

2-6-133 (Ps)

Biblioteca

Departamento de Psiquiatría, Personalidad,  
Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

TD  $\frac{Ps}{112}$  (1)

**ADAPTACIÓN PSICOSEXUAL EN MUJERES  
MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA.**

(Vol. 1)

91 2  
02 DIC. 1997

*Alfonso Blanco*

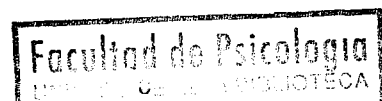
**TESIS DOCTORAL**

Presentada por: Jerónima Vázquez Ortiz.

Dirigida por: Dr. D. Alfonso Blanco  
Picabia y Dra. Dña. Rosario Antequera  
Jurado.

TD  $\frac{Ps}{112}$

500102496



*D. Alfonso Blanco Picabia y Dña. Rosario Antequera Jurado, Catedrático y Profesora Asociada respectivamente, del Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la Universidad de Sevilla,*

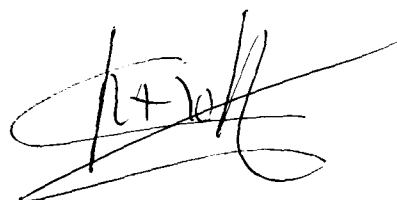
**INFORMAN**

*Que Dña. Jerónima Vázquez Ortiz ha realizado bajo su dirección la Tesis Doctoral titulada “ADAPTACIÓN PSICOSEXUAL EN MUJERES MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA” con la que se presenta para optar al Grado de Doctora en Psicología y que dicho trabajo, a nuestro juicio, reúne todas las condiciones exigibles para una Tesis Doctoral.*

*Para que así conste, a los efectos oportunos, expedimos el presente certificado en Sevilla, a 24 de Noviembre de 1.997.*



*Fdo.: Dr. D. Alfonso Blanco Picabia*



*Fdo.: Dra. Dña. Rosario Antequera Jurado*

*Este trabajo es fruto de la aportación de muchas personas, que desinteresadamente han colaborado de una forma u otra en el mismo. En primer lugar, quiero manifestar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas mujeres que participaron en este estudio, contestando a unas preguntas que, en muchos casos, literalmente "sacaban los colores". Ellas depositaron altruistamente su confianza y una parte de su intimidad en este proyecto; a mí sólo me queda intentar activamente que los logros, que se consigan con el mismo, repercutan de alguna manera en una mejora en la calidad de sus vidas.*

*A mis directores debo expresar mi más profundo agradecimiento por el tiempo y el esfuerzo empleados en este trabajo. Al Prof. Blanco tengo que dar las gracias, también, por la confianza que depositó desde el principio en este controvertido proyecto, defendiéndolo incluso ante las posiciones más críticas; asimismo, le agradezco sus opiniones respecto al trabajo que siempre resultaron en una mejora de la calidad del mismo. A la Profa. Antequera tengo que agradecer doblemente su inestimable ayuda: por un lado, porque sus aportaciones han enriquecido considerablemente este trabajo y, por otro lado, porque me consta que ha tenido que realizar un considerable esfuerzo, debido a la proximidad de su examen de oposición. También debo darle las gracias porque, siempre y a todas horas, estuvo solícita a resolver mis dudas, lanzando hipótesis e ideas que lograron que llegara a ver mucho más allá de los meros datos. Debo decir que siento un gran orgullo por haber compartido este trabajo con ellos, que tanto me ha hecho madurar profesional y personalmente.*

*A las compañeras de la Unidad de Psicología Clínica, Carmen de la Corte, Montse Andrés, Carmen LLordén, Esperanza Torrico y M<sup>a</sup> del Mar Aires, que colaboraron en la recogida de la muestra, debo reconocer su gran sensibilidad y profesionalidad en el trato con las pacientes. Nunca podré estar lo suficientemente agradecida por el tiempo y el esfuerzo que dedicaron. Muy especialmente debo dar las gracias a Carmen de la Corte, porque, además de apoyarme y ayudarme en todo momento, ha logrado ser para mí mucho más que una gran amiga; he hallado en ella a una hermana.*

*También deseo manifestar mi agradecimiento a todo el personal de los distintos Servicios Médicos por su colaboración prestada día a día, que hizo posible que la labor de la recogida de la muestra nos fuera más fácil a mis compañeras y mí. En especial he de resaltar el interés que pusieron en este trabajo la Dra. Barros y los Dres. Duque y Codes del Hospital Universitario Virgen Macarena, los Dres. Moreno, Barrena y Ruiz del Hospital Universitario Virgen del Rocío, así como el Dr. Sarmientos del Hospital Duques del Infantado. Al Dr. Duque debo darle las gracias por otras muchas cosas, ya que ha sido para mí un tutor y un consejero, que desde el primer momento colaboró activamente en la elaboración de este proyecto y que me abrió muchas puertas, incluso la de su familia.*

*Asimismo, tengo que expresar mi reconocimiento a la colaboración prestada desde la Delegación de Salud del Ayuntamiento de Sevilla, el Centro de Servicios Sociales de San Pablo y de Nervión, la Asociación de Vecinos de San Jerónimo y la Asociación Sevillana de Vecinos. En todos estos lugares, encontramos personas altamente solidarias e interesadas en nuestra labor, que siempre estuvieron atentas a nuestras demandas de un modo desinteresado, lo cual nos facilitó en gran medida la evaluación de las mujeres de la muestra control.*

*A mi familia.*

*"Hay un signo infalible por el cual se reconoce que amamos con amor verdadero, y es cuando la cara de la persona amada nos inspira mayor deseo físico que cualquier otra parte de su cuerpo"*

MICHEL TURNIER.

**Í N D I C E:**

	<u>PAG.</u>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	16
<b>I.0. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO</b> .....	17
<b>I.1. SEXUALIDAD DE LA MUJER MADURA</b> .....	21
<b>I.1.1. LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA</b> .....	22
<b>I.1.2. COMPORTAMIENTOS SEXUALES</b> .....	33
I.1.2.1. CONDUCTA SEXUAL INDIVIDUAL .....	33
I.1.2.2. CONDUCTA SEXUAL INTERPERSONAL .....	39
I.1.2.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA RELACION CON LA PAREJA SEXUAL .....	39
I.1.2.2.2. TIPOS DE ESTIMULACIÓN SEXUAL MAS FRECUENTES EN LAS RELACIONES SEXUALES .....	42
I.1.2.2.2.1. Juego sexual .....	42
I.1.2.2.2.2. Estimulación coital .....	48
<b>I.1.3. EL ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL DE LA CONDUCTA SEXUAL</b>	52
<b>I.2. SEXUALIDAD DE LA MUJER AFECTADA DE CÁNCER DE MAMA</b> .....	57
<b>I.2.1. EL CÁNCER COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS SEXUALES</b> .....	58
I.2.1.1. CONSIDERACIÓN PSICOSOCIAL DE LA SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA SOBRE LA VULNERABILIDAD DE LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS A PRESENTAR PROBLEMAS SEXUALES .....	58
I.2.1.2. CAUSAS DE ALTERACIÓN SEXUAL ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA .....	66
I.2.1.2.1. EFECTOS DIRECTOS DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS .....	66
I.2.1.2.2. EFECTOS INDIRECTOS DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS .....	70
I.2.1.2.2.1. Alteraciones de la Imagen Corporal .....	70
I.2.1.2.2.2. Alreraciones emocionales: La ansiedad ....	75
I.2.1.2.2.3. Somatización .....	85
I.2.1.2.2.3. Anticipación de resultados negativos y carencia de información sexual adecuada .....	86



I.2.2. PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS .....	88
I.2.3. MODELO TEÓRICO SOBRE LA ADAPTACIÓN PSICOSEXUAL DE LA MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA .....	90
I.2.4. VARIABLES QUE INCIDEN EN EL AJUSTE PSICOSEXUAL DE LAS MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA .....	93
I.2.4.1. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD .....	93
I.2.4.1.1. MASTECTOMÍA.....	93
I.2.4.1.1.1. Cáncer de mama y Mastectomía .....	93
I.2.4.1.1.2. Mastectomía vs. Cirugía Conservadora ....	100
I.2.4.1.1.3. Tiempo transcurrido desde la mastectomía ..	103
I.2.4.1.2. OTRAS TERAPÉUTICAS ANTINEOPLÁSICAS .....	107
I.2.4.1.3. EFECTO DE ALGUNOS FÁRMACOS Y PSICOFÁRMACOS .....	109
I.2.4.2. VARIABLES PSICOLÓGICAS .....	111
I.2.4.2.1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	111
I.2.4.2.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD .....	120
I.2.4.2.3. ESQUEMA SEXUAL PREVIO .....	131
I.2.4.2.4. CAMBIO DE MOTIVACIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES.	132
I.2.4.3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA .....	133

## **II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....**

135

## **III. MATERIAL Y MÉTODO .....**

139

### **III.1. MATERIAL .....**

140

#### **III.1.1. MUESTRA .....**

141

#### **III.1.2. INSTRUMENTOS .....**

151

### **III.2. MÉTODO .....**

166

#### **III.2.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS .....**

167

#### **III.2.2. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS .....**

173

#### **III.2.3. MÉTODO ESTADÍSTICO .....**

178

<b>IV. RESULTADOS</b> .....	183
<b>V. DISCUSIÓN</b> .....	267
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	351
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	355
<b>ANEXO I: BATERÍA DE PRUEBAS</b> .....	379
<b>ANEXO II: ESTUDIO SOBRE LA VALIDEZ DE LAS ESCALAS DEL SAI-E</b> .....	400
<b>ANEXO III: TABLAS</b> .....	415

## ÍNDICE DE TABLAS:

<u>TABLA</u>		<u>PÁGINA</u>
1a	Medias y Desv. Típicas de la EDAD en grupos muestrales ...	146
1b	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las EDADES POR INTERVALOS en grupos muestrales .....	146
2	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADO CIVIL en grupos muestrales .....	147
3a	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NÚMERO DE HIJOS en Grupos muestrales .....	147
3b	Medias y Desv. Típicas de la EDAD DEL ÚLTIMO HIJO en grupos muestrales .....	147
4	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTUDIOS en grupos muestrales .....	148
5	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PROFESIÓN en grupos muestrales .....	148
6	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la SITUACIÓN LABORAL en grupos muestrales .....	148
7	Medias y Desv. Típicas de la RENTA PER CÁPITA en grupos muestrales .....	149
8	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el LUGAR DE RESIDENCIA en grupos muestrales .....	149
9	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADIO DEL CÁNCER en grupos de mastectomizadas .....	149
10	Distr. de Frecuencias y Porcentajes según la MODALIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO en grupos de mastectomizadas	150
11	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el TRATAMIENTO ACTUAL/PASADO en grupos de mastectomizadas ...	150
12	Prueba de Normalidad para las diversas variables cuantitativas en grupos muestrales .....	185
13	Distribución de las Frecuencias y Porcentajes según la INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL DIAGNÓSTICO en grupos de mastectomizadas.....	189
14	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL DIAGNÓSTICO en grupos de mastectomizadas.....	189
15	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el DESEO DE HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO en grupos de mastectomizadas .....	190
16	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los EFECTOS SECUNDARIOS DE LA QT en el grupo de mastectomizadas-menos de un año .....	190
17	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADIO HORMONAL en grupos muestrales .....	190
18	Medias y Desv. Típicas del TIEMPO EN MENOPAUSIA en grupos muestrales.....	191

**TABLA****PÁGINA**

19	Medias y Desv. Típicas en la SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO en grupos muestrales .....	192
20	Distrib. de Frec. y Porcent. según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LA SALUD Y LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO Y SU ATRACTIVO de la Subescala del Sí mismo físico en grupos muestrales ..	194
21	Medias y Desv. Típicas en el INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO en grupos muestrales .....	197
22	Distrib. de Frec. y Porcentajes según los NIVELES DE ANSIEDAD en grupos muestrales .....	198
23	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES ANTE EL CUERPO DESNUDO en grupos muestrales .....	200
24	Distrib. de Frec. y Porcent. según los ÍTEMS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO en grupos muestrales ...	201
25	Distrib. de Frecuencias y Porcentajes según la VALORACIÓN DEL PROPIO ATRACTIVO FÍSICO en grupos muestrales .....	202
26	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN QUE SOBRE SU ATRACTIVO FÍSICO REALIZA LA PAREJA en grupos muestrales .....	203
27	Distrib. de Frec. y Porcent. según los ÍTEMS REFERIDOS A PROBLEMAS CON LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MASTECTOMÍA	204
28	Dis. de Frec. y Porc. según el MOTIVO DE LA NO REANUDACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES CON COITO TRAS LA MASTECTOMÍA	205
29	Medias y Desv. Típicas del TIEMPO QUE PASÓ DESDE LA OPERACIÓN HASTA LA 1ª RELACIÓN SEXUAL TRAS LA MASTECTOMÍA	206
30	Dis. de Frec. y Porc. según el MIEMBRO DE LA PAREJA QUE INICIÓ LA 1ª RELACIÓN SEXUAL TRAS LA MASTECTOMÍA .....	206
31	Distrib. de Frecuencias y Porcentajes según la IMPORTANCIA CONCEDIDA A LA ACTIVIDAD SEXUAL en grupos muestrales ...	207
32	CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA SEXUAL Y DE LA RELACIÓN SEXUAL QUE SE MANTIENE CON ELLA en grupos muestrales ...	208
33	Distrib. de Frecuencias y Porcentajes según la EDAD A QUE SE EMPEZÓ A PRACTICAR EL COITO en grupos muestrales ....	209
34	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la FRECUENCIA DE COITO en grupos muestrales .....	209
35	Distr. de Frec. y Porcent. según la FRECUENCIA DE ORGASMOS (COITO CON ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS) en grupos muestrales	210
36	Distr. de Frec. y Porcent. según la FRECUENCIA DE ORGASMOS (COITO SIN ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS) en grupos muestrales	211
37	Distr. de Frec. y Porcent. según la FRECUENCIA DE ORGASMOS (ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS SIN COITO) en grupos muestrales	212
38	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el EFECTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA en grupos de mastectomizadas .....	213

**TABLA****PÁGINA**

39	Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS REFERIDOS A PROBLEMAS EN LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA en grupos muestrales .....	214
40	Medias y Desv. Típicas de las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL SAI-E en grupos muestrales .....	215
41	Distrib. de Frec. y Porcent. según los ÍTEMS DE EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO en grupos muestrales.	216
42	Distr. de Frec. y Porcent. según los ÍTEMS DE SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO en grupos muestrales.	217
43	Comparación de distribuciones y medias de la EDAD y la RENTA PER CÁPITA entre los grupos muestrales .....	221
44	Comparación de distribuciones de Frec. de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS entre los grupos muestrales	222
45a	Comparación de las distribuciones de Frecuencias de las VARIABLES MÉDICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE MAMA entre los grupos de mastectomizadas .....	223
45b	Comparación de las variables ESTADIO MENOPÁUSICO Y TIEMPO EN MENOPAUSIA entre los grupos muestrales .....	224
46	Comparación de las medias obtenidas en la SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO entre los grupos muestrales .....	225
47	ÍTEMS DEL SÍ MISMO FÍSICO que establecen diferencias estadística/ significativas entre los grupos muestrales	226
48	Comparación de las medias obtenidas en el INVENTARIO ANSIEDAD ESTADO-RASGO entre los grupos muestrales .....	228
49	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO Y ANSIEDAD RASGO entre los grupos muestrales .....	229
50	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES HACIA EL CUERPO DESNUDO entre los grupos muestrales .....	230
51	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos muestrales .....	231
52	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON EL ATRACTIVO FÍSICO entre los grupos muestrales .....	232
53a	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MASTECTOMÍA entre los grupos de mastectomizadas .....	234
53b	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES entre los grupos muestrales.....	235
54	Comparación de las medias del TIEMPO DE RELACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA entre los grupos muestrales .....	236
55	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA entre los grupos muestrales .....	237

