujols, Meston i Seal (2010), els sentiments o percepcions sobre el cos d'un mateix sovint estan influenciats per les visions socioculturals i intrapersonals i poden afectar tant les experiències sexuals com la satisfacció d'aquestes experiències.

El lloc hegemònic que té la insatisfacció amb la imatge corporal en les dones amb TCA i el seu paper de modular l'autoconcepte i l'autoestima necessàriament mediatitzaran la manera com les persones interactuen i es comuniquen en les seves relacions afectives i socials. Precisament, l'acceptació de la imatge corporal emergeix com un element central en el desenvolupament de relacions afectivo-sexuals satisfactòries. I és que, qui no està reconciliat amb la seva figura corporal i, en última instància, autoagreeix el seu cos, sembla difícil que pugui relacionar-se positivament amb els altres. Com a conclusió, podem dir que la sexualitat és un llenguatge "corporal" i la insatisfacció amb el cos limita la seva potencialitat comunicativa (Lameiras, 2001).

Investigacions prèvies han demostrat la relació entre la insatisfacció corporal i la sexualitat (Pinheiro et al., 2010; Pujols et al., 2010; Seeger, Braus, Ruf, Goldberger, & Schmidt, 2002; Tolosa-Sola et al., 2017). Una possible explicació podria ser la troballa de Dunkley, Gorzalka i Brotto (2016) en la qual en la mesura que les dones estaven més insatisfetes amb el seu cos, també augmentava la presència de distraccions relacionades amb el cos durant l'activitat sexual.

#### **1.4.2 AUTOESTIMA**

Un dels aspectes més importants en els trastorns alimentaris és l'autoestima. Diversos autors afirmen que la baixa autoestima és un dels principals símptomes presents en les persones diagnosticades amb TCA (Esteve, Chapur, & Cornellà, 2012; Rosen & Ramirez, 1998; Toro, 1996), i aquesta s'expressa com a inseguretad, falta d'aprovació i de respecte cap a elles mateixes (Rosen & Ramirez, 1998; Toro, 1996).

Segons Robson, l'autoestima és "un sentiment de satisfacció i autoacceptació que resulta de la valoració d'una persona de la seva vàlua, atractiu, competència i capacitat per satisfer les seves aspiracions" (Robson, 1989).

En una revisió, Ghaderi va concloure que la baixa autoestima, juntament amb altres factors, no només posa en risc a les dones a patir en major mesura un trastorn d'alimentació, sinó que també serveix per mantenir un trastorn alimentari. Diversos informes avalen l'afirmació que sovint hi ha una baixa autoestima abans del desenvolupament d'un trastorn alimentari, i que aquesta, és un factor de risc significatiu tant per a la bulímia com per a l'anorèxia (Ghaderi, 2001).

Altres investigacions han evidenciat que l'autoestima és la variable que es relaciona amb més intensitat amb la preocupació per la figura corporal en tota la mostra (Lora & Valdés-Díaz, 2019) i la baixa autoestima com a mediador entre la insatisfacció corporal i el desordre de comportament alimentari (Brechan & Kvaem, 2015). També s'ha relacionat amb diversos resultats de disfunció sexual (Seal, Bradford, & Meston, 2009; Seal & Meston, 2007).

Per tant, es posa de manifest la importància d'abordar la satisfacció corporal i l'autoestima en les relacions afectivo-sexuals en dones amb trastorns de conducta alimentària.

### **1.4.3 EDUCACIÓ AFECTIVO-SEXUAL**

Alguns estudis han plasmat la importància de la salut sexual en la qualitat de vida de les poblacions clíniques (Pujols et al., 2010). Per exemple, en una revisió sobre sexualitat positiva i l'impacte que té en el benestar de les persones, es conclou que les experiències i els aspectes positius de la sexualitat estan lligats a un ampli ventall de resultats en salut (Anderson, 2013).

Barranco (2001) expressa que l'educació sexual és la part de l'educació general que incorpora els coneixements bio-psico-socials de la sexualitat, com una part de la formació integral de l'educació. És per això, que per educar a les joves en la sexualitat no s'ha d'obviar l'afectivitat, ja que també representa un aspecte de gran importància. La informació ha de ser rigorosa, objectiva i completa biològicament, psíquic i social, entenent la sexualitat com una comunicació humana i font de salut, plaer i afectivitat, donat que són conceptes que no s'haurien de separar si pretenem construir una societat en la qual tant dones com homes puguem conviure en igualtat i sense discriminacions (Sag Legrán, 2009). Per aquest motiu, parteixo d'un model més integral, que ressalti la importància de la responsabilitat per gaudir d'una vida sexual, sana i positiva i que neix de la necessitat de conèixer, acceptar el propi cos i descobrir totes les possibilitats desconegudes i enriquidores que ofereix (March, García-España, & Hernán, 1995).



Tal com diu García (2019) s'ha de treballar per trencar dicotomies i transformar-les en continus que abastin totes les sexualitats, lliures de pressions socials, que condicionen la nostra acceptació, lligada a l'íntim, personal o important que és escollir com volem expressar-nos eròticament (sempre que escollim expressar-nos) sense que sigui susceptible de generar complexos emmarcats en els paràmetres de l'ideal de bellesa que defineix la cultura occidental (García, 2019).

D'acord amb l'anteriorment exposat, proposo una línia de treball basada en evidències que afirmen que existeix una correlació significativa entre els trastorns de conducta alimentària i les relacions afectivo-sexuals. Així doncs, veig convenient aprofundir en com perceben i experimenten les relacions afectivo-sexuals pacients amb TCA per a posteriorment contemplar la necessitat de promocionar l'educació afectivo-sexual a través de la creació d'espais per a tractar el tema, per aportar una millora en la seva qualitat de vida.

## **2 OBJECTIUS**

El present treball té com a objectiu principal:

- Aprofundir en la construcció de les relacions afectivo-sexuals d'una mostra de dones amb TCA de la UPA de la Bofill.

Objectius específics:

- Descriure les relacions afectivo-sexuals en relació al moment del tractament
- Veure els diferents conceptes sobre relacions afectivo-sexuals segons l'edat

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 DISSENY DE L'ESTUDI**

Tenint en compte els objectius proposats, s'ha vist oportú utilitzar una metodologia qualitativa, de manera que es pugui aprofundir en l'experiència viscuda pels subjectes i en els seus significats. Segons la definició proposada per Merriam (2009), els investigadors qualitativs s'interessen en la comprensió del significat que les persones han construït, essent això, com les persones donen sentit al seu món i a les experiències que hi han tingut. És per això, que s'opta per dur a terme una aproximació qualitativa com la més adequada per aquest estudi.

#### **3.2 POBLACIÓ D'ESTUDI I SELECCIÓ DE LA MOSTRA**

Es realitza una selecció de conveniència de la població d'estudi, ja que està limitat al dur-se a terme en la continuïtat de les pràctiques.

En un primer moment es pretén seleccionar la mostra independentment de l'edat i del moment del tractament en el qual es troben les participants. Tot i això, i tenint en compte els suggeriments dels psicòlegs de referència de la Unitat de Patologies Alimentàries (UPA) de la Clínica Bofill, s'opta per tenir en compte els següents criteris d'inclusió i exclusió per tal de constituir la mostra d'estudi:

S'utilitzen com a criteris d'inclusió:

- Estar d'acord en participar en l'estudi
- Tenir com a mínim 20 anys
- Estar en un moment avançat del tractament per TCA en el moment actual, a la UPA de la Clínica Bofill de Girona
- Haver tingut en el passat o tenir actualment relacions afectivo-sexuals

Els criteris d'exclusió son els següents:

- No estar a favor de la participació a l'estudi
- Tenir menys de 20 anys
- Estar en una fase molt inicial del tractament per TCA a la UPA en el moment actual
- Expressar no haver tingut ni tenir relacions afectivo-sexuals

Finalment, la mostra és accidental i està constituïda per un total de 8 dones, de 20 a 33 anys que actualment estan realitzant un tractament a la UPA de la Clínica Bofill de Girona i que volen formar part de l'estudi.

### 3.3 INSTRUMENTS I TÈCNiques D'ESTUDI

Per tal d'assolir els objectius proposats, s'opta per utilitzar l'entrevista qualitativa perquè és una tècnica adequada per a la investigació de les representacions socials individuals, així com per l'estudi de la interacció entre les "constitucions psicològiques personals i conductes socials específiques" (Alonso, 1998, p.77).

Al llarg de la investigació, s'assumeix en tot moment el punt de vista de Trindade (s.d.) segons el qual no hi ha res més imprescindible i invaluable en tota entrevista que una escolta atenta i molt especial en aquestes veus que els subjectes ens brinden, ens regalen, perquè són aquestes veus les que ens portaran pel camí que ens permet interpretar i comprendre les diversitats en les seves formes de viure, de fer i valorar aquestes realitats que, en la major part de les vegades, són molt diferents entre els investigadors i els investigats.

Les entrevistes semiestructurades presenten un major grau de flexibilitat que les estructurades, pel fet que parteixen de preguntes planejades, que poden ajustar-se als entrevistats. El seu avantatge és la possibilitat d'adaptar-se als subjectes amb enormes possibilitats per motivar a l'interlocutor, aclarir termes, identificar ambigüitats i reduir formalismes (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013). Es considera que les entrevistes semiestructurades són les que ofereixen un grau de flexibilitat acceptable, a la vegada que mantenen la suficient uniformitat per assolir interpretacions acords amb els propòsits de l'estudi (Díaz-Bravo et al., 2013).

Adicionalment es realitza un grup de discussió entre les participants de manera que permeti aprofundir en la construcció de les relacions afectivo-sexuals de la mostra en un ambient lliure de judicis, basat en el respecte mutu entre les companyes.

### 3.4 CONSIDERACIONS ÈTIQUES

Es garanteix en tot moment l'anonimat així com la confidencialitat de les dades de les participants, també l'ús de les dades per a únicament fins acadèmics.

Altrament, es té en compte la participació voluntària de les pacients, així com la possibilitat d'abandonar el procés en tot moment. D'altra banda, els aspectes sorgits durant les entrevistes es treballen, si escau, de manera més individualitzada a les teràpies de la UPA, proporcionant així, un espai individual a les participants per expressar-se sobre temes que apareixen durant la realització del treball.

Es proporciona un consentiment informat que es pot trobar a l'Annex.

### 3.5 PROCEDIMENT

El procediment del present treball s'ha dut a terme en base al següent cronograma:

	Oct.	Nov.	Des.	Gen.	Feb.	Març	Abr.	Maig	Juny
Descobrimet objecte d'estudi									
Recerca bibliogràfica									
Entrevista participants									
Grup discussió pilot									
Anàlisi dels resultats									
Lliurament i presentació TFG									
Tutories grupals									

#### 3.5.1 DESCOBRIMENT DE L'OBJECTE D'ESTUDI

Durant la realització de la optativa de Trastorns de la Conducta Alimentària i seguidament l'estada de pràctiques a la UPA de la Clínica Bofill de Girona, s'ha generat interès per aprofundir més en les patologies alimentàries, concretament en com viuen les relacions afectivo-sexuals les pacients. Un dels motius és el fet que ha sigut un dels principals temes sorgits durant les teràpies i que sovint, causen malestar a les noies, sobretot pel fet que es troben en l'adolescència i és el moment on comencen a tenir les primeres experiències afectivo-sexuals.

L'interès també sorgeix en veure que encara és un tema tabú, sobretot entre algunes de les pacients, que eviten parlar-ne a teràpia i prefereixen tractar el tema de manera individual amb un terapeuta.

És a partir d'aquí que es descobreix l'objecte d'estudi i es dona peu a començar amb l'aprofundiment d'aquesta temàtica.

### **3.5.2 RECERCA BIBLIOGRÀFICA**

Es realitza una cerca bibliogràfica per explorar i documentar sobre les relacions afectivo-sexuals en persones amb patologies alimentàries, així com per conèixer quina és la situació actual de la temàtica d'estudi.

La recerca es dur a terme en les bases de dades PubMed, Elsevier, Dialnet, entre d'altres, així com en pàgines web especialitzades i revistes.

D'aquesta manera es comença a indagar sobre l'objecte d'estudi i es crea un marc teòric de referència per tal de basar en ell posteriorment, el treball de camp.

### **3.5.3 ENTREVISTA A LES PARTICIPANTS**

A fi de poder aprofundir en la construcció de les relacions afectivo-sexuals de la mostra, es duu a terme una entrevista semiestructurada a les 8 participants individualment.

Per tal de construir l'entrevista, s'elaboren unes dimensions bàsiques a partir de la prèvia revisió bibliogràfica, amb les quals s'elaboren les preguntes que conformen el guió de l'entrevista (Lameiras, 2001; Pinheiro et al., 2010; Pujols et al., 2010; Rosen & Ramirez, 1998; Tolosa-Sola et al., 2017; Toro, 1996; Verwey, 2016).

Les dimensions són les següents:

- Percepció del concepte relació afectivo-sexual
- Percepció del concepte plaer
- Percepció del concepte orgasme
- Valoració de l'experiència afectivo – sexual

- Autoestima
  - o Inseguretat
  - o Falta d'aprovació i respecte cap a un mateix
- Imatge corporal
- Afectació del trastorn de conducta alimentària en les relacions afectivo-sexuals

Les tres primeres dimensions fan referència a la percepció de conceptes clau en la temàtica de les relacions afectivo-sexuals, per tal d'indagar com entenen elles aquests termes. La següent dimensió busca aprofundir en l'experiència de les relacions afectivo-sexuals de la mostra, per conèixer si hi ha hagut canvis en la seva sexoafectivitat, si estan satisfetes o insatisfetes amb les relacions afectivosexuals passades i presents, com vivien elles les relacions afectives i sexuals abans de formar part del tractament psicològic de la UPA i si aquest ha suposat canvi en elles, etc. La cinquena dimensió fa referència a l'autoestima, per tal d'aprofundir en si hi ha aspectes com inseguretats, pors, vergonyes que dificulten aquestes relacions, així com si és present la falta d'aprovació i respecte cap a un mateix. També per veure si s'han donat canvis en l'autoestima al llarg del tractament i de l'evolució de la malaltia. La sisena dimensió aprofundeix en la imatge corporal i, en cas d'insatisfacció amb ella, si aquesta dificulta o limita l'autoconeixement sexual a causa del rebuig al propi cos. Per acabar, l'última dimensió pretén conèixer la percepció que tenen de la seva experiència en les relacions afectives i sexuals en relació amb el trastorn de conducta alimentària pel qual estan en tractament.

En base a les dimensions exposades, s'han construït les següents preguntes per l'entrevista:

#### **Percepció de concepte relació afectivo-sexual**

1. Què entens per relacions afectivo-sexuals?

#### **Percepció de concepte plaer**

2. Què entens per plaer?

#### **Percepció de concepte orgasme**

3. Què entens per orgasme?

#### **Valoració de l'experiència afectivo-sexual**

4. Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals? Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?

## **Autoestima**

### **Inseguretat**

5. Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?

### **Falta d'aprovació i respecte cap a un mateix**

6. Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana? Ho tens en compte quan en tens una?
7. Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit? Per què?

## **Imatge corporal**

8. Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè? Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?
9. Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?

## **Afectació del TCA en les relacions afectivo-sexuals**

10. Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivo-sexuals? De quina manera?

A causa de la situació actual viscuda pel Covid-19, no és possible realitzar l'entrevista presencialment i, s'opta per utilitzar la plataforma de videoconferències Zoom. Les entrevistes tenen una durada aproximada de mitja hora.

L'entrevista és enregistrada per a ser transcrita posteriorment amb l'objectiu de poder analitzar les dades obtingudes.

Per garantir l'anonimat i confidencialitat de les participants, seran anomenades: Entrevistada 1, Entrevistada 2, Entrevistada 3, Entrevistada 4, Entrevistada 5, Entrevistada 6, Entrevistada 7 i Entrevistada 8.

#### 3.5.4 GRUP DISCUSSIÓ PILOT

Es duu a terme un grup de discussió pilot per tal d'aprofundir més en la temàtica. Ara bé, aquest es realitza prèviament a l'anàlisi de les dades obtingudes amb l'entrevista i, per tant, sense considerar amb totalitat les conclusions extretes dels resultats. A través del grup, es pretén reunir a les participants per trobar un espai compartit on totes elles puguin expressar-se lliurement i debatre amb la seva experiència en les relacions afectivo-sexuals i en la sexualitat.

L'elecció d'aquesta tècnica de recollida d'informació es fonamenta en les possibilitats que ofereix per tal que les persones expressen amb llibertat i espontaneïtat les seves pròpies idees i opinions, quedant la figura de la investigadora diluïda en el procés de la recollida d'informació (Palou, 2013).

El grup, així com en el cas de l'entrevista, es veu obligat a dur-se a terme amb del programa Zoom, a través d'una videoconferència a causa de la situació actual. Les participants que conformen el grup són 11, de les quals, 8 van ser entrevistades prèviament. Una de les terapeutes de la UPA exerceix com a moderadora, i jo adopto el rol de redactora, és a dir, tinc el paper d'observadora i prenc notes dels aspectes rellevants que sorgeixen al llarg de la sessió.

Per tal de tenir un registre de la informació obtinguda en la realització del grup, s'escriuen anotacions de les aportacions rellevants de les participants. El grup es duu a terme amb el consentiment previ de totes les participants i dels psicòlegs de referència de la UPA. En tot moment es garanteix la confidencialitat i anonimat de les dades, així com l'ús únic d'aquestes per a fins acadèmics.

#### 3.5.5 ANÀLISI DADES

Un cop obtinguda la informació a través de les entrevistes, es procedeix l'anàlisi pertinent de la informació extreta.

Prèviament a l'anàlisi, i amb la recollida de les dades, es replantegen els objectius específics de l'estudi, ja que les dades recollides finalment no propicien aquests objectius. Les edats de la mostra es troben compreses entre els 20 i els 33 anys i, per tant, totes es troben dins l'etapa vital de principi de l'edat adulta i no es contempen diferències respecte a les relacions afectivo-sexuals en aquestes edats. D'altra banda, pel que fa al moment del tractament en el qual es



troben, la majoria està entre nivell 3 i nivell 4, és a dir, no es troben en les fases inicials del tractament. Aquest fet dificulta poder explorar si hi ha diferències en la percepció de les participants de les relacions afectivo-sexuals segons el moment del tractament.

D'acord amb l'exposat, els objectius específics es replantegen de la següent manera:

- Indagar quina és la percepció dels conceptes: relació afectivo-sexual, plaer i orgasme
- Aprofundir en la valoració de l'experiència afectivo-sexual
- Conèixer com afecta l'autoestima en les relacions afectivo-sexuals
- Explorar la implicació de la imatge corporal en les relacions afectivo-sexuals

Per tal de dur a terme l'anàlisi de les dades recollides, es realitza un anàlisi de contingut categorial, una tècnica d'investigació que ens permet sistematitzar informació (Vázquez, 1996).

