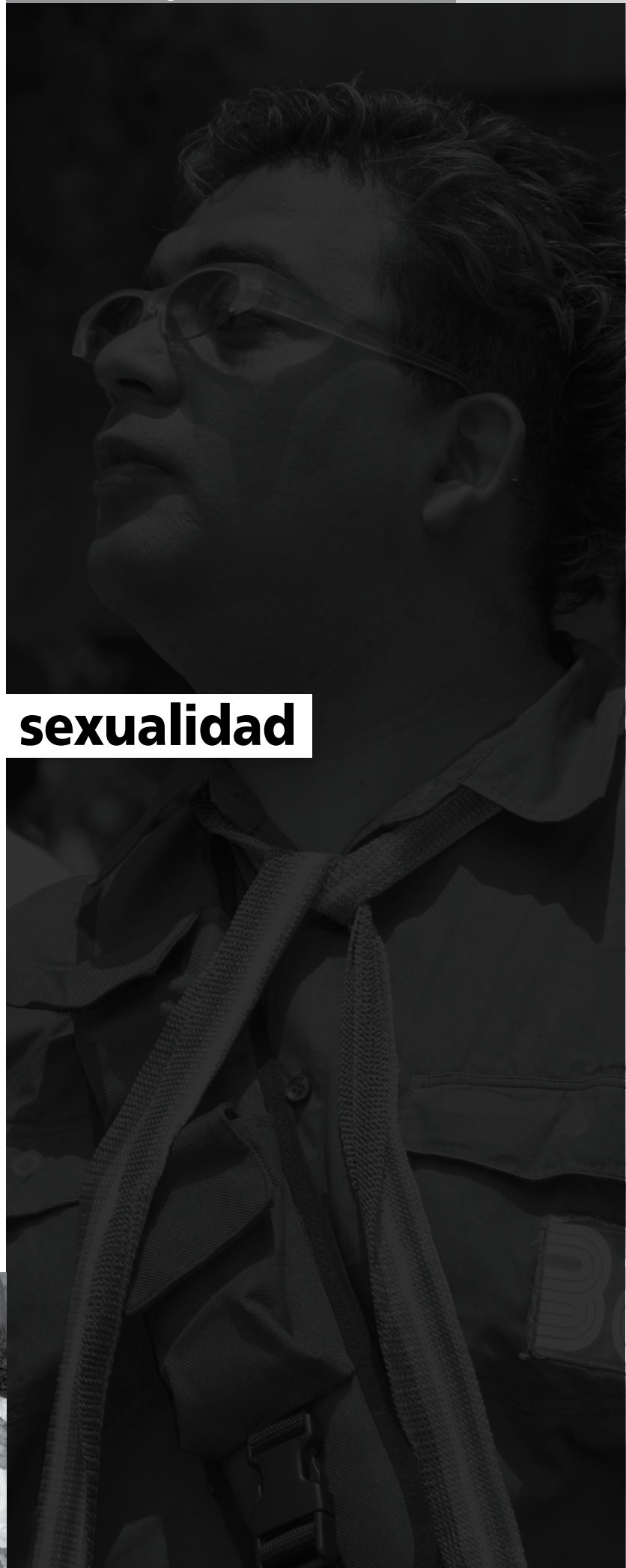


Obesidad y sexualidad



Resumen

Este artículo explica cómo la obesidad, como resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético, trae consigo implicaciones psicológicas y sociales que influyen en el autoconcepto y en el funcionamiento sexual. El sobrepeso y la obesidad duplican el riesgo de padecer disfunciones sexuales. En México, los obesos manifestaron una mayor dificultad para comunicar sus sentimientos y necesidades a su pareja, mayor culpa y menor satisfacción posterior a las relaciones sexuales. Asimismo, enfatiza que la salud sexual interviene en el bienestar tanto físico como mental del individuo, y que la obesidad no debe ser una condición que impida tener una conducta sexual satisfactoria.

Palabras clave: Obesidad, autoconcepto, funcionamiento sexual, disfunción sexual.

Abstract

This article explains how obesity, as a result of an imbalance between caloric ingestion and burning up, causes psychological and social implications that influence their self concept and sexual functioning. Overweight and obesity duplicate the risk of suffering from sexual dysfunctions. In Mexico, obese people show a greater difficulty to express their feelings and needs to their partners, as well as greater sense of guilt and less satisfaction after sexual relations. Also, it emphasizes sexual health as an important part both in physical and mental well-being, since obesity does not have to be a condition preventing a satisfactory sexual life.

Key words: Obesity, self concept, sexual functioning and dysfunction.

Los trastornos de la alimentación incluidos en la Clasificación de Enfermedades Mentales de la American Psychiatric Association en 1994 son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificado, que incluye el trastorno por sobre-alimentación. La obesidad es excluida del listado porque ya es considerada en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (ICD-10-CM) como un trastorno físico que no se relaciona con ningún síndrome psicológico o conductual con características propias.