**TABLA****PÁGINA**

56	Comparación de las medias en las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL SAI-E entre los grupos muestrales .....	238
57	ÍTEMS DE LAS ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN que establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos muestrales .....	239
58	Comparación de las medias del INVENTARIO ANSIEDAD ESTADO-RASGO Y LAS ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL SAI-E entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico ....	241
59	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico .....	242
60	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS DE EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico .....	242
61	Comparación de las distribuciones de Frecuencias según los ÍTEMS DE SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico ....	243
62	Comparación de la distribución de la FRECUENCIA ACTUAL DE COITO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico	244
63	Comparación de las distrib. de las FRECUENCIAS DE ORGASMOS entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico ....	245
64	Comparación de las medias de EXCITACIÓN y SATISFACCIÓN del SAI-E entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo ....	246
65	Comparación de las distribuciones de las Frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo .....	247
66	Comparación de las distribuciones de las Frecuencias según los ÍTEMS DE EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo .....	248
67	Comparación de las distribuciones de las Frecuencias según los ÍTEMS DE SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo ....	249
68	Comparación de la distribución de la FRECUENCIA ACTUAL DE COITO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo ....	250
69	Comparación de las distribuciones de las FRECUENCIAS DE ORGASMOS entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo	251
70	Comparación de las medias de EXCITACIÓN y SATISFACCIÓN del SAI-E entre los grupos de ansiedad rasgo moderadamente alta y extremadamente alta .....	252
71	Comparación ANTES-DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA (Prueba de McNemar).....	254
72	Comparación ANTES-DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA (Prueba de Signos) .....	255
73	Análisis Correlaciones .....	258

**TABLA****PÁGINA**

74	VARIABLES DISCRIMINANTES DE LOS GRUPOS DE ALTA Y BAJA EXCITACIÓN SEXUAL .....	263
75	VARIABLES DISCRIMINANTES DE LOS GRUPOS DE ALTA Y BAJA SATISFACCIÓN SEXUAL .....	265
76	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES SEGÚN LOS ÍTEMS DE LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO EN GRUPOS MUESTRALES	416
77	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES SEGÚN LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE EXCITACIÓN DEL SAI-E EN GRUPOS MUESTRALES	418
78	DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES SEGÚN LOS ÍTEMS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL SAI-E EN GRUPOS MUESTRALES .....	422

## **I . - INTRODUCCIÓN .**



## **I.0.- JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO**

Uno de los principales motivos que nos impulsaron a plantear la realización del presente trabajo es la alta incidencia del cáncer de mama en la mujer, cuyas cifras indican que, en nuestro país, una de cada 12 mujeres será diagnosticada de cáncer de mama en algún momento de su vida (Ibáñez, 1.993). El número de casos diagnosticados aumenta durante la cuarta década y alcanza su máximo hacia los 50 años; un dato abrumador es que el cáncer de pecho constituye la primera causa de muerte entre las mujeres de 35 a 45 años (Álvarez et al., 1.994).

Afortunadamente todos los datos no son tan negativos: las tasas de mortalidad por cáncer de mama, son cuatro veces inferiores a las tasas de incidencia (Molina y Ariza, 1.994). El desarrollo de técnicas para la detección precoz de este tipo de cáncer, las campañas de "screening" y los avances en el tratamiento hacen posible que cada vez más mujeres logren sobrevivir a la enfermedad.

Por otro lado, la extirpación completa de la mama (mastectomía) sigue siendo la técnica más utilizada en el tratamiento quirúrgico del carcinoma mamario (aunque cada vez más se están implantando las cirugías conservadoras, cuando éstas son posibles). Los resultados estéticos de la mastectomía implican que la mujer, además de tener que enfrentarse al diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, debe adaptarse a una serie de cambios en su cuerpo que pueden ser valorados de forma negativa. A esta situación, en muchos casos hay que sumar los efectos adversos de otros tratamientos oncológicos (molestias gástricas, alopecia, amenorrea, etc.), que también suponen una importante fuente de malestar físico y psicológico. Todas estas circunstancias pueden ser vivenciadas por la paciente como altamente estresantes, de tal modo que se deriven en problemas de adaptación emocional, social, laboral, sexual, etc.

Las secuelas de la mastectomía avivan la polémica, ya clásica en Oncología, entre Calidad de Vida y Cantidad de Vida, referente al tema de los tratamientos usados en la terapéutica del cáncer. El motivo de esta disyuntiva es que la terapia antineoplásica muchas veces cura la enfermedad, previene su aparición, o enlentece su progresión. Pero también es cierto, que los efectos secundarios que debe soportar el enfermo oncológico a veces son más penosos que los derivados de la propia enfermedad. Si a estos síntomas físicos, unimos los síntomas psicológicos asociados a los problemas de adaptación psicológica al tratamiento, resulta que la calidad de vida del paciente puede verse enormemente mermada (Bos, 1.988; Pérez et al., 1.995).

Es en este punto donde nos planteamos estudiar las consecuencias que sobre la sexualidad femenina (la cual entendemos como una dimensión más de la Calidad de Vida) ejerce la mastectomía y los cambios en las vivencias respecto al propio cuerpo que se asocian a la misma. Estas repercusiones sobre la sexualidad podrían reflejarse en dificultades para involucrarse en relaciones sexuales, disminución del interés sexual, alteraciones de la respuesta sexual, disminución de la satisfacción en las relaciones sexuales, etc.

Este ha sido un tema relativamente poco tratado en la investigación psicooncológica, donde se ha dado más relevancia a aspectos como las reacciones emocionales al cáncer o la adaptación emocional de los pacientes a su enfermedad. Concretamente en nuestro país, los estudios que se han ocupado de los problemas psicosexuales asociados a las enfermedades neoplásicas y sus tratamientos son, hasta el momento, muy escasos.

Esta escasa dedicación por parte de los investigadores contrasta con la realidad en el ámbito clínico, ya que la demanda asistencial de la mujer que ha sido mastectomizada, va encaminada, en gran parte, a resolver problemas relacionados con los sentimientos respecto a su cuerpo, con las dificultades en el ámbito de las relaciones íntimas y con el malestar psicológico que todo ello le produce.

En definitiva, el presente trabajo se encuadra en el ámbito de la Psicología de la Salud como un mero intento de aproximación al conocimiento de los procesos psicológicos que lleva a cabo el individuo para adaptarse a la enfermedad y de las variables que influyen en dicho proceso.

Nuestra labor con este trabajo quedaría justificada si en último término nos permitiera extraer algunas directrices que sirvieran de guía para la labor psicoterapéutica con la mujer afectada de cáncer de mama.

**I.1.- SEXUALIDAD DE LA MUJER MADURA.**

### **I.1.1.- LA RESPUESTA SEXUAL FEMENINA.**

Son enormemente importantes las diferencias individuales existentes en la forma de interpretar los estímulos o las sensaciones sexuales; asimismo, existe una gran variedad en los comportamientos sexuales que se pueden llevar a cabo. No obstante, parece existir una gran similitud en la forma en que el organismo responde ante la estimulación sexual (Labrador, 1.994). Incluso puede decirse que, salvando las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, las respuestas sexuales de excitación y el orgasmo, en esencia, son muy parecidas en ambos sexos (Masters y Johnson, 1.966; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

Los esfuerzos por describir la respuesta sexual humana llevaron a la famosa pareja de sexólogos -Masters y Johnson-, tras muchos años de trabajo en laboratorio, a plantear un modelo en el cual se conceptualizaba dicha respuesta como un ciclo donde se podían distinguir cuatro fases diferentes: excitación, meseta (o excitación sostenida), orgasmo y resolución (Masters y Johnson, op. cit.).

Con posterioridad, Kaplan (1.979) nos plantea modificar el modelo anteriormente citado, incluyendo la fase del deseo como previa a la de excitación, ya que la considera un requisito antecedente de las posteriores fases; de otra parte, esta autora sugiere eliminar las fases de meseta, por no haber suficiente evidencia empírica para distinguirla de la fase de excitación, y la fase de resolución, ya que consiste simplemente en una etapa de ausencia de excitación sexual.

Las discrepancias entre estos dos modelos se deben principalmente a las distintas orientaciones de los autores; de un lado, Masters y Johnson desde una perspectiva más biologicista describieron detalladamente la fisiología de la respuesta sexual, dentro de la cual su modelo tiene bastante justificación. Por su parte, Kaplan con una orientación fundamentalmente clínica, recurrió a un modelo donde tuvieran sentido y se vieran justificadas las diferentes disfunciones sexuales.

Actualmente, la mayor parte de los autores han optado por tomar del modelo de Masters y Johnson las fases de excitación, orgasmo y resolución, precedidas de la fase de deseo que propuso Kaplan (Carrobbles, 1.990). Otros autores, como Labrador (1.994), prefieren asimilar el modelo de Masters y Johnson de las cuatro etapas agregándoles una quinta que sería la del deseo. Nosotros seguiremos el primero de estos planteamientos para describir brevemente el ciclo de la respuesta sexual femenina, ya que es el más extendido y el más adecuado, a nuestro juicio, para entender la respuesta sexual y su psicopatología.

#### Fase de deseo.

El deseo sexual puede definirse como una experiencia emocional subjetiva basada en el interés en realizar una actividad sexual o en involucrarse en una relación sexual con otra/s persona/s. El deseo sexual puede desencadenarse a partir de la presencia de estímulos externos (p.e. insinuación sexual de otra persona, visión de escenas sexuales, etc.) y/o por estímulos internos (Rosen y Leiblum, 1.988, cit. por Fuertes, 1.995), los cuales proceden principalmente de las fantasías sexuales.

La frecuencia, intensidad y duración de la actividad sexual, así como la consecución del ciclo de la respuesta sexual, van depender en gran medida de la intensidad del deseo sexual (Andersen y Cyranowski, 1.995).

Por otra parte, es de gran importancia la representación individual de la sexualidad y del propio deseo sexual, (Levine, 1.984, 1.988, cit. por Fuertes, 1.995; Andersen y Cyranowski, op. cit.). Nos referimos a la consideración respecto a uno mismo de ser una persona con capacidad para disfrutar de la actividad sexual, de tener deseos, necesidades y sentimientos sexuales que se perciban como naturales y legítimos; en definitiva, es necesario haber interiorizado en el propio autoconcepto que la sexualidad es un aspecto más de nuestras vidas, la cual nos puede proporcionar sensaciones placenteras y sentimientos positivos hacia uno mismo y hacia los demás.

Siguiendo a Fuertes (1.995), el conjunto de elementos del deseo sexual constaría de una base reguladora neurofisiológica, una disposición emocional y cognitiva, así como de una serie de inductores eficaces de sensaciones y sentimientos sexuales. Estos elementos se encuentran interrelacionados entre sí, estando cada uno de ellos determinado en cierto grado por los demás. El primero de los componentes, permite un nivel de activación que se traduce en una mayor excitabilidad y sensibilidad ante los estímulos sexuales; también favorece el proceso perceptivo de dichos estímulos, los cuales toman una mayor relevancia dentro del campo de percepción. El papel desempeñado por el sistema nervioso central y el sistema neuroendocrino todavía no ha sido suficientemente delimitado y menos aún en el caso de la respuesta sexual femenina (Andersen y Cyranowski, 1.995), por ello no entraremos ahora en este tema.



Por lo que respecta al componente disposicional del deseo sexual, está relacionado, de forma muy importante, con el aspecto sexual integrado en el autoconcepto al que antes hacíamos referencia. Fuertes (op. cit.) menciona algunas características de la personalidad que también hay que tener en cuenta dentro de esta disposición emocional y cognitiva, como es el constructo erotofobia-erotofilia (dimensión negativa-positiva de las actitudes hacia los estímulos sexuales) o la culpa sexual (expectativa de castigo ante la conducta sexual). De otro lado, los inductores eficaces del deseo erótico, como ya mencionamos, pueden tener una naturaleza interna (pensamientos, imágenes, fantasías) o externa (estimulación visual, auditiva, olfativa, táctil, etc.).

Siguiendo con los planteamientos de Fuertes (op. cit.), el deseo sexual no debe ser conceptualizado como la primera fase de la respuesta sexual, la cual termina para dar paso a la excitación. El grado de deseo se va a presentar, dentro de un continuo de intensidad, a lo largo de toda la actividad sexual, estando en cada momento determinado por la interacción entre el nivel de excitabilidad sexual fisiológica, la disposición cognitiva y afectiva, así como por los inductores de sentimientos y sensaciones sexuales.

El deseo erótico puede conducir al individuo a llevar a cabo alguna conducta sexual o a sentirse receptivo a ella, con el objetivo de buscar placer y estimulación sexual. Asimismo, las fantasías generadas constituyen una importante fuente de excitación sexual. De este modo, se entraría en la segunda fase del ciclo de la respuesta sexual, pero siempre teniendo en cuenta que el deseo va a seguir siendo un precursor importante a lo largo de todo este ciclo.

### Fase de excitación.

La excitación, desde un punto de vista fisiológico, se considera un estado de activación de una serie de reflejos donde participan el sistema nervioso, como elemento controlador, y los órganos implicados en la respuesta sexual, tanto genitales como extragenitales (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). Dos son los procesos básicos que se desarrollan como consecuencia de esta activación: la vasocongestión (aumento del flujo de los vasos sanguíneos de la región genital y otras regiones corporales) y la miotonía (aumento de la tensión muscular) (Labrador, 1.994).

Las reacciones genitales femeninas que se producen durante la fase de excitación, siguiendo las descripciones de Masters y Johnson (1.966) pueden resumirse en: engrosamiento de la vagina y de los tejidos que interiormente la rodean, lubricación del conducto vaginal, expansión de los dos tercios inferiores de la vagina y posterior estrechamiento; elevación del cervix y del útero; aplanamiento y separación de los labios interiores, los cuales paulatinamente se engrosan y cambian a un color más intenso; hinchazón del clítoris, que posteriormente se retracta en el capuchón; secreción de mucosa por parte de las glándulas de Bartholino en la parte inferior del orificio vaginal; en general, se produce una vasocongestión, que se traduce en hinchazón de los genitales internos y externos, para formar, de esta forma, la denominada "plataforma orgásmica".

De otro lado, los cambios que se producen en otras regiones del cuerpo quedarían resumidas en: erección de los pezones, tumefacción de los pechos, los cuales se vuelven más turgentes y tensos; más avanzada la fase de excitación aparece rubor sexual, tensión muscular, aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial y de la tasa respiratoria.

Los cambios corporales de la fase de excitación se acompañan de sensaciones subjetivas de placer sexual. Estas sensaciones sexuales gratificantes no se centran únicamente en la zona genital; al estar involucrado todo el cuerpo en la respuesta sexual, tales experiencias sexuales se vivencian como un fenómeno corporal generalizado. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la excitación sexual comparte algunas manifestaciones con otras formas de activación del organismo, como por ejemplo la excitación ansiosa, donde se produce incremento de la tasa cardíaca, del ritmo de respiración o de la tensión muscular. A este respecto hay que tener en cuenta el modelo de emoción de Schachter (1.964, cit. por Wolfe y Walen, 1.990) en el cual se postula que la experiencia emotiva precisa de dos elementos: el primero sería un estado de activación fisiológica y, en segundo lugar, ciertas señales situacionales que permitan al individuo etiquetar dicho estado de excitación como una emoción específica. Según Wolfe y Walen (op. cit.) la habilidad de los individuos en el proceso de percepción de la excitación y en su correcto etiquetado generará diferencias sexuales individuales, por ser un aspecto determinante en el buen funcionamiento erótico. Siguiendo a los mismos autores, una vez que se hayan percibido correctamente las sensaciones corporales, calificándolas como placenteras, el individuo podrá centrar su atención sobre otros estímulos eróticos, con lo cual aumentará la excitación; en caso contrario la respuesta sexual puede bloquearse.