Tal com exposa Vázquez (1996), en l'anàlisi de contingut qualitatiu, el context ocupa un lloc central, ja que només mitjançant la seva consideració serà possible fer una interpretació. En referir-nos a context ho fem amb un doble sentit. Per un costat, el context del text, per un altre, el context social. És a dir, les condicions que fan possible que aquest text es produeixi i com es produeix. El funcionament de l'anàlisi de contingut categorial parteix de dades textuais, i es tracta d'anar descomponent el text en unitats, per a, posteriorment, procedir al seu agrupament en categories seguint el criteri d'analogia, és a dir, considerant les similituds o semblances que existeixen entre aquestes en funció de criteris preestablerts segons els objectius d'investigació.

Segons el mateix autor, a l'anàlisi de contingut categorial es poden diferenciar tres etapes consecutives i recursives: Etapa de preanàlisi, etapa de codificació i etapa de categorització.

A continuació es descriuen les dades referents als participants i les diferents etapes realitzades en la investigació:

### **DADES**

Les entrevistes es realitzen a pacients de la UPA de la Clínica Bofill. La composició i les característiques del *corpus* és la següent:

<b>PARTICIPANTS</b>	<b>GÈNERE</b>	<b>EDAT</b>	<b>NIVELL DE LA UPA</b>
Entrevistada 1	Dona	20	3
Entrevistada 2	Dona	24	4
Entrevistada 3	Dona	28	4
Entrevistada 4	Dona	33	4
Entrevistada 5	Dona	21	Pre-alta

Entrevistada 6	Dona	25	4
Entrevistada 7	Dona	22	4
Entrevistada 8	Dona	32	2

## **REALITZACIÓ DE L'ANÀLISI**

### **1. Etapa de preanàlisi**

Ve definida pel procés d'organització del material que es vol analitzar. És l'etapa en la qual es dissenyen i defineixen els eixos del pla que permetrà examinar les dades i realitzar l'anàlisi de contingut. Es realitza una definició operativa i sistematitzada de les dimensions que es pretenen estudiar i que justifiquen la realització de l'anàlisi. Es tenen en compte els objectius de la investigació i de l'anàlisi (Vázquez, 1996).

En el present estudi, primerament s'organitzen els materials obtinguts, és a dir, les transcripcions i anotacions, de les entrevistes i del grup de discussió. Seguidament es realitzen lectures successives dels materials per tal de familiaritzar-nos amb ells, extreure orientacions inicials sobre el contingut dels documents.

### **2. Etapa de codificació**

Es correspon a l'anàlisi del material. El procés consisteix a operar una transformació de "dades brutes" (el material original) a "dades útils" (resultats de l'anàlisi en funció dels objectius establerts). S'ha de procedir a una organització prèvia de la codificació, per a fer-ho, és necessari realitzar dues operacions: fragmentació del text i catalogació dels elements (Vázquez, 1996).

Pel que fa a la fragmentació del text, s'utilitza el criteri semàntic, tenint en compte els ítems clau obtinguts a partir de la prèvia revisió bibliogràfica i els objectius marcats.

En la catalogació es parteix de les unitats, dels segments de contingut obtinguts i s'apliquen unes pautes que ens permeten ordenar-les per a la posterior categorització (Vázquez, 1996). En el nostre cas, les unitats de les quals es parteix són, tal com s'ha esmentat anteriorment, les preguntes de l'entrevista. Seguidament s'estableixen diverses unitats de registre que posteriorment són categoritzades.

Les pautes aplicades en el treball per a la categorització són:

- Presència: es pretén aprofundir en la construcció de la mostra en relació a la seva experiència en les relacions afectivo-sexuals, i per tant, es considera rellevant tot el que expressen referent a l'objecte d'investigació.

- Freqüència d'aparició: es consideren importants aquelles unitats que apareixen repetidament.
- Direcció valorativa: es té en compte el posicionament respecte a la qüestió tractada, és a dir, si s'expressa una valoració favorable, desfavorable o neutre.

### 3. Etapa de categorització

En aquesta etapa es pretén organitzar i classificar les unitats obtingudes a partir de criteris de diferenciació amb la finalitat de poder obtenir una visió condensada de les dades amb les quals estem treballant. El criteri utilitzat per a fer la categorització és el semàntic, és a dir, agrupar les unitats per similitud pel que fa al seu significat (Vázquez, 1996).

L'autor De Andrés (2000), exposa que per a la construcció de categories es pot partir de categories definides a priori a partir del marc conceptual previ que s'expressa en els temes que han construït l'instrument de recollida de dades. També es pot realitzar una categorització oberta construint les categories al mateix temps que es realitza l'anàlisi, entenent-les com a provisionals que es van consolidant en el procés d'anàlisi. Per acabar es poden construir d'una forma mixta partint de categories àmplies a priori que es van modificant i ampliant a partir de l'aplicació a un text concret.

Segons el mateix autor, un dels criteris que s'han de tenir en compte en la construcció de categories és que siguin exhaustives, tota la informació rellevant es pot incloure en alguna categoria; i que les categories siguin mútuament excloents, cada unitat d'informació s'inclou en una sola categoria, encara que un mateix fragment pugui referir-se a diferents àmbits temàtics (De Andrés, 2000).

Així doncs, pel present estudi, es procedeix a la categorització mixta, proposada per De Andrés (2000), de manera que es parteix d'unes categories àmplies a priori definides segons les dimensions obtingudes del marc teòric i utilitzades per a l'elaboració de l'entrevista. Aquestes categories s'han anat modificant i ampliant a mesura que avançava l'anàlisi de les dades i sempre tenint en compte els objectius de l'estudi.

S'elabora una taula amb les categories àmplies definides a priori i es comencen a redefinir les categories i subcategories a partir de les unitats de registre extretes a partir de la fragmentació realitzada prèviament a l'etapa de codificació, és a dir, a partir de les respostes a les preguntes de l'entrevista.

Pel que fa a les tres primeres categories sobre la percepció dels conceptes relació afectivo-sexual, plaer i orgasme, es pretén conèixer com entenen elles els termes i utilitzar-ho a mode introductori de l'entrevista. És per això que se'n fa una anàlisi a part de la resta de categories.

En relació al grup de discussió pilot, no s'ha considerat pertinent per la seva naturalesa, realitzar un anàlisi.

## 4 RESULTATS

L'anàlisi permet aprofundir en les experiències afectives i sexuals de la mostra. Si bé les participants expressen les seves vivències envers la sexoafectivitat en relació amb el TCA de diverses maneres, es revelen aspectes comuns en aquestes experiències.

Primerament, a partir de les tres primeres categories se n'extreu que la majoria de les participants consideren les relacions afectivo-sexuals com una relació composta per atracció sexual i afecte. De la mateixa manera, gairebé tota la mostra coincideix en el fet que les persones implicades són dues, concretament una parella.

Pel que fa a la percepció del concepte plaer, el defineixen amb sinònims o termes amb similitud semàntica com ara satisfacció, gaudir, benestar o estar a gust. Trobem tres participants que expressen que existeixen molts tipus de plaer, així com només una de les participants esmenta que aquest plaer pot fer referència a estats físics o mentals.

En referència al concepte orgasme, totes les participants coincideixen en considerar-ho el punt àlgid, la culminació, el màxim estat i excés de plaer. Tres de les dones també el consideren amb relació amb l'acte sexual. Una participant expressa el concepte emoció en relació a l'orgasme i una altra ho fa com a felicitat.

A partir de l'anàlisi categorial elaborat prèviament de la resta de preguntes de l'entrevista, s'obtenen les següents categories i subcategories amb les respectives unitats de registre:

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNITATS D'ANÀLISI
<b>Rebuig a la sexualitat</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rebuig a parlar de sexualitat</li> <li>- Judicis cap a la sexualitat</li> <li>- Tabú de la sexualitat</li> </ul>
<b>Aspectes d'una relació sana</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicació</li> <li>- Conformitat de les parts implicades en la informació comunicada</li> <li>- Llibertat</li> <li>- Confiança</li> </ul>
<b>Valoració de les relacions afectivo-sexual</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valoració + relació actual</li> <li>- Valoració – relació actual</li> <li>- Valoració – relacions passades</li> </ul>
<b>Autoestima</b>	Falta de respecte cap a una mateixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitat/incapacitat posar límits</li> <li>- Superposar necessitats altres</li> <li>- Valorar-se</li> </ul>
	Inseguretat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta iniciativa</li> <li>- Vergonya en les relacions íntimes</li> <li>- Inseguretat per falta d'experiència</li> <li>- Vergonya a mostrar el propi cos</li> </ul>
	Pors	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Por rebuig</li> <li>- Por a expressar-se</li> </ul>
<b>Autoconeixement sexual</b>	Masturbació	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rebuig a pràctica de masturbació per judicis</li> <li>- No pràctica de masturbació al tenir parella</li> <li>- Tabú associat a l'autoconeixement sexual</li> <li>- Importància percebuda de l'autoconeixement sexual</li> <li>- Vergonya en relació a la masturbació</li> <li>- No pràctica de masturbació per rebuig al cos</li> </ul>
	Aportació de l'autoconeixement sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Millora de la satisfacció sexual</li> <li>- Plaer</li> <li>- Relaxació</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estima al propi cos</li> <li>- Transmetre què agrada a nivell sexual</li> </ul>
<b>Imatge corporal</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacció imatge corporal</li> <li>- Rebuig al propi cos</li> <li>- Rebuig a deixar-se tocar el cos</li> <li>- Facilitat en mostrar el cos</li> <li>- Dificultat en mostrar la totalitat del cos</li> <li>- Comparació cos propi i de la parella</li> </ul>
<b>Insatisfacció sexual</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta d'orgasmes</li> <li>- Falta líbido</li> <li>- Pèrdua del plaer</li> <li>- Sequedat vaginal</li> <li>- Dolor</li> <li>- Necessitat de control</li> </ul>
<b>Pensaments</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensaments obsessius</li> <li>- Pensaments centrats en cos i menjar</li> <li>- Pensaments centrats en esport</li> <li>- Pensaments autolítics</li> </ul>
<b>Sentiments</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca de relacions arrel del sentiment de solitud</li> <li>- Percepció de dependència de la parella</li> <li>- Sentiment de frustració</li> <li>- Sentiment de malestar</li> </ul>
<b>Estat d'ànim</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canvis humor</li> <li>- Estat d'ànim baix comporta disminució libido</li> <li>- Importància de la consciència de l'estat anímic</li> </ul>
<b>Descobriments orientació sexual</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atracció pel mateix sexe</li> <li>- Experimentació amb persones del mateix sexe</li> </ul>
<b>Aportació del tractament a la UPA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canvi capacitat de posar límits</li> <li>- Capacitat reflexiva</li> <li>- Aportació d'autoconeixement personal</li> <li>- Millora de satisfacció sexual</li> <li>- Canvi personal</li> <li>- Disminució pensaments obsessius</li> </ul>

La primera categoria posa de manifest que algunes de les dones afirmen haver rebutjat en algun moment el fet de parlar de sexualitat o evitat qualsevol aspecte relacionat amb la sexualitat. També trobem una de les participants que relaciona aquest rebuig amb els judicis existents per part seva i de la seva família cap a la sexualitat i les seves dimensions. D'altra banda, en diverses ocasions les participants parlen de la sexualitat com a tabú.

Aquí podem veure una de les entrevistades afirmant:

“...jo vaig entrar a la UPA i a mi, més enllà de tinc novio casi que no es podia parlar perquè era en plan...a la que començaven a *“ens vam liar, i ell ho volia fer...i jo no ho volia fer...”* jo aquí ja em posava histèrica i qualsevol cosa que passés de *“Sí, m’agrada i ens hem liat”* ja fora, no ho volia ni sentir.” (Entrevistada 1)

Una altra de les participants expressant el rebuig a parlar de sexualitat:

“...em fa molta vergonya perquè jo aquests temes sexuals, jo fins entrar a la UPA, *osigui* fins començar a perdre la virginitat, jo era: *No, no, no, no vull sentir res!* I mira que tenia ja una edat, tenia 25, 26 anys, i era com no, no, no perquè em sentia guarra, i de tot. Inclús amb els preliminars al principi jo em sentia molt marrana perquè...és més jo sentia nenes més petites a la UPA dir *“posar dits”* i jo dir: *“Què és eso, por favor!?”* Era com que em parlaven a xino i a més a més, jo pensava: *Mai a la vida!”* (Entrevistada 4)

L’entrevistada 1 en relació al tabú de la sexualitat:

“I a mi és una cosa (la comunicació d’aspectes sexuals) que per molt que hi hagi moments que m’ha costat perquè és com vergonya, o tabú o no sabia com dir-ho....sempre ha sigut com aquestes coses es parlen.” (Entrevistada 1)

En preguntar a la mostra pels aspectes que elles consideren importants en una relació afectivo-sexual sana, pràcticament totes elles han esmentat la comunicació. La major part també ha relacionat la comunicació amb poder transmetre què t’agrada a l’altra part implicada en la relació afectivo-sexual, sobretot sexualment. Així mateix, algunes d’elles han parlat de conformitat per part de les parts implicades en la relació, llibertat i confiança per tal de tractar-se d’una relació afectiva i sexual sana.

Una de les entrevistades remarca la importància de la comunicació:

“Sobretot molta comunicació, penso. Molta, que no hi hagi tabús pel mig. Que es pugui dir: *doncs mira a mi em passa això, com ho veus tu? Què és el que t’agrada? Què no?* Sobretot això, comunicació. Això en l’àmbit més sexual.” (Entrevistada 6)

A continuació s' expressa la conformitat en les parts implicades en la relació:

“És una relació que es dona entre dues persones sempre hi quant les dues volen. No ha de ser una relació forçada, no ha de ser una relació ...bueno això, les dues persones han d'estar-hi d'acord.” (Entrevistada 7)

Pel que fa a la valoració de les participants de la seva experiència en les relacions afectivo-sexuals, cinc de les entrevistades valoren de manera negativa les seves relacions passades, en contraposició a les relacions actuals que majoritàriament les participants les valoren positivament. Alguna d'ella en el moment actual també valora negativament l'experiència en les relacions afectivo-sexuals.

La següent participant afirma:

“I amb la meva relació actual ara no canviaria res. Potser que jo soc una persona que fins que no guanyo confiança potser no em deixo anar tan. Potser a vegades és el deixar-me anar, el fet d'estar més controladora, més tensa i jo sé que soc molt controladora...però d'ara mateix no canviaria massa, més en el passat si.” (Entrevistada 2)

S'expressa la valoració negativa de l' experiència afectivosexual en el passat d'una de les entrevistades:

“L'experiència, sobretot al final de la relació va ser molt nefasta, molt, molt, molt (...) Jo per exemple l'any passat vaig tenir una relació, un rollo de 3, 4 mesos i va ser horrible, era incapaç.” (Entrevistada 8)

L'autoestima es pot apreciar com una categoria amb molt de pes en les relacions afectivo-sexuals de la mostra de dones amb TCA de la UPA. Totes les participants expressen en un o més moments de l'entrevista, diversos aspectes que es determinen com a subcategories de la categoria autoestima. Primerament emfatitzar que una major part de les entrevistades afirmen haver-se trobat en situacions on s'ha donat una falta de respecte cap a elles mateixes. Per exemple per la incapacitat o dificultat de posar límits en aspectes afectivosexuals amb la parella, per superposar les necessitats de l'altre o per no valorar-se.

Es pot apreciar la dificultat en posar límits, tal i com afirmen les següents participants:

“...molts moments d'estar com més pendent d'ell que de lo que estava pensant jo mateixa i lo que estava sentint jo mateixa...” (Entrevistada 1)



“Si que canviaria en alguns moments no haver-me obligat a fer segons què, o en algun moment haver-me respectat més perquè al final fas molt per complaure l’altre quan tu realment no estàs en un moment de voler fer res.” (Entrevistada 2)

Un altre aspecte molt lligat a l’autoestima són les inseguretats i les pors que expressen la majoria de les dones que conformen la mostra de l’estudi i que limiten o dificulten les relacions íntimes amb una altra persona. La principal inseguretat a la qual fan referència és la vergonya, ja sigui per la seva falta d’experiència, per mostrar la totalitat o part del seu cos o pel que pensarà la parella. D’altra banda, dues de les participants també exposen una falta d’iniciativa en les relacions íntimes. Les entrevistades també refereixen tenir pors que dificulten les relacions afectivo-sexuals, principalment por al rebuig i a expressar-se.

En paraules d’una de les dones entrevistades:

“Com que soc molt inexperta em fa vergonya el fet de pensar que soc inexperta, que no en ser i per tant m’han d’ensenyar, tinc por de ser com molt *torpe*, tinc por de no fer-ho bé i de què pugui pensar l’altre persona de mi....vull dir realment inseguretats si que n’hi ha bastantes.” (Entrevistada 7)

Una altre de les participant expressa:

“...la meva parella no sempre està disposada a tenir sexe i això a mi em crea moltes inseguretats i em deixa molt intranquil·la perquè ho associo a que no li agrado (...) i els meus pits em fan molta vergonya, bàsicament.” (Entrevistada 3)

En la categoria de l’autoconeixement sexual, s’han obtingut respostes diverses. Si bé algunes de les participants afirmen practicar la masturbació, una altra gran part de la mostra expressa un rebuig cap a la masturbació, ja sigui per vergonya, per judicis propis, pel tabú associat a la pràctica de la masturbació o pel fet de tenir parella. També vinculen el fet de no masturbar-se amb el rebuig cap al propi cos. D’altra banda, una de les participants afirma que l’ús de joguines sexuals li permet masturbar-se i gaudir.

En la següent afirmació es pot apreciar com una de les participants expressa no masturbar-se pel fet de tenir parella i per judicis propis envers la pràctica de la masturbació:

“Jo sincerament no soc una persona que m’he masturbat perquè realment jo a mi mateixa no m’he trobat el plaer. La veritat és que sempre he tingut parella, llavors tampoc ho he necessitat...i inconscientment potser jo sempre ho he jutjat una mica. “ (Entrevistada 2)

Una altra participant exposa els motius pels quals no es masturba:

“Al sentir jo que és la meva pròpia persona que m’està tocant és com ua...no! i li dic “*fes-ho tu*” perquè no ho ser...que em toqui ell no ho trobo de marrano, sinó que m’agrada que ell em doni plaer però jo a mi mateixa ho trobo de marrana (...) Jo per exemple dominar la mà de la meva parella no m’importa, és més, m’agrada. En canvi, jo notar de mi mateixa no, perquè no puc desassociar la mà amb el cos.” (Entrevistada 4)

Destacar també com l’ús de joguines sexuals, afavoreix la pràctica de la masturbació i permet gaudir a una de les entrevistades, la qual refereix un rebuig cap al seu cos:

“També és veritat que ara vaig amb el *Satisfyer* jajaja, però amb això del *Satisfyer* per exemple, clar, jo ara fa cosa d’un mes o així no volia que em toquessin ni amb un pal. Em costa molt que em toquin, per exemple m’han de posar crema i em costa molt que la meva mare me’n posi perquè és com un...no vull. Per mi ojalà no notés el meu cos i no ho notés..., però per exemple amb el *Satisfyer* he trencat una mica això de...osigui no em toco perquè no em puc tocar però si que noto plaer i em sento a gust.” (Entrevistada 8)

D’altra banda, es masturbin o no, totes les entrevistades coincideixen en atorgar importància al fet de conèixer-se sexualment. La majoria exposa que l’autoconeixement sexual aporta la capacitat per a poder transmetre a l’altra persona què t’agrada o que no. A més, trobem que algunes de les participants que afirmen masturbar-se, revelen que els hi aporta plaer, relaxació, una millora en la satisfacció sexual i estima cap al propi cos.