La norma oficial mexicana para el manejo integral de la obesidad considera que la obesidad –incluyendo el sobrepeso como un estado premórbido– es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. En la mayoría de los casos, la obesidad se ve asociada con patología endocrina, cardiovascular y ortopédica, principalmente, así como con factores biológicos, socioculturales y psicológicos.¹

La nutrición es una de las principales determinantes de la salud, del desempeño físico y mental, y de la productividad del individuo, mientras que la obesidad es el resultado de un desequilibrio entre la ingestión y el gasto energético. Por lo común, este desequilibrio es consecuencia de la ingestión de dietas con

1 Véase Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.

alta densidad energética y bajas en fibra, así como de la ingestión de bebidas azucaradas, en combinación con una escasa actividad física asociada con la urbanización, los cambios tecnológicos y estilos de vida y de recreación sedentarios.²

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en 2006, en las personas mayores de 20 años, la prevalencia de sobrepeso fue mas alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); mientras que la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Sin embargo, al sumar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, tenemos que 71.9 por ciento de las mujeres y 66.7 por ciento de los hombres tienen prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad,³ con la implicación de que la Secretaría de Salud informó que, en los últimos siete años, se invirtieron alrededor de 5 mil millones de dólares para atender complicaciones por obesidad.⁴

No obstante, Rodin⁵ establece que el 95 por ciento de los casos de obesidad no son atribuidos a una causa orgánica; incluso, Saldaña y Rosell⁶ afirman que existen pruebas de que la obesidad proviene más del ambiente que de la herencia. De acuerdo con Álvarez, los resultados de la encuesta "Sintiéndose gorda en su sociedad delgada" reportaron que el 75 por ciento de las mujeres encuestadas dijo sentirse gorda, el 9 por ciento manifestó que su peso era un factor determinante de cómo se sentían con ellas mismas, y más del 50 por ciento eligió la opción "bajar de peso" como la que les otorgaría mayor felicidad, incluso por encima de tener felicidad en una relación de pareja o lograr éxito profesional.

Ante un panorama semejante, no resulta extraño que el estado de obesidad se asocie con algunos trastornos de ajuste psicológico,⁷ como son: depresión, ansiedad, bajo autoconcepto, agresividad, propensión a las conductas adictivas, hipersensibilidad en sus relaciones interpersonales, etcétera.⁸

La obesidad no sólo acarrea trastornos médicos, sino que trae consigo implicaciones psicológicas y sociales, tales como bajo autoconcepto en imagen corporal, estado de salud y funcionamiento sexual.⁹ De hecho, se ha asociado con trastornos en la calidad de vida en varios dominios, como son el funcionamiento físico, el funcionamiento sexual, la autoestima y las relaciones laborales. En 1974, en una reunión de expertos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que los problemas de sexualidad humana tienen más importancia y trascendencia para el bienestar de los individuos de muchas culturas, de lo que hasta la fecha se había aceptado.¹⁰

La conducta sexual humana está influida por el aprendizaje social, no hay leyes absolutas que determinen, según la naturaleza biológica, las pautas sexuales de la conducta. Diversas investigaciones han indicado que la relación obesidad-depresión es más pronunciada en las mujeres que en los hombres.¹¹

La sexualidad es una dimensión de la personalidad que engloba los procesos fisiológicos y psicológicos inherentes al desarrollo sexual y a las respuestas sexuales del individuo, tanto en hombres como en mujeres. En este sentido, es importante definir que el sexo es la actividad física, como el coito, la excitación de los genitales (ya sea oral o manual) y la autoexcitación (masturbación); mientras que la actividad



- 2 B. Popkin, "An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting", *Public Health, Nutr.*, núm. 5 (1A), 2002, pp. 93-103.
- 3 Véase G. Olaiz-Fernández, J. Rivera-Dommarco, et al., *Nacional de Salud y Nutrición 2006*.
- 4 "Crónica Salud", *Universal*, México, D. F., 2006, p. 9.
- 5 Véase Rodin, 1981.
- 6 Véase Saldaña y Rosell, 1988.
- 7 Véase Ryden y Jonson, 1990.
- 8 R. G. Álvarez, J. M. Mancilla, et al., "Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación", *Psicología Iberoamericana*, pp. 22-28.
- 9 Véase Jacobs y Wagner, 1984.
- 10 Véase María Estela Molina Monroy, *Disfunción sexual en mujeres posthisterectomizadas*.
- 11 J. M. Mancilla, G. Álvarez, M. Román, V. López y Ma. T. Ocampo, "Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos", y M. White, O' Neil, R. Kolotkin y T. Byrne, "Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity", *Obesity Research*, pp. 949-955.

sexual es una característica natural del organismo que se inicia al nacer y que puede regularse conscientemente durante toda la vida.¹²

En 1975, la OMS definió la salud sexual como “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. También considera que se requieren tres elementos básicos para lograr la salud sexual: a) la posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva, equilibrando una ética personal y social; b) el ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos y falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales, y c) el de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que las entorpezcan.¹³ Pero, ¿qué debemos entender por sexualidad?

En 1983, McCary y McCary definieron la sexualidad como el conjunto de manifestaciones y expresiones de tipo biológico, psicológico y sociocultural que diferencia a cada individuo como varón y como mujer dentro de un grupo social. Por su parte, en 1987, Masters la consideró como una parte de la personalidad e identidad, así como una de las necesidades humanas que se expresan a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o la masculinidad, la auto-imagen, la auto-conciencia y el desarrollo personal. Asimismo, la sexualidad estimula la necesidad de establecer relaciones interpersonales significativas con otros.¹⁴

Para Master Jonson, la respuesta sexual fisiológica consta de cuatro periodos: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Aunque a nivel fisiológico se dé la respuesta sexual, a nivel psicológico, ésta depende de factores socioculturales y de las propias características psicológicas: imagen corporal, autoestima y experiencias pasadas, que influyen de manera decisiva para llegar a una satisfacción sexual.