Los autores anteriormente mencionados, basándose en los resultados del estudio de Heiman de 1.977, hablan de cierta dificultad de las mujeres para discriminar y describir sus propias sensaciones de excitación, en relación a los hombres. Atribuyen dicha desigualdad, de una lado, a que la respuesta vasocongestiva de la mujer no es tan obvia como en el varón, resultando más sutil y ambigua; por otro lado, el proceso de

socialización de las mujeres, dentro de normas rígidas respecto al sexo, da lugar a que utilicen menos frecuentemente la masturbación, con lo que tienen menos experiencia para reconocer y etiquetar las sensaciones genitales (Wolfe y Walen, 1.990).

Los estímulos que pueden suscitar la excitación sexual pueden ser de tipo psicológico (imágenes, fantasías, recuerdos), fisiológico (estímulos táctiles, visuales, etc.) o una combinación de ambos (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987), existiendo una amplia variedad intercultural e interindividual en los mismos.

La fase de excitación puede ser muy breve o durar varias horas. La estimulación sexual efectiva irá incrementando el nivel de excitación hasta niveles máximos, existiendo la posibilidad de que se mantenga durante un período más o menos duradero (la fase de meseta de Masters y Johnson), con posibilidad de ciertos mínimos altibajos. A pesar de ello, el sentido de la excitación no es siempre ascendente; una distracción puede ocasionar una brusca disminución de la tensión sexual acumulada, provocada por un estímulo ambiental inoportuno, una respuesta corporal también inoportuna, un cambio de ritmo o de técnica en la estimulación sexual, pensamientos negativos perturbadores acerca del propio desempeño sexual o sobre otro tema de preocupación, etc.. Masters, Johnson y Kolodny (1.987) destacan entre las complicaciones más frecuentes que limitan el placer sexual el sentimiento de culpa, la ansiedad, la inapetencia sexual, la información inadecuada o errónea acerca de la sexualidad y la preocupación por la presencia física.

Los estados de elevada excitación sexual proporcionan sensaciones altamente gratificantes y satisfactorias, por lo que pueden constituir un fin en sí mismos. Una vez que la vasocongestión ha constituido la plataforma orgásmica y si

continúa la estimulación sexual efectiva, las sensaciones eróticas de la excitación pueden quedar culminadas en un clímax de placer sexual, denominado orgasmo.

#### Fase de orgasmo.

El orgasmo consiste en una liberación repentina de la tensión sexual acumulada, proporcionando el máximo nivel de goce sexual. Es una fase corta que dura tan sólo unos segundos, en los cuales se producen una serie de contracciones musculares involuntarias, acompañadas de una intensa sensación física y seguidas de un estado de relajación. Este momento de intenso placer no se acompaña de actividad mental alguna, las sensaciones sexuales pasan al primer plano de la atención, para una mayor recreación sobre las mismas (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

El orgasmo femenino se produce a partir de las contracciones involuntarias y rítmicas de la zona muscular del primer tercio de la vagina, del útero y del esfínter anal (Masters y Johnson, 1.966). En un primer momento las contracciones son intensas, con un intervalo entre una y otra de 0.8 segundos; posteriormente dicho intervalo se alarga y disminuye la intensidad. El número de contracciones puede oscilar entre 3 y 15 (Masters y Johnson, op. cit.). Según Labrador (1.994), en el caso del orgasmo femenino, aún centrándose en la zona pélvica, las sensaciones placenteras afectan globalmente a todo el cuerpo.

Las contracciones orgásmicas van a producir una descongestión de sangre de la región vaginal; pero, en el caso de las mujeres, si la estimulación erótica y el interés sexual continúan puede volver a formarse de inmediato la plataforma orgásmica, dando paso a un nuevo orgasmo. Este fenómeno cíclico puede continuar, de modo que en una misma situación o contacto

sexual la mujer puede llegar a experimentar orgasmos múltiples (Masters y Johnson, 1.966; Sherfey, 1.974; Hyde, 1.995).

Extragenitalmente se ha observado en la mujer un aumento del rubor sexual, de la tasa respiratoria, del ritmo cardíaco y de la presión arterial, con respecto a la fase de excitación; también son destacables el nivel de tensión y las contracciones musculares que se producen, las cuales pueden llegar a ser muy intensas abarcando a muchos grupos musculares (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

Otro aspecto importante a comentar, que constituye un tema tan ampliamente tratado como debatido, es si existe un único orgasmo femenino o si, por el contrario, se pueden identificar dos tipos de orgasmo, uno clitoral y otro uterino. En el primero de los frentes de la polémica se encuentran las conclusiones de los estudios de Masters y Johnson (op. cit.), apoyando la idea de que el clítoris es el órgano más importante para la estimulación sexual, siendo la vagina un órgano prácticamente insensible. Los autores, además observan que, aun cuando se ha producido la retracción del clítoris y en situaciones de penetración vaginal, el capuchón ejerce una tracción mecánica sobre el mismo que asegura su estimulación durante toda la actividad sexual. No obstante, según estos autores, independientemente del tipo de estimulación recibida una mujer (clitoriana, vaginal, mamaria) el orgasmo que puede conseguir es básicamente idéntico desde el punto de vista fisiológico, dependiendo en todos los casos de las contracciones de la plataforma orgásmica. Esta opinión es apoyada por otros autores como Kaplan (1.974) o Hyde (1.995).

De otro lado, se encuentran aquellos autores que identifican más de un tipo de orgasmo femenino. Tal es el caso de Freud (1.933), quien identificó dos tipos de orgasmo: de un lado, el

orgasmo vaginal, obtenido a través del coito y que es característico de mujeres normales y psicológicamente maduras y, por otra parte, el orgasmo clitoral, que se obtiene mediante masturbación, siendo propio de mujeres neuróticas e inmaduras. Estos planteamientos, realizados sin una base científica sostenible, fueron superados por otros investigadores como Fox y Fox (1.971). Estos autores observan que las contracciones musculares uterinas dan lugar a un orgasmo más intenso y placentero -orgasmo uterino-, que el obtenido mediante la estimulación del clítoris -orgasmo vulvar-. Esta postura ha sido mantenida por otros autores (Singer y Singer, 1.972; Perry y Whipple, 1.981), que han ido aportando datos, con más o menos soporte científico, como la existencia de un continuo entre ambos tipos de orgasmo, en cuyo centro se encuentran los orgasmos mixtos, la implicación de diferentes músculos en las contracciones orgásmicas o la existencia del discutido punto G (Punto de Grafenberg), el cual al ser estimulado da lugar al orgasmo uterino.

De acuerdo con Masters, Johnson y Kolodny (1.987), la percepción individual del orgasmo va a tener un gran peso en la satisfacción sexual obtenida; las sensaciones y los sentimientos particularmente vivenciados con la actividad sexual dan lugar a preferencias en relación al tipo de estimulación sexual. En este mismo sentido, hay que tener en cuenta que, según datos aportados por estos autores, la estimulación clitoral evoca más fácilmente el orgasmo, existiendo alrededor de un 95% de mujeres que lo logran de este modo, mientras que al 40-50% de las mujeres la actividad coital no les proporciona el orgasmo.

Para Labrador (1.994) tienen más importancia las sensaciones subjetivas que experimenta la persona durante el orgasmo que los cambios fisiológicos que se producen; asimismo, la satisfacción

sexual depende principalmente de la interpretación que el individuo realice de sus propias respuestas fisiológicas, la cual viene determinada por las condiciones personales y situacionales, más que por la eficacia de la técnica o mecánica de la estimulación. Este autor destaca el hecho de que la satisfacción sexual puede obtenerse sin llegar al orgasmo y que plantearse que el objetivo de la actividad sexual es lograrlo, puede ser un serio impedimento para conseguir placer y el orgasmo mismo.

#### Fase de Resolución.

Esta etapa final del ciclo de la respuesta sexual se caracteriza por una disminución de las respuestas sexuales fisiológicas, con un regreso paulatino al nivel basal (Kaplan, 1.974).

Vuelven a sus estados normales la vascularidad de la piel, la presión arterial, la tensión muscular, el ritmo cardíaco y el respiratorio. En el caso de las mujeres, el útero retorna a su posición habitual, la vagina disminuye su anchura y su longitud, los labios reducen la coloración y el clítoris vuelve a su tamaño y posición; por lo que respecta a los pechos, se produce una disminución de tamaño y una distensión de la aureola, quedando los pezones como en estado erecto (Masters y Johnson, 1.966).

La fase resolutive suele durar alrededor de los 40 minutos, dependiendo del nivel de excitación conseguido. Cuando no se ha producido el orgasmo, el proceso resolutive resulta más lento, produciéndose en algunos casos un dolor o malestar pélvico como consecuencia de la duración de la vascularización de la zona, no aliviada por el orgasmo (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).



## **I.1.2.- COMPORTAMIENTOS SEXUALES.**

### **I.1.2.1.- CONDUCTA SEXUAL INDIVIDUAL.**

Se consideran aquellos comportamientos eróticos que involucran solamente al propio individuo, sin la participación de pareja sexual alguna. Tal es el caso de la masturbación, las fantasías sexuales, las conductas sexuales automáticas o involuntarias y el uso de material erótico (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Reinisch y Beasley, 1.992).

En nuestro ámbito cultural, la sexualidad solitaria está sujeta a numerosos mitos, tabúes, presiones morales y, sobre todo, desconocimientos. Frecuentemente la actividad autoerótica se acompaña de sentimientos de vergüenza o de culpa y de temores por un supuesto perjuicio físico o mental. A este respecto, la educación sexual juega un importante papel en la aceptación del autoerotismo como una manifestación normal del hecho sexual.

La masturbación se define como toda aquella forma de proporcionarse placer a uno mismo mediante la autoestimulación física directa (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Labrador, 1.994); se refiere al acto en sí de aportarse excitación sin que necesariamente tenga que conseguirse el orgasmo. Esta forma de actividad autoerótica puede llevarse a cabo en solitario, puede formar parte de la actividad sexual con la pareja y, también, en ocasiones se realiza en grupo (Labrador, op. cit.).

Para conseguir la autoestimulación física, las mujeres utilizan una amplia variedad de técnicas que consisten básicamente en acariciar, frotar o aplicar presión en la zona genital; pero, del mismo modo, pueden estimular otras partes del cuerpo, como son los pechos, la parte interna de los muslos o el ano (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). Las técnicas

masturbatorias más frecuentes entre las mujeres son la estimulación manual del clítoris y/o la vulva (practicada por un 48% de mujeres), la estimulación mediante un vibrador de la misma zona (un 26%) y la inserción vaginal de los dedos u otros objetos (un 10%) (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). Del informe Kinsey se desprende que la estimulación sistemática de los pechos, como forma de proporcionarse placer durante la masturbación, es una técnica a la que recurren pocas mujeres (un 11%) (Reinisch y Beasley, 1.992). De otro lado, conviene destacar el papel que juegan las fantasías sexuales como uno de los elementos esenciales del autoerotismo, ya que imaginativamente proveen al individuo de las situaciones y actividades sexuales que más prefiera o desee.

Diversos autores (Ford y Beach, 1.951; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Labrador, 1.994) coinciden en expresar las prohibiciones morales a las que ha estado sujeta la masturbación, y concretamente la masturbación femenina, a lo largo de toda la historia y, salvo raras excepciones, en todas las culturas. En la actualidad, la mayor permisividad en la educación sexual ha hecho posible que la masturbación no vaya asociada inexorablemente a los sentimientos de culpa y vergüenza; de otro lado, el tratamiento científico riguroso de la misma ha ayudado a que muchas creencias erróneas, relacionadas con los supuestos perjuicios físicos, sexuales y cognitivos, vayan poco a poco quedando atrás en el tiempo.

Respecto a los porcentajes de mujeres que realizan la masturbación los datos ofrecidos por los diferentes estudios sugieren que es una práctica más extendida entre los hombres (Ford y Beach, 1.951; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Labrador, 1.994); sin embargo, en un estudio realizado en nuestro país por Malo et al. en 1.988 (cit. por Labrador, op. cit.) se

pone de manifiesto que, mientras que en los hombres va disminuyendo con la edad, en la población de mujeres va aumentando el número de ellas que recurren a esta técnica sexual. De esta forma, los porcentajes de hombres y mujeres que se masturban se acercan bastante entre los 30 y los 49 años; concretamente, en el caso de las mujeres el porcentaje sería del 54% para el grupo de edad comprendido entre los 30 y 39 años y del 34% en mujeres entre 40 y 49 años. Otros estudios han destacado que los hábitos masturbatorios no desaparecen por completo cuando el individuo mantiene habitualmente relaciones sexuales con otra persona y que no tienen relación con el nivel de satisfacción sexual en la pareja (Hunt, 1.975; Hessellund, 1.976; cits. por Labrador, op. cit.). Por tanto, se puede decir que la masturbación en solitario no es incompatible con la actividad sexual en pareja.

Las fantasías sexuales son un producto de los procesos mentales representativos (Eysenck y Wilson, 1.981), en los que juega un importante papel la capacidad imaginativa y creativa individual (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). Comportan una de las principales fuentes de estimulación sexual individual (Avia, 1.994), siendo un fenómeno prácticamente generalizado en todas las personas de ambos sexos (Reinisch y Beasley, 1.992).

Para Avia (op. cit.) las fantasías sexuales cumplen diversas funciones dentro del plano sexual del individuo: estimular y suscitar comportamientos sexuales concretos, mantener activa la sexualidad cuando el individuo no tiene relaciones sexuales, estimularse sexualmente con personas y situaciones altamente deseables pero inaccesibles, explorar conductas sexuales poco habituales o que comportan algún riesgo (social, moral o ético) dando, de este modo, válvula de escape a tal impulso.

La elaboración de las fantasías sexuales se puede poner en marcha a partir de un acto voluntario, puede surgir de forma repentina o ser el resultado de una cadena de pensamientos (Reinisch y Beasley, 1.992). De otro lado, el estímulo sexual que proporcionan las fantasías sexuales puede ser un complemento de la masturbación o de las relaciones sexuales con la pareja. En un estudio realizado por Hariton y Singer (1.974) se informó que las fantasías sexuales eran un fenómeno bastante común entre las mujeres mientras realizaban el acto sexual con su pareja; estas mujeres estudiadas manifestaron que las fantasías aportaban elementos novedosos y excitación en sus contactos íntimos, resultando en un beneficio en su vida amorosa.

La persona, generalmente, tiene el control de la situación fantaseada, por lo que puede imaginar cualquier situación que le resulte excitante, dirigiendo el transcurso de la misma hasta un desenlace satisfactorio o interrumpiendo la fantasía si le resulta inquietante o perturbadora (Reinisch y Beasley, op. cit.). Pero en algunos casos, especialmente en personas que se automenosprecian y autodegradan, sobre todo en relación a su físico, suele darse una gran dificultad imaginativa en torno a fantasías relativas a que alguien se interesen por ellas, o que puedan ser deseables para otras personas (Avia, 1.994). En otros casos, el contenido de las fantasías puede resultar frustrante y causar ansiedad, por suponer el ridículo de uno mismo, por poner de manifiesto la propia incapacidad sexual o el rechazo por parte de la otra persona. Esto suele producirse en individuos que se encuentran insatisfechos con su aspecto físico o con alguna parte concreta del cuerpo (Avia, op. cit.).