La següent participant expressa què li aporta l’autoconeixement sexual:

“Tens clar el que a tu t’agrada i li pots demanar a l’altre persona i és també com una manera de donar-li tranquil·litat a l’altre persona de que sàpiga si et fa això t’agrada i si et fa això no... la transparència aquesta que permet un vincle més gran en el sexe i que permet estar tranquil i disfrutar-ho més (...) Masturbar-me m’aporta plaer. Hi ha vegades que em relaxa.” (Entrevistada 3)

Un tema recurrent en les entrevistes ha sigut la imatge corporal, ja que és un dels aspectes entorn dels quals giren els trastorns de conducta alimentària, així com un terme rellevant en les relacions afectivo-sexuals. La majoria de les participants expressen haver estat o estar insatisfetes amb la imatge corporal, rebutjar el seu cos o part concretes del cos i, en conseqüència, negar-se a deixar-se tocar el cos. Tot i això, dues de les dones de la mostra expressen tenir facilitat per mostrar el seu cos. Per acabar, una de les entrevistades expressa

que compara el seu cos amb el de la seva parella. Les participants associen una major insatisfacció sexual amb els moments de major gravetat del TCA.

Una de les entrevistades afirma:

“Si jo estic molt centrada en una cosa, soc una mica exigent en tema feina i estudis, i si estic molt centrada i tinc el cap molt posat en una cosa no em poden ni tocar el cos. És com que ni em toquis, ni se’t acudeixi! Si jo estic malament amb el cos, o tinc un problema a casa, ni em toquis. No m’agrada gens i és algo que...o que em toquin el cos quan no estic bé m’entra fàstic. I tinc fàstic al meu cos, tinc fàstic i fàstic i li agafo fàstic a l’altre persona perquè em toca....” (Entrevistada 3)

Al preguntar a una de les dones si el fet de tenir una patologia alimentària ha afectat o afecta en les seves relacions afectivo-sexuals i de quina manera, expressa el rebuig a deixar-se tocar el cos:

“Si, totalment. Amb moltes pors, de ja deixant de banda a nivell corporal, a nivell estètic de ja si em veig malament, més gorda, més *flaca*, amb *micHELÍN*, no *micHELÍN*, amb panxa, menys panxa...a part d’això ja del físic, el tacte. Deixar-se tocar és un punt en una persona amb trastorn alimentari, perquè si una mateixa ja se sent repudiada, fet per una l’altre persona sembla que és molt més gran.” (Entrevistada 4)

La categoria d’insatisfacció sexual, fa referència a aquells aspectes que expressen les participants que impliquen que no gaudeixen o que no gaudien en les relacions sexuals. Majoritàriament, expressen que la insatisfacció sexual es feia més evident en els moments en què la gravetat de la malaltia era major. Afirmen haver experimentat una disminució de la libido, una pèrdua del plaer i no tenir orgasmes. Algunes de les entrevistades expressen també sequedat vaginal i dolor. Un parell de participants afirma una dificultat en deixar-se anar en els moments de les relacions íntimes, ja que això implica que hi hagi cert descontrol en la situació.

A continuació es poden apreciar les experiències de tres de les entrevistades, referents a la insatisfacció sexual:

“Què passa, que jo la meva primera parella que vaig tenir era joveneta, però si que estava activa, em trobava bé...no ho ser, era una relació sana, jo disfrutava...però poc a poc a l’anar-me apagant amb la malaltia jo vaig perdre tots els sentits del plaer en tots els sentits de la paraula. Em vaig privar de menjar, d’oci, etc. (...) Quan jo vaig emmalaltir no tenia el sentit sexual. Jo no disfrutava i tampoc tenia aquest apetit sexual, no tenia ganes, no em sentia ni sexy, ni desitjada ni res de tot això.” (Entrevistada 2)

“Llavors començo a ficar-me dins de la malaltia i el tema homes desapareix, el tema libido sexual desapareix totalment (...) jo com que estava en plena malaltia no sentia res (...) Llavors amb aquest noi em deixo portar una mica però sense arribar a sentir res. La màxima cosa que podia sentir era una mica de plaer però tan sols era fent-nos petons i quan ell anava a més jo sempre frenava perquè era una cosa descontrolada.”  
(Entrevistada 4)

“Quan vaig caure malalta, ho passava malament perquè era com que no podia. Una sensació molt rara, no podia, no gaudia, no podia arribar al plaer...era com que si ja era una noia freda, quan estava malalta era super freda, no volia que ni em toquessin, no disfrutava, no ho passava bé. I a més a més, com que vaig arribar amb un baix pes molt heavy tenia molta sequedat, i això conduïa a dolor...bueno un desastre, un desastre.”  
“Quan arribava el moment de la penetració era incapaç, no podia. Era com que se’m tancava tot i em quedava super rígida i no podia i no ser perquè. Suposo que és mental al cap i a la fi, que et quedes bloquejat, rígida i intentes disfrutar però no pots.”  
(Entrevistada 8)

Moltes de les participants expressen tenir pensaments obsessius associats a les relacions afectivo-sexuals, referents al cos i al menjar, o a altres aspectes relacionats amb el TCA com ara la pràctica d’esport o pensaments autolítics. Aquests pensaments obsessius expressats per les entrevistades, deixen entreveure l’aparició de distraccions cognitives durant les relacions afectivo-sexuals. Val a dir que pràcticament totes les dones fan referència a aquests pensaments en els moments en què la malaltia és més present.

Una participant parla sobre pensaments relacionats amb el cos, el menjar i l’esport:

“Però en realitat tens un tio a davant i a mi em passava *“Ni siento ni padezco”*. Simplement pensava amb el meu cos i en mi mateixa, i en què menjar i que no menjar, i si faig esport o no faig esport... recordo el cas d’una noia que estava molt prima i li van dir que si en tenia ganes podria fer l’amor al cap de setmana amb el seu xicot i jo pensava *“Quina sort poder fer esport!”* només pensava en això, no pensava en res més que la part pura de cremar i de que en quina posició es fa més força, menys...imagina fins al punt que afecta la malaltia. Perquè el cap només pensa en com m’està veient ell, com m’està sentint ell, com m’està notant i què vull jo, cremar, fer esforços, fer les mil i una postures rares per sentir-me que estic fent més exercici.” (Entrevistada 4)

A continuació l'afirmació d'una de les participants:

“Una de les coses que em dificulta les relacions íntimes és que moltes vegades penso. Massa. I penso “*i si no li agrada el que li estic fent?*” I si...com que no acabo...i si no acabo i l'altre persona no veu que jo acabi com s'ho prendrà? si en ser, si no en ser... Sobretot això. I si no li agrada algun aspecte físic meu també hi és. A vegades és com: si no li agrada...” (Entrevistada 6)

Els sentiments també han sorgit per part d'algunes de les dones entrevistades, segons les quals han experimentat sentiments de frustració o malestar entorn les relacions afectivo-sexuals, han buscat relacions arrel del sentiment de solitud o han percebut que depenen de la parella sentimental.

En paraules de dues de les participants:

“Alguna vegada una relació amb un noi però era més per no sentir-me sola que perquè sentís res. (...) Llavors si que és veritat que quan ho veig deixar el sentiment de sola se'm va fer com molt gros, molt gros, molt gros i...la malaltia em va fer (indica amb la mà cap a baix)...i vaig acabar a la UCI del Clínic perquè em vaig fer una sobredosi...del nivell de sentir-me malament.” (Entrevistada 6)

“Això després et frustra, és com *joder*, intentes disfrutar i que l'altre també disfruti i no pots fer-ho perquè és com que hi ha algo que no t'ho deixa fer i et frustres molt i et sents super malament perquè no pots satisfer els desitjos dels altres, tampoc a tu mateixa...i entres en un bucle de frustració i de merda, de i que faig?” (Entrevistada 8)

Part de la mostra revela com l'estat d'ànim modula les seves relacions afectives i sexuals i és fluctuant segons el moment en el qual es troben de la malaltia. La majoria expressen tenir canvis d'humor, la importància de la consciència de l'estat anímic i una d'elles afirma experimentar una disminució de la libido a causa de l'estat d'ànim baix.

Cita d'una de les participants:

“Jo lo meu no és tan vergonyes o tal...sino més com estic jo mentalment. Si estic més desanimada doncs em costa més posar-m'hi. (...) Si que quan estava deprimida hi havia molts moments que em costava molt més fer-ho (...) Potser el teu estat d'ànim t'influència molt més alhora de fer una cosa.” (Entrevistada 5)

Una de les dones respon que el fet de tenir una patologia alimentària afecta en les relacions afectivo-sexuals a nivell de l'estat d'ànim:

“A nivell mental sobretot per alts i baixos o canvis d'humor.” (Entrevistada 3)

Al llarg de l'entrevista s'esmenta també el fet de descobrir l'orientació sexual per part de dues de les entrevistades. Una d'elles expressa sentir atracció pel mateix sexe i l'altre haver experimentat amb persones del mateix sexe:

“És la primera noia amb la que estic i me n'he adonat que si, que realment m'agraden les noies, 100% segur.” (Entrevistada 3)

“Després si que va haver-hi una època que si que...crisi existencial molt *heavy* de crec que no m'agraden els nois, m'agraden les noies. I va ser com si, si, si, m'agraden les noies. I ho vaig passar molt malament durant una època perquè no sabia què. Un estiu (...) vaig conèixer una noia i bueno mira...vaig experimentar i bé. Em va agradar, em vaig sentir a gust. Però això va ser com un temps.” (Entrevistada 6)

Per acabar, la majoria de les participants afirmen haver experimentat una millora en elles mateixes i en les seves relacions afectives i sexuals amb la realització del tractament psicològic a la UPA. Moltes expressen haver canviat la seva capacitat de posar límits, haver adquirit capacitat reflexiva i autoconeixement personal. Alhora també declaren haver reduït els pensaments obsessius i haver sentit una millora en la satisfacció sexual.

En les afirmacions de les següents entrevistades s'aprecia el canvi en la seva capacitat de posar límits:

“A canviat amb el temps...abans em costava molt més però ara jo crec que quasi sempre dic que no.” (Entrevistada 5)

“La meua capacitat de posar límits ha canviat. Abans si que era que no hi havia cap mena de límit, zero. Ara n'hi ha més...però continua faltant-me...continua posat molt per sobre el que l'altre vol...” (Entrevistada 6)

Seguidament es poden observar afirmacions de les entrevistades que reflecteixen el canvi i la milloria viscuda a partir del tractament a la UPA de la Clínica Bofill:

“Penso que un cop sortim de la UPA som molt conscients de què ens passa...pensa que una persona que ha fet un tractament perquè té una patologia alimentària arriba a un coneixement molt millor de si mateixa que potser altra gent que no ha fet cap mena de tractament psicològic.” (Entrevistada 1)

“Quan vaig entrar a la UPA si que va millorar molt tot això” (fent referència a la insatisfacció sexual). “La UPA m’ha fet canviar molt i a dia d’avui em sento...no et puc dir un 100% perquè mai hi és però si que un 95% de jo em respecto, jo dic fins a on, dic el que sento. A dia d’avui em sento forta en aquest aspecte.” (Entrevistada 2)

En definitiva, els resultats aporten un gran nombre d’informació rellevant que permet aprofundir en les experiències en la sexoafectivitat de la mostra de dones entrevistades.

## 5 CONCLUSIONS I DISCUSSIÓ

Tot i la poca evidència empírica referent a les relacions afectivo-sexuals en pacients que pateixen un TCA, les investigacions recents mostren una correlació entre els trastorns de la conducta alimentària i diversos aspectes de les relacions afectivo-sexuals. La literatura existent també assenyalava la importància de la imatge corporal i de l’autoestima tant en el TCA com en les relacions afectivo-sexuals (Brechan & Kvaem, 2015; Castellini et al., 2012; Dunkley et al., 2016; Kluck et al., 2018; Pinheiro et al., 2010; Pujols et al., 2010; Tolosa-Sola et al., 2017).

Val a dir que la bibliografia cercada en el present treball, està composta per estudis que utilitzen una metodologia quantitativa. A més, la major part d’aquests estudis, se centren només en la sexualitat, deixant de banda una visió més àmplia de les relacions afectivo-sexuals i simplificant un tema tan ampli a aspectes purament biològics. És per això que en el present estudi es proposa aprofundir en la construcció de les relacions afectives i sexuals d’una mostra de dones que actualment estan en tractament a la Unitat de Patologies Alimentàries de la Clínica Bofill. De manera més específica, es busca indagar en la percepció dels conceptes relació afectivo-sexual, plaer i orgasme, conèixer la valoració de l’experiència afectivo-sexual, explorar com afecta l’autoestima en les relacions afectives i sexuals i aprofundir en la implicació de la imatge corporal en les relacions afectivo-sexuals.

Els resultats obtinguts al llarg del treball revelen que existeixen aspectes comuns en les relacions afectivo-sexuals de les dones amb TCA. Així mateix, es pot apreciar com les seves relacions sexoafectives s’han vist o es veuen afectades pel fet de tenir una patologia alimentària, així com pel moment en el qual es troben de la malaltia.

Pel que fa al primer objectiu específic segons el qual es busca conèixer la percepció dels conceptes relació afectivo-sexual, plaer i orgasme, se n’extreu que la majoria consideren les relacions afectivo-sexuals com relacions on hi ha atracció sexual i afecte. També coincideixen en

el fet que les persones implicades en una relació són dues, concretament una parella. En relació amb el plaer, també utilitzen termes amb similitud semàntica per descriure'l, fet que ens porta a pensar que tenen coneixement sobre els conceptes, ara bé, tot i que són termes que escolten i en parlen en més o menys mesura en el seu dia a dia, tenen dificultats per descriure'ls de manera més precisa, evitant utilitzar una terminologia similar al mateix concepte. Respecte a orgasme, totes coincideixen en considerar-ho el punt àlgid, la culminació, el màxim estat i excés de plaer. Tot i la coincidència en les definicions dels diferents conceptes, apareixen respostes per part d'algunes de les participants que es diferencien com ara l'existència de molts tipus de plaer o el fet que el plaer pot fer referència a estats físics o mentals. Pel que fa al concepte orgasme, diverses entrevistades el consideren en el si d'una relació sexual i dues de les participants es refereixen al concepte orgasme en relació amb la felicitat o com una emoció.

L'estudi també pretén conèixer com valoren les experiències en les relacions afectives i sexuals les dones de la mostra. Han sorgit majoritàriament resultats que apunten a una diferència de la valoració en el passat i en el present. Si bé es pot apreciar com la majoria expressen una valoració negativa de les seves relacions, sobretot en el passat, moltes de les entrevistades afirmen haver canviat aquesta valoració i, actualment, fer-ho de manera positiva. Així doncs, exposen apreciar un increment de la satisfacció envers les relacions afectivo-sexuals a mesura que avancen en el tractament i, conseqüentment hi ha una millora de la malaltia. Aquest increment en la satisfacció de l'experiència en l'afectivitat i la sexualitat de les participants, pot suggerir que el tractament hi té un paper molt important, així com que la insatisfacció o satisfacció de les experiències en les relacions va molt lligada en el moment en el qual es troben de la malaltia les dones. Els resultats, van en la línia d'altres estudis que revelen que les dones amb anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa valoraven les seves experiències sexuals més negativament que altres grups psiquiàtrics i que grups controls sans (Mangweth-Matzek, Rupp, Hausmann, & Biebl, 2007). Altrament, tal com s'exposarà a continuació, aquesta valoració positiva o negativa també podria ser explicada per aspectes com la imatge corporal i/o l'autoestima.

Un altre dels objectius de l'estudi és conèixer com afecta l'autoestima en les relacions de la mostra. Totes les participants s'han referit a diversos aspectes relacionats amb l'autoestima al llarg de les entrevistes, fet que ens porta a considerar la importància del paper de l'autoestima en les relacions afectivo-sexuals de les dones amb TCA. Els resultats obtinguts deixen entreveure com la major part de les dones expressen inseguretats i pors, ja sigui per la falta d'experiència en les relacions, per vergonya a mostrar el seu cos o a les relacions íntimes, així com una falta d'iniciativa per por al rebuig. Diversos estudis afirmen que la vergonya pel cos, l'ansietat per



l'aparença i la consciència de si mateix durant el sexe poden provocar problemes de funcionament sexual (Faith & Schare, 1993; Tiggemann & Williams, 2012). D'acord amb aquests estudis, un dels aspectes relacionats amb l'autoestima com és la vergonya pel cos, podria tenir implicacions en el funcionament sexual de la mostra.

L'aspecte sorgit en major mesura en la consideració d'una relació sana, ha sigut la comunicació. Les entrevistades refereixen principalment a la comunicació amb l'altra persona per tal de transmetre què els hi agrada i què no en l'àmbit sexual. D'altra banda, s'observa que aquelles participants que valoren positivament l'experiència actual en les relacions afectivo-sexuals, coincideixen en considerar important la comunicació en una relació sana i, a més, afirmar que elles ho tenen en compte en les seves relacions actuals. Aquests resultats indiquen una concordança amb altres estudis. En la investigació de Pujols et al. (2010), s'usa el qüestionari *The Sexual Satisfaction Scale for Women* per tal d'avaluar la satisfacció en les relacions de la mostra. Un dels dominis del qüestionari esmentat és la comunicació, entenent-la com la facilitat i comoditat en discutir temes sexuals i emocionals. Obtenen resultats que indiquen que la satisfacció sexual, tenint en compte variables com la comunicació, està relacionada amb la satisfacció amb la imatge corporal i un millor funcionament sexual. Altres estudis han relacionat diverses variables amb la satisfacció sexual, entre les quals la comunicació (Byers, 2005; Litzinger & Gordon, 2005). És per això que la comunicació es pot considerar un aspecte rellevant amb relació a la satisfacció o insatisfacció de les experiències afectivo-sexuals de les dones amb TCA.

Les participants exposen també una falta d'aprovació i de respecte cap a si mateixes, ja sigui en el passat i/o actualment. Aquesta falta de respecte s'observa amb la dificultat en establir límits dins de les relacions afectivo-sexuals, superposar les necessitats de l'altra persona, obviant les pròpies necessitats i desitjos o pel fet de valorar-se. Tot i això, són la majoria de les dones les que afirmen sentir-se capaces en el moment actual de posar límits. Aquests resultats podrien deure's a l'aportació del tractament en la millora de l'autoestima de la mostra, ja que les participants, excepte una, es troben en els últims nivells de la UPA, on un dels objectius principals del tractament és fomentar l'autoestima de les pacients.

D'altra banda, es podrien tenir en compte els resultats obtinguts en el treball en la línia d'investigacions que han trobat la baixa autoestima com a mediador entre la insatisfacció corporal i el desordre de comportament alimentari (Brechan & Kvaem, 2015). En un estudi sobre la imatge corporal i el funcionament psicològic, social i sexual entre les dones de 18 a 86 anys, els autors van trobar una relació entre la imatge corporal i la insatisfacció sexual que va desaparèixer després de controlar-se per a l'autoestima general (Davison & McCabe, 2005).