Carnes menciona que para que las relaciones sexuales sean buenas, la persona se tiene que sentir merecedora, atractiva y positiva con respecto a ella misma.¹⁵ En el pasado, los biólogos y los psicólogos –convencidos de que la única función natural del sexo era la reproducción– simplemente ignoraron la existencia de una actividad sexual no reproductiva, atribuyéndole las respuestas heterosexuales a una parte del equipo innato, “instintivo” de un animal, y viendo en todos los tipos de actividad sexual “perversiones” de los instintos normales. Sin embargo, tales interpretaciones son míticas; si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico de la personalidad del obeso, éstos sufren, con gran frecuencia, de una imagen corporal distorsionada.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos eran personas que tenían problemas



de personalidad, los cuales aliviaban mediante la conducta de comer. Kaplan y Kaplan proponían que la sobreingesta era una conducta aprendida, utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad.¹⁶

De manera clásica, la imagen corporal se define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo, y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas. Para Zukerfeld, la representación de la imagen corporal se realiza a nivel de tres registros: forma, contenido y significado. El registro de la forma o figura, conocido como esquema corporal, se refiere a las percepciones concientes asociadas con el límite y el tamaño corporales, en lo relacionado con postura, ancho, alto, espesor, peso, ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal accesible a los órganos de los sentidos. El registro del contenido corresponde a las percepciones de las actividades viscerales (interoceptivas) o apreciación del equilibrio, posición, y sus cambios en el en el sistema muscular, o percepción del movimiento muscular (cinestesia), habitualmente pre-conscientes; y a las necesidades como hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, dolor, cansancio, etcétera.

El registro del significado se corresponde, así, con el concepto de cuerpo erógeno, e incluye representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes. Los trastornos de los registros de contenido se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos, fundamentalmente los registros

12 Véase Longo y Williams, 1982.

13 J. M. Mancilla, G. Álvarez, M. Román, V. López y Ma. T. Ocampo, “Determinación de pautas...”, pp. 29-36.

14 Véase Ma. Estela Molina Monroy, *op. cit.*

15 *Ibid.*

16 V. Vázquez y J. C. López, “Psicología y obesidad”, *Revista de Endocrinología y Nutrición*, pp. 91-96.



de hambre y saciedad. La relación que existe entre la obesidad, la imagen corporal y la satisfacción sexual en una muestra de mujeres entre 18 y 60 años (divididas en obesas y de peso normal) evidenció que el 70 por ciento de la muestra se encontraba insatisfecha con su imagen corporal y, al evaluar la satisfacción sexual, se encontró que el 68 por ciento de las obesas tenían insatisfacción sexual, mientras que sólo el 46.3 por ciento de las mujeres de peso normal presentaron insatisfacción. Es de notar que las obesas cuentan con una autoatribución negativa para tener relaciones sexuales. Aunque la obesidad influye en la imagen corporal de las mujeres obesas, existen factores de tipo social, como los estereotipos de belleza y la cultura de la delgadez, que determinan más la imagen corporal.¹⁷

Con respecto al registro de significado, en la sociedad actual, la persona obesa es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta. Esto lleva a que muchas personas obesas desarrollen una imagen corporal negativa, caracterizada por: preocupación estresante y dolorosa por su apariencia (más perturbadora e inhibitoria que una simple insatisfacción), timidez y vergüenza en

situaciones sociales, incomodidad y angustia cuando la apariencia es percibida por otras personas, excesiva importancia de la apariencia en la auto-evaluación, autovaloración negativa debido a la apariencia y evitación de actividades por la vergüenza que experimentan por su apariencia física.

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no sólo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso, sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico, ya que influye en los pensamientos y conductas que repercuten en la calidad de vida de quien la padece.¹⁸

El concepto general de calidad de vida –que se reconoce desde 1960– incluye las percepciones que un individuo tiene sobre su propia salud y lo que interpreta como la satisfacción general que obtiene con su vida. Por ejemplo, los estudiantes de bachillerato en los Estados Unidos han informado que prefieren como pareja a una cocainómana o invidente que a una obesa. Curiosamente, los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios.¹⁹

Para la clínica existen dos áreas psicológicas de afectación del paciente obeso: a) los patrones de ingesta alterados y b) las alteraciones ligadas con la imagen corporal. Por imagen corporal entendemos la representación mental que tenemos de nuestro cuerpo, una imagen que es muy probable que presente alteraciones en las personas con obesidad, repercutiendo en su autoestima y autoconcepto, lo cual, junto con la patología orgánica que complica la obesidad, impactan la calidad de vida del individuo.

En el plano psicológico, se ha demostrado que las personas obesas tienen una imagen pobre de sí mismas; de hecho, se sienten poco atractivas e incluso presentan síntomas de depresión. En muchos casos, los pacientes obesos con disfunción eréctil de tipo psicológico advierten una falta de satisfacción sexual derivada de la poca comunicación que tienen con su pareja, el temor al fracaso y la vergüenza, entre otros motivos.