En lo referente a las conductas sexuales automáticas o involuntarias, decir que son episodios de excitación sexual fisiológica producidos durante el sueño, en los cuales se produce

la tumefacción de los genitales -hinchazón y lubricación vaginal en el caso de las mujeres-. Suelen producirse varios episodios (cada 90 minutos aproximadamente), asociados generalmente al sueño R.E.M. (Reinisch y Beasley, 1.992). Las reacciones sexuales nocturnas la mayor parte de las veces no están asociadas a sueños eróticos y, cuando estos se producen, pueden ser más bien una consecuencia de las sensaciones del proceso tumescente (Ford y Beach, 1.951).

Los sueños sexuales serían el equivalente de las fantasías sexuales en el estado de vigilia, con la salvedad de que no existe un control voluntario y consciente sobre los mismos, por lo que en algunas ocasiones puede suceder que el contenido, la temática o el desarrollo de tales escenificaciones mentales nos causen sorpresa o preocupación por el impulso sexual que representan (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

Se estima que alrededor del 40% de las mujeres experimentan orgasmos durante el sueño, siendo más frecuentes entre las mujeres que se encuentran en la década de los cuarenta años (Reinisch y Beasley, op. cit.). Según Masters, Johnson y Kolodny (op. cit.) el orgasmo que se produce durante el sueño podría ser una reacción biológica natural ante una acumulación de excitación sexual que no ha sido descargada, de manera que este reflejo fisiológico conseguiría liberarla.

El uso de material erótico y pornográfico (erótico-pornográfico según lo explícito que sea; el primero menos expreso) ha sido considerado por Masters, Johnson y Kolodny (1.987) como otra modalidad de sexualidad solitaria, por cuanto puede usarse como elemento complementario a la masturbación. Aparte de su utilización para el entretenimiento o disfrute e independientemente de la excitación sexual que provoquen, también se usan con el objetivo específico de estimular el deseo sexual

propio o el de otra persona, o bien para enriquecer un contacto sexual interpersonal.

Los efectos y funcionalidades de este tipo de material han sido descritos por Masters, Johnson y Kolodny (op. cit.): proporciona una fuente de conocimientos y de información sexual (esto último hay que considerarlo con cautela, ya que en ocasiones se da una imagen distorsionada de la sexualidad y de las relaciones sexuales); frecuentemente produce tanto en hombres como en mujeres excitación sexual, más o menos prolongada; fomenta el proceso imaginativo, teniendo oportunidad el individuo de explorar aspectos desconocidos o preocupantes de su sexualidad; el material erótico permite un ensayo vicario o a través de la imaginación de conductas sexuales deseables; también se han aportado pruebas (Wilson, 1.978; Money, 1.980) de que el material sexualmente explícito puede ayudar al individuo a superar algunas dificultades sexuales, como la inhibición sexual.

Hay que decir que el material erótico (ya sea en forma de lecturas, imágenes, películas, grabaciones auditivas) ha tenido y tiene numerosos detractores; desde las personas que tienden a rechazarlo sistemáticamente y a expresar sentimientos negativos hacia él, quizás por el tipo de educación sexual recibida, hasta aquellas, principalmente grupos feministas, que expresan su oposición radical por considerar que degradan a la mujer y la presentan como simple objeto sexual.

### **I.1.2.2.- CONDUCTA SEXUAL INTERPERSONAL.**

#### **I.1.2.2.1.- CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN CON LA PAREJA SEXUAL.**

Si definimos la orientación sexual de un individuo como la preferencia, más o menos estable en el tiempo, por parejas de uno u otro sexo, encontraremos personas con una orientación principalmente heterosexual, otras con orientación homosexual y entre ambos extremos una amplia gama de posibilidades en cuyo teórico punto medio encontraríamos la bisexualidad, donde la atracción sexual se daría por igual hacia personas de ambos sexos.

Aunque este etiquetaje es útil al individuo para definir su identidad sexual y a los investigadores para recoger un aspecto importante de la sexualidad, lo cierto es que el tipo de relación afectiva que se establezca entre los miembros de la pareja, el compromiso que adquieran y el grado de satisfacción sexual va a depender en mayor medida de las características personales, expectativas y creencias de cada miembro de la pareja que del hecho en sí de ser del mismo sexo o de sexos diferentes. Por tanto, lo que vamos a exponer a continuación tiene igual validez para relaciones heterosexuales que para relaciones entre personas del mismo sexo.

La relación afectiva entre dos personas que mantienen contactos sexuales, con independencia de la frecuencia de los mismos, puede ser de diversa índole. Puede tratarse de una relación donde priman el deseo sexual y la atracción física por encima de los sentimientos de cariño y amor hacia el otro; el objetivo principal de esta relación sería el entretenimiento y el disfrute sexuales. Se trata de relaciones donde generalmente existe poco compromiso y no se trazan metas a largo plazo; se corre el riesgo de que algún miembro salga dañado de la relación

si no se da una equiparidad de sentimientos y expectativas; sin embargo, en líneas generales, son relaciones que influyen positivamente en el individuo por cuanto aumentan la autoestima y proporcionan la oportunidad de aprender sobre uno mismo y sobre los demás (Reinisch y Beasley, 1.992).

Los sentimientos amorosos se dividen en dos tipos: el amor romántico o apasionado y el amor entre compañeros. El primero de ellos surge con el enamoramiento, en donde el individuo piensa constantemente en la otra persona, experimenta una gran necesidad de proximidad física y de ser correspondido a sus sentimientos; es característica la elaboración de actitudes en función de los actos del otro, a quien no le encuentra ningún defecto (Reinisch y Beasley, op. cit.). Cuando los enamorados entablan contacto, la emoción del conocimiento íntimo y la excitación sexual refuerzan positivamente el sentimiento amoroso dando lugar a la pasión (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

La pasión del amor romántico suele ceder pasados un año o dos desde su comienzo (Hill, Rubin y Peplau, 1.976; Tennov, 1.979), entonces se entra en una fase de transición en la cual la relación se puede deteriorar debido a los conflictos y el desinterés, o bien puede dar paso a otra forma de amor más sosegado y estable, basado en el afecto mutuo -amor entre compañeros- y donde se acrecientan los sentimientos de intimidad, confianza, participación y compromiso de continuar juntos (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). En las parejas que llevan muchos años de relación, los sentimientos amorosos pueden ser estables en el tiempo, pero suelen ser frecuentes las fluctuaciones de los mismos: puede resurgir el amor unido a la pasión o pasar por épocas de desdén recíproco; también puede producirse un declive, que si no se remedia con una solución de continuidad dará lugar al deterioro inevitable de la relación o



a su ruptura. En las relaciones instauradas sobre la base del amor entre compañeros, el sexo no tiene porqué dejar de ser algo altamente gratificante; sabemos que tiene gran relevancia para la gratificación sexual el conocimiento que un miembro de la pareja tenga sobre la sexualidad del otro, lo cual viene dado por el tiempo de relación y la práctica sexual conjunta (Reinisch y Beasley, 1.992); al mismo tiempo, hay que tener presente que las relaciones duraderas pueden llevar a la monotonía y al astío sexual si no se hace un esfuerzo por conservar la "chispa" introduciendo elementos novedosos y creativos.

A pesar de que los sentimientos amorosos son un elemento muy importante en las relaciones sexuales y viceversa, por cuanto se refuerzan positivamente, el amor puede darse sin sexualidad y la sexualidad sin amor; el hecho de que ambos miembros de la pareja estén enamorados no garantiza que la actividad sexual sea en todos los casos gratificante (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). De otro lado, puede realizarse una actividad sexual altamente placentera con una persona desconocida. Asimismo, hay ocasiones en las que se practica el sexo de forma mecánica e impersonal, como un desahogo físico, bien se trate de dos personas que no se aman o bien sea el caso de una pareja que compartan un auténtico sentimiento de intimidad. También puede darse el amor romántico o entre compañeros sin que exista actividad sexual, al margen de otros impedimentos mayores, simplemente por elección personal o por acuerdo conjunto de abstenerse de la intimidad física, todo depende de los valores personales y de la decisión que se tome respecto a la propia sexualidad.

Según Masters, Johnson y Kolodny (op. cit.), la relación íntima se sustenta sobre las bases de la solicitud, la participación, la confianza, el compromiso, la honradez, la

empatía y la delicadeza. La calidad de la relación depende, además, del cumplimiento de una serie de reglas, más o menos explícitas; una de las cuales, que suele ser asumida con bastante frecuencia y que además afecta directamente a la sexualidad, es la exclusividad sexual, es decir, el compromiso de no tener relaciones con otra persona que no sea la pareja. Cuando se ha realizado este compromiso y alguno de los miembros comete una infidelidad sexual que se revela al otro o que éste descubre, la confianza puede verse seriamente dañada (Reinisch y Beasley, op. cit.).

#### **I.1.2.2.2.- TIPOS DE ESTIMULACIÓN SEXUAL MÁS FRECUENTES EN LAS RELACIONES SEXUALES.**

Nuestro objetivo en este apartado no es realizar un exhaustivo recorrido de todos los tipos y formas de estimulación sexual posibles que se pueden realizar entre dos personas; nos ocuparemos de las conductas sexuales que se practican en pareja que suelen darse con una mayor frecuencia en la población general, según los diversos manuales consultados (Ford y Beach, 1.951; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Reinisch y Beasley, 1.992; Labrador, 1.994).

##### **I.1.2.2.2.1.- Juego sexual.**

Se entiende por juego sexual o juego erótico el conjunto de todas las actividades sexuales placenteras que no incluyen el coito (Reinisch y Beasley, 1.992). Son conductas dirigidas a aumentar la propia excitación sexual y la de la pareja; pueden variar en un amplio rango, considerándose tanto la estimulación genital con la mano, la boca o la lengua, pasando por caricias

en zonas erógenas y otras partes del cuerpo, besos, abrazos, contactos y roces corporales, hasta señales que invitan al contacto íntimo, ya sean conductas verbales directas o señales más sutiles e, incluso, simbólicas. Algunos autores (Reinisch y Beasley, op. cit.) también consideran como parte del juego sexual la utilización de ciertos materiales eróticos o pornográficos, como los videos "porno", que pueden promover en la pareja el deseo y la excitación sexuales.

El juego sexual no debe considerarse como un mero precedente al coito en el cual se preparan los dos miembros de la pareja para conseguir posteriormente el orgasmo; de hecho, el orgasmo también puede conseguirse a través de las actividades del juego erótico (Labrador, 1.994). Tanto las actividades coitales como no coitales tienen mucha importancia para conseguir la satisfacción sexual. Si se le ha dado en llamar juego sexual previo es porque en el adulto generalmente antecede a la actividad coital, pero esto no tiene que ser necesariamente así siempre y en todos los casos.

El cortejo sexual abarca una serie compleja y variada de conductas de incitación, en el que existe un gran componente cultural (Ford y Beach, 1.951); pueden ser más directas y explícitas, como expresar verbalmente que se desea tener una relación sexual, desnudar a la pareja o pasar directamente a acariciarla y besarla; pero también pueden tener un gran componente simbólico como una mirada o expresión incitadora, enseñar alguna parte desnuda del cuerpo, utilizar alguna prenda interior sugerente e incluso puede tratarse de alguna conducta aparentemente "neutral" que para los amantes tiene un significado sexual secreto.

Respecto al miembro de la pareja que inicia estas conductas sexuales de acercamiento, el último Informe Kinsey (Reinisch y

Beasley, 1.992) informa de un estudio en el que se tuvo constancia de que el cuatro por ciento de las mujeres nunca tomaban la iniciativa en sus relaciones sexuales, el cuarenta y dos por ciento la tomaba sólo a veces y el cuarenta y cuatro por ciento tomaba la iniciativa tantas veces como el hombre. Estos datos, pese a no ser todavía muy equitativos son más alentadores que los ofrecidos hace varias décadas (Ford y Beach, 1.951), cuando las normas "de cortesía" relativas a estas conductas eran aún más severas para las mujeres, a las que solamente se le permitía un papel sexual pasivo.

Las caricias y otras conductas táctiles ofrecen además de la satisfacción de las necesidades sexuales, la posibilidad de acrecentar la intimidad, la aprobación y el cariño entre los miembros de la pareja, asimismo satisface las necesidades de aceptación por parte del otro (Labrador, 1.994). Tocar y ser tocado, además del placer que suele conllevar, representa una forma de comunicación, en la que se consolidan la confianza y la solidaridad; permite al individuo sentirse deseado y ser consciente de las sensaciones placenteras de su propio cuerpo (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

Los tipos más frecuentes de caricias abarcan acciones como besar, tocar, abrazar, lamer, chupar, dar masajes o pellizcos con las manos, rozar unas partes del cuerpo con otras, etc. (Labrador, op. cit.). Las zonas donde con mayor frecuencia se dirigen las caricias suelen ser partes especialmente sensibles a los estímulos táctiles (labios, cara, cuello, pechos, cara interna de las manos, nalgas, zona interna de los muslos y genitales); hay que tener en cuenta que todo el cuerpo es un órgano sensorial y como tal puede reportar sensaciones táctiles agradables en cualquiera de sus regiones (Labrador, op. cit.), siendo unas más sensibles que otras, según cada persona.

La mayor parte de estas caricias también pueden conllevar un gran componente afectivo, como expresión de ternura; tal es el caso del beso, que puede ser signo de cariño y de intimidad, pero también puede darse un beso profundo y apasionado, con gran carga erótica (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). Igualmente las caricias manuales o los abrazos pueden realizarse para expresar afecto, para ensalzar la excitación propia y la de la pareja o ambas cosas a la vez.

Labrador (op. cit.) destaca la importancia que tiene la estimulación táctil para las mujeres, ya que para muchas de ellas es el único procedimiento, teniendo en cuenta el coito, para conseguir el máximo de placer sexual. Este mismo autor manifiesta que las principales zonas erógenas de la mayoría de las mujeres son los pechos y los genitales.

Otras formas de estimulación sexual táctil, que fomentan considerablemente la excitación sexual, serían los abrazos y contactos corporales, que pueden incluir conductas dirigidas al frotamiento de los genitales -petting-, aunque estas últimas se han descrito como más habituales entre los adolescentes, en los que constituye un sustituto socialmente aceptado del coito.

Respecto a las caricias en los pechos, hay que decir que no importa su tamaño de cara a la sensibilidad de los mismos, la cual puede ser mínima en algunas mujeres y máxima en otras pocas (estas mujeres pueden lograr el orgasmo sólo con este tipo de estimulación; hablamos de un uno por ciento según datos de Kinsey y de Masters y Johnson), mientras que la gran mayoría se encuentra entre ambos extremos (Labrador, op. cit.). Las zonas más sensibles del pecho son la areola y el pezón, pero el resto del pecho también es bastante sensible (Labrador, op. cit.). La estimulación manual o bucal de los pechos es bastante frecuente durante las relaciones sexuales; se estima que alrededor del

noventa por ciento de las parejas la practican (Reinisch y Beasley, 1.992), siendo una conducta muy extendida en otras culturas distintas a la nuestra (Ford y Beach, 1.951). En contraposición a estos datos, en el Informe Kinsey (Reinisch y Beasley, op. cit.) más reciente se hace referencia a que algunas investigaciones han demostrado que un cincuenta por ciento de las mujeres manifiestan que no experimentan placer cuando se les estimula el pecho, algunas incluso lo encuentran molesto, principalmente días antes de que comience el flujo menstrual. Para los autores de este Informe, en muchos de estos casos en los que la estimulación no es gratificante, la falta de comunicación con la pareja puede hacer que ésta siga acariciando de la misma forma porque crea que satisface a su compañera, e incluso que la mujer soporte sensaciones desagradables por complacer a su compañero.