Totes aquestes investigacions reafirmen la importància de l'autoestima en les relacions afectivo-sexuals de dones amb TCA, i alhora, podrien explicar que moltes de les participants valorin negativament les seves experiències passades, expressin insatisfacció amb la imatge corporal i/o s'observi una insatisfacció sexual en algun moment de les seves experiències sexoafectives.

El present estudi es proposa també com a objectiu específic explorar la imatge corporal en les experiències afectivo-sexuals de les dones amb TCA. Els resultats apunten, tal com és d'esperar, al paper clau de la imatge corporal en els trastorns de la conducta alimentària i, alhora, en la sexualitat i les relacions afectivo-sexuals, ja que és un component central del benestar en anorèxia nerviosa i bulímia nerviosa, fins al punt de formar part dels criteris diagnòstics pel TCA establerts per APA (2014).

Són diversos els aspectes sorgits de les entrevistes relacionats amb la implicació de la imatge corporal en les experiències afectivo-sexuals de les participants. Així doncs, la majoria expressen haver estat o estar insatisfetes amb la imatge corporal, rebutjar el seu cos o parts específiques del cos i, en conseqüència, negar-se a què l'altra persona o elles mateixes toquin el cos. Aquesta insatisfacció amb la imatge corporal confirma l'afirmació de Tolosa-Sola (2017) segons el qual la distorsió de la imatge corporal està fortament associada a la patologia alimentària.

Primerament, es pot apreciar com les participants suggereixen una relació de la insatisfacció de la imatge corporal segons el moment en el qual es troben de la malaltia, associant als moments de més gravetat del TCA, una major insatisfacció amb el seu cos. Així mateix, expressen que la insatisfacció amb el seu cos els ha dificultat o els hi dificulta les relacions afectivo-sexuals i l'autoconeixement sexual. Aquests resultats estan en la línia de diversos estudis els quals afirmen que la insatisfacció amb la imatge corporal està relacionada amb evitació sexual, mentre que una imatge corporal alta està associada a una major freqüència de l'activitat sexual, i un millor funcionament sexual (Ackard, Kearney-Cooke, & Peterson, 2000; Pujols et al., 2010). D'altra banda, a l'estudi dut a terme per Weaver i Bayers (2006), troben que una millor imatge corporal es relacionava amb una major satisfacció sexual. Per la seva banda, Pinheiro et al. (2010), afirmen que tot i que la malnutrició pot afectar la libido, altres característiques centrals dels trastorns alimentaris com ara la imatge corporal distorsionada, la insatisfacció del cos i la vergonya també poden comprometre el funcionament sexual saludable i les relacions entre persones que lluiten amb patologia alimentària.

En segon lloc, s'obtenen resultats segons els quals moltes de les dones exposen tenir distraccions cognitives durant l'acte sexual, principalment pensaments referents al cos i al menjar. Aquests resultats concorden amb la literatura prèvia. La investigació de Dunkley et al.

(2016), troba que en la mesura en què les dones estaven més insatisfetes amb el seu cos, també augmentaven la presència de distraccions relacionades amb el cos durant l'activitat sexual. Les dones amb un major risc de trastorn alimentari van reportar una major aparició de distraccions cognitives relacionades amb el rendiment corporal i sexual que les dones amb menys símptomes de desordres alimentaris. D'altra banda, l'estudi de Pujols et al. (2010) conclou que diversos aspectes de la imatge corporal, inclosos els pensaments sobre el cos durant l'activitat sexual, prediuen la satisfacció sexual en les dones. També esmentar altres estudis en la mateixa línia, com el de Tolosa et al. (2017), on els resultats donen suport a la idea que la insatisfacció corporal influència la disfunció sexual i la satisfacció sexual tant en dones sanes com en dones amb TCA. Aquesta observació confirma la hipòtesi de Cash i Smolak (2011) i Mazzei et al. (2011) segons els quals la distracció cognitiva causada per la incomoditat de mostrar el cos durant l'activitat sexual, pot ser un factor darrere l'augment de la prevalença de la disfunció sexual en el grup de dones amb una patologia alimentària (citada per Tolosa et al. 2017, p.2).

Pel que fa a l'autoconeixement sexual, s'han trobat resultats diversos. Si bé part de les participants afirmen masturbar-se i com això els aporta plaer, relaxació, un increment de la satisfacció sexual, poder transmetre què els hi agrada a l'altre persona i una millora en la satisfacció sexual, una altra gran part de la mostra afirma no masturbar-se, ja sigui pel fet de tenir parella actualment, per vergonya, o pel rebuig al propi cos, entre d'altres. El fet de rebutjar el seu propi cos sembla dificultar o impossibilitar la pràctica de la masturbació entre algunes de les participants. Ara bé, tot i la diversitat de resultats, totes coincideixen en considerar important la pràctica de la masturbació, principalment per transmetre a l'altra persona què t'agrada. Un estudi realitzat per la Universitat Autònoma de Madrid assenyala la importància d'expressar els desitjos i sentiments propis i la seva associació amb la satisfacció en la relació de parella en general i amb la satisfacció sexual en particular. Aquests resultats podrien apuntar, coincidint amb les aportacions de les participants, cap a la importància de poder transmetre a l'altra persona el que es desitja en cada moment, de tal manera que es fomenti una millora en la satisfacció sexual (Carrobbles, Gámez-Guadix, & Almendros, 2011).

Es desconeix l'existència d'estudis que examinin l'autoconeixement sexual en dones amb TCA, ara bé, els resultats obtinguts en el present treball apunten a considerar la rellevància de la masturbació en les dones amb TCA, tenint en compte que, tal com afirmen algunes de les entrevistades, la insatisfacció amb la imatge corporal i, conseqüentment, el rebuig al propi cos, podria influir en la negació a la pràctica de la masturbació. Altrament, com s'ha vist en l'anàlisi de les entrevistes, crec important ressaltar el paper de les joguines sexuals en la masturbació, ja que tal com exposa una de les participants, permet experimentar plaer a través de

l'autoconeixement o en les relacions amb una altra persona, evitant el contacte directe del cos, ja que en el seu cas, es troba en un moment de la malaltia on és present una insatisfacció amb la imatge corporal i això porta a un rebuig cap al seu propi cos.

A través de l'anàlisi, s'ha constatat que les participants expressen diversos aspectes referents a la insatisfacció sexual, sobretot en els moments en els quals la malaltia és de més gravetat. Afirment no arribar a l'orgasme, haver experimentat una disminució de la libido i una de les participants exposa tenir sequedat vaginal i sentir dolor en l'acte sexual. Altres de les participants expressen també que la necessitat de control les priva de deixar-se anar en les relacions íntimes, dificultant així gaudir de les relacions afectivo-sexuals. A més, afirmen haver experimentat una pèrdua del plaer, centrant aquest exclusivament en el cos i al menjar i deixant de banda tots els altres tipus de plaer, inclòs el plaer sexual. Aquests resultats coincideixen amb les troballes d'estudis previs que afirmen que les dones amb trastorns alimentaris solen tenir taxes més elevades de desinterès pel sexe (Morgan et al., 1995) i repugnància pel sexe (Troop, Treasure, & Serpell, 2002). Per la seva banda, Pinheiro et al. (2010) troben que al voltant de la meitat de les dones mostraven denunciar cert malestar amb la pèrdua de la libido, ansietat sexual i estat de parella, i també evitació o absència de relacions sexuals. La literatura exposada podria explicar la categoria sorgida a través de les entrevistes segons la qual les participants expressen un rebuig cap a la sexualitat i concretament a parlar d'aquest terme generalment quan la malaltia és més present.

Més enllà de les complicacions fisiològiques, molts elements fonamentals dels trastorns alimentaris, com la vergonya, la insatisfacció del cos i la imatge corporal distorsionada poden inhibir un bon funcionament sexual. Les dones amb trastorns de l'alimentació mostren actituds més negatives envers el sexe, augment de l'ansietat sexual i menys satisfacció sexual (Morgan et al., 1995). Coincidint amb aquesta línia de troballes, Pujols et al. (2010) exposa que la imatge corporal i la insatisfacció corporal s'han relacionat amb una menor satisfacció sexual i amb una disfunció sexual. És a dir, les investigacions exposades reforcen les troballes extretes pel present treball, on s'ha aprofundit en com viuen les experiències afectives i sexuals les dones amb TCA i han sorgit aspectes com la vergonya, la insatisfacció amb la imatge corporal, el rebuig a la sexualitat i la insatisfacció amb les relacions afectivo-sexuals en els moments on la malaltia és més present.

A través de l'anàlisi de les entrevistes realitzades s'han obtingut altres resultats, com ara el fet que diverses dones fan referència a com el seu estat d'ànim influeix en la valoració de l'experiència afectivo-sexual. L'estudi d'Esteve et. al (2012), conclou que pràcticament tota la

mostra de dones ateses a la UPA de la Clínica Bofill entre l'any 2000 i 2011, presentaven estat d'ànim depressiu, sentiments d'irritabilitat i es sentien emocionalment inestables, entre d'altres. Això posa en relleu la importància de l'estat emocional en els TCA, tal com exposen les participants del present estudi. Aquests resultats concorden amb investigacions que informen que les dones amb menys desig sexual i disfunció sexual, presenten més emocions de tristesa, desil·lusió, culpabilitat i ira, així com menys plaer i satisfacció durant l'activitat sexual (Nobre & Pinto-Gouveia, 2006).

Altrament, diverses de les participants han exposat diferents sentiments relacionats amb les seves experiències afectivo-sexuals. Han parlat de la percepció de dependència de la parella, del sentiment de frustració o de solitud. Existeixen estudis que suggereixen que diversos factors podrien possiblement dificultar el fet de mostrar conductes assertives o habilitats socials, tant a l'hora de posar límits a altres persones i diferenciar-se d'elles, com a l'hora d'expressar opinions discrepants de manera independent i a la pròpia autoexpressió de sentiments i opinions (Gismero, 2001). Aquesta podria ser una explicació als sentiments exposats per les participants, els quals elles mateixes també relacionen amb la dificultat en posar límits i en la falta de respecte cap a elles mateixes.

Per acabar, durant el curs de les entrevistes se n'extreuen resultats que apunten a pensar que el tractament psicològic de la UPA de la Clínica Bofill, juga un paper molt important per tal d'obtenir millores en el trastorn alimentari i, paral·lelament, modular les experiències afectivo-sexuals de les pacients. La major part de les entrevistades afirmen haver experimentat un canvi personal, fet que podria conduir al descobriment de l'orientació sexual, aspecte al qual es refereixen dues de les participants. D'altra banda, exposen haver disminuït els pensaments obsessius, i per tant, també podria haver-hi una notòria disminució de les distraccions cognitives sobre el cos i el menjar durant l'acte sexual. També refereixen haver canviat la seva capacitat de posar límits, definint-se, en el moment actual, capaces o més capaces de posar límits. Per acabar, exposen haver experimentat una millora en la satisfacció sexual, fet que ens porta a pensar que tenir un trastorn de la conducta alimentària, pot modular com es viuen i es valoren les experiències afectivo-sexuals, essent molts cops una valoració negativa en el moment en què la malaltia es fa més present. Les respostes de les participants també confirmarien aquesta afirmació, ja que la majoria expressen que tenir una patologia alimentària ha afectat en les seves relacions afectives i sexuals.

Finalment i a tall de conclusió, el present estudi ha dut a terme un aprofundiment en la construcció de les relacions afectivo-sexuals d'una mostra de dones amb TCA que actualment estan en tractament psicològic a la UPA de la Clínica Bofill. L'estudi ha obtingut resultats que afirmen que aspectes com l'autoestima i la imatge corporal són claus tan pel que fa al trastorn com amb relació a les experiències afectivo-sexuals. Els resultats també conclouen que les dones de la mostra han experimentat o experimenten insatisfacció sexual i la majoria valoren de manera negativa les seves relacions passades i/o presents. Altrament, els resultats reflecteixen que el tractament pot fomentar una millora, tant a escala del trastorn alimentari, com pel que fa a les relacions afectivo-sexuals.

Així doncs, es ressalta la importància de les relacions afectivo-sexuals en les dones amb TCA i, consegüentment, la seva consideració en els tractaments psicològics, així com l'educació afectivo-sexual de les pacients.

El treball presenta un seguit de limitacions. La principal ha sigut l'estat d'alarma excepcional viscut a causa de la COVID-19 durant la realització de l'estudi, fet que ha impossibilitat dur a terme les entrevistes de manera presencial. Entrevistar a les participants a través de videotrucades, pot haver suposat una comunicació més freda, incrementant la distància entre elles i jo i, consegüentment, podent causar una disminució de la informació obtinguda. En segon lloc, s'ha de tenir en compte que la sexualitat avui en dia continua essent tabú, fet que pot haver dificultat que les participants s'expressessin lliurement sense judicis propis, a més tenint en compte que la majoria no ha parlat obertament de les seves experiències en les relacions afectivo-sexuals dins de la UPA, sinó que si tracten el tema solen fer-ho de manera individual amb una de les terapeutes. En últim lloc, considerar que la meua falta d'experiència en la realització d'entrevistes i en la metodologia qualitativa, ha suposat una limitació, dificultant la construcció de l'entrevista i posteriorment, el seu anàlisi qualitatiu.

Com a reflexió un cop realitzat el treball, es considera que malgrat que l'àmbit de les relacions afectivo-sexuals és un dels més presents en les dones amb TCA, coincidint en el fet que la majoria es troben en l'adolescència o principis de l'edat adulta, és un dels temes més invisibilitats, comportant que es deixi de banda o no se li doni la suficient importància en els tractaments psicològics. A més, el tabú que envolta l'afectivosexualitat, fomenta la vergonya, pors i inseguretats de les pacients, dificultant que se'n parli a les teràpies grupals, suposant una manca d'espais on es pugui parlar lliurement i sense judicis del tema.

## 6 ORIENTACIONS FUTURES

Prèviament a la realització del treball, es proposa als terapeutes de la UPA dur a terme entrevistes a les participants i posteriorment realitzar un grup de discussió, de manera que es pugui dur a terme el marc pràctic de l'estudi per tal d'aprofundir en la construcció de les experiències afectivo-sexuals de la mostra. Un cop obtingut el consentiment tant dels psicòlegs com de les pacients, es procedeix a fer les entrevistes i es comenten els resultats obtinguts amb l'equip de terapeutes. Paral·lelament, a algunes de les participants se'ls hi obren temes referents a les seves experiències afectivo-sexuals que expliquen de manera individual als terapeutes, ja que tal com s'ha exposat prèviament en el treball, moltes no se senten còmodes per tractar aquests temes a les teràpies grupals. A més a més, la realització de les entrevistes obre la porta a l'interès de les participants per tractar el tema de la sexoafectivitat.

Arran d'això i tenint en compte també l'opinió de l'equip terapèutic, es parteix de la realitat del grup i sobretot de les seves necessitats i es veu oportú crear un espai utilitzant una metodologia participativa centrada en les integrants, on es puguin expressar lliurement sobre les seves experiències afectives i sexuals. Així doncs, es desenvolupa un grup de discussió pilot per a poder tractar aquesta temàtica tant de les participants de l'estudi com de les pacients de més de vint anys que estan interessades a compartir les seves experiències o bé els terapeutes consideren beneficiosa la seva participació en el grup.

En aquest grup de discussió pilot es tracten els següents temes: com han viscut la pubertat, des dels canvis físics als canvis de pensaments; com va ser el descobriment de la sexualitat; quina era la visió de la sexualitat en l'entorn familiar i d'amistats i com els hi ha fet canviar la UPA. Val a dir que el grup pilot té una molt bona rebuda, de tal manera que són les mateixes participants que proposen una continuïtat del grup, amb l'aprovació d'aquesta idea per part dels terapeutes.

Finalment, es decideix continuar amb els grups, els quals es podrien definir com a Grups de Sexoafectivitat, on cada quinze dies es reuneixen durant unes dues hores les pacients majors de vint anys interessades a compartir les seves experiències, inquietuds, pors, en un ambient lliure de tabús i judicis i moderat per una de les terapeutes de la UPA.

Els resultats obtinguts al llarg del present treball, així com els d'altres estudis (Castellini et al., 2012; Dunkley et al., 2016; Gonidakis et al., 2015; Kluck et al., 2018; Tolosa-Sola et al., 2017), reflecteixen la necessitat de tenir en compte les relacions afectivo-sexuals de les dones amb TCA en el tractament psicològic. A més, tenint en compte els bons resultats sorgits del grup pilot, es proposa com a orientació futura fomentar aquesta continuïtat dels Grups de Sexoafectivitat, per

tal de poder oferir un tractament més complet a les pacients i per poder seguir amb la iniciativa, incorporant-la com un aspecte més del tractament a la UPA i, alhora, poder aportar una millora en la seva qualitat de vida.

Per acabar, remarcar la importància de seguir investigant en aquesta línia, ja que tot i que la bibliografia existent ja apunta cap a l'afectació de les relacions afectivo-sexuals de les dones amb TCA, encara no es té en suficient consideració ni en els tractaments ni en les investigacions. A més, s'hauria de tenir en compte tota l'àmplia esfera afectivo-sexual, i no reduir-ho a la mera sexualitat com un aspecte purament biològic. Per a una possible continuïtat del present treball, seria interessant continuar en la línia d'aprofundir en la vivència de les relacions afectivo-sexuals, ara bé, es podrien tenir en compte altres aspectes com la construcció social dels TCA o les diferències en l'afectació de les experiències afectivo-sexuals segons el subtipus de TCA.

En definitiva, com a orientacions futures s'apunta cap a la importància de les relacions afectivo-sexuals en dones amb TCA i a la seva consideració tant en els tractaments com en les investigacions, a fi de millorar la qualitat de vida de les dones amb un trastorn de conducta alimentària, una patologia que, malauradament, cada vegada és més present a la nostra societat.



## 7 REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ACAB. (2020). El tractament dels Trastorns de la Conducta Alimentària - Associació contra la Anorèxia i la Bulímia. Recuperat de <http://www.acab.org/ca/que-son-els-trastorns-de-la-conducta-alimentaria/el-tractament-dels-trastorns-de-la-conducta-alimentaria>
- Ackard, D. M., Kearney-Cooke, A., & Peterson, C. B. (2000). Effect of body image and self-image on women's sexual behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 422-429. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(200012\)28:43.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(200012)28:43.0.CO;2-1)
- Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya. (2009). *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid. Recuperat de <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/1798?show=full&locale-attribute=es>
- Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid : Fundamentos.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)* (5a ed.). Editorial Medica Panamericana.
- Anderson, R. M. (2013). Positive sexuality and its impact on overall well-being. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(2), 208-214. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1607-z>
- Becker, A., Grinspoon, S. K., Klibanski, A., & Herzog, D. B. (1999). The assessment and management of eating disorders address medical, nutritional, and psychological features of these illnesses and are ideally accomplished by a multidisciplinary team working closely together. *The New England Journal of Medicine*, 340, 1092-1098.
- Behar A., R. (2010). La construcción cultural del cuerpo: El paradigma de los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 48(4), 319-334. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000500007>
- Blaivas, J. G., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 1-16. <https://doi.org/10.1002/eat.10005>
- Brechan, I., & Kvaalem, I. L. (2015). Relationship between body dissatisfaction and disordered eating: Mediating role of self-esteem and depression. *Eating Behaviors*, 17, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.12.008>
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118.