Como abordaje sistemático de la investigación psicológica en obesidad, Wadden y Stunkard proponen tres mecanismos: 1) la obesidad puede ser un factor de riesgo de otros trastornos; 2) puede ser un síntoma de otras condiciones patológicas y 3) puede ser el estado final de regulaciones homeostáticas, de control.

Para Gold, tres mecanismos se asocian con el ajuste emocional del patrón alimentario: 1) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración, 2) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y 3) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social. Mahoney²⁰ y Saldaña y Rosell²¹ indican

17 S. Gómez, G. L. J. Sánchez y V. Trejo, *Imagen corporal y satisfacción sexual en mujeres obesas*.

18 Véase A. Sánchez Mendoza, *Actualización en trastornos de la conducta alimentaria*.

19 Véase R. G. Álvarez, J. M. Mancila, et al., "Variables psicológicas asociadas a la obesidad..."

20 Véase Mahoney, 1985.

21 Véase Saldaña y Rosell, 1988.

que la ansiedad parece jugar un papel central en la conducta de la ingestión de alimentos.²²

El sobrepeso y la obesidad no sólo representan un problema estético, sino que también duplican el riesgo de padecer disfunciones sexuales: las personas obesas son 25 veces más propensas a reportar problemas sexuales que aquellas que tienen un peso normal. Según Mandel, las personas con sobrepeso suelen tener altos niveles de estrés, uno de los principales inhibidores del deseo. Las relaciones sexuales del obeso se dificultan por vía indirecta: baja autoestima, rechazo a su propio cuerpo y al compañero, sentimientos de desvalorización. Por ejemplo, un estudio realizado en Massachussets, con mil 300 varones entre 40 y 70 años de edad, reveló que el sobrepeso duplica el riesgo de presentar disfunción eréctil.

En la cascada de la sexualidad que se considera integrada por la mirada, la conversación, el contacto y el click (armonía); durante la mirada –lapso en que se libera dopamina– hombres y mujeres miran fijamente a una posible pareja no más de 2 a 3 segundos, lo que activa nuestra parte cerebral más primitiva, provocando interés o rechazo. Es posible que en la obesidad no se presente el encuentro de miradas, que iniciaría la conversación, con lo cual se interrumpiría la cascada, condicionando que las personas obesas no tengan mucha oportunidad de poder expresar y demostrar todas sus cualidades, las cuales se encuentran en el segundo plano. Además, las relaciones sexuales en la obesidad pueden ser no muy satisfactorias, ya que el exceso de grasa corporal podría dificultar que la relación física sea completa y adecuada.

El ser humano recurre a muchos placeres en la vida para hacer más satisfactorio su tránsito terrenal, por medio de múltiples sensaciones que brindan un disfrute al cuerpo, al alma y a la mente; la comida y las relaciones sexuales son dos gustos que predominan en la lista de estos deleites.

Al comienzo de la pubertad, los niveles de leptina se elevan de igual manera en ambos sexos, hasta los 10 años. A partir de esta edad disminuyen los niveles de leptina en los varones, a medida que se elevan las concentraciones de testosterona.²³ La obesidad peripuberal se asocia con concentraciones anormales de esteroides sexuales; en comparación con las niñas de peso normal, en las niñas obesas la testosterona libre se encontró elevada de 2 a 9 veces a través de la pubertad; y aunque la hormona luteinizante se encontró baja en niñas obesas, Tanner 1-2, no ocurrió así en niñas más maduras.²⁴

A medida que el sobrepeso aumenta, la sexualidad se deteriora; este efecto es más importante en la mujer que en el hombre. Durante los regímenes hipocalóricos se produce un aumento de receptores $\alpha 2$ adrenérgicos, con disminución de β adrenérgicos, lo que origina un aumento de la unión de insulina



en región glúteo femoral (nalga-muslo), provocando un aumento antilipolítico glúteofemoral y mayor viscer abdominal, lo que condiciona que sea más fácil bajar de peso a nivel abdominal que a nivel de la cadera. La progesterona aumenta la actividad de la enzima lipoproteinlipasa (LPL) en la región glúteofemoral e impide el efecto glucocorticoideo femoral y visceral por competencia, disminuyendo la grasa abdominal y favoreciendo la lipogénesis glúteofemoral.²⁵ De hecho, se ha reportado una disminución en la actividad sexual y satisfacción sexual durante periodos de ganancia de peso, y un aumento durante la pérdida de peso.²⁶

La testosterona es responsable del desempeño sexual tanto masculino como femenino,²⁷ y en la obesidad pueden aparecer alteraciones entre los estrógenos y la progesterona, por lo que la sexualidad se encontrará disminuida. Estas alteraciones entre los estrógenos y la progesterona provocan que no se presente la ovulación, con alteraciones en el ciclo

22 Véase R. G. Álvarez, J. M. Mancila, *et al.*, *op. cit.*

23 Ovies Carballo, Verdeja Varela y Santana Pérez, *Revista Cubana de Endocrinología*, pp. 191-197.

24 C. R. McCartney, S. K. Blank, *et al.*, "Obesity and sex steroids changes across puberty: Evidence for marked hyperandrogenemia in pre-and early pubertal obese girls", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, pp. 430-436.