La estimulación de los genitales del compañero, asociada a excitación y satisfacción sexuales, puede llevarse a cabo de diversas formas: caricias realizadas manualmente, con alguno o varios dedos, con la boca o frotando con alguna otra parte del cuerpo. Los genitales de ambos sexos son muy sensibles al tacto, pero hay que tener en cuenta que esta sensibilidad varía a lo largo del ciclo de la respuesta sexual; en un principio son más excitantes las caricias suaves y pausadas, ya que una estimulación más enérgica puede resultar incómoda; a medida que aumenta la excitación son más placenteras otras caricias realizadas con mayor vigor (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). Los tipos de caricias genitales que prefieren las mujeres son el frotamiento del eje clitórico, caricias de los labios, el monte de Venus y el peritoneo unido a la estimulación clitoridea, caricias en la parte externa de la vagina e introducción de uno o varios dedos en la abertura vaginal; en algunas ocasiones se utiliza un vibrador para aumentar las sensaciones genitales

femeninas (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). La estimulación manual de los genitales masculinos por parte de la mujer, también pueden proporcionarle excitación sexual a la misma. Los estudios ponen de manifiesto que, en parejas heterosexuales, la estimulación manual de los genitales femeninos por parte del hombre y de los genitales masculinos por parte de la mujer es una práctica muy extendida (alrededor del 90%), aunque en el caso de las mujeres esta frecuencia es algo menor (Ford y Beach, 1.951). Las estadísticas también han destacado que existe una asociación entre el mayor nivel educativo y una mayor tendencia a practicar este tipo de conductas sexuales (Ford y Beach, op. cit.).

La estimulación bucal de los genitales femeninos -cunnilingus- y la de los genitales masculinos -fellatio o felación- también puede realizarse para suscitar o ensalzar la estimulación sexual propia o la del compañero. Las caricias pueden realizarse besando, lamiendo, succionando o mordisqueando, cambiando la presión, el ritmo y el tipo de movimientos para conseguir el efecto deseado; también pueden combinarse estas acciones con caricias manuales (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). El cunnilingus proporciona a muchas mujeres una gran excitación, debido a las sensaciones cálidas y húmedas de la lengua y los labios de la pareja sobre la cabeza del clítoris, los labios menores, abertura vaginal, etc. Los datos estadísticos procedentes de Estados Unidos (Reinisch y Beasley, op. cit.) nos indican que alrededor del noventa por ciento de las parejas casadas practican la estimulación bucogenital -pese a ser una conducta penalizada por las leyes de algunos estados-; no obstante, los datos sugieren que sólo a la mitad (aproximadamente) de las mujeres que lo practican les resulta placentero, siendo mayor este porcentaje entre las que superan los cincuenta años, quizá porque a estas edades se utiliza con mayor frecuencia como conducta sexual alternativa al coito

(Reinisch y Beasley, op. cit.). Para otras personas, estas actividades eróticas no sólo no resultan agradables sino que además les producen una gran aversión, al percibir las como algo desagradable, sucio e incluso poco "natural" (Labrador, 1.994).

#### **I.1.2.2.2.2.- Estimulación coital.**

Podemos entender por coito genital la inserción en la vagina de la mujer de pene, los dedos u otros objetos con el objetivo de conseguir placer sexual. La realización del coito suele tener mucha importancia en las relaciones sexuales, pero no deja de ser una forma más para obtener la gratificación sexual, aunque hay que decir que algunas personas ven en esta conducta sexual el único momento relevante de la relación, considerando el juego sexual previo como una actividad meramente preparatoria a la penetración (Labrador, 1.994).

Como ya hicimos referencia, en toda la zona genital femenina y en el tercio exterior de la vagina existen numerosas terminaciones nerviosas, que hacen que esta región sea muy sensible a la presión y al tacto; no obstante, el clítoris es la parte más sensible, teniendo además la capacidad para concentrar la excitación procedente de la estimulación de las zonas cercanas. Esto implica que la posición y la forma de estimulación del coito va a tener una gran importancia para que la mujer consiga una excitación adecuada y que la misma le conduzca al orgasmo. Independientemente de la posición coital adoptada por la pareja, la estimulación manual simultánea de la zona del clítoris ayudará en muchos casos a lograr el orgasmo con facilidad (Reinisch y Beasley, 1.992). Un dato a tener en cuenta es que aproximadamente el sesenta y cinco por ciento de las mujeres no obtienen el orgasmo si solamente se produce la



introducción del pene en la vagina y no se estimula el clítoris (Reinisch y Beasley, op. cit.).

En las relaciones heterosexuales, cuando hombre y mujer están cara a cara con sus cuerpos apretados, los empujes que acompañan a la penetración facilitan la fricción de los respectivos huesos púbicos, con lo que se puede producir fácilmente la estimulación del clítoris y su tallo (Ford y Beach, 1.951). El caso de la postura del misionero (cara a cara, hombre sobre la mujer), que es la más extendida en la cultura occidental, permite la introducción del pene con relativa facilidad y el contacto visual de la pareja; la mujer puede elevar las piernas para mejorar las sensaciones del clítoris, pero le resulta difícil realizar movimientos con la pelvis y controlar la profundidad de la penetración; la estimulación manual del clítoris en esta postura es complicada (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987). Cuando la penetración se realiza estando ambos miembros de costado cara a cara, hay una mayor dificultad para insertar el pene en la vagina y para realizar movimientos pélvicos profundos (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.); la estimulación del clítoris va a depender de la forma en que se entrelacen las piernas y de si éste es estimulado con la mano.

La posición cara a cara en la que la mujer se coloca sobre el hombre es también muy frecuente y la preferida por las mujeres que experimentan algunas dificultades para conseguir el orgasmo, ya que les permite una mayor autonomía para dirigir el movimiento, el lugar y el ritmo de la estimulación, consiguiéndose una mejor estimulación del clítoris (Labrador, 1.994); existe un mayor control de la profundidad de la penetración, no es incompatible con la estimulación manual del clítoris y favorece los besos y las caricias de los senos

(Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.). Esta posición implica un papel activo de la mujer en el coito, por lo que en los casos en los que se haya interiorizado un rol pasivo en el sexo es posible que se de preferencia a otras formas de penetración frente a ésta.

Cuando el hombre introduce su pene en la vagina de la mujer por detrás, el clítoris va a ser estimulado al deslizarse su capuchón cuando se realizan los empujes; sin embargo, estas sensaciones generalmente no son suficientes para conseguir el orgasmo a menos que se realice con la mano una estimulación más vigorosa de tal miembro por alguno de los miembros de la pareja. En esta posición el hombre puede acariciar el cuerpo de la mujer, aunque es más difícil el contacto visual.

Respecto a la frecuencia con que se realiza el coito, los diferentes autores reflejan algunos datos estadísticos, pero todos coinciden en señalar en que tiene más importancia la satisfacción que se obtiene de las relaciones y de la frecuencia de las mismas, que el número de veces que tienen lugar (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Reinisch, y Beasley, 1.992; Labrador, 1.994). Se ha informado, que en parejas heterosexuales casadas la frecuencia con que se realiza el coito va disminuyendo con el paso de los años: entre los veinte y los treinta años, después del primer o segundo año de matrimonio se suele practicar el coito dos o tres veces por semana; después de los 33 años suele realizarse unas dos veces por semana; a partir de los cuarenta y uno, dos o tres veces cada dos semanas; después de los cincuenta años las parejas suelen tener relaciones sexuales con coito una vez por semana o menos (Masters et al., 1.988; cit. por Labrador, op. cit.). También pueden encontrarse muchos casos en los que la pareja se vuelve más activa con el paso de los años o en algunos períodos más o menos extensos, incidiendo en todo

esto múltiples factores tales como el nivel de comprensión logrado en las reacciones sexuales propias o del compañero, la satisfacción derivada de los contactos íntimos, el grado de felicidad o estabilidad en la pareja y en otros aspectos fuera del matrimonio, el afrontamiento de períodos de estrés o la disponibilidad de la pareja, como por ejemplo ausencias por motivos laborales (Reinisch y Beasley, op. cit.).

Otra forma de coito es el anal, que hace referencia a las conductas sexuales que implican la estimulación de la zona anorectal. La parte externa del ano puede acariciarse manual o bucalmente durante el juego sexual, lo cual suele proporcionar un alto grado de placer por tratarse de un órgano bastante sensible. Durante el coito vaginal también se usa la estimulación anal para aumentar la excitación, introduciendo un dedo o acariciando suavemente el esfínter (Labrador, op. cit.). De las encuestas estadounidenses se desprende que entre el veinte y el cuarenta por ciento de las mujeres casadas han practicado alguna vez del coito anal; de éstas, a menos de la mitad (sobre el cuarenta por ciento) les pareció placentero; alrededor del trece por ciento lo practicaba con regularidad (Reinisch y Beasley, op. cit.). Esta opción sexual, que no deja de ser otra forma más para aumentar el placer, es considerada por muchas personas como algo inaceptable, desagradable, propio de homosexuales, o simplemente poco atractivo (Masters, Johnson y Kolodny, op. cit.).

### **I.1.3.- EL ENFOQUE BIO-PSICO-SOCIAL DE LA CONDUCTA SEXUAL.**

La característica de la variabilidad y complejidad del comportamiento humano no deja de tener su reflejo en la conducta sexual. Resultaría una tarea imposible tratar de encontrar a dos personas a las que tuvieran comportamientos sexuales idénticos y que respondieran en igual medida ante una serie de estímulos sexuales; incluso en misma persona las preferencias y apetencias sexuales pueden variar dependiendo del momento, la situación y otros múltiples factores. Numerosos enfoques teóricos se han desarrollado para tratar de explicar estas diferencias interindividuales e intraindividuales, abordando la sexualidad a veces desde una perspectiva biológica, en otras ocasiones han hecho mayor incidencia sobre los aspectos fisiológicos, otras veces sobre los psicológicos, sobre los socioculturales, etc. (Carrobles, 1.990). Los trabajos de investigación realizados desde estas distintas ópticas han contribuido a que en la actualidad se entienda el comportamiento sexual como un fenómeno multideterminado, donde coexisten factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Carrobles, op. cit.), los cuales además están estrechamente interrelacionados; se trata del enfoque bio-psico-social de la conducta sexual.

Dentro de los factores biológicos podemos encontrar determinantes genéticos, neuronales, hormonales, anatómicos, fisiológicos y los estímulos sexuales no aprendidos (Carrobles, op. cit.). Los aspectos anatómicos y fisiológicos de la respuesta sexual fueron exhaustivamente descritos por Masters y Johnson en 1.966; además explicaron los cambios sexuales asociados a la edad. En 1.974 Sherfey nos sugiere que el nivel de excitación

sexual podía depender del momento del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer y que el embarazo puede suponer un desarrollo de la vascularización de los genitales femeninos que se traducen en una mayor capacidad para la excitación y el orgasmo. Brawn y Wallace (1.987) describen los mecanismos neurológicos implicados en la respuestas sexual; también han destacado la influencia de las hormonas en la conducta sexual propia, así como en la de los demás (feromonas). Kervasdoué (1.995) sugiere que las variaciones del deseo sexual se deben, entre otros factores, a las oscilaciones hormonales del ciclo menstrual; en el período preovulatorio suele aumentar el deseo sexual y en la fase luteínica disminuye, aunque no siempre dependiendo de las molestias físicas asociadas. Bancroft (1.989), por su parte, propone que las fluctuaciones del deseo sexual en la mujer asociadas al ciclo menstrual se deben a la influencia de éste sobre el estado de ánimo, el cual puede a su vez incidir sobre el interés sexual en distintos momentos del ciclo.

Especial interés para el entendimiento de la sexualidad de la mujer adulta tiene el estudio de los cambios sexuales asociados a la menopausia, tema que también ha sido ampliamente abordado (Masters y Johnson, 1.966; Herrera, 1.988, 1.989; Strickland, 1.992). Otros autores han estudiado los condicionantes biológicos que determinan las supuestas diferencias entre las manifestaciones sexuales entre hombres y mujeres, como la agresividad (Olweus, 1.980; Reinisch, 1.981). Por su parte, Kaplan (1.974) puso de relieve la influencia que ciertas drogas y fármacos ejercen sobre el funcionamiento sexual, asimismo destacó las secuelas sexuales de muchas enfermedades somáticas.

Respecto a las variables de naturaleza psicológica que influyen en el comportamiento sexual podemos diferenciar

distintos tipos de factores: conductuales aprendidos, cognitivos, emocionales, afectivos y de personalidad. Los primeros incluyen estímulos con características eróticas de origen aprendido, conductas sexuales adquiridas también por aprendizaje y las consecuencias pasadas de dichas conductas, que vienen a reforzar positiva o negativamente las mismas (Carrobles, 1.990). Brawn y Wallace (1.987) vinieron a destacar la importancia de la innovación de la estimulación para la excitación sexual; de este modo, los estímulos más novedosos pueden tener un poder estimulante más fuerte que otros más habituales.

El conjunto de factores cognitivos, según Carrobles (op. cit.) abarca expectativas, actitudes, fantasías, imágenes sexuales, etiquetas verbales e ideas y pensamientos sexuales, pero también pueden incluir procesos como el de la toma de decisiones sexuales o el de la elaboración de planes de acciones sexuales. La influencia de las actitudes sobre el comportamiento sexual ha sido destacado por diversos autores (Gómez y Etxebarria, 1.993; Carpintero y Fuertes, 1.994; Fuertes, 1.995; Vázquez-Ortiz, de la Corte y Antequera, 1.996), quienes han incidido en que actúan como una disposición cognitiva que permite a la persona sentirse, en mayor o menor grado, abierta ante los sentimientos y estímulos sexuales. De otro lado, Wolfe y Walen (1.990) ofrecieron un modelo explicativo del ciclo de la respuesta sexual donde los procesos cognitivos y el feedback eran los determinantes principales de la excitación sexual. Según estos autores, si después de la percepción de un estímulo sexual éste es valorado como positivo la excitación se verá aumentada; posteriormente, la excitación debe ser percibida y etiquetada de forma correcta y evaluada positivamente para reforzarse a sí misma y dar paso a la conducta sexual abierta, la cual a su vez favorecerá la excitación si se percibe y se valora de forma positiva. Desde este punto de vista las experiencias sexuales

negativas se producen cuando las cogniciones incorrectas o negativas bloquean el paso de los estímulos a las respuestas.

El papel modulador de las emociones sobre la respuesta sexual también ha sido un tema frecuentemente tratado en la investigación sexológica; coinciden muchos autores en identificar la ansiedad como uno de los factores más importantes que determinan el comportamiento sexual, siendo además una de las causas más frecuentes de las inhibiciones del placer sexual y de las disfunciones sexuales (Flórez, 1.986; Farré, 1.987; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Cole y Dryden, 1.991; Sánchez y Llorca, 1.992; Labrador, 1.994).

Aunque nos ocuparemos más detenidamente de muchos de estos temas, decir que de las características de personalidad estudiadas las que parecen estar asociadas en mayor medida a las manifestaciones sexuales de un individuo son el rasgo extraversión-introversión, el neuroticismo, la ansiedad y el psicoticismo (Eysenck y Wilson, 1.981; Farré, 1.987; Marcet y Delgado, 1.994; Andersen y Cyranowski, 1.995). Por otra parte, la forma en que la persona se considere a sí misma y se valore, y muy especialmente los sentimientos que tenga respecto a su cuerpo, su aspecto físico, su funcionamiento sexual y su capacidad para la intimidad sexual con otra persona, así como la calidad de la relación afectiva con ésta, van a ser también elementos muy importantes a tener en cuenta (Farré, 1.987; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Reinisch y Beasley, 1.992).