<https://doi.org/10.1080/00224490509552264>

- Carrobes, J. A., Gámez-Guadix, M., & Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres Españolas. *Anales de Psicología*, 27(1), 27-34.
- Castellini, G., Lelli, L., Lo Sauro, C., Fioravanti, G., Vignozzi, L., Maggi, M., ... Ricca, V. (2012). Anorectic and Bulimic Patients Suffer from Relevant Sexual Dysfunctions. *Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2590-2599. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02888.x>
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186(FEB.), 132-135. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.2.132>
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2005). Relationships between men's and women's body image and their psychological, social, and sexual functioning. *Sex Roles*, 52(7-8), 463-475. <https://doi.org/10.1007/s11199-005-3712-z>
- De Andrés, J. (2000). El análisis de estudios cualitativo. *Atención Primaria*, 25(1), 42-46. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(00\)78463-0](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(00)78463-0)
- de Portela Santana, M. L., da Costa Ribeiro, H., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Nutricion Hospitalaria*, 27(2), 391-401. <https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.5573>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La Entrevista, Recurso Flexible y Dinámico. *Investigación en educación médica*, 2(7), 162-167. Recuperat de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-50572013000300009&script=sci_arttext)
- Dorado Caballero, A. (2015). *Construyendo la representación social de la diversidad afectivo-sexual*. Universitat de Girona. Recuperat de [https://scholar.google.es/scholar?start=760&q=adolesc\\*+OR+joven\\*+AND+sexual\\*+comport\\*+OR+riesgo\\*+OR+infección\\*+transmisión+sexual+OR+enfermedad\\*+OR+ETS+OR+si da+OR+VIH+OR+embaraz\\*+AND+program\\*+OR+evaluac\\*+OR+eficac\\*+OR+efectivid\\*+OR+metaanálisis+](https://scholar.google.es/scholar?start=760&q=adolesc*+OR+joven*+AND+sexual*+comport*+OR+riesgo*+OR+infección*+transmisión+sexual+OR+enfermedad*+OR+ETS+OR+si da+OR+VIH+OR+embaraz*+AND+program*+OR+evaluac*+OR+eficac*+OR+efectivid*+OR+metaanálisis+)
- Dunkley, C. R., Gorzalka, B. B., & Brotto, L. A. (2016). Disordered eating and sexual insecurities in young women. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 25(2), 138-147. <https://doi.org/10.3138/cjhs.252-A6>

- Esteve, A., Chapur, P., & Cornellà, J. (2012). Anorexia y bulimia en una muestra de mujeres de la provincia de Girona: más allá de los criterios del DSM-IV-TR. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*.
- Faith, M. S., & Schare, M. L. (1993). The role of body image in sexually avoidant behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 22(4), 345-356. <https://doi.org/10.1007/BF01542123>
- García, H. (2019). Proyecto Helena: educación sexual y TCA - Diario Sanitario. Recuperat 15 febrer 2020, de <https://diariosanitario.com/proyecto-helena-educacion-sexual/>
- Generalitat de Catalunya. (2017). El culte al cos. Recuperat 10 maig 2020, de <http://jovecat.gencat.cat/ca/temes/salut/el-culte-al-cos/>
- Ghaderi, A. (2001). Review of risk factors for eating disorders: Implications for primary prevention and cognitive behavioural therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(2), 57-74. <https://doi.org/10.1080/02845710117890>
- Gismero, E. (2001). Evaluación del autoconcepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clín. salud*, 12, 289-304.
- Goldschmidt, A. B., Aspen, V. P., Sinton, M. M., Tanofsky-Kraff, M., & Wilfley, D. E. (2008). Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Behavior and Psychology*, 16(2), 257-264. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.48>
- Gonidakis, F., Kravvariti, V., & Varsou, E. (2015). 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>
- Jodelet, D. (1986). La representación social : fenómenos , concepto y teoría.
- Kluck, A. S., Garos, S., & Shaw, L. (2018). Sexual functioning and disordered eating: A new perspective. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(1), 71-91. [https://doi.org/10.1521/bumc\\_2017\\_81\\_12](https://doi.org/10.1521/bumc_2017_81_12)
- Lameiras, M. (2001). Sexualidad e imagen corporal en mujeres con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de sexología*, 7, 63-74.
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 31(5), 409-424. <https://doi.org/10.1080/00926230591006719>
- Lora, R. F., & Valdés-Díaz, M. (2019). Imagen corporal en anorexia y bulimia nerviosa . Variables asociadas : autoestima , impulsividad , culpa y miedo a la madurez. *Journal of Negative and No Positive Results*, 4(9), 887-909. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3002>

- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, G., & Biebl, W. (2007). Menarche, puberty, and first sexual activities in Eating-Disordered patients as compared with a psychiatric and a nonpsychiatric control group. *International Journal of Eating Disorders*, 27-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.20431>
- March, J. C., García-España, F., & Hernán, M. (1995). Promover una sexualidad profiláctica aplicando el márketing social. *Escuela Andaluza de Salud Pública*, (January). Recuperat de [https://www.researchgate.net/profile/Francisco\\_Garcia\\_Espana/publication/278686101\\_Promover\\_una\\_sexualidad\\_profilactica\\_aplicando\\_el\\_marketing\\_social/links/5597c1ee08ae21086d222d63/Promover-una-sexualidad-profilactica-aplicando-el-marketing-social.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Francisco_Garcia_Espana/publication/278686101_Promover_una_sexualidad_profilactica_aplicando_el_marketing_social/links/5597c1ee08ae21086d222d63/Promover-una-sexualidad-profilactica-aplicando-el-marketing-social.pdf)
- Markey, C. N. (2010a). Invited Commentary: Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-1391. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9510-0>
- Markey, C. N. (2010b). Why Body Image is Important to Adolescent Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1387-1391. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9510-0>
- McElwain, A. D., Kerpelman, J. L., & Pittman, J. F. (2015). The role of romantic attachment security and dating identity exploration in understanding adolescents' sexual attitudes and cumulative sexual risk-taking. *Journal of Adolescence*, 39, 70-81. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.12.005>
- Morgan, C., Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (1995). Sexual functioning and attitudes of eating-disordered women: A follow-up study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 21(2), 67-77. <https://doi.org/10.1080/00926239508404386>
- Neumark-Sztainer, D., Paxton, S. J., Hannan, P. J., Haines, J., & Story, M. (2006). Does Body Satisfaction Matter? Five-year Longitudinal Associations between Body Satisfaction and Health Behaviors in Adolescent Females and Males. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 244-251. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2005.12.001>
- Nobre, P. J., & Pinto-Gouveia, J. (2006). Emotions during sexual activity: Differences between sexually functional and dysfunctional men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 491-499. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9047-1>
- OMS. (2020). Organización Mundial de la Salud. Recuperat 7 febrer 2020, de <https://www.who.int/es>

- Palou, B. (2013). Apunts de recerca: tècniques qualitatives de recollida d'informació. *Universitat de Barcelona. Col·lecció OMADO*, 1-9. Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/48350>
- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., ... Bulik, C. M. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129. <https://doi.org/10.1002/eat.20671>
- Pujols, Y., Meston, C. M., & Seal, B. N. (2010). The association between sexual satisfaction and body image in women. *Journal of Sexual Medicine*, 7, 905-916. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01604.x>
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19(2), 513-518. <https://doi.org/10.1017/S003329170001254X>
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 331-343. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199612\)20:4<331::AID-EAT1>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199612)20:4<331::AID-EAT1>3.0.CO;2-O)
- Rosen, J. C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 441-449. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(97\)00269-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(97)00269-9)
- Sag Legrán, L. (2009). Educación afectiva sexual desde una perspectiva de género. 2009, 1-8. Recuperat de [http://enp4.unam.mx/diversidad/Descargas/Educaci%F3n y Diversidad Sexual/sexualidad afectiva.pdf](http://enp4.unam.mx/diversidad/Descargas/Educaci%F3n%20y%20Diversidad%20Sexual/sexualidad%20afectiva.pdf)
- Seal, B. N., Bradford, A., & Meston, C. M. (2009). The association between body esteem and sexual desire among college women. *Archives of Sexual Behavior*, 38(5), 866-872. <https://doi.org/10.1007/s10508-008-9467-1>
- Seal, B. N., & Meston, C. M. (2007). The impact of body awareness on sexual arousal in women with sexual dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 4(4 I), 990-1000. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00525.x>
- Seeger, G., Braus, D. F., Ruf, M., Goldberger, U., & Schmidt, M. H. (2002). Body image distortion reveals amygdala activation in patients with anorexia nervosa - A functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience Letters*, 326(1), 25-28. [https://doi.org/10.1016/S0304-3940\(02\)00312-9](https://doi.org/10.1016/S0304-3940(02)00312-9)
- Seijo, N. (2016). El yo rechazado: cómo trabajar con la distorsión de la imagen corporal en los trastornos alimentarios. *ESTD Newsletter*, 5(4), 5-14.

- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.5.825>
- Tiggemann, M., & Williams, E. (2012). The role of self-objectification in disordered eating, depressed mood, and sexual functioning among women. *Psychology of Women Quarterly*, 36(1), 66-75. <https://doi.org/10.1177/0361684311420250>
- Tolman, D. L., & McClelland, S. I. (2011). Normative sexuality development in adolescence: A decade in review, 2000-2009. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 242-255. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00726.x>
- Tolosa-Sola, I., Gunnard, K., Giménez Muniesa, C., Casals, L., Grau, A., & Farré, J. M. (2017). Body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Which factors interfere with sexuality in women with eating disorders? *Journal of Health Psychology*. <https://doi.org/10.1177/1359105317695425>
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.
- Troop, N. A., Treasure, J. L., & Serpell, L. (2002). A further exploration of disgust in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 10(3), 218-226. <https://doi.org/10.1002/erv.444>
- Verwey, Z. (2016). Eating Disorders and Sexuality “Let’s talk about Sex, E.D.” Recuperat 1 febrer 2020, de <https://www.mirror-mirror.org/sex.htm>
- Vitiello, B., & Lederhendler, I. (2000). Research on eating disorders: Current status and future prospects. *Biological Psychiatry*, 47(9), 777-786. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(99\)00319-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(99)00319-4)
- Wiederman, M. W., Pryor, T., & Don Morgan, C. (1996). The sexual experience of women diagnosed with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 109-118. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199603\)19:2<109::AID-EAT1>3.0.CO;2-R](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199603)19:2<109::AID-EAT1>3.0.CO;2-R)
- Xu, X., Mellor, D., Kiehne, M., Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., & Xu, Y. (2010). Body dissatisfaction, engagement in body change behaviors and sociocultural influences on body image among Chinese adolescents. *Body Image*, 7(2), 156-164. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.11.003>

## 8 ANNEXOS

### 8.1 CONSENTIMENT INFORMAT



Benvolguts/es,

Sóc un/a estudiant de 4t de Grau en Psicologia i estic desenvolupant el meu Treball de Final de Grau amb l'objectiu d'aprofundir en la construcció de les relacions afectivo-sexuals d'una mostra de dones amb TCA de la UPA de la Bofill.

Em proposo fer una entrevista per tal d'explorar com viuen les relacions afectivo-sexuals les pacients de la UPA. Aquestes estan sempre en ple dret de negar-se a contestar qualsevol pregunta. L'entrevista serà realitzada virtualment en motiu del confinament i enregistrada. Les respostes seran tractades de manera **confidencial** i en cap moment apareixerà el seu nom, la seva imatge, ni els enregistraments d'àudio. Les dades seran utilitzades estrictament per a fins **acadèmics**.

Confidencialitat significa el compromís de no subministrar informació mai a terceres persones o entitats, d'acord amb les normes i els principis de protecció de dades establertes en la LOPD (Llei Orgànica 15/1999 de 13 de desembre de Protecció de dades de caràcter personal) i, en qualsevol cas, mai sense l'express consentiment de l'interessat.

Els agraeixo d'antuvi la seva disposició. Si volguessin qualsevol aclariment, poden contactar amb mi a través del 689882842 (Anna Fuentes Matas).

Ben cordialment,

Anna Fuentes Matas

Signatura:

Nom:

Data: / /

## 8.2 TRANSCRIPCIÓ ENTREVISTES

### ENTREVISTADA 1

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 20

**Nivell UPA:** 3

#### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Una relació que tens amb una persona, si fos només afectiva perquè li tens una estima, un apreci o un carinyo i afectivo-sexual perquè hi tens una relació de parella o similar. Simplement hi ha una atracció.

#### **Què entens per plaer?**

Una cosa que gaudeixes, que t'agrada, que et proporciona satisfacció, ja sigui física, mental o sigui com sigui.

#### **Què entens per orgasme?**

Quan estan tenint una relació sexual i et produeix plaer.

#### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Jo, com que sempre he sigut molt de ser la *niña bien* i la nena bona tal...d'això me'n recordo molt, que vaig entrar a la UPA i a mi, més enllà de tinc novio casi que no es podia parlar perquè era en plan...a la que començaven a "ens vam liar, i ell ho volia fer...i jo no ho volia fer..." jo aquí



ja em posava histèrica i qualsevol cosa que passés de “Si, m’agrada i ens hem liat” ja fora, no ho volia ni sentir.

I me’n recordo que jo em feia molt amb dues nenes, que eren la I, que ara té l’alta i la N, que va deixar el tractament i elles sempre m’apretaven molt perquè em deien “A, no pot ser que vagis així de perduda per la vida, perquè un dia et diran una cosa i quedaràs amb cara tonta”. Era com que elles m’apretaven i em volien explicar coses i i jo era en plan...no.

Després me’n recordo que vaig conèixer, quan ja portava banstant de temps a la UPA...jo sempre els hi donava llargues. Deia: “quan sigui el moment ja m’ho explicareu” i no va ser fins que vaig conèixer el meu novio, que ara portem dos anys i mig, que no vaig anar amb la N i li vaig dir: “vale, necessito que m’informis sobre la vida”, i ella en aquest sentit em va ajudar molt perquè és un tema que li interessava molt...de fet ara està començant a estudiar pedagogia, perquè vol fer educació sexual i està molt ficada en el mundillo...i va ser ella la que em va explicar moltes coses, perquè sinó jo no ho sabia i ho volia saber.

Al principi d’estar amb en J era com...N, explica’m coses! Quan ho vas a fer com ho saps?

I ara ja no ho consulto tan jajaj ara bé. Una cosa amb la que em va insistir molt la N quan començàvem a parlar, que bàsicament també és el que ens diuen a la UPA és molta comunicació, parlar molt, dir-ho tot. I a mi és una cosa que per molt que hi hagi moments que m’ha costat perquè és com vergonya, o tabú o no sabia com dir-ho....sempre ha sigut com aquestes coses es parlen. El que t’agrada, el que no t’agrada, ara no, ara si...llavors penso que en aquest sentit és com que parlo un piló les coses amb ell. Això si, això m’agrada, això no...

**Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

No, la veritat és que no.

**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Jo només n’he tingut amb ell...llavors la cosa és que al principi si que era... hi havia com moment de vergonya o molts moments d’estar com més pendent d’ell que de lo que estava pensant jo mateixa i lo que estava sentint jo mateixa.

Si que al començament hi havia bastanta part d'això i llavors al començament recordo que no perquè jo quan vaig començar a sortir amb ell estava bé, estava com ara, a nivell 3, estava bé i el cos en aquell moment no era una cosa que em preocupés. Però si que recordo que quan vaig recaure i vaig tornar a entrar a la UPA, hi va haver una temporada que el cos si que el tenia molt present, era una cosa que hi donava voltes,...si em toca què notara? La època que vaig tornar a estar més malament si que hi vaig notar molt pendent de què pensarà ell del meu cos. Fora d'això no és una cosa que...si que aquesta temporada em va estar donant pel sac però després ha tornat a calmar-se la cosa.

### **Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

Primer de tot una en què les persones implicades siguin dos, tres o tropocientas...sàpiguen totes de què va la cosa i estiguin totes conformes. En conformes vull dir que potser hi ha algú que vol una cosa, jo vull una relació tancada amb tu però potser has d'acceptar que estas amb una persona que vol una relació oberta, diferents i tu hi acabes accedint...doncs mentre hi estiguis conforme i realment no sigui una cosa que t'estàs obligant a fer perquè...per mil històries...perquè penses que no trobaràs mai ningú o no trobaré una persona que m'estimi com jo vull que m'estimi...mentre tothom estigui conforme i sobretot informat i comunicat amb el que hi ha, jo crec que és suficient. I amb això implica que en el moment en què algú no es senti còmode o no li agradi o vulgui sortir d'aquesta relació que ho pugui dir i parlar les coses.

### **Ho tens en compte quan en tens una?**

Jo considero que sí. Suposo que aquestes coses sempre es poden fer més però quan em preguntaves si canviaria alguna cosa...és que no em ve res al cap.

### **Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit en les relacions afectivo-sexuals? Per què?**

Jo crec que puc amb tot, osigui que sí és un no és un no. L'únic que més que el fet de no ser dir el no, és el que penso si dic un no a vegades. O el que he pensat. Potser ara no tan, però això que et deia...en el moment en què jo no estava tan bé si que hi havia un punt de dir, "ai, i si ara dius que no que?" que l'altre persona no es ralli o que no pensi...jo crec que me'n vaig una mica a pensar: què penaria jo si em digués que no. I em faig la olla. "potser es pensarà que ja no m'agrada..." jo crec que hi ha moments que potser em costa alguna cosa però és més perquè és

com si poses en l'altre persona els meus pensaments...no ser com dir-ho. Llavors és com que em menjo l'olla però penso que soc bastant conscient de que és per això, i llavors és com "no".

És que t'ho prometo que el que et deia de la N, que em va explicar moltes coses i em va ajudar molt, ho tinc molt al cap. I és en plan "si hi ha algo ho dius", doncs ho dic. Va ser la meva mentora.

### **Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

Si que ho penso, perquè és impossible sinó saber en què estàs còmode, en què no...jo al començament anava super perduda perquè sempre havia sigut una negativa a experimentar de cap manera, ni parlant ni a que m'ho expliquessin...penso que a vegades coneixe't també és llegir o parlar amb gent, a informar-te i a dir "vale jo això no"...coneixe't penso que no sempre ha de ser una cosa de provar o no provar, sinó simplement de saber què va la cosa, de dir "vale això si que hi vull provar".

Llavors penso que si que és important, crec també que és difícil perquè no ho ser...penso que hi ha molta més gent que hi ha tabú. Vull dir no ho ser...jo ara pensa que tinc menys tabú però em continuo preguntant coses. Llavors penso que és important però que és difícil.

Penso que seria molt guai poder-ho normalitzar més.

### **Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Si, perquè llavors no vas modo kamikaze. M'explico, clar, si tu no en tens ni idea de res i de cop vas i et llances i aquella persona té molta experiència...et sents com desprotegit...perquè dius "mierda, i ara que?...estic aquí que no m'entero de la cosa..." i jo crec que si no et coneixes és més fàcil anar com a carretó de l'altre i que l'altre vagi tirant i tu potser acabes fent coses que et sents incòmode però perquè no saps on t'estàs posant. Llavors si que penso que és important.