25 Fernando Manuel Escobar, "Rol de las hormonas ováricas en la obesidad", *Revista de Endocrinología y Nutrición*, pp. 14-18.

26 B. Adolfsson, S. Eloffsson, S. Rossner y A. L. Undent, "Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study", *Obesity Research*, pp. 1702-1709.

27 Véase Laura Bravo, "Sexo y obesidad: Mucho más que la imagen", consultada en *Univision Online*: <http://www.univision.com/content/content.jhtml?chid=1&schid=0&secid=0&cid=695594>.

menstrual, que incluso puede llegar a desaparecer o presentar lapsos muy largos entre ciclo y ciclo.

Al inicio de un estudio realizado en la Universidad de Duke, 68 por ciento de las mujeres, con sobrepeso, dijo que no se sentía atractiva sexualmente. Un año después de emprender una dieta, sólo 26 por ciento seguía pensando así. Al principio, el 63 por ciento no quería que las vieran desnudas, pero sólo 34 por ciento opinó igual un año después. Al comenzar el estudio, 21 por ciento de las mujeres dijo que no disfrutaba de las relaciones sexuales y sólo 11 por ciento respondió así después de un año. Los sentimientos de poca atracción y falta de deseo de que los vieran desnudos también se aplica a los hombres: cuando ellos querían tener relaciones sexuales, el exceso de peso lo convertía en una experiencia traumática.²⁸

La dihidroepiandrosterona en las personas obesas provoca mayor síntesis de estrógeno y menor síntesis de testosterona,²⁹ además, en ellas se dificulta la irrigación del pene y clítoris, lo cual los lleva a rechazar la idea de tener relaciones sexuales, sufriendo una apatía absoluta que se convierte en un círculo vicioso. Según Kilotkin, los pacientes obesos aseguran que con perder un poco de peso se sienten 10 a 20 años más jóvenes en lo que a vida sexual se refiere.

De 161 mujeres y 26 hombres con una edad promedio de 45 años, con un índice de masa corporal promedio de 41 (obesidad tercer grado), al responder un cuestionario sobre la calidad de su vida sexual, la mejora de la actitud más llamativa apareció a los 3 meses de iniciado el estudio, cuando habían perdido 12 por ciento de su peso inicial. Entre los obesos que han sido intervenidos quirúrgicamente, después de la intervención han reportado un incremento en el interés sexual, incluido un aumento en la frecuencia de relaciones y fantasías sexuales.

En los obesos masculinos se aumentan los tejidos grasos, que es donde se da la transformación de la testosterona periférica en estrógenos, lo cual puede generar: cambios en el tamaño del pene y los testículos, distribución del vello en el cuerpo, reducción en el vigor para mantener relaciones sexuales y en la libido. Si hay problemas de hipertensión arterial, es muy probable que el daño en el endotelio vascular provoque disfunción eréctil, lo cual imposibilita al hombre para sostener una erección con la que pueda realizar el coito y, así, tener una relación sexual

satisfactoria. También puede aparecer infertilidad en el hombre, porque los espermatozoides presentan una mayor cantidad de grasa y podrían no ser viables para la fecundación. Se considera que mientras la hipertensión duplica el riesgo de presentar disfunción eréctil, la diabetes triplica esa posibilidad; y, además, el consumo de ciertos fármacos utilizados en el manejo de las enfermedades asociadas con el sobrepeso y la obesidad pueden modificar la respuesta sexual.

En pacientes cuya obesidad interfiere en la erección, los especialistas también recomiendan combi-



nar el tratamiento con sildenafil y la terapia sexual para obtener mejores resultados.³⁰ En México se ha reportado una prevalencia de 26.1 por ciento de disfunción eréctil en hombres mayores de 18 años, en quienes la presencia de obesidad significó un riesgo 48 veces mayor.³¹ En un grupo de 110 hombres obesos con disfunción eréctil se demostró que con una intervención mediante la cual podrían perder hasta 10 por ciento de su peso había una mejoría significativa de su función eréctil.

Algunos autores consideran que sólo las personas con excesiva obesidad (más del 35 por ciento de su peso) presentan severas dificultades para tener encuentros coitales, pues, en realidad, no hay ningún factor para que una persona con sobrepeso u obesidad no pueda tener una actividad sexual normal: las limitaciones las ponen ellos mismos. Hay grados de obesidad en que los varones no llegan a verse los

28 Consultado en: <http://www.gordos.com/defaultSeccionesImpresion.aspx?ID=1230>.

29 Véase Laura Bravo, *op. cit.*

30 Consultado en: <http://www.terra.com.mx/mujer/articulo/203523>.

31 P. Hernández Moreno, R. Mendoza Martínez, *et al.*, "Epidemiologic assessment of erectile function in a selected Mexican population", *Ginecología y Obstetricia*, México, núm. 71, 2003 pp. 332-342.

genitales por la adiposidad retropúbica, y se dificultan ciertas posiciones coitales; sin embargo, pueden utilizarse otras posiciones más cómodas: como colocarse el hombre abajo, boca arriba, y que la mujer sea quien se mueva (o al revés, si la obesa es la mujer), y disminuir la intensidad del bombeo o el movimiento pélvico.³²

Cuando existe considerable exceso de grasa en el organismo, además de los cambios orgánicos que disminuyen el vigor para mantener relaciones sexuales y la libido, el individuo antepone el placer de comer compulsivamente a la intimidad con su pareja.