En último lugar, dentro de los determinantes de tipo sociocultural destacamos la educación sexual recibida, la influencia del grupo de referencia, los valores y normas imperantes en la sociedad a la que se pertenece (Carrobles, 1.990). Todos estos elementos de socialización ejercen su influencia sobre la conducta sexual individual a través de la

internalización que realiza cada persona de tales normas y estereotipos socioculturales, que una vez traducidos en patrones o guiones de comportamiento orientan, más o menos rígidamente, la conducta sexual. Según Hyde (1.995) las fuerzas socializadoras imperantes en nuestro medio cultural han impuesto tradicionalmente más restricciones sexuales a la mujer que al hombre; para la autora una de las manifestaciones de esta educación diferencial es la doble norma: una misma conducta puede ser valorada positivamente en un hombre, siendo signo de su "categoría varonil", y negativamente en la mujer, por desprestigiarla y rebajarla (p.e. sexo prematrimonial). Vázquez y Ochoa (1.993) vienen a incidir en la hipótesis de que las diferencias en las manifestaciones sexuales entre hombres y mujeres están determinadas principalmente por factores culturales; de este modo, es posible que muchas mujeres traten de ser más sensibles, delicadas, románticas, profundas y menos sexuales, sencillamente porque en su educación se les han inculcado esos valores.



**I.2.- SEXUALIDAD DE LA MUJER  
AFECTADA DE CÁNCER DE MAMA.**

## **I.2.1.- EL CÁNCER COMO AGENTE ETIOLÓGICO DE LOS PROBLEMAS SEXUALES.**

### **I.2.1.1.- CONSIDERACIÓN PSICOSOCIAL DE LA SEXUALIDAD Y SU INFLUENCIA SOBRE LA VULNERABILIDAD DE LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS A PRESENTAR PROBLEMAS SEXUALES.**

Kaplan (1.974) nos habla de la sexualidad como el impulso más placentero, que a diferencia de otros impulsos en los que su fuente principal de placer se deriva de su satisfacción, la sexualidad ofrece placer incluso cuando se está acumulando la tensión sexual. Para esta autora, el carácter vulnerable de la sexualidad, que hace tan frecuente los conflictos y trastornos relacionados con la misma, reside en la facilidad que tiene para asociarse con afectos dolorosos, de manera que se traumatiza, bloquea y distorsiona con facilidad.

La tradición judeo-cristiana, base de nuestra cultura, implica una visión de la vida ascética y sacrificial, renunciando a la sexualidad como fuente de placer y relegándola únicamente al fin de la procreación dentro de la institución del matrimonio. La evidencia de los estudios realizados sobre la importancia de las actitudes y de la culpa sexual sobre el comportamiento sexual ha demostrado que la presión moral, aunque es menor actualmente que en anteriores épocas, sigue estando presente (Gómez y Etxebarria, 1.993; Vázquez-Ortiz et al., 1.996), y que la sexualidad se vincula fácilmente con temor y culpabilidad. Muchos de estos temores y sentimientos de culpa son consecuencia directa de creencias erróneas respecto a la sexualidad, ampliamente compartidas en la sociedad. Golden (1.983a) resalta la existencia de uno de estos mitos sexuales relacionados con la enfermedad: las personas enfermas no están interesadas en el sexo; es una creencia tan extendida que el propio paciente puede llegar a

sentirse culpable por desear tener una experiencia sexual, ya que no es lo que socialmente se espera de él o ella.

Cuando una persona padece una enfermedad que la estigmatiza de "canceroso", las consecuencias pueden ser más drásticas. La representación psicosocial del cáncer hace que éste se asocie inmediatamente con el dolor y la muerte (Conill y Lozano, 1.988); asimismo, el miedo que la enfermedad suscita también se debe a la sensación de incontrolabilidad que el paciente experimenta a lo largo de todo el proceso de la enfermedad: no sabe de qué proviene, ni cuándo ni dónde va a atacar (Hersh, 1.984; Andreu, 1.987). La crisis que supone un diagnóstico de cáncer puede considerarse como una agresión a la autoestima y a la integridad corporal. Generalmente, el diagnóstico de cáncer ejerce una influencia inmediata y perdurable: el deseo sexual y la motivación para emprender conductas sexuales casi se anulan, la frecuencia de las relaciones sexuales disminuye enormemente o se interrumpen definitivamente; por otro lado, los niveles de placer y satisfacción procedentes de la actividad sexual declinan (Golden, 1.983a). Puede ocurrir que la relación sexual vuelva gradualmente hacia el nivel premórbido de adaptación, pero lo más frecuente es que tras la enfermedad no se consiga el nivel adaptativo que se tenía previamente a la misma (Golden, op. cit.).

El paciente de cáncer puede rechazar el aspecto sexual de su personalidad al asumir el "estar enfermo". Por su parte, la pareja, sobre todo cuando no hay una buena comunicación en torno a la sexualidad, puede pensar que el paciente está demasiado enfermo como para querer implicarse en relaciones sexuales y sentirse culpable por tener interés sexual en su compañero/a, cuando éste/a ha vivenciado cercanamente el impacto del diagnóstico y del tratamiento.

Esta misma creencia puede proporcionar, tanto al paciente como a su pareja, una excusa socialmente aceptada para apartarse de una actividad sexual no satisfactoria previa al diagnóstico. En otras ocasiones, puede pensarse que el acto sexual puede empeorar el estado de salud del paciente, por lo que se contiene la expresión de cualquier conducta sexual.

Existen casos en los que el acercamiento sexual y el contacto físico pueden verse censurados por el miedo al contagio del cáncer (Mantell, 1.982), creencia bastante extendida entre muchas personas. Esto ocurre principalmente en el caso de los cánceres genitales, donde entra en juego la fantasía del paciente o de su pareja, imaginando el traspaso, a través de los fluidos sexuales, de las células cancerígenas a la otra persona y produciéndose el contagio de la enfermedad.

Por otro lado, hay que hacer referencia a otra creencia errónea asociada al cáncer y a la sexualidad, y que se observa en algunas ocasiones en la clínica psicooncológica. Nos referimos a la consideración del cáncer como un castigo por una culpa sexual, por ejemplo por promiscuidad sexual, por infidelidad a la pareja o por el mero hecho de haber deseado sexualmente a alguien que las propias normas morales prohibieran. Todas estas ideas pueden surgir principalmente cuando el cáncer afecta a los órganos sexuales o a otros órganos relacionados con el sexo (Schain, 1.984). Según Eicher (1.978), basta el miedo al cáncer para que una persona pueda perder el interés sexual; lo cual ocurriría cuando se mezclan la cancerofobia con el sentimiento de culpa sexual, es decir, experimentar la sensación de hacer o haber hecho algo malo en el área sexual y tener que recibir por ello el castigo de padecer cáncer.

Cuando un paciente de cáncer justifica su enfermedad a través de la culpa, el castigo y la autocondena por su conducta sexual, son muy comunes los sentimientos de indignación y desprecio dirigidos hacia uno mismo, así como la percepción de desmerecimiento de cualquier forma de estima o placer. De esta manera, los pacientes pueden anticipar el rechazo por parte de los demás (Cantor, 1.980) y, como forma de evitación ante este temor, encerrarse en su propio mundo interior, lleno de ideas y sentimientos destructivos para la autoestima, eludiendo el contacto con los demás.

Por último, hay que decir que la actividad sexual puede ayudar a los pacientes a cambiar su actitud respecto de la enfermedad, ya que fomenta en ellos el sentimiento de que participan activamente de la vida, de que están sanos y de que pueden ser deseados por sus parejas. Esto constituye una defensa contra la enfermedad: la actividad sexual como forma de negación de la enfermedad (Golden, 1.983a; Golden, 1.983b); la persona puede sentirse viva, "normal" y deseable, la amenaza a la vida se puede obviar, al menos temporalmente, y el cuerpo, fuente de dolor y sufrimiento, se convierte en una fuente de placer.

Este mecanismo de defensa es adaptativo y positivo para el paciente, ya que le permite luchar contra los sentimientos de tristeza, desesperanza e impotencia que causa el cáncer; asimismo, fomenta la actitud de que debe seguir llevando una vida lo más normal posible, a pesar de su enfermedad. Por tanto, de acuerdo con Fallowfield y Hall (1.991), el funcionamiento sexual del paciente va a repercutir en su bienestar psicológico general y beneficia la adaptación psicológica a la enfermedad, desde el afrontamiento del diagnóstico y los efectos de los tratamiento, e incluso el logro del ajuste a la larga incertidumbre y al miedo a la recaída.

Centrándonos en el cáncer de mama, para comprender las repercusiones que una mastectomía puede tener sobre la sexualidad de una mujer, hay que prestar atención a toda una serie de valores y actitudes socialmente compartidos, que dan al pecho femenino una gran importancia dentro de su identidad sexual y su sexualidad.

En primer lugar, hay que referirse al hecho de que los senos de la mujer sean un elemento diferenciador con el varón. Una niña va adquiriendo su identidad femenina desde los primeros años de su vida, pero el desarrollo de los senos en la pubertad, le confirma en cuanto a su identidad. Puede decirse que los pechos, al igual que otros órganos sexuales femeninos, son componentes esenciales de la identidad de las mujeres. Teniendo esto en cuenta, se puede entender que el cáncer de mama, así como el cáncer ginecológico, poseen la capacidad particular de ser vivenciados como experiencias catastróficas (Derogatis, 1.980), ya que suponen un atentado contra uno de los pilares básicos de la identidad femenina.

Existe un factor que viene a resaltar aun más la mama como símbolo de feminidad y es la consideración de ésta como uno de los elementos principales del atractivo sexual femenino, dentro de los canones actuales de belleza. A esto hay que añadir, la presión que actualmente recibimos, a través de los medios de comunicación de masas, sobre la importancia de la deseabilidad física (Golden, 1.983a); lo cual ha generado unos estereotipos de belleza altamente rígidos, que aspiran a la perfección escultural del cuerpo. Por tanto, es lógico que muchas mujeres que han sufrido una mastectomía se sientan imperfectas, asimétricas, menos femeninas, menos atractivas sexualmente y en desventaja ante el resto de las mujeres.

Una vez que se han aplicado las normas de belleza a un cuerpo, sea ajeno o propio, podemos valorar el grado de atractivo físico. Hay que tener en cuenta que el atractivo físico de otra persona puede tener un peso determinante en la motivación y en las emociones que nos empujen a establecer relaciones sexuales y/o íntimas con esa persona. Por otra parte, una imagen corporal positiva es un factor muy importante para lograr una alta autoestima y, a su vez, una autoestima alta es vital para establecer relaciones íntimas con otros (Reinisch y Beasley, 1.992).

Dada la relevancia que culturalmente se le concede al pecho de la mujer no es de extrañar que las actitudes socialmente compartidas ante el cáncer de mama se centren en ideas relativas a la desfiguración física, la pérdida de feminidad ante la amputación de la mama y el rechazo social (Knopf, 1.976, cit. por Flórez, 1.994). De hecho, la problemática principal de la mujer mastectomizada va a girar en torno a estas ideas, unidas al temor ante la propia extinción y el miedo al dolor físico y prolongado (Rosbund-Zickert, 1.989). El miedo al rechazo por parte de los demás y a la pérdida de la estima recibida en muchos casos se haría extensivo a la pareja sexual, o a una posible pareja sexual. De este modo, tras la mastectomía, la mujer puede presentar gran temor ante la reanudación de las relaciones sexuales, con una pareja ya establecida, evitando ser ella misma quién las inicie; por otra parte, en el caso de que se de la posibilidad de emprender una relación con una persona que no conozca su "secreto", el miedo al rechazo puede paralizar cualquier conducta de acercamiento o frenar los intentos de aproximación de la otra persona.

El valor sexual que se le atribuye a las mamas en nuestro medio cultural y el que les confiera particularmente la propia mujer, repercuten también en la relevancia que tienen en la estimulación sexual, aparte del que fisiológicamente tienen. Las mujeres que antes de la operación necesitaban la estimulación del pezón para excitarse o para conseguir orgasmos, pueden anticipar problemas sexuales ante la pérdida de una importante fuente de excitación sexual (Reinisch y Beasley, 1.992).

Otro aspecto importante de la sexualidad, como es la maternidad, puede verse también afectada por el cáncer de mama. Si en el apartado anterior comentábamos cómo, en nuestra cultura, la sexualidad se había subordinado a la reproducción, en el caso de las mujeres esta vinculación ha sido aún más rígida (Del Valle, 1.991a), llegándoles a negar incluso el derecho al gozo durante la relación sexual, aunque esta fuera encaminada a una procreación.

Del Valle (1.991b) en su aproximación antropológica a la sexualidad femenina, destaca que en la visión social que impera del cuerpo de la mujer tiene un gran peso su función reproductora. Según esta misma autora (1.991c), las mujeres no han generado este modelo, sino que, como grupo no dominante, se han limitado a asumir e interiorizar unos conceptos heredados acerca de la sexualidad, la cual quedaba restringida a la procreación.

Los movimientos de liberación de la mujer han influido positivamente en la separación entre sexualidad y reproducción, fomentando la creación de la sexualidad femenina como identidad propia y la autoafirmación de la mujer respecto a su propio cuerpo; pero aún queda un largo camino por recorrer (Del Valle, 1.991a).



Para muchas mujeres adultas, estos movimientos feministas pasaron inadvertidos o no calaron mucho en su identidad sexual, por lo que pueden seguir teniendo una concepción de la sexualidad, que se aproxime más a la clásica. Para estas mujeres, el cáncer de mama, sobre todo cuando se produce la amputación mamaria y, además, la menopausia inducida por el tratamiento, supone un desajuste importante en su identidad, en cuanto que percibe destruido su rol dentro de la maternidad.

## **I.2.1.2.- CAUSAS DE ALTERACIÓN SEXUAL ASOCIADAS A LA ENFERMEDAD NEOPLÁSICA.**

### **I.2.1.2.1.- EFECTOS DIRECTOS DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS.**

Los efectos de las enfermedades orgánicas pueden ser generales sobre el organismo o específicos sobre la respuesta sexual; en ambos casos la conducta sexual puede resultar afectada. Entre los efectos generales nos referimos por ejemplo al dolor, a la fatiga o a la debilidad física. Cualquier enfermedad que suponga un cambio en el estatus general de salud va a tener repercusiones sobre el funcionamiento sexual. En los pacientes crónicos y los que sufren enfermedades degenerativas o avanzadas, se observa una disminución o desaparición total del deseo sexual, generalmente causada por el mal estado general de salud y por la depresión que pueda asociarse a la enfermedad (Kaplan, 1.979).

En líneas generales, se va a observar una disminución del interés sexual en aquellas personas que se encuentren débiles o sufran dolores (Kaplan, 1.974). Por su parte, la debilidad física puede producir una disminución del deseo sexual, aunque el ciclo de respuesta sexual siga funcionando con normalidad; pero también puede dar lugar a problemas en la fase de excitación o en la fase de orgasmo, aún cuando haya suficiente deseo para emprender la actividad sexual (Andersen, 1.985, 1.986).

En el caso concreto de los enfermos neoplásicos, estos síntomas pueden ser bastante frecuentes, tanto como consecuencia directa de la propia enfermedad, como por los efectos secundarios de los tratamientos, afectándose la respuesta sexual de la misma manera que hemos descrito anteriormente. La debilidad física y el dolor van a tener una gran influencia en el funcionamiento general del paciente, ya que va a restringir considerablemente

las actividades sociales y sexuales (Andersen, 1.985). Las pacientes intervenidas por cáncer de mama, pueden sufrir dolores en la zona de la cicatriz las primeras semanas tras la intervención, que luego pasan a sensaciones de tirantez, hasta que desaparecen. Pero aquellas que han recibido quimioterapia con frecuencia sentirán náuseas, debilidad, cansancio y otras molestias que dificultan el funcionamiento sexual.