### **Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

si, però no és una cosa que faci sovint. Perquè no em genera tan de plaer que fer-ho amb la meva parella. És una cosa que ho he fet, ho he provat, que també oda a la N perquè va ser ella que em va dir que ho provés, però no és una cosa que faci com sovint.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivo-sexuals? De quina manera?**

Si, tan positiva com negativament. Penso que un cop sortim de la UPA som molt conscients de què ens passa...pensa que una persona que ha fet un tractament perquè té una patologia alimentària arriba a un coneixement molt millor de si mateixa que potser altra gent que no ha fet cap mena de tractament psicològic. Penso que això és positiu en el sentit que hi ha moltes coses que potser són més generals com: comunica't... que els tenim molt assumits. Llavors quan et trobes en una relació, sigui la que sigui, una relació d'amistat, de família, del que sigui també.. que juguem en avantatge. Però en el moment en què una persona està malament i *suelta por la vida*, clar, es va torbant en gent i en situacions que no sap afrontar i jo potser no és el meu cas però sí que he vist que han entrat moltes nenes havent entrat en marrons importants, en relacions on s'han posat zero límits, s'han sentit fatal en si mateixes... i també moltes nenes jo crec que quan tens algun tipus de relació com acorada...com de parella...busques unes coses en l'altre persona. I quan tu canvies, perquè tu necessites canviar perquè no estàs bé, aquestes coses canvien. Això és casi estadística, nena que entra amb parella nena que ho deixa.

Penso que pot afectar de manera positiva però també per la patologia en si penso que pot afectar de manera negativa.

A mi personalment, quan vaig recaure que continuava estant amb la mateixa persona i jo teòricament era la mateixa persona...les coses eren diferents.

Penso que sí, que si tu estàs malament...que potser és una cosa generalitzada...però si tu estàs malament amb una patologia alimentària afecta.

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

## **ENTREVISTADA 2**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 24

**Nivell UPA:** 4

### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Penso que és un treball constant, és complicitat, complaure l'altre persona i que l'altre persona et complagui a tu, és un vincle que requereix comunicació, constància, requereix paciència, també requereix sobretot parlar molt les coses. Penso que qualsevol relació s'ha de cuidar, la sexual i afectiva doncs és una cosa de cada dia, que està present en les relacions. Llavors jo crec que és això, comunicació.

### **Què entens per plaer?**

Hi ha molts tipus de plaer. Per mi el plaer és les petites coses de la quotidianitat. Parlant de sexual doncs hi ha el plaer sexual, llavors hi ha el plaer del menjar, hi ha el plaer del son, de l'amistat...no ho ser, sempre per mi el plaer son les petites coses. Els amics, la família i els moments per mi que son d'oci i de gaudir, per mi son això.

### **Què entens per orgasme?**

Orgasme per mi és arribar al moment sublim del sexe. És quan et deixes anar, encara que a vegades costi i arribes a gaudir de les relacions sexuals que estas tinguent amb la teva parella i arribes al moment més àlgid. I és quan tens totes les sensacions a flor de pell. I evidentment quan et corres, parlant així vulgarment.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Jo sincerament sempre he sigut una persona activa en una relació en tots els sentits, tan fora com dins del llit, o almenys jo em considero així. Què passa, que jo la meva primera parella que vaig tenir era joveneta, però si que estava activa, em trobava bé...no ho ser, era una relació sana, jo disfrutava...però poc a poc a l'anar-me apagant amb la malaltia jo vaig perdre tots els sentits del plaer en tots els sentits de la paraula. Em vaig privar de menjar, d'oci...al final el meu cap era menjar i entrant en aquesta addicció i llavors el plaer per mi no existia. Per mi el plaer era baixar de número, veurem més prima i vaig destinar tots els meus sentits a això.

Quan jo vaig emmalaltir no tenia el sentit sexual. Jo vaig començar amb el meu ex, vaig estar quatre anys i et puc dir que vaig tenir moments en que em podia deixar anar i si que hi havia moments en que podia disfrutar però no...si que és veritat que tenia molt al cap cos i menjar i no disfrutava i tampoc tenia aquest apetit sexual, no tenia ganes, no em sentia ni sexy, ni desitjada ni res de tot això.

Quan vaig entrar a la UPA si que va millorar molt tot això. A més jo vaig estar un any i mig amb ell estant a la UPA i llavors vaig treballar moltes coses, però ho vam deixar. Jo vaig canviar molt, jo estava en un altre moment i Bueno, també em vaig adonar que ell havia sigut el meu confort.

Fa un any i poc vaig començar amb el noi queestic ara, que ell ja em va conèixer bastant bé i Bueno, visc amb ell a dia d'avui i la veritat que relacions sexuals bé i per lo de més bé, tenirm les nostres coses però bé.

### **Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

Mira, a nivell sexual, et parlo de les meves relacions anteriors, si que canviaria potser...bueno és que m'agraderia canviar-ho però és que realment en aquell moment no hagués pogut perquè tampoc en tenia ganes, no em sentia desitjada, no tenia apetito sexual. Però si que canviaria en alguns moments no haver-me obligat a fer segons què, o en algun moment haver-me respectat més perquè al final fas molt per complaure l'altre quan tu realment no estas en un moment de voler fer res. Perquè no tenia ganes quasi mai, quan vaig entrar a la UPA ja més però conta que dels 4 anys la mitat fatal.

I amb la meva relació actual ara no canviaria res. Potser que jo soc una persona que fins que no guanyo confiança potser no em deixo anar tan. Potser a vegades és el deixar-me anar, el fet

d'estar més controladora, més tensa i jo sé que soc molt controladora...però d'ara mateix no canviaria massa, més en el passat sí.

**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Sí, jo al principi soc bastant vergonyosa. Aparento potser molt segura però no, no ho soc. Primer perquè a mi em pot agradar el meu cos però sempre hi ha parts que t'agraden més o menys, llavors el fet de mostrar-se 100% a mi és una cosa que m'ha costat i que em costaria...això per començar. I llavors potser el fet de tu fer o tu començar, el fet de sobretot de i si faig això? Sentir-me de tal manera...a dia d'avui no em passa tan eh, però sí que és veritat que la iniciativa o al principi a mi en les relacions em costa molt potser fer jo, però bueno...

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana? Ho tens en compte quan en tens una?**

Jo crec que una relació sana és una relació on hi hagi confiança, això per començar, on hi hagi llibertat, comunicació sobretot, jo crec que la base és al comunicació. Poder parlar les coses, com ho veus tu i com ho veig jo, sentar-nos, a mi m'ha molestat això, a mi m'ha molestat lo altre...penso que una relació és comunicació però sobretot també la confiança. El fet de dir tots som humans i tenim pors i inseguretats però és escoltar-te a tu mateix i poder confiar en l'altre persona i poder dir-li en algun moment, comunicar-te i transmetre-li el que tu estàs vivint...jo crec que és això.

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

Jo era una persona que em costava molt dir que no, era molt de quedar bé, era molt d'aparentar, de *niña perfecta*, de Barbie i de *todo bien* i no m'atrevia mai a dir que no i era molt insegura i sempre tot pels altres i per mi no...i a dia d'avui em sento tot el contrari, la UPA m'ha fet canviar molt i a dia d'avui em sento...no et puc dir un 100% perquè mai hi és però sí que un 95% de jo em respecto, jo dic fins a on, dic el que sento. A dia d'avui em sento forta en aquest aspecte.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

És molt important. Ja és important coneixe't a tu com a persona però a nivell sexual també. Al final és descobrir-te a tu, és què t'agrada a tu, dir-li a l'altre què t'agrada que et facin...que l'altre també ja ho veu en el llit però sobretot parlar les coses, fes-me això o fes-me lo altre...si et pregunten ser honesta.

Jo penso que si, que és molt important coneixe't a tu perquè l'altre et pugui conèixer i també tu en el moment poder demanar o poder expressar com et sents, si t'agrada o no t'agrada...jo penso que és molt important.

**Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Itan, si tu et coneixes és molt més fàcil transmetre-li a l'altre, que l'altre ho sàpiga...en el sexe és algo molt important i si tu et sents satisfeta parlant amb l'altre persona és molt important i va molt relacionat.

**Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

Jo sincerament no soc una persona que m'he masturbat perquè realment jo a mi mateixa no m'he trobat el plaer. Mira que ho he intentat, ho he parlat amb amigues, a teràpia...però jo no.

La veritat és que sempre he tingut parella, llavors tampoc he tingut la necessitat. Pensa que jo fa que no estic soltera molts anys...i tot estant soltera sempre he mantingut relacions o un mínim de relacions sexuals. Sempre tenia algú amb qui quedava o amb qui ho feia...llavors una part per això, no m'he sentit mai en sequia i inconscientment potser jo sempre ho he jutjat una mica. Potser ara ho veig super natural i ja m'agradaria a mi masturbar-me i així però com que no m'hi he trobat...no m'he trobat en la situació.. però bueno que ja *estoy en ello*.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivosexuals? De quina manera?**

Itan, 100%, sens dubte. És que al final tu pensa que un home en un trastorn alimentari et posseeix i t'anul·la com a persona i has de partir de la base de que en un trastorn tu no ets tu. Ets una persona que parla des d'una malaltia que centra tota la seva vida en el cos i el menjar. Llavors no ets feliç tu i quan una persona no és feliç és obvi que tampoc pot fer feliç a la persona



que té al costat. Jo ho veig super clar que si, que afecta moltíssim i estar amb una persona que té un trastorn és molt complicat i requereix molta paciència i molta força de voluntat. Jo no ser si jo podria estar amb una persona que hagi estat com jo he estat en els meus moments dolents. No et dic que quan estigui amb tractament i tot sigui més fàcil, que llavors si. Però una persona que no està en tractament i té un trastorn alimentari la veritat és que no...jo no ho recomanaria.

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

### **ENTREVISTADA 3**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 28

**Nivell UPA:** 4

#### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Les relacions que mantens amb una parella o amb una persona amb qui tens un cert afecte a nivell tan d'afecte de carinyo com a nivell sexual.

#### **Què entens per plaer?**

Conjunt de sensacions que pots tenir tan tu mateix com que t'aporti una altra persona a través dels diferents sentits.

### **Què entens per orgasme?**

El punt àlgid en el que arribes quan mantens una relació sexual tan a nivell físic com a nivell mental.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

A veure, clar, jo abans he estat amb nois, abans d'estar amb la meva parella que ara és una noia i llavors les meves relacions bàsicament potser es pot considerar que he estat principalment amb 4 nois. Amb el primer noi era una relació en la que jo, per la malaltia, no em sentia a gust, perquè jo tenia un cos més gran que ell i ell era molt prim i a mi això em feia estar molt malament i intentava no pensar-hi i evidentment podia tenir plaer i tot però jo no arribava a orgasmes i sempre havia d'imaginar, sobretot a noies. Jo ja ho sabien les meves parelles això, i ho acceptaven. Després en les següents vaig trobar gent més a fi a mi, eren més alts, més grossos i això em feia sentir molt millor a nivell de cos i de malaltia perquè jo em sentia més petita i per tant era com si jo estigués més prima que la meva parella i a mi això em feia sentir molt millor i després clar, amb els altres bé. I ara estic amb l'A, que és la meva parella, és la primera noia amb la que estic i me n'he adonat que si, que realment m'agraden les noies, 100% segur. Puc disfrutar igual amb els nois però jo la sensació que tinc quan estic amb una noia és molt diferents i a més, pues la meva parella a nivell físic és molt semblant a mi, té les mateixes mesures més a o menys, les mateixes proporcions i a mi això em fa sentir molt a gust a nivell de malaltia perquè no m'és difícil a nivell de comparacions. Perquè em comparo molt, molt, molt, sobretot proporcions de les seves cames i les meves, els seus braços i els meus...coses així a mi és e que m'afecta més. I no ho ser, això és el que et pugui dir de la malaltia...a nivell físic això.

A nivell emocional m'afecta moltíssim segons en la època en la que estic. Em costa molt per exemple, amb els nois m'era molt fàcil perquè jo escollia quan, com i on i en canvi amb una noia m'estic trobant que les dos em d'escollir el quan, com i on perquè ella no sempre està disposada a tenir sexe i això a mi em crea moltes inseguretats i em deixa molt intranquil·la perquè ho associo a que no li agrado. Molts dels problemes que tenim d'això, bueno principalment venen d'això. Jo ho associo a que no li agrado, ella s'agobia perquè es sent obligada a dir sempre que si perquè jo no m'agobii i és com un bucle en el que...és el que veig més a nivell emocional. I també per exemple si jo estic molt centrada en una cosa, soc una mica exigent en tema feina i estudis, i si estic molt centrada i tinc el cap molt posat en una cosa no em poden ni tocar el cos. És com que ni em toquis, ni s'atacudeixi. Jo estic malament amb el cos, o tinc un problema a casa, ni em toquis

**Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

Si. De les que he tingut que tinguessin el cos d'una noia i de la que tinc ara la seguretat en les dos. Perquè entre les inseguretats i inestabilitat d'una i les inseguretats i inestabilitat de l'altre és el principal problema que tenim a la relació, que mai arribem a trobar el punt d'equilibri per trobar el punt de ens relaxem i disfrutem les dos, perquè sinó té un problema una el té l'altre i costa trobar el punt, el moment de dir, anem a disfrutar del sexe.

**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Si, els meus pits em fan molta vergonya, bàsicament. No m'agraden gens i és algo que...o que em toquin el cos quan no estic bé m'entra fàstic. I tinc fàstic al meu cos, tinc fàstic i fàstic i li agafo fàstic a l'altre persona perquè em toca....

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

Jo crec que per poder tenir una relació afectivo-sexual sana les dues persones han de ser conscients de com estan anímicament i d'acceptar com està l'altre persona anímicament aquell dia.

**Ho tens en compte quan en tens una?**

Ho intento però em costa molt...molt, molt, molt. Més que res perquè potser si que jo soc més conscient del que em passa però no del que li passa a la meva parella perquè ni ella mateixa ho sap moltes vegades i és difícil.

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

Molt alta des de que vaig entrar al tractament. Abans mig mig, depèn de la persona.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

Si, molt. Jo crec que per poder demanar el que t'agrada en cada moment.

**Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Si, jo crec que si. Crec que fa tan de temps que em conec a mi mateixa que ja no me'n recordo de què pot ser el que millori. Més que res perquè tens clar el que a tu t'agrada i li pots demanar a l'altre persona i és també com una manera de donar-li tranquil·litat a l'altre persona de que sàpiga si et fa això t'agrada i si et fa això no... la transparència aquesta que permet un vincle més gran en el sexe i que permet estar tranquil i disfrutar-ho més, i no estar pendent tan d'estar pensant si li agradarà, no li agradarà i entrar en aquest bucle de no ser si li agradarà bé si no ho faig bé...

**Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

Si. M'aporta plaer. Bueno depèn de la vegada, hi ha vegades que plaer i hi ha vegades que em sento malament, hi ha vegades que...em relaxa. Em sento malament perquè si no estic amb la meva parella és com...ostres...si no està anant bé les relacions en tema sexual amb l'altre persona m'és més difícil tenir orgasmes i em sento... i em fa sentir malament, em fa adonar-me que noto que algo no funciona amb la meva parella.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivosexuals? De quina manera?**

Si, molt. Tan a nivell de cos com a nivell mental. A nivell de cos relacionat amb les pors, fàstic amb tu mateix...inseguretat...

A nivell mental sobretot per alts i baixos o canvis d'humor. Potser tens més pensaments abans de tractar-te, tens mil pensaments i de cop et passa una inseguretat pel cap i et talla la seguretat que bueno...o la tranquil·litat, el donar-li tantes voltes al cap no et permet relaxar-te i disfrutar.

#### **ENTREVISTADA 4**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat: 33**

**Nivell UPA: Nivell 4**

#### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Mantenir una relació sexual amb la parella i hi entra des de l'acte sexual fins les carícies, el contacte...

#### **Què entens per plaer?**

No seria tan puntual, sinó un període més llarg en el que estàs còmode i desinhibida, deixada anar...

#### **Què entens per orgasme?**

És un punt àlgid molt emotiu, com una explosió

#### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Abans de la malaltia jo tenia 15 anys, llavors era una nena molt tímida, molt reservada i a casa sempre estava molt inclucada d'estudiar i deixar-se de novios i així. Llavors abans de la malaltia, lo màxim que havia arribat a tenir era lo que avui en dia pot ser un amic, amb alguna cosa de dret, i aquest dret volia dir fer-se algun petó, i per mi ja era el punto àlgido.

Jo abans de començar en plena malaltia començo a interessar-me una mica més en el món dels nois, més que res perquè el meu entorn feia ja molt anys...però jo tenia tantes pors, tanta inseguretats que no m'atrevia.

Llavors començo a experimentar algo més que un peto però tot visible, res més enllà. Llavors començo a ficar-me dins de la malaltia i el tema homes desapareix, el tema libido sexual desapareix totalment...t'estic parlant de...2002 o 2003, fins l'any 2010 que amb un amic que teníem molt bona relació, i jo si que li atreia a ell però jo com que estava en plena malaltia no sentia res, però el meu entorn era en plan prova-ho, va, que ja veuràs...fins i tot el meu entorn parlava de que si jo era asexual, que si m'agradaven les dones...perquè com que no tenia cap experiència sexual amb nois i ja tenia uns vint i pocs, doncs era com molt poc normal. Llavors amb aquest noi em deixo portar una mica però sense arribar a sentir res. La màxima cosa que podia sentir era una mica de plaer però tan sols era fent-nos petons i quan ell anava a més jo sempre frenava perquè era una cosa descontrolada per mi i tampoc tenia cap necessitat i ho vivia com de persona guarra...bueno tot se'm barrejava. A més a més tampoc no hi havia una atracció per dir perdo el món. Llavors provo d'anar una mica més amb aquest noi, però veig que no va la cosa, que jo sempre arribava un punt que frenava, i era als tocaments i acte sexual i aquí ja jo posava fre.

Llavors vaig entrar a la UPA i això ja era 2011 o 2012, fins que jo no tinc 27 anys que jo no perdo la virginitat, i començo a interessar-me pel món dels nois, realment si que començo a sentir i començo a trencar una mica de barreres, en el sentit de moment de descontrol, començava a tolerar-los una mica. Descontrol volia dir que no controlés la situació però mai més enllà de un seguit de petons però d'arribar a tocar molt molt molt tampoc. Vaig perdre la virginitat però va ser amb un noi que va ser molt fugaç perquè en el noi no li interessaria o el que fos i va estar durant unes setmanes que semblava que si però després va desaparèixer i per mi va ser com un xoc molt fort haver de dir jo...per mi amb aquest noi estava fent petits passos a nivell sexual perquè jo recordo moments de dir...bueno que ell em tocava la panxa i jo dir no, no, no siusplau, aquí no. I de dies més tard dir va, començar a fer un passat més i dir, va a la panxa, bueno però molt per sobre i després el cul...i aquí començo doncs a tolerar més el que em deixin el que és palpar.