De este modo, la sexualidad de una persona puede relacionarse con su obesidad de muy distintas maneras. Si bien el contacto sexual con otra persona puede deparar altos niveles de placer, el deseo frustrado ocasiona también mucha insatisfacción; y si ésta se mantiene durante largo tiempo, se tiende a buscar otra satisfacción que, aunque de manera imperfecta, la compense.

Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, y uno de ellos es el placer de comer. Muchas personas utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional. A la consulta de obesidad asisten algunas mujeres que evitan los encuentros eróticos para que "no las vean así", de tal manera que ocultan su cuerpo, deseando que los compañeros no las observen desnudas. También hay mujeres en quienes la obesidad es un mecanismo de defensa para evitar los encuentros afectivos y eróticos: "como estoy gordita no puedo entablar un vínculo", cuando la dificultad es previa al sobrepeso.

En un estudio realizado por la Universidad de Bristol, 18 por ciento de las voluntarias que confesó haber sido violada antes de los 16 años, tenía el doble de riesgo de presentar síntomas de trastornos alimenticios, con percepción negativa de su cuerpo. Estudios sobre la asociación entre la obesidad y las experiencias de abuso sexual han mostrado resultados contradictorios. La obesidad ha sido significativamente asociada con la historia de abuso sexual en algunos estudios, pero no en otros.³³

El miedo a establecer una relación afectivo-sexual puede provocar que, a nivel inconsciente, algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para, de esa manera, resultar menos atractivas para los demás y así se dificulte la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen. Esto puede ocurrir en mujeres que tienen pareja, pero también miedo a ser infieles; o en chicas jóvenes con miedo a iniciarse en el mundo de la sexualidad activa. Este miedo puede deberse a historias truculentas relacionadas con el sexo, ya sea que las hayan vivido o que les hayan

sido transmitidas por la generación anterior; o bien, puede deberse al deseo de permanecer en la infancia y, por lo tanto, postergar el ingreso en la vida adulta, por miedo a perder la protección y el contacto afectivo con los padres.

A su vez, la insatisfacción por no experimentar las experiencias propias de la edad y la ansiedad ante el peligro de quedar sin el apoyo familiar pueden mitigarse por medio de la comida. Las personas acostumbradas en la infancia a ser obedientes, incapaces de contradecir norma alguna, y que gracias a ello se aseguraron el cariño de sus mayores, al llegar a la etapa adulta son incapaces de desprenderse de prohibiciones, tabúes, miedos y aprensiones que aprendieron respecto de la vida sexual. Lo mismo ocurre con las mujeres que se asustan de su gran capacidad erótica y que temen quedar atrapadas por su adicción al sexo. También influye el miedo (que seguramente afecta más a hombres que a mujeres) de depender de alguien, que otra persona se convierta en fundamental para la vida, que conozca lo más íntimo de uno mismo y que esa cercanía lo haga a uno vulnerable.

Evitando las relaciones sexuales se pone un tope a la intimidad y la obesidad resulta muy útil para ello; y a ésta recurren personas que no desean establecer relaciones íntimas, afectivas o sexuales con su pareja, o que siguen viviendo con su pareja, pero más en calidad de compañeros de vivienda que como dos personas unidas a nivel emocional. Por eso procuran no facilitar para el encuentro erótico, mostrándose poco atractivas. En algunos obesos de estructura neurótica (especialmente mujeres muy susceptibles, de ofensa fácil y con baja autoestima) se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital, tales como frigidez o vaginismo, lo cual nos refiere una disfunción psíquica.

En estos pacientes, la obesidad constituye un "refugio seguro", y la alternativa de mostrar una figura atractiva despierta en ellas una sensación de peligro, motivado por el temor de perder el control de sus impulsos, un temor proyectado a sus objetos y ante el cual la obesidad parece tranquilizadora, pues oculta las formas femeninas atractivas. De esta manera, prevalece en ellas el disfrute de este beneficio, por encima del desagrado que pueda producirles la obesidad.

En el hombre, la obesidad repercute menos y es muy difícil que éste pierda su actitud sexual o disminuya su sexualidad. Pero cuando el sobrepeso es tal que dificulta los movimientos y la respiración, y resulta peligroso para la salud, el hombre cambia de actitud y se torna pasivo.³⁴ En estos casos, una

32 Consultado en: <http://www.sexovida.com/clinica/obesidad>.

33 Fernando Manuel Escobar, *op. cit.*, pp. 14-18.

34 Véase E. Solvestri, A. E. Stavile, *Aspectos psicológicos de la obesidad*.

pequeña pérdida de peso puede hacer maravillas con su vida sexual, sostienen algunos expertos. Cuando una persona comienza a perder peso, se produce más testosterona, la cual –además de levantar su autoestima y contribuir a que el individuo se sienta más deseado– ocasiona cambios químicos que potencian su desempeño sexual.