Cuando se produce un empeoramiento del estatus general de salud, como sucede en los casos en los que la enfermedad mamaria ha generado metástasis en otras partes del cuerpo, surgen síntomas como dolor, fiebre, mareo, disnea o inmovilidad que vienen a menoscabar gravemente la actividad sexual normal de la paciente. Si se han producido metástasis óseas difusas, por ejemplo en la pelvis o en la espina dorsal, la fragilidad ósea resultante hace que resulten peligrosas determinadas posiciones sexuales, donde la pareja deja caer el peso de su cuerpo sobre el de la paciente (Mantell, 1.982).

Existen enfermedades o procedimientos terapéuticos que pueden tener un efecto directo sobre la respuesta sexual, perturbando la anatomía o fisiología de los órganos genitales y sus inervaciones nerviosas y sanguíneas o alterar el equilibrio hormonal necesario para un buen funcionamiento. En tales casos se produce una alteración de la respuesta sexual, que puede afectar a alguna o a varias de sus fases. La actividad sexual puede perder su carácter placentero, hacerse incómoda e incluso dolorosa; entonces puede producirse una pérdida secundaria del interés sexual, acompañada o no de evitación sexual (Kaplan, 1.979). Las repercusiones que determinadas enfermedades orgánicas tienen sobre la respuesta sexual, han sido descritas ampliamente por Kaplan (1.974, 1.979, 1.983).

Dentro de las enfermedades oncológicas, los efectos directos del cáncer sobre la respuesta sexual se manifiesta principalmente en las neoplasias que afectan a los genitales: cáncer de próstata, pene o testículos en el hombre, y cáncer de vulva, ovario o cervix en la mujer. Ciertos procedimientos quirúrgicos pueden seccionar conexiones nerviosas o vasos sanguíneos, necesarios para la erección y eyaculación en el hombre o para la tumefacción en la mujer; asimismo la función orgásmica puede quedar alterada si se dañan los nervios parasimpáticos encargados de ella (Andersen, 1.986).

Ante intervenciones como la penectomía o vulvectomía, hay que tener en cuenta si la escisión es parcial o radical. En aquellos casos en los que se ha realizado una escisión parcial del pene, pueden mantenerse las capacidades de erección, orgasmo y eyaculación; pero cuando la penectomía es total, las consecuencias son mucho más graves, aunque el orgasmo aún puede ser posible con la estimulación del tejido genital que quede, junto con la zona púbica, el perineo y el escroto, asimismo la eyaculación puede producirse unida a las sensaciones que acompañan a la musculatura pubocavernosa e ischiocavernosa (Andersen, 1.985). Por su parte, las excisiones radicales del clítoris generalmente suelen llevar a la pérdida de la capacidad orgásmica y a graves limitaciones en la actividad sexual (Andersen, op. cit.), mientras que otras intervenciones menos extremas, permiten ciertos niveles de funcionamiento.

Cuando se producen extirpaciones ováricas o testiculares decae la producción de hormonas sexuales, las cuales tienen un peso importante en el mantenimiento del deseo sexual, por lo que éste se ve disminuido. En el caso de las castraciones quirúrgicas o químicas en la mujer, la carencia de estrógenos genera un proceso de adelgazamiento del epitelio vaginal que suelen

provocar lesiones y/o dolor durante el coito (Andersen, op. cit.).

En los casos en los que se emplea la radioterapia sobre las áreas genitales, se pueden producir alteraciones en los tejidos e infertilidad temporal o permanente. Tras la irradiación del área genital femenina, suele tener lugar la alteración de la mucosa vaginal, de modo que no se produzca una lubricación suficiente, produciéndose dolor y microlesiones durante el acto sexual (Eicher, 1.978).

La quimioterapia, aparte de los efectos generales sobre el organismo que anteriormente comentamos, tiene efectos sobre los órganos genitales como son la azoospermia en el hombre o la menopausia inducida en la mujer; también se han descrito efectos sobre la mucosa vaginal que dificultarían el contacto íntimo (Díaz-Rubio, 1.988). Los tratamientos hormonoterapéuticos usados en Oncología también pueden alterar la respuesta sexual (Estapé y Estapé, 1.993). Por otra parte, los psicofármacos usados para el control de síntomas como dolor, agitación, ansiedad etc., reducen significativamente el impulso sexual, pueden provocar impotencia y, a la larga, alterar la capacidad eyaculatoria (Mantell, 1.982). Las consecuencias sexuales para las pacientes de cáncer de mama, de algunos de estos tratamientos, serán tratados con más detenimiento en el apartado correspondiente.

#### **I.2.1.2.2.- EFECTOS INDIRECTOS DE LA ENFERMEDAD Y SUS TRATAMIENTOS.**

Tanto o más importantes, que los efectos directos de las enfermedades físicas o de sus tratamientos para la génesis de las alteraciones sexuales, son las consecuencias indirectas que éstos provocan sobre la sexualidad de la persona que los padece. Nos referimos a las reacciones psicológicas negativas que la situación de enfermedad genera en el propio paciente y/o en su pareja, las cuales van a repercutir en el ajuste psicosexual. Pasaremos a continuación a destacar algunas de las más relevantes.

##### **I.2.1.2.2.1.- Alteraciones de la Imagen Corporal.**

De acuerdo con Rosen (1.992, cit. por Raich et al., 1.994) la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. La imagen corporal se considera una parte integral del autoconcepto y de la autoestima (Oñate, 1.989), por lo que cuando se produce una distorsión de la autoimagen corporal se verán afectadas todas las áreas relacionadas con el autoconcepto y la autoestima, entre las que se encuentra la sexualidad. La imagen corporal está formada por las autopercepciones de los atributos físicos del propio cuerpo, así como por el significado subjetivo que le damos a cada parte del cuerpo y por las actitudes asociadas a todo ello (Mantell, 1.982). También tienen un papel importante las evaluaciones que realizan los demás respecto al propio cuerpo, ya que nuestras percepciones respecto de esas evaluaciones, se incorporarán a las actitudes propias (Oñate, 1.989).

Un constructo teórico muy cercano al de la imagen corporal, pero más amplio que éste, es el autoconcepto físico, entendido como una dimensión más del sí mismo. La dimensión física del autoconcepto abarca los aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales del individuo respecto a su propio cuerpo, su estado de salud, el aspecto físico, sus capacidades funcionales y su sexualidad (Garanto, 1.984).

Cuando existe una discrepancia entre la percepción actual del cuerpo y la representación ideal que tenemos del mismo, la disonancia cognitiva que se produce puede provocar una distorsión del autoconcepto físico y/o de imagen corporal (Mantell, op. cit.). Las preocupaciones y sensaciones de malestar que de aquí se deriven, pueden afectar al estado emocional del individuo, a sus relaciones sociales y a las sexuales.

Los cambios corporales derivados del cáncer y su terapéutica, que afectan tanto a órganos internos o externos, como a sus funciones, hacen que el individuo tenga que enfrentarse a la disonancia cognitiva producida por las diferencias entre las percepciones actuales de su cuerpo y la representación que de él tenía ya hecha. Si el paciente no acepta su nueva situación corporal, y esto le hace sentir inútil, repulsivo, menos joven, menos atractivo y menos deseable sexualmente, su autoestima se verá gravemente amenazada y el individuo no tendrá confianza suficiente en sí mismo como para involucrarse en una relación sexual con otra persona.

La localización de la zona corporal afectada, es un dato de gran relevancia a la hora de contemplar las consecuencias sobre la imagen corporal y la sexualidad del individuo. Los órganos de contacto social, como son todos los externos - piel, boca, ojos, senos, etc. - y los órganos genitales, son especialmente vulnerables, ya que los roles sociales que resultan alcanzables

para el individuo están determinados, en alto grado, por estos órganos y su representación simbólica, así como por la importancia que tengan en la imagen corporal, en el concepto que el individuo tiene de sí mismo y en la autoestima (Eicher, 1.978).

La pérdida de determinadas funciones, que también podríamos denominar "de contacto social", puede resultar especialmente perjudicial para la imagen corporal, y en general para el autoconcepto del paciente. Entre estas funciones podemos destacar el habla, la vista, el oído o la autonomía de desplazamiento. Por su parte, la pérdida de la capacidad reproductiva puede crear sentimientos de incompetencia e inutilidad, al percibirse el o la paciente "castrados" y con carencia de atractivo sexual (Mantell, 1.982).

Son igualmente relevantes las alteraciones de la imagen corporal que sufren muchos pacientes colostomizados, quienes, a pesar de no presentar desfiguración aparente, perciben la colostomía como una mutilación corporal, ya que se ven obligados a llevar una bolsa pegada a su cuerpo. Sus quejas principales se centran en problemas para ocultar la bolsa bajo la ropa, sentimientos de falta de atractivo y repulsión; los pacientes pueden interpretar la incapacidad para controlar el esfínter como algo sucio y repulsivo, anticipando el rechazo de los demás (Mantell, op. cit.).

Los cambios físicos que suele sufrir la mujer afectada por cáncer de mama, afectan a características sexuales secundarias, como son la mama y el cabello. En estadios iniciales y según el tipo de cirugía, la mama resultará afectada desde un grado mínimo, en el caso de la tumorectomías, hasta la pérdida total, en el caso de las mastectomías radicales; incluso hay casos en los que es necesaria la extirpación de ambas mamas. La



mastectomía produce la deformación y la pérdida de la simetría del "pecho" o "busto", considerado éste como unidad (Salvatierra, 1.995). Los problemas de imagen corporal asociados a la pérdida de la mama, se manifiestan en las pacientes en dificultades para verse desnudas o para que los demás la vean, en problemas para tocar el lugar de la cicatriz, en sentimientos de estar asimétrica, deforme, mutilada, de ser menos atractivas, etc. Estas manifestaciones van a ser más patentes cuando la mujer se ve desnuda o en traje de baño, a cuando está vestida, aunque en estas ocasiones va a necesitar de una prótesis para "mantener la apariencia" (Salvatierra, op. cit.).

Ante la amputación de un miembro corporal -p.e. la mama-, se suele experimentar una pérdida comparable a la que se experimenta ante la muerte de un ser querido (Krueger, 1.988; cit. por López et al., 1.992); se produce un proceso de duelo por la función que cumplía, por las satisfacciones que proporcionaba, por el deterioro de la imagen corporal, y por las expectativas que se basaban en el supuesto de la existencia de dicha función (Krueger, op. cit.). Según López et al. (1.992), la pérdida de una parte importante del cuerpo, cuando no ha sido elaborada, suele generar problemas de ansiedad, depresión, insomnio, etc., así como problemas en el ámbito de la identidad sexual y si la zona amputada está revestida de un carácter sexual, como es el caso de la mama, la repercusión puede ser aún más profunda. En este sentido, se habla de la imagen corporal como uno de los predictores más importantes para el ajuste sexual tras la cirugía del cáncer de mama (Beckmann, 1.983a; Schain, 1.988). Las mujeres cuyos sentimientos hacia sí mismas son positivos, y no están preocupadas por su "diferencia", son capaces de entregarse y abandonarse con más facilidad durante la experiencia sexual; mientras que los sentimientos de asimetría, de poca valía y los pensamientos basados en las diferencias de su cuerpo respecto al

estado prequirúrgico, pueden distraerlas durante la actividad sexual, apartando la atención de los sentimientos de placer sexual (Schain, op. cit.).

Hay autores como Fallowfield y Hall (1.991), que opinan que es importante resaltar la variabilidad interindividual existente en la relación entre la imagen corporal y los problemas sexuales de la mujer mastectomizada. De forma que habrá casos en los que, a pesar de los sentimientos de insatisfacción con la imagen corporal, las pacientes afronten bien otros aspectos de sus vidas, como la sexualidad; y casos en los que la alteración de la imagen corporal contribuya a una considerable disfunción psicosexual.

Cuando el cáncer está localmente avanzado, la mama sufre alteraciones en su aspecto tales como hinchazón, hematomas, retracción del pezón, piel de naranja, ulceraciones, etc., que pueden resultar para la propia paciente "desagradables" o "vergonzosas", hasta el punto de ocultar su problema y retrasar la consulta médica. En estos casos, las alteraciones de la imagen corporal y sus repercusiones en la sexualidad, también pueden ser muy importantes, pero en la literatura existe una laguna al respecto.

El tratamiento de quimioterapia conlleva en muchos casos la aparición de distintos grados de alopecia. En los casos más extremos, la mujer puede verse en varios días completamente calva, lo que le obligará, si no quiere presentar a los demás esa imagen, a usar pelucas o pañuelos en la cabeza. Esto también suele representar un importante choque emocional para la mujer, afectando a su esquema corporal y menoscabando su autoestima, ya que puede provocar sentimientos de falta de atractivo y deseabilidad sexuales (Mantell, 1.982). Este tema también ha sido poco tratado por los estudios revisados.

#### I.2.1.2.2.2.- Alteraciones emocionales: La Ansiedad.

Los estudios realizados, que comparan la respuesta emocional del enfermo oncológico con la de grupos normativos o con la de otras enfermedades crónicas, ponen de relieve una mayor incidencia de estrés psicológico (Cella y Tross, 1.987) y de depresión, así como una mayor importancia de las manifestaciones psiquiátricas (García et al., 1.986).

Se ha estimado que entre el 25 y el 50% de los pacientes de cáncer pueden presentar depresión y/o ansiedad, en algún momento del proceso de la enfermedad (Hugles, 1.987, cit. por Cull, 1.990), siendo estos trastornos psíquicos los más frecuentes en el enfermo neoplásico (Giner et al., 1.983). Sin embargo, habría que preguntarse cuáles de dichas reacciones representan una alteración calificable de psicopatológica.

En una investigación realizada en nuestro país (Benito et al., 1.986), se estudiaron 71 pacientes de distintas patologías neoplásicas, todos los cuales fueron escogidos por el equipo médico para un programa de intervención psicológica, según su criterio de "necesidad de asistencia psicológica". De estos pacientes el 80% estaban hospitalizados, el 65% eran mujeres y sus edades oscilaban entre los 16 y los 76 años. Previamente a la realización de la intervención psicológica, realizaron una valoración clínica a través de entrevistas y observaciones clínicas, así como de diferentes tests proyectivos y psicométricos. Entre sus resultados destaca el hecho de que no encontraran cuadros psicopatológicos graves, aunque se observaron rasgos comunes en la mayoría de los pacientes tales como ansiedad, elementos depresivos, labilidad afectiva y ausencia de mecanismos de adaptación adecuados para hacer frente a la enfermedad.

En una publicación reciente, Parle et al. (1.996) ofrecen datos acerca de la prevalencia de trastornos afectivos en una muestra de 673 pacientes de cáncer, de diferentes tipos. En la primera evaluación, que se realizó entre uno y dos meses tras la operación, un 14% de los pacientes fueron diagnosticados de trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada o de trastorno adaptativo (según criterios D.S.M. III). Al realizar la segunda evaluación, al año de la operación, el 21% de los individuos cumplieron los criterios para alguno de los trastornos anteriormente mencionados.

En lo referente a los estudios sobre la respuesta depresiva como reacción al diagnóstico de cáncer, los autores coinciden en afirmar la presencia de síntomas depresivos en los enfermos oncológicos, aunque solamente del 25 al 30% de ellos presentaban trastornos que justificaban la intervención terapéutica (Ibáñez, 1.991). Sin embargo, hay que tener en cuenta que la incidencia de la depresión no es homogénea en todos los grupos de enfermos oncológicos; de esta manera, son los pacientes graves o aquellos que están hospitalizados los que presentan mayor incidencia de trastornos depresivos que requieren intervención psicológica y/o psiquiátrica (Barreto et al., 1.991).