L'any següent ja vaig conèixer el meu home d'ara i al principi jo vaig voler anar molt a poc a poc perquè no volia el xàfec de l'anterior i ja recordo de al cap d'uns dies, d'un setmanes...d'anar més enllà i fer l'amor i així recordo al principi no sentir gaire res, sobretot no sentia gaire res a la penetració en si. En els preliminars molt bé però en la penetració no, i amb els preliminars recordo estar molts mesos fins a deixar-me anar i arribar a l'orgasme perquè sempre era, arribava a un punt i li deia frena, frena, frena! I ell: però què passa? I jo: "que ja em descontrola aquesta situació i que no vull". I ell com que és una persona molt tossuda...en plan t'has de desinhibir, no pot ser que sempre arribis a pam, al fre aquest. Jo recordo d'estar una de les

vegades de viatge que allà no tenia problemes de veïns, que no estava en una situació d'estar incòmode perquè era una situació de dir, bueno, si no ens coneix ningú, podem fer el que volem i aquí recordo...que em fa molta vergonya perquè jo aquests temes sexuals, jo fins entrar a la UPA, osigui fins començar a perdre la virginitat jo era no, no, no, no vull sentir res! I mira que tenia ja una edat, tenia 25, 26 anys, i era com no, no, no perquè em sentia guarra, i de tot. Inclús en el preliminar al principi ja em sentia molt marrana perquè... és més, jo sentia nenes més petites a la UPA dir " posar dits" i jo dir: "*Què és eso, por favor?*" era com que em parlaven a xino i a més a més jo pensava mai a la vida...perquè a més a més jo pensava l'amic meu aquest que ell volia sempre més em deia és que quan ho provis t'encantarà i jo era en plan: no, no en tinc cap necessitat, no he de provar res. Vale, doncs això, una vegada vam anar de viatge amb en B (marit) i ja teníem més confiança i jo ja era capaç de dir-li: això si que m'agrada, això no...Començava a dir-li: mira és que jo la penetració como que ...i ell em deia: tu tranquil·la, ho has d'anar provant...i vaig arribar a l'orgasme en aquest viatge, i vaig descobrir a més a més una cosa que per mi era totalment desconeguda, que després parlant-ho a petit comitè amb alguna amiga em deia que no li passava a tothom, que...bueno enfin...que jo ejaculava molt, fins al punt de...un squirtz. I jo pensava *Què coño és eso?* I jo notava com que em pixava...bueno i això, que ho vaig descobrir i em va agradar i llavors bé.

Després em vaig adonar estant embarassada, perquè estant embarassada em va pujar molt la libido, i aquí vaig notar que la penetració em començava a agradar. O sigui que mira si va tardar anys. Jo amb la penetració podia estar de braços plegats, era com fingit aquesta part. I llavors ara no és que sigui lo millor perquè per mi els preliminars és lo que més però si que sento més que no pas...

I llavors,...bueno aquí ja t'ho explico tot. Tema tocar-me pues como que no, tema masturbació no.

### **Et masturbes o ho has provat?**

Només en una ocasió, una puntual i no fa pas gaire, que tenia molta picor i res em calmava i l'única cosa és que necessitar-me hidratar-me, hidratar-me... i això és lo que més, i punto.

### **Perquè creus que no ho has provat?**

Em fa molta vergonya. A més a més a vegades que estem fent l'amor amb en B i que ell agafa la meua mà i em diu: ajudat, al sentir jo que és la meua pròpia persona que m'està tocant és com ua...no! i li dic "fes-ho tu" perquè no ho ser...que em toqui ell no ho trobo de marrano, sinó que m'agrada que ell em dongui plaer però jo a mi mateixa ho trobo de marrana. Potser ho sento d'una amiga i penso "joder què guai", però de mi mateixa és com que em veig com si em veies des de fora la imatge, igual que em passava amb els preliminars abans amb en B o amb 'anterior nòvio, que ell baixava i tal i jo pensava "ai porfavor!, des de fora es veu una imatge tan lletja...sembla un gos que m'està llepant allà" Bueno no ho ser, i clar, soc de ment tan retorcida que em costava molt per exemple això, i actualment encara no he trencat la barrera i penso que no podré de "yo conmigo misma". Amb lo altre ha sigut perquè l'altra persona no m'ha retingut amb cadenes però d'alguna manera m'ha forçat i ha sigut com, perquè em forces tu, però jo de mi mateixa no ho ser...em costa molt. I ja et dic, aquesta situació puntual que em va passar, va ser com ai...li vaig comentar a en B que m'havia passat aquesta situació així com a molt puntual i em va dir: "pues pruévalo más!"

Jo per exemple dominar la mà d'en B no m'importa, és més, m'agrada perquè ell potser està per un costat que jo preferiria per un altre i en canvi, jo notar de mi mateixa no puc desassociar la mà amb el cos.

### **Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

No. Actualment estic bé, és més, jo fins i tot ho faria més vegades. Però jo per exemple, el anar a buscar l'altre no, per ser rebutjada o perquè per exemple seduir no és lo meu, també tinc la imatge de mi de què ridícula...m'ho imagino i penso "ai que guai seria" però llavors estar en el moment i fer-ho en plan per exemple, un dia havia anat a Zumba i li vaig dir a en B mira quin ball hem fet! I ell em va dir: Va a veure, balla... i jo no, no, no! A mi m'agrada ballar però no associat a seduir. Que després m'agrada veure el resultat, veure que l'altre persona genera una reacció, però no...



**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Hi ha coses que em dificultes actualment és que em sento molt còmode amb la meva parella i que em sento amb la confiança suficient per dir-li això si que m'agrada, això no...

Si que per tema malaltia i com soc jo soc de donar-li moltes voltes a les coses i si per exemple, xorrades, si hem acabat i després no està carinyós ai...li haurà agradat? No li haurà agradat? Inclús el pensar, com que tinc tan poca experiència amb nois, potser hi hauria més coses a fer i jo no ho ser...

I una cosa que, m'incomode és, que abans no t'ho he dit, i només ha passat un cop a la vida és mirar una pel·lícula porno amb en B, i va ser un esqueix de 5 minuts. Això també és una de les coses que m'incomode.

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana? Ho tens en compte quan en tens una?**

Molta comunicació. Sí. Jo penso que molta comunicació per part dels dos i jo si que ho tinc en compte. Al principi em costava molt pel fet que ell no se sentís com que no m'estava satisfent suficient, i que se sentís culpable...però al veure que era molt planera la situació, que podia parlar obertament i que no hi havia cap conseqüència negativa, de com estem ara actualment del principi hi ha molta diferència perquè al principi era com sense comunicació, és igual, anem fent, tenia moltes pors i prejudicis i ara no.

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

100%. Soc capaç. Per exemple en B té moltes ganes de fer l'amor, penetrar-me per darrere i aquí li he posat el límit de que no. Perquè simplement el tantejar el terreny per mi ja és molt incòmode i no. No tinc problemes en posar límits, és més, no em sento forçada per ell en cap moment, en plan li diré que si per consolar-lo o...no. Hi ha la suficient confiança com per dir-ho.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè? Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Et diria que no, que no és important. Que és algo innecessari, però si que és veritat parlant parlant sexual jo abans també pensava que era innecessari, però ara que ho conec i ho tinc de per mà ser que desestressa molt, uneix, mil coses...i potser hi ha vegades que penso que tinc mandra o tinc pors de que si ell em dirà que no per mil coses però pensant amb el resultat final, això a vegades m'ha fet tenir més ganes de dir-li: B te apetece...? tot i que tinc moltes vergonyes i moltes pors, però al pensar amb els resultats finals de dir però si després estem bé, a mi m'encanta i mil coses doncs això em fa pensar que la masturbació doncs potser també.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivosexuals? De quina manera?**

Si, totalment. Amb moltes pors, de ja deixant de banda a nivell corporal, a nivell estètic de ja si em veig malament, més gorda, més flaca, amb michelín, no michelín, amb panxa, menys panxa...a part d'això ja del físic, el tacte, deixar-se tocar és un punt en una persona amb trastorn alimentari. Perquè si una mateixa ja se sent repudiada, fet per una l'altre persona sembla que és molt més gran.

Almenys a mi em passava i jo crec que a moltes noies amb patologia, és que tenia molta por a dir la meua, a posar per endavant les teves decisions, el plaer està super anul·lat i la libido està super anul·lat...jo no ser les noies que han tingut parella durant aquest període, jo era tabú aquest tema bàsicament perquè no tenia cap interès...si que idealitzes les pel·lícules i penses que maco seria! Però en realitat tens un tiu a davant i a mi em passava "*Ni siento ni padezco*". Simplement pensava amb el meu cos i en mi mateixa, i en què menjar i que no menjar, i si faig esport o no faig esport...que això també és una de les coses que jo em pensava al principi de que estaria super capficada amb fer l'amor vol dir cremar molt...però no, no és una de les coses que jo tingui al cap de vull fer més l'amor per cremar.

Jo recordo estar en un dels centres en els que vaig estar, de tants que vaig estar, i recordo noies que tenien permisos per veure la seva parella i recordo el cas d'una noia que estava molt prima i li van dir que si en tenia ganes podria fer l'amor al cap de setmana amb el seu xicot i jo pensava "Quina sort poder fer esport!" només pensava en això, no pensava en res més que la part pura de cremar i de que en quina posició es fa més força, menys...imagina fins al punt que afecta la malaltia. Perquè el cap només pensa en com m'està veient ell, com m'està sentint ell, com

m'està notant i què vull jo, cremar, fer esforços, fer les mil i una postures rares per sentir-me que estic fent més exercici...

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

Que potser no serà el cas de totes les noies que tinguin aquesta vivència de poca libido i poc interès pels nois, que hi haurà noies que no. Però en el meu cas em va enganxar en aquesta època en què els estudis i les exigències, les exigències amb el cos i la imatge era l'única passió per endavant que atracció per un noi o interès.

**ENTREVISTADA 5**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 21

**Nivell UPA:** Pre-alta

**Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Ai no ho ser.. les relacions íntimes amb algú que només les comparteixes amb aquella persona.

**Què entens per plaer?**

Ua que difícil...un grau molt elevat de felicitat.

**Què entens per orgasme?**

La culminació d'aquest grau de felicitat.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Jo vaig perdre la virginitat amb 16 anys i no era amb la meva parella. Això que diu molta gent que ho has de fer amb la teva parella, amb algú que et sentis còmode... doncs no ho ser...jo estava en una edat que volia experimentar i vaig fer-ho amb una persona que hi tenia confiança però no era pas la meva parella. I no me'n arrepenixo de res.

Després, a mi no m'ha costat pas això de despullar-me i així, que potser hi ha algunes nenes de la UPA que els hi ha costat més. Si que en algun moment, quan estic més rallada amb el cos doncs em puc rallar si em toquen la panxa...i després...doncs això, que als 16 anys vaig experimentar amb aquesta persona i amb altres però res, vull dir, que no eren pas parelles i abans d'entrar a la UPA jo tenia una parella. Evidentment vaig veure molta diferència en tenir relacions sexuals amb les altres persones que amb la meva parella. Si que quan estava deprimida hi havia molts moments que em costava molt més fer-ho i després em sentia molt malament per l'altre persona quan veia que l'altre ho volia fer...em sentia forçada a fer-ho. Però crec que quasi bé sempre vaig fer el que jo creia. No era " he de contentar-lo".

I després vaig tenir alguna cosa pel mig. I ara jo tinc parella des de fa 3 anys.

### **Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

No....

### **Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Jo lo meu no és tan vergonyes o tal...sino més com estic jo mentalment. Si estic més desanimada doncs em costa més posar-m'hi. Penso "quin pal...és que ara ho embrutiré tot..." i llavors quena ja hi estic ja estic bé. És més el moment abans de que quan estic més dèbil començo a dir...començo a donar voltes. També penso "l'altre s'enfadarà..."

### **Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

Comunicar-se. El que penso que tinc amb la parella d'ara doncs és que quan portàvem un any o així vam parlar de coses que ens agradaven o que no. Jo crec que és molt important la comunicació amb l'altre persona de dir: "mira això m'agrada, això ho trobo a faltar...".

Jo al principi comparava molt la meva relació d'abans i la d'ara. La persona d'abans havia estat amb altres persones i el d'ara soc la seva primera i doncs el primer era molt més atrevit i el que estic ara no ho era tan...i llavors jo li vaig comentar això. Coses que a mi m'agradaven i tal.

Llavors jo penso que és molt important això, el més important és comunicar-se.

### **Ho tens en compte quan en tens una?**

Si, si. Però m'ha costat.

### **Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

A canviat amb el temps...abans em costava molt més però ara jo crec que quasi sempre dic que no.

### **Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

Si, osigui conèixer-te per després expressar-te. Conèixer-te amb la finalitat d'expressar-ho a l'altre perquè si no et coneixes i llavors tampoc ho expresses...

### **Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Si, si, jo crec que si. Perquè evidentment si tu et coneixes i saps el que t'està passant és per X motiu, doncs a vegades dius doncs val més que arrecli el problema i no li comuniqui a l'altre. Que jo si que me n'he adonat...o que reflexiones molt més abans de dir una cosa. Reflexiones per després prendre una decisió. Ni un extrem ni l'altre, no el que em passava abans de molt impulsiva o de reflexionar-ho tan que no ho acabava fent, sinó que ara cada cosa que em passa, cosa que reflexiono, per mínima que sigui. Tinc aquesta capacitat que la UPA m'ha ensenyat de

reflexionar. Bueno suposo que si que ha influenciat molt la UPA però també vull dir que faig filosofia, et fas gran...

**Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que no perquè no ho fas?**

Si. Però ara...depèn de l'època. Quan no he tingut parella si que ho he fet més i quan he tingut parella no tan però depèn de l'època.

**Si és que si què t'aporta?**

És més com desestressar.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivo-sexuals? De quina manera?**

mmm...és que en el meu cas no ho veig molt...osigui patologia alimentària en el sentit que et menges més l'olla, o potser que el teu estat d'ànim t'influencia molt més alhora de fer una cosa. Que una altre persona pot estar trista però tira endavant, però nosaltres com que és tan gran aquesta tristesa doncs ens frena. Però més en aquest sentit més emocional, no tan en el cos, en l'aparença...sinó que jo he sigut bastant atrevida...més a nivell emocional.

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

## **ENTREVISTADA 6**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 25

**Nivell UPA:** 4

### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Relació de parella, suposu. Bueno, o com em relaciono amb un noi o una noia que m'atrau.

### **Què entens per plaer?**

Sentir-te a gust, sentir-te tranquil·la i en aquest àmbit sentir-te en confiança i també gaudir tu mateixa.

### **Què entens per orgasme?**

La culminació del plaer.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Així resumidament...al principi era sortir de festa per trobar nois per sentir-me estimada. Llavors acabava a casa d'algun noi, borratxa normalment, i amb algun tio. L'endemà em sentia malament, com una merda, i utilitzada i asquerosa. Llavors suposu que d'aquí vaig fer com una mica la creu a les relacions. Això durant bastant de temps...llavors fins i tot alguna vegada d'estar de viatge amb l'institut o alguna vegada de festa a la nit i aixecar-me l'endemà de no saber ni què havia fet...aquí el panorama...això fins més o menys primer de carrera.

Després havia tingut alguna relació amb algun noi però mai gaire llarga i també alguna vegada una relació amb un noi però era més per no sentir-me sola que perquè sentís res. Va ser a segon de carrera que si que vaig conèixer un noi de Califòrnia que estava vivint a Barcelona i si que amb aquest noi hi vaig estar mig any...una mica més...8 mesos i amb aquests va ser com la primera relació així *bien*. Després ell estava aquí a Barcelona, jo també vivia a Barcelona, i després ell se'n va anar allà i jo me'n vaig anar amb ell però m'hi sentia molt a gust i hi vaig estar molt a gust i va ser com la primera relació així. I amb tots els àmbits de parella hi estava bé. Però llavors si que és veritat que quan ho veig deixar el sentiment de sola se'm va fer com molt gros, molt gros, molt gros i...la malaltia em va fer (indica amb la mà cap a baix)...i vaig acabar a la UCI del Clínic perquè em vaig fer una sobredosi...del nivell de sentir-me malament. Perquè te'n facis una idea.

Després suposu que a partir d'aquí va ser com uf...*cruz y raya* i després si que va haver-hi una època que si que...crisi existencial molt *heavy* de crec que no m'agraden els nois, m'agraden les noies. I va ser com si, si, si, m'agraden les noies. I ho vaig passar molt malament durant una època perquè no sabia què. Un estiu vaig anar a un...bueno al Bioritme i vaig conèixer una noia i bueno mira...vaig experimentar i bé. Em va agradar, em vaig sentir a gust. Però això va ser com un temps i després va ser quan vaig arribar a la UPA i també em van explicar que pot ser que la malaltia faci que no tinguis ganes d'estar amb nois...o també les experiències, això també m'ho havien dit a l'altre tractament, que les experiències i tot que havia tingut amb nois així de festa havien fet que hagués bloquejat...bueno que no sentís res. Jo amb nois, orgasmes amb una altre persona no n'he tingut mai.

I després si que va ser l'any passat que ja estava millor...perquè bueno a mi m'agradava algun noi però m'hi posava...no ser com explicar-ho...m'enquadriculava i m'agradava aquell noi i...encara que a l'altre persona no li agradés jo era: no, a mi m'agrada molt. Era com que no acceptava que em diguessin que no saps.

L'any passat si que vaig conèixer un noi i bé. Vam estar poc perquè el noi al cap d'un temps...ell tampoc estava gaire fi, anava al psicòleg i així i no...

I al cap de mig any em va dir: "és que no ho ser, no estic per estar amb ningú..." i es va agobiar. Jo crec que encara li agradava la seva ex...i ho vam deixar. I ara no ho ser, des del setembre que estava amb un noi però no ho ser... penso que ja estàs una mica al dia...i això.

### **Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

Si, si. Primer de tot no fer-ho per sentir-me acompanyada. No arrastrar-me tant. Sobretot no anar borratxa...i no ho ser, sobretot valorar-me. I després en el que han sigut com relacions més llargues...que han sigut les tres aquestes doncs...amb el primer no canviaria res perquè crec que em vaig fer valorar bastant...tot bé. Si que intentaria canviar el després, la gestió de després de deixar-ho. El moment de deixar-ho no fer-me la catàstrofe...perquè és com que sento que depenc de l'altre persona i si se'n va l'altre persona pues...se fue todo. Llavors sobretot amb aquest noi això.

Amb l'últim i amb en J, que és el d'ara i amb en R, el de l'any passat, el fer-me valorar. El dir "no vols estar amb mi? Doncs a tomar pel cul, adeu, si vols alguna cosa ja m'ho demostraràs". El no



estar esperant com ara a veure l'altre persona què vol. Osigui les meves amigues m'ho diuen i sembla molt fàcil però no...

**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Una de les coses que em dificulta les relacions íntimes és que moltes vegades penso. Massa. I penso "i si no li agrada el que li estic fent?" I si...com que no acabo...i si no acabo i l'altre persona no veu que jo acabi com s'ho prendrà? si en ser, si no en ser. Sobretot això. I si no li agrada algun aspecte físic meu també hi és. A vegades és com si no li agrada...