Posterior a la pérdida de 21 kg, después de 10 semanas de tratamiento con dietas muy bajas en energía, en un grupo estudiado se presentó aumento en la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG), testosterona y HDLc, así como disminución en la insulina y la leptina,³⁵ pero no hubo cambios significativos en las respuestas de las funciones sexuales interrogadas. En otro estudio, no hubo cambios en el registro de función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción coital, satisfacción total, o actividad sexual en el grupo. Los estudios tienen resultados contradictorios, pues algunos muestran aumento, mientras que otros no muestran ningún cambio, lo cual se debe probablemente a las variaciones en la edad, los perfiles metabólicos, el grado de obesidad, la pérdida de peso, etcétera. En la población sueca, por ejemplo, en pocos casos se reporta disminución de la libido o impotencia en obesos.³⁶

En 1998, en México, R. G. Álvarez y su grupo definió una correlación positiva entre el índice de grasa corporal y el grado de depresión, reportándose una depresión mayor en las obesas sujetas a tratamiento, en cuanto a vida sexual, entendida como el interés, la participación, la sensibilidad emocional y la satisfacción durante sus relaciones sexuales y preferencias, prácticas y pautas de comportamiento sexual. En el estudio se encontraron algunas diferencias significativas: los obesos manifestaron una mayor dificultad para comunicar sentimientos y necesidades a su pareja, mayor culpa y menor satisfacción ante prácticas masturbatorias, incapacidad para negarse a tener relaciones sexuales cuando no lo desean, menor satisfacción posterior a las relaciones sexuales, prácticas sexuales más estereotipadas en cuanto a las caricias y posiciones experimentadas, una mayor reticencia a tener relaciones sexuales con la luz encendida y a mostrarse desnudo ante la pareja. Finalmente, manifestaron ejercer más frecuentemente un rol pasivo durante el acto sexual, comparado con el grupo de peso normal.³⁷

En cuanto a la frecuencia con que las personas manifiestan tener relaciones sexuales, este estudio descubrió que 17 por ciento de las obesas con tratamiento refieren tener relaciones a diario. El mayor porcentaje de las mujeres con peso normal (normopeso), las tiene una o 2 veces por semana, mientras que el mayor porcentaje de los grupos de obesas se encuentran en una frecuencia de 3 a 4 veces por semana, en comparación con el grupo de normopeso evaluado. El mayor porcentaje de las obesas con tratamiento y obesas sin tratamiento refiere tener una duración en la relación sexual de entre cero a 20 minutos; mientras que el mayor porcentaje de las normopeso cae en el rango de 21-40 minutos. Los autores consideran importante establecer qué se considera como duración y determinar si se incluyen las caricias antes y después de la relación, así como el hecho de que la frecuencia que reportan las obesas con tratamiento (diario) signifique que realmente lleguen al coito o se limitan únicamente a caricias.

En lo referente a las fantasías que pueden ser estímulo sexual y a la frecuencia de las mismas, las obesas sin tratamiento son quienes reportan tenerlas con más frecuencia, en comparación con los otros dos grupos. En lo relacionado con las posiciones y caricias especiales, se observa que los grupos de obesas son quienes realizan menos posiciones y caricias especiales durante las relaciones, en comparación con las normopeso. Esto podría ser consecuencia de su obesidad y de las limitaciones que ello implica, por lo que tienen que buscar posiciones que no impliquen maniobras corporales complicadas y que puedan realizar con mayor facilidad. Un porcentaje importante de obesas sin tratamiento asume un rol sexual pasivo durante la relación, en comparación con las normopeso y obesas con tratamiento.

Asimismo, ambos grupos de obesas reportaron menor flexibilidad en el rol sexual, en cuanto a la posibilidad de desempeñar ambos roles (pasivo-activo), especialmente en el grupo de obesas con tratamiento. La evaluación de los datos obtenidos muestra que la expresión de la sexualidad es diferente entre los obesos que se encuentran bajo tratamiento de reducción de peso y los obesos que no lo están, observándose que los obesos sin tratamiento son quienes presentan mayores limitaciones al respecto.³⁸

En general, los datos obtenidos concuerdan con los reportados por Renshaw.³⁹ En 2006, Laboratorios Bayer aplicó una encuesta a 12,065 mujeres de 12 países y tres continentes: 82 por ciento de las venezolanas calificó el sexo como algo importante en sus vidas, frente a 80 por ciento de las mexicanas; las de menor porcentaje fueron las sudafricanas (70%). Para la mujer, el sexo es un elemento importante para la estabilidad y bienestar de la pareja: el 58 por ciento dijo que fortalece su relación, 29 por ciento que le da más

35 Véase C. R. McCartney, S. K. Blank, *et al.*, *op. cit.*

36 J. Kaukua, T. Pekkarinen, T. Sane y P. Mustajoki, "Sex hormones and sexual function in obese men losing weight", *Obesity Research*, pp. 689-694.

37 J. M. Mancilla, G. Álvarez, M. Román, V. López y Ma. T. Ocampo, "Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos", *op. cit.*, pp. 29-36, y M. White, O'Neil, R. Kolotkin y T. Byrne, *op. cit.*

38 V. Vázquez y J. C., *op. cit.*, pp. 91-96.

39 Véase Renshaw, 1990.

seguridad de ser atractiva para su pareja, y 22 por ciento asegura que tiene un efecto positivo en su salud.