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

Sobretot molta comunicació, penso. Molta, que no hi hagi tabús pel mig. Que es pugui dir: docns mira a mi em passa això, com ho veus tu? Què és el què t'agrada? Que no...sobretot això, comunicació. Això en l'àmbit més sexual.

En l'altre més això, que les dos persones estiguin...potser que no estiguin en el mateix punt al principi però que arribin al mateix punt al final. Que s'equilibri la cosa. Que si jo necessito X i l'altre pues no tant, que també pugui donar una mica més i que si jo necessito molt més i l'altre poc doncs que també pugui donar temps a l'altre persona.

És això, bàsicament comunicació.

**Ho tens en compte quan en tens una?**

Jajaja no gaire...no gaire...Tinc més en compte l'altre persona que el que jo vull. Llavors és com que només em plantejo què jo no faig bé o què és el que l'altre necessita. Però moltes vegades no m'escolto prou, de dir...ser el que jo necessito i el que jo vull però no...no hi acabo posant remei.

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

Ha canviat. Abans si que era que no hi havia cap mena de límit, zero. Ara n'hi ha més...però continua faltant-me.

No ho ser, amb el tema del sexe si que penso que hi ha un límit, que si hi ha alguna cosa que no m'agrada ho puc dir-ho i puc posar els meus límits. Tot i que si l'altre persona vulgués i jo no...no ser si seria tan fàcil.

Llavors, amb tema relació així del dia a dia, a veure...a canviat...però continua posat molt per sobre el que l'altre vol. Per exemple si l'altre li va bé quedar ara i a mi aquest moment no em va bé, jo canviaria les coses. I l'altre persona et diria que ara no pot i ja quedarem un altre dia i jo no, jo canviaria les coses. És una mica el que estava treballant ara.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

Si, perquè és que sinó...jo tenia molt de tabú i llavors era, jo amb mi mateixa zero, zero...fàstic i tot. Llavors no acabava de disftutar tampoc. Llavors ara algo ha millorat.

**Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Confio que si, han millorat. No son perfectes però com a mínim si, com a mínim jo sola puc disfrutar també i suposu que ajudarà.

**Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

Abans no, abans era creu i ralla. Pregunta-li a la Montse si vols jajaja anava al despatx a parlar amb ella i em posava super nerviosa...era zero, zero...

Poder-ho parlar i provar-ho ha fet que ho fes. I veure que no està tan malament. I també saber que...perquè jo també em preocupava que no anés bé amb altres persones i llavors el fet que em diguessin que si jo també ho provava aniria millor amb els altre també.

M'aporta...no ho ser...és com una manera de no necessitar els altres per tu sentir plaer. És com que de l'altra manera només és gràcies a l'altra persona, i així és com...bé. No ser com explicar-ho.

**Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivo-sexuals? De quina manera?**

Jo no crec que sigui la patologia en si, però si la manera de ser, les inseguretats...que suposu que van lligades. Van lligades. Però a lo millor si no tingués la patologia però sigués igual d'insegura haguessin anat igual. Però si, les inseguretats si. No hagués anat de festa, no m'hauria arrastrat, no hauria deixat que algú em fes algo i l'endemà no sabés que m'han fet...i segurament si fos més segura de mi mateixa hauria posat límits i hauria dit: "mira a tomar pel cul, no juguis més amb mi".

També hi ha el fet que abans prenia pastilles, bueno ara també però no tantes, i tampoc disfrutava encara estava més creuat, no sentia res. Des de que em van baixar les pastilles millor. Clar...les pastilles les vaig prendre molt de temps i també va ser el temps que jo estava més "pallà que pacà" i només pensava en cridar l'atenció, en fer-me mal, en el menjar...i tot. Llavors tampoc tenia ganes de pensar en res més.

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

No ser si té a veure...però això...suposu que també té molt a veure amb la inseguretats de la persona, que és com que depens molt de l'altre persona. Que no ho ser si a les altres els hi passa...però de sentir-te molt dependent i també dels altres. Llavors està sol és com sentir-te més vulnerable i estar amb algú és com que et sents més poderós.

**ENTREVISTADA 7**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 22

**Nivell UPA:** 4

### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Ui...a veure...la relació que tens amb una persona. Una relació amorosa amb una persona, que implica amor...

### **Què entens per plaer?**

Estar a gust, sentir-te bé. Seria com el màxim exponent d'estar bé.

### **Què entens per orgasme?**

Màxim estat de plaer.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

La meva experiència sexual de moment és molt reduïda, però és va augmentant. Osigui jo no havia tingut mai relacions sexuals fins ara que estic d'Erasmus. Les meves relacions sexuals van començar fa un mes i en aquets temps he fet l'amor amb dues persones. Amb una persona només ho vaig fer un cop i amb l'altre ho he fet més d'un cop. De moment és aquesta tota l'experiència sexual que tinc però fins ara res.

### **Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

No, perquè realament m'he sentit bé, m'he sentit a gust.

### **Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

Osigui com que soc molt inexperta em fa vergonya el fet de pensar que soc inexperta, que no en ser i per tant m'han d'ensenyar, tinc por de ser com molt torpe, tinc por de no fer-ho bé i de què pugui pensar l'altre persona de mi. A veure que tampoc m'influencia molt, no em fa estar malament però si que és algo que penso, que és una cosa que està allà. Sobretot al primer cop va ser com: Ai mare meva!. Per sort m'han ensenyat i m'he sentit cuidada en totes les vegades

que ho he fet però sobretot la primera vegada era com quins nervis. En plan, tenia nervis pensant ens entendrem, no ens entendrem, sabré portar-ho bé....vull dir realment inseguretats si que n'hi ha bastantes.

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

És una relació que es dona entre dues persones sempre hi quant les dues volen. No ha de ser una relació forçada, no ha de ser una relació ...bueno això, les dues persones han d'estar-hi d'acord.

Això és per mi, de moment per lo que penso, per mi una relació afectivo-sexual bona seria això.

**Ho tens en compte quan en tens una?**

Si.

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

De moment tinc bastanta poca experiència però per exemple crec que la meva capacitat és bona, vull dir, crec que en cap moment m'he penedit de res del que he fet. Vull dir, el moment que per mi és més crucial jajaja és el moment de dir-li al noi que es fiqui condó, vull que et posis condó. I em fa ràbia perquè és com que els hi has d'insistir una mica a vegades perquè ells és com que tinc molt experiència, tinc experiència amb això, fiat de mi, no em corraré...i jo: però que a mi més igual, posat condó!

Per tant crec que soc prou ferma i em puc mantenir perquè tipu a vegades em sento una mica malament per dir: tu, posatal. Peròestic capacitada i totes les vegades que ho he necessitat dir ho he dit i ja està.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè?**

Jo diria que si perquè tot i que això t'ho dic més racionalment perquè jo no soc una persona que em consideri que em conegui sexualment, francament t'ho dic. Però crec que si que seria bo, t'ho dic des del meu punt de vista més personal. Jo crec que clar que seria bo que em conegués

més perquè així també no vas tan perdut a la hora de tenir una relació amb algú altre. Si em conec més jo a mi mateixa, sabré més per on van els tiros. Sinó vaig allà totalment perduda i bueno...jo de plaer n'he sentit i em sento a gust igualment però vulgui o no vas menys perdut si et coneixes una mica a tu mateix perquè jo les primeres vegades era com uf...tinc la sensació que em coneix més ell a mi que jo a mi mateixa!

### **Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Si, jo crec que sí. A més jo crec que si em conegués més a mi mateixa sexualment tindria menys vergonya de cares a fer l'amor amb algú altre. No em sentiria tan insegura, no em sentiria tan...jo què ser. No em fa res despullar-me, soc una persona que tinc 0 vergonyes però vulguis o no, el fet aquest de inseguretat hi és i si em conec més jo a mi mateix aquesta inseguretat desapareixeria una mica.

Si que podria millorar la relació sí.

### **Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que sí què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

Mira, ho he mig intentat però és que no ho ser, no em sento bé. Perquè no ho ser, és com...no és que em faci fàstic, no em faig fàstic a mi mateixa, en absolut, però és com algo que no ser gaire com fer-ho, també em fa vergonya buscar o preguntar perquè penso que els altres em jutjaran com "ai aquesta, a l'igual està preguntant això o necessita ajuda per una cosa tan bàsica o tan fàcil o tan..." jo que ser, em fa cosa per això.

### **Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivosexuals? De quina manera?**

Uf, a tope!!!! Jajajaj a tope, a tope a tope! Osigui jo és com que les meves relacions afectivosexuals o ja ni que siguin afectives tipo fer-li un petó a algú han començat fa 3 anys. Vull dir, era com que sí, podia pensar en nois, podia pensar en voler tenir alguna cosa, en voler que passessin coses però era com que alhora em feia molta por, no sabia com fer-ho, tenia molta inseguretat...i clar, és com que per tot això d'estar malalta se m'ha retardat tot plegat. Jo per exemple tampoc soc una persona que hagi viscut molt l'adolescència, osigui òbviament he sigut adolescent i he tingut l'edat del pavo i tal però m'ha afectat diferent perquè jo en aquella època estava malalta

i llavors jo no he tingut l'adolescència de dir, vida boja, em petonejo amb tot quisqui, faig mil coses....sino que tota aquesta vidorra m'ha vingut més ara. Concretament ara fa un mes i mig o dos que estic aquí d'Erasmus.

M'ha afectat totalment. És com que ara realment era el moment de què passes. Ara realment a mi, saps com això que diuen sempre de "ve ha de venir" doncs és així, ara m'ha vingut. Ha caigut quan havia de caure. Fins i tot abans d'anar d'Erasmus havia tingut la oportunitat de poder experimentar però és allò que vaig dir, és que no em sento preparada. És com que ara realment m'he alliberat i he sentit que ho podia fer tranquil·la.

**Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

### **ENTREVISTADA 8**

Soc l'Anna Fuentes i estic cursant 4rt de psicologia. Estic realitzant les pràctiques aquí a la UPA i m'agradaria aprofitar-ho per a la realització del treball final de grau. L'objectiu del meu treball és aprofundir en com viu les relacions afectivo-sexuals les persones amb un TCA.

A continuació et realitzaré un seguit de preguntes referents a la temàtica. En tot moment pots optar per no contestar si així ho creus convenient.

**Edat:** 32

**Nivell UPA:** Nivell 2

### **Què entens per relacions afectivo-sexuals?**

Les relacions humanes, de parella...

### **Què entens per plaer?**

És alguna cosa que per tu mateix et dona molt de gust. Hi ha moltes coses que poden donar plaer, a part de les relacions sexuals. És allò que et produeix un benestar.

### **Què entens per orgasme?**

Un excés de plaer, és com un uau!, ja he arribat a l'excés de plaer, ja no pots més.

### **Quina és la teva experiència pel que fa a les relacions afectivo-sexuals?**

Quan estava bé, m'agradava molt, era algo que m'ho passava bé i estava molt a gust. Si que és veritat que jo sempre m'he considerat que soc molt freda, tema contacte...però en general quan estava bé gaudia i m'ho passava bé. Quan vaig caure malalta, ho passava malament perquè era com que no podia. Una sensació molt rara, no podia, no gaudia, no podia arribar al plaer...era com que si ja era una noia freda, quan estava malalta era super freda, no volia que ni em toquessin, no disfrutava, no ho passava bé. I a més a més, com que vaig arribar amb un baix pes molt *heavy* tenia molta sequedat, i això conduïa a dolor...bueno un desastre, un desastre... ara fa un any que no tinc relacions sexuals però no ho trobo a faltar. També és veritat que ara vaig amb el satisfyer jajaja, però amb això del satisfyer per exemple, clar, jo ara fa cosa d'un mes o així no volia que em toquessin ni amb un pal. Em costa molt que em toquin, per exemple m'han de posar crema i em costa molt que la meva mare me'n posi perquè és com un...no vull. Per mi ojalà no notes el meu cos i no ho notés, però per exemple amb el satisfyer he trencat una mica això de...osigui no em toco perquè no em puc tocar però si que noto plaer i em sento a gust. És com que estic trencant una mica aquest gel del tabú amb el meu cos i tot. Veus! Això ho hauria de parlar a teràpia però no ser com perquè jo això parlar-ho davant de nenes doncs què vols que et digui...normalment ho parlo amb noies que son més grandotes però..bueno ara m'estic trobant amb això, que vaig amb el satisfyer i és com que estic contenta perquè és com que he travessat una mica aquella fredor de dir, no, és que no vull saber res del meu cos. No vull ni explorar ni saber res. I és com que estic una mica en això.



**Canviaries algun aspecte de les relacions afectivo-sexuals que has tingut o tens? Quins i perquè?**

La qüestió és que evidentment els últims anys sí que canviaria. Una de les conseqüències, de les causes perquè vaig caure en l'anorèxia va ser perquè jo vaig mantenir una relació amb un home casat i amb fills, que era el meu jefe i ho vaig portar en silenci. La relació va començar essent bé, normal però després va ser molt tòxica, jo em vaig anul·lar com a persona, no em faig ficar límits...em vaig obsessionar en que volia que deixés la seva dona i que vingués amb mi perquè era com que jo me l'estimava molt. Però va ser més aviat com una obsessió. Llavors, sí que canviaria molt aquest sentit de posar-me límits, de dir sí veig que una persona tu estàs parlant amb ella i li estàs dient que tu així no estàs bé i tot i així ell continuar de la mateixa manera doncs posar-te el límit de dir vale, jo així no vull continuar i aquí ho deixo, en comptes d'anar seguint i seguint.

Canviaria també que Bueno, que no ho gestionaria sola, comptaria amb gent. Bàsicament que tu puguis manar i decidir el que et va bé i el que t'aporta tranquil·litat i no deixar-te manipular ni que arribis al límit aquest de tocar al pou.

**Durant les relacions íntimes amb una altre persona hi ha alguna cosa que et faci vergonya o te les dificulti? Quines? Per què?**

A mi, bàsicament és això, soc una mica freda en aquest sentir. M'agrada molt eh però és això, a vegades soc una mica freda i em costa deixar-me anar, però jo crec que un cop deixada anar ja responc bé.

**Com creus que hauria de ser una relació afectivo-sexual sana?**

Bàsicament molta comunicació, saber què t'agrada a tu mateixa, explorar-te a tu mateixa i poder guiar a l'altre persona de què és el que t'agrada, parlar amb l'altre persona de què li agrada...perquè et pots trobar gent que li agrada una cosa i gent que li agrada una altre i respectar aquestes coses i si a tu hi ha una cosa que no t'agrada 1ue ho puguis dir i que no t'ho callis i diguis: doncs és igual, forma part del sexe i ja està. Que si hi ha algo que no t'agrada posar-te el límit de dir mira no, jo per aquí no. Bàsicament jo crec que és la comunicació aquesta de

com et sents, què t'agrada i bàsicament disfrutar. Al cap i a la fi és una manera de coneixes millor entre les dos persones i poder-ho passar bé.

**Ho tens en compte quan en tens una?**

Si, ho he tingut en compte però si que és veritat que en el tema relació m'ha passat de fer coses que no volia, moltes vegades, i això vulguis o no et destrueix i et consumeix una miqueta. L'experiència, sobretot al final de la relació va ser molt nefasta, molt, molt, molt...

**Quina creus que és la teva capacitat a l'hora de dir que no o posar algun límit (en les relacions afectivo-sexuals)? Per què?**

Ara mateix he passat a l'altre extrem de que no vull saber res. Llavors és com que no m'he trobat en cap situació que hagi conegut a ningú i tal, llavors no t'ho sabria dir. Però si que tindria molt clar això de posar-me el límit de dir fins aquí hem arribat, abans soc jo que ningú més, i primer és el meu benestar i jo. Si tu parles amb la teva parella i veieu que la relació no va bé que jo pugui posar el límit de dir vale, aquest és el teu interès, el meu és un altre i per tan no, a mi no m'interessa, no vull jugar en el teu joc.

**Penses que és important conèixer-te a tu mateixa (a nivell sexual)? Perquè? Com això pot millorar les relacions afectivosexuals amb els altres?**

Si, molt. Si, clar.

**Referent a la pregunta anterior, et masturbes o ho has provat? Si és que si què t'aporta? Si és que no perquè no ho fas?**

Si, ara si. Com que ara estava amb el cos que és el meu enemic, estic trencant com aquesta barrera, i m'aporta com estimar-me una mica més, agradar-me a mi mateixa una mica més. Tot i que no m'estic tocant directament, el meu cos em transmet algo que és molt guai, molt maco. I és com, m'agrada, em fa estar bé.

## **Creus que el fet de tenir una patologia alimentària pot afectar en aquestes relacions afectivo-sexuals? De quina manera?**

Jo, per l'experiència és, l'humor et canvia, l'obsessió pel cos té tan de pes que és com que no acabes de disfrutar de tot lo altre i a la hora de tenir relacions sexuals no estàs intentant gaudir, sinó que estàs pensant amb el cos i això no t'acaba de deixar gaudir. També t'entren moltes pors, inseguretats (quan estàs malament eh) i tot això també dificulta molt. Jo per exemple l'any passat vaig tenir una relació, un rollo de 3, 4 mesos i va ser horrible, era incapaç. Quan arribava el moment de la penetració era incapaç, no podia. Era com que se'm tancava tot i em quedava super rígida i no podia i no ser perquè. Suposo que és mental al cap i a la fi, que et quedes bloquejat, rígida i intents disfrutar però no pots. Jo això ho vaig parlar amb psicòlegs l'any passat i també em deien això: perquè no et coneixes a tu mateixa, perquè no et toques però és que ni així ho podia fer. Amb els preliminars molt més, perquè era així de tocar, era com ua...cada vegada que m'havien de tocar era com un no tio...ho passava fatal.

Això després et frustra, és com joder, intentes disfrutar i que l'altre també disfruti i no pots fer-ho perquè és com que hi ha algo que no t'ho deixa fer i et frustres molt i et sents super malament perquè no pots satisfer els desitjos dels altres, tampoc a tu mateixa...i entres en un bucle de frustració i de merda, de i que faig?

## **Si vols explicar alguna altra cosa que no hagi sortit durant l'entrevista**

Jo quan estava malalta les ganes de sexe eren nul·les, no volia. I clar, en la relació amb l'home jo li deia que no en tenia ganes, jo li posava aquest límit però ell ja, deia, clar, és que no m'estimes, ja no és el mateix que abans...i al final comences a fer coses que no vols fer. Aquest sentiment és molt, molt *heavy*. És el que et deia, la comunicació i el respecte de cares a l'altre gent, el fet d'agobiar molt a una altre persona amb el tema sexual no ser fins a quin punt és recomanable o bo. Amb la malaltia el sentiment que no tens ganes de fer res és molt més que en una persona normal, amb la malaltia és molt present i molt dia a dia. prefereixes evitar-ho, almenys en el meu cas era ho vull evitar perquè és que no...

Està malalt i les relacions no funciona jajaja

Amb la relació aquesta que vaig tenir de tres mesos em vaig sentir molt frustrada perquè era en plan, uf és que no puc fer el que jo vull. Clar, al final la relació es va acabar saps, i vulguis o no a mi em va fer mal perquè és com joder tio...al final ho vam deixar perquè no estava bé. Aquí també te n'adones de que pel fet d'estar malament és com que la gent no et vol i és durillo.