En una relación amorosa, el sexo es tan importante como los sentimientos y el cariño. Para el 85 por ciento de las mujeres que participaron en el estudio, la satisfacción sexual resulta esencial, pero para el 92 por ciento de las latinoamericanas la satisfacción es sólo "de gran importancia".

Conclusiones

La sexualidad es un poderoso factor integral de la individualidad de todas las personas y ha tenido una notable repercusión en nuestra sociedad. Masters, Johnson y Kolodny⁴⁰ afirman que "la sexualidad es una actividad natural", del mismo modo que la respiración es un elemento esencial en la naturaleza humana a lo largo de toda la vida. Como enuncia Gotwald y Goleen, "la salud sexual interviene en el bienestar tanto físico como mental del individuo".⁴¹ Por ello, la obesidad no debe ser una condición que impida realizar una conducta sexual satisfactoria; lejos estamos del siglo XIX, cuando no se aceptaba que la mujer pudiera y debiera obtener satisfacción en el acto sexual. Hoy en día, el tratamiento de la obesidad debe ser integral, con la participación del nutriólogo, el psicólogo y el médico, pues es preciso atender por igual los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y la conducta sexual del paciente obeso. **ts**



Bibliografía

- Adolfsson, B., S. Elofsson, S. Rossner y A. L. Undent, "Are sexual dissatisfaction and sexual abuse associated with obesity? A population-based study", *Obesity Research*, vol. 12, núm. 10, octubre de 2004, pp. 1702-1709.
- Álvarez, R. G., J. M. Mancila, X. López, R. Vázquez, Ma. T. Ocampo y V. López, "Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación" y "Determinación de pautas del compromiso sexual en obesos", *Psicología Iberoamericana*, vol. 6, núm. 2, 1998, pp. 22-28 y pp. 29-36.
- Bravo, Laura "Sexo y obesidad: Mucho más que la imagen", consultada en *Univision Online*: <http://www.univision.com/content/content.jhtml?chid=1&schid=0&secid=0&cid=695594>.
- Carballo, Ovies, Verdeja Varela y Santana Pérez, *Revista Cubana de Endocrinología*, Año 10, núm. 3, 1999, pp. 191-197.
- "Crónica Salud", *Universal*, México, D. F., 2006, p. 9.
- Escobar, Fernando Manuel, "Rol de las hormonas ováricas en la obesidad", *Revista de Endocrinología y Nutrición*, vol. 8, núm. 1, marzo de 2000, pp. 14-18.
- Gómez, S., G. L. J. Sánchez y V. Trejo, *Imagen corporal y satisfacción sexual en mujeres obesas*, Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2003.
- Hernández Moreno, P., R. Mendoza Martínez, I. Hernández Marín, J. M. Tovar Rodríguez, Ayala, A. R., "Epidemiologic assessment of erectil function in a selected Mexican population", *Ginecología y Obstetricia*, México, núm. 71, 2003 pp. 332-342.
- Kaukua, J., T. Pekkarinen, T. Sane y P. Mustajoki, "Sex hormones and sexual function in obese men losing weight", *Obesity Research*, núm. 11, 2003, pp. 689-694.
- McCartney, C. R., S. K. Blank, K. A. Prendergast, S. Chhabra, C. A. Eagleson, K. D. Helm, R. Yoo, R. J. Chang, C. M. Foster, S. Caprio, et al., "Obesity and sex steroids changes across puberty: Evidence for marked hyperandrogenemia in pre-and early pubertal obese girls", *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 92, núm. 2, pp. 430-436.
- Molina Monroy, María Estela, *Disfunción sexual en mujeres posthisterectomizadas*, Tesis para obtener el grado de Licenciado en Psicología, Escuela de Psicología, Universidad Femenina de México, 1991.
- Monsiváis, Carlos, "El informe Kinsey y las estadísticas", en *Universal*, México, D. F., 25 de noviembre de 2006.
- Olaiz-Fernández, G., J. Rivera-Dommarco, T. Shamah-Levy, R. Rojas, S. Villalpando-Hernández, M. Hernández-Ávila, J. Sepúlveda, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*, Cuernavaca, México, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
- Popkin, B., "An overview on the nutrition transition and its health implications: The Bellagio meeting", *Public Health, Nutr.*, núm. 5 (1A), 2002, pp. 93-103.
- Sánchez Mendoza, A., *Actualización en trastornos de la conducta alimentaria*, s/d.
- Solvestri, E. A., E. Stavile, *Aspectos psicológicos de la obesidad*, Universidad Favaloro, s/d.
- Vázquez, V. y J. C. López, "Psicología y obesidad", *Revista de Endocrinología y Nutrición*, núm. 9, 2001, pp. 91-96.
- White, M., O' Neil, R. Kolotkin y T. Byrne, "Gender, race, and obesity-related quality of life at extreme levels of obesity", *Obesity Research*, núm. 12, 2004, pp. 949-955.

Páginas web

- <http://www.gordos.com/defaultSeccionesImpresion.aspx?ID=1230>
- <http://www.sexovida.com/clinica/obesidad>
- <http://www.terra.com.mx/mujer/articulo/203523>
- <http://www.univision.com/content/content.jhtml?chid=1&schid=0&secid=0&cid=695594>

40 Véase Masters, Johnson y Kolodny, 1987.

41 Véase Gotwald y Golden, 1983.