Estos datos referidos a la incidencia de la depresión como trastorno psicopatológico, han sido cuestionados por diferentes autores, postulando la introducción de un importante sesgo en la evaluación (Salvador et al., 1.988; Barreto et al., 1.991), ya que en las escalas de evaluación y en los criterios diagnósticos estandarizados que utilizaron, se incluían síntomas somáticos, tales como anorexia, insomnio o fatiga, que pueden estar provocados por la enfermedad y no por el trastorno psicológico, lo que estaría dando lugar al establecimiento de diagnósticos de depresión erróneos. De esta manera, propusieron la validación de

escalas para los enfermos oncológicos y la evaluación de la depresión sobre la base de síntomas psicológicos. En un estudio posterior, donde los instrumentos habían sido depurados de síntomas somáticos, no encontraron diferencia en la incidencia del trastorno depresivo en un grupo de mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en comparación con un grupo de mujeres controles (Barreto, Ibáñez y Capafons, 1.984, cit. por Barreto et al., 1.991).

Ibáñez (1.991) nos propone estudiar la depresión dentro del marco de la Psicooncología, considerándola como una respuesta emocional y no como un trastorno psicopatológico. Dentro de esta concepción, la depresión del enfermo oncológico puede considerarse una respuesta emocional "normal", ante el conocimiento de su diagnóstico; es decir, es una reacción completamente lógica ante el ataque contra la integridad del individuo y contra su capacidad de adaptación, que supone el cáncer. En este sentido, la autora afirma que es una respuesta socialmente determinada, ya que es esperable que el individuo reaccione de esa forma.

Por lo que se refiere a la ansiedad, se estima un porcentaje de incidencia similar al de la de depresión; según el estudio de Fallowfield et al. (1.990), alrededor de un 25-30% de pacientes de cáncer de mama sufren ansiedad durante el primer año tras la intervención, la cual puede persistir en los años subsiguientes, en mujeres libres de recurrencia (Salvatierra, 1.995). Esta ansiedad es consecuencia del estrés asociado a la enfermedad, debido a la amenaza y a la incertidumbre temporal que supone (Barreto et al., 1991). Según Salvatierra (op. cit.) el cuadro ansioso de la paciente se caracteriza por: expresión de temores y aprensiones que le producen gran inquietud; estado permanente de vigilancia hacia el propio cuerpo, escrutando cualquier

síntoma que perciba y requiriendo ayuda al personal sanitario por miedo a una recurrencia de la enfermedad; problemas de sueño, ya sean de conciliación, despertares frecuentes, incluso pesadillas; presencia de síntomas vegetativos como náuseas, mareos, diarreas y, a veces, hiperactividad motora con temblor y agitación.

Maguire et al. (1.978) observaron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad en mujeres con cáncer de mama mastectomizadas frente a mujeres con patología mamaria benigna, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Andreu, García e Ibáñez (1.988) observaron que en el grupo de cáncer de mama, en comparación con el grupo de mujeres sin patología orgánica conocida, aparecía un nivel de ansiedad manifiesta más alto, aunque no alcanzó la significación estadística. Los niveles de ansiedad latente eran similares en ambos grupos.

Por otra parte, la ansiedad considerada como un rasgo de personalidad, es decir como característica estable de comportamiento frente a situaciones distintas, también ha sido objeto de los estudios interesados en la valoración de las respuestas diferenciales de los individuos ante hechos provocadores de estrés (Fernández, 1.988). Tal es el caso del estudio realizado por Barreto (1.984) donde pudo constatar que las mujeres con cáncer de mama puntuaron más alto en ansiedad rasgo que las mujeres controles. En un estudio posterior, González (1.988) puso de manifiesto que tanto las mujeres mastectomizadas valencianas, como las mallorquinas, se diferenciaban en lo que al nivel de ansiedad rasgo se refiere de forma estadísticamente significativa con grupos controles de mujeres tomados de sus ámbitos respectivos.

En la evaluación de la ansiedad, nos encontramos de nuevo la problemática de los síntomas somáticos que son consecuencia directa de la propia enfermedad o secundarios a los tratamientos, y que pueden suponer una sobrevaloración de los estados de ansiedad. Para evitar sesgos en la evaluación, Salvador et al. (1.988) proponen la utilización de instrumentos de evaluación validados previamente para la población de enfermos oncológicos.

Por lo que se refiere al estudio de la incidencia de trastornos concretos de ansiedad, no disponemos de muchos datos, pero resaltaremos una publicación reciente donde se estimó que del 5 al 10% de las pacientes de cáncer de mama cumplían los criterios para el trastorno por estrés postraumático, según la clasificación D.S.M. IV (Cordova et al., 1.995).

Centrándonos ya en las repercusiones de las alteraciones emocionales en la sexualidad, Flórez (1.986) habla de una "hipersensibilidad" de la sexualidad al estrés, argumentada sobre la base de las relaciones existentes entre los mecanismos psicofisiológicos, tanto hormonales como neuronales, de estas dos respuestas. Para el autor, las repercusiones negativas del estrés sobre la sexualidad irían desde anomalías en el plano de la motivación sexual, hasta disfunciones fisiopatológicas severas. Según Kaplan (1.979), las situaciones de estrés graves suelen ir asociadas con mayor frecuencia a la pérdida de interés sexual.

Para Salvatierra (1.995), el estrés psicológico se traduce clínicamente en tres grandes cuadros: la ansiedad, la depresión y la disfunción sexual. De hecho, ya vimos que las reacciones emocionales más frecuentes, ante la vivencia del cáncer como elemento estresante, eran la ansiedad y la depresión. Centrémonos ahora en la relación de ambas alteraciones emocionales con los problemas sexuales.

Existe una extensa línea de investigación en torno al tema del papel de la ansiedad como agente etiológico en las disfunciones sexuales. Dentro de este campo se han realizado muchos estudios experimentales, en los que manipulando las situaciones se ha tratado de inducir estados de ansiedad a los sujetos para posteriormente evaluar la respuesta sexual (concretamente la excitación sexual) dada ante estímulos sexuales visuales o auditivos. En estos estudios se partía de la Teoría de la inhibición recíproca de Wolpe, la cual predecía que la respuesta sexual autonómica (tumefacción y vasocongestión) y la ansiedad eran mutuamente inhibitorias (cit. por Hoon et al., 1.977); es decir, si inducimos a un sujeto un estado de ansiedad, la respuesta de excitación sexual quedaría inhibida o bloqueada. Esta hipótesis parecía avalada por numerosas observaciones procedentes del ámbito clínico (Fenichel, 1.945, cit. por Cole y Dryden, 1.991; Ellis 1.962, 1.975, cit. por Cole y Dryden, 1.991) y sexológico (Kaplan, 1.974, 1.979, 1.983; Masters y Jonhson, 1.970). Sin embargo, los resultados de las diferentes investigaciones que se sucedieron resultaron bastante contradictorios (Cole y Dryden, 1.991).

Posteriormente otros estudios han evidenciado que existen diferencias individuales en las respuestas ante los estresores sexuales y la ansiedad, dándose las principales diferencias entre individuos funcionales sexualmente y los disfuncionales (Barlow, 1.986, cit. por Sánchez y LLorca, 1.992); además existe una interacción entre la variable ansiedad y la interferencia cognitiva o distracción (op. cit.). A partir de la teoría explicativa desarrollada por Barlow (1.986, cit. por Dekker y Everaerd, 1.989) y de las investigaciones psicofisiológicas previamente realizadas, distintos autores (Dekker y Everaerd, 1.989; Cole y Dryden, 1.991; Sánchez y LLorca, 1.992) llegan a las siguientes conclusiones acerca de este tema:



- Las conductas ansiosas manifestadas por los sujetos se traducen en un estado de activación fisiológica general (arousal), el cual puede implicar la activación de un arousal más específico como es el sexual.
- La focalización de la atención sobre los estímulos sexuales es necesaria para que el individuo responda sexualmente. Cuando el sujeto presta atención a estímulos no sexuales (distracción), se reduce la atención ante los estímulos sexuales y esto se traduce en una disminución de la excitación sexual.
- La atención y la concentración se relacionan con la ansiedad no de forma lineal, sino que los niveles de ansiedad más bajos y los más altos dan como resultado una peor respuesta de atención. Esto significa que cuando aumenta la ansiedad, hasta un cierto nivel, mejora la atención hacia los estímulos, y cuando estos son eróticos la excitación sexual también aumenta. Pero cuando la ansiedad es excesivamente alta, la atención y concentración se deterioran, disminuyendo, por tanto, la respuesta de excitación sexual ante los estímulos sexuales.
- Las personas con disfunciones sexuales, ante situaciones sexuales, tienden a focalizar su atención sobre estímulos no eróticos (interferencia cognitiva), tales como miedo a fallar o a hacer el ridículo, por ello no responden eficazmente ante la estimulación sexual. Cuando a estos individuos se les induce experimentalmente un estado de ansiedad o cuando estos pensamientos a los que prestan atención cursan con ansiedad, la excitación sexual no aumenta como en los individuos funcionales, puesto que los disfuncionales no están prestando atención a los estímulos

contra, cuando aumenta la ansiedad se concentran aún más en los estímulos no sexuales, pero como están ya distraídos no disminuye su excitación sexual, permanece en un nivel bajo.

Una implicación que trae consigo esta escasa capacidad de los sujetos disfuncionales para atender a la estimulación sexual, es que infravaloran las percepciones subjetivas de las sensaciones de excitación sexual (Sánchez y Llorca, 1.992).

Hemos explicado el papel de la ansiedad en la respuesta sexual; también hemos visto que este papel es diferente cuando se trata de personas con disfunciones sexuales. Pero si nos centraremos en el rol que tiene la respuesta ansiosa dentro de la etiología de los trastornos y problemas sexuales, podemos decir que existe un consenso en la literatura en definir la ansiedad como el factor principal en la génesis y mantenimiento de la disfunción sexual (Sánchez y Llorca, op. cit.). El papel de la ansiedad, como factor responsable de las alteraciones sexuales, viene dado por la influencia de elementos ansiógenos presentes o pasados en casi la totalidad de las disfunciones sexuales (Flórez, 1.986); asimismo, los trastornos por ansiedad frecuentemente se asocian con anomalías de la sexualidad (de las Heras, 1.991).

En el primero de los casos, cuando la ansiedad actúa como causa del trastorno sexual, el problema sexual no es un síntoma más de un trastorno por ansiedad, sino que se trata de una entidad autónoma, en la cual la ansiedad que se genera durante la relación sexual, denominada ansiedad sexual, es la que mantiene tal disfunción, debido al círculo vicioso que se produce. Los estudios realizados en este terreno han puesto de relieve que los individuos con disfunciones sexuales presentan niveles más elevados de ansiedad específicamente sexual que los individuos funcionales (Stuart et al., 1.987, cit. por Sánchez

y LLorca , 1.992; Patterson y O'Gorman, 1.989). Algunos de los trastornos sexuales que guardan estrecha relación con la ansiedad son: los trastornos del deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres; la impotencia en el hombre; y, la disfunción sexual general (excitación sexual inhibida), el vaginismo y la anorgasmia en la mujer (Sierra, 1.991; de las Heras, op. cit.).

Según Kaplan (1.974), existen una serie de conflictos, más o menos sutiles y profundos, tras las emociones aversivas que surgen en el momento del acto sexual, pero afirma que pueden darse otros conflictos más obvios, tales como el temor al fracaso sexual, demandas excesivas de rendimiento sexual por parte de una pareja o temor a ser rechazado por el compañero. En el primer caso, la ansiedad anticipatoria ante el rendimiento sexual sería la responsable de los problemas de excitación y orgasmo. En el caso comentado en segundo lugar, las exigencias del compañero promueven sentimientos de minusvalía y culpa que hacen a la persona incapaz de responder sexualmente a la situación. Cuando la persona sufre angustia y ansiedad ante el rechazo, tiene ideas recurrentes sobre la necesidad de complacer al compañero y de lograr un buen rendimiento, así como relacionadas con supuestos defectos físicos o funcionales que pudieran incomodar o desagradar al compañero. En tales casos, la respuesta sexual puede quedar bloqueada, sin que la excitación sea suficiente como para lograr mantener la erección o para conseguir el orgasmo.

Por otro lado, el mantenimiento de la ansiedad durante un período de tiempo suficientemente prolongado suele provocar desinterés por la sexualidad, pero también se puede producir una disfunción sexual, como un síntoma más del trastorno de ansiedad. En estos casos las alteraciones más frecuentes son la impotencia en el hombre y la frigidez, o excitación sexual inhibida, en el caso de la mujer (de las Heras, op. cit.). De las Heras también

nos habla de casos, muy ocasionales, en los que los estados de ansiedad pueden cursar con un aumento de la actividad sexual, como modo de descargar transitoriamente la tensión emocional, en personas que mantienen su capacidad sexual.

Por lo que a la investigación psicooncológica respecta, los datos sugieren que las disfunciones sexuales asociadas a la ansiedad general en el enfermo oncológico afectan principalmente a las fases de excitación y de orgasmo (Andersen, 1.985, 1.986).

Por su parte, los trastornos depresivos también han sido relacionados con las disfunciones sexuales. En este sentido, un estado depresivo puede desencadenar un problema sexual o bien la disfunción sexual puede ser la causa de la depresión (Kaplan, 1.974). El nexo de unión entre ambos trastornos es complejo y el diagnóstico diferencial muchas veces resulta complicado, ya que una deficiencia sexual puede ser vivenciada por la persona como un menoscabo muy grave en su autovalía, que fomenta sentimientos e ideaciones depresivos (Kaplan, 1.983).

La depresión ha sido destacada como la causa fisiológica más común del deseo sexual disminuido, ya que inhibe la actividad de los centros y circuitos de las respuestas vegetativas del sueño, el hambre o la libido (Kaplan, 1.979). Esta inhibición del impulso sexual, da lugar a una disminución del interés en el sexo y a una falta de motivación para implicarse en relaciones sexuales (Sémelas, 1.991b). Pueden darse casos, en los que la pérdida del deseo sexual sea uno de los primeros síntomas reveladores de dicho estado, incluso antes de los síntomas afectivos que lo caracterizan (Kaplan, op. cit.).

Por otra parte, esta pérdida del interés en las actividades sexuales suele darse sin que la capacidad para la respuesta sexual se deteriore, o al menos no en la misma medida. No

obstante, en algunas personas el trastorno depresivo puede producir bloqueos en la respuesta vasocongestiva de los genitales concomitante a la excitación sexual, dando lugar a problemas de impotencia, anorgasmia o dispareunia (Kaplan, 1.974, 1.983), y en general a una disminución de la satisfacción sexual (Sémelas, op. cit.).

La literatura psicooncológica reconoce igualmente que la depresión ocasiona en los pacientes la pérdida del deseo o interés en la sexualidad (Andersen, 1.985; Estapé y Estapé, 1.993). En las mujeres afectadas por cáncer de mama también se ha observado cómo el cambio en la actividad, que lleva parejo el estado depresivo, afecta al funcionamiento sexual, principalmente al deseo sexual (Andersen, 1.986), llegándose incluso a la no reanudación de las relaciones sexuales tras la operación de la mama (Schain, 1.988).

#### **I.2.1.2.2.3.- Somatización.**

Andersen (1.985, 1.986) se refiere a la somatización, como causa frecuente de disfunción sexual en el paciente de cáncer, al hablar de la focalización que efectúa la persona en sus respuestas corporales durante el acto sexual. Esta tendencia es comprensible si tenemos en cuenta que la mayoría de los individuos descubren de la existencia del cáncer en su organismo por la presencia de determinados síntomas (hemorragias, nódulos, fatiga, dolores, etc.). Incluso muchas mujeres con la enfermedad localizada en una zona sexual, pueden haber observado cambios sexuales (flujo vaginal anormal, hemorragia vaginal, dispareunia, etc.) como primer signo de la presencia de dicha enfermedad. Por otro lado, los pacientes suelen prestar atención a las sensaciones corporales, cuando están bajo tratamiento, para

observar los efectos del mismo (disminución de bultos, alivio de dolores, etc.). Por todo ello, no es extraño que durante y tras la recuperación de la enfermedad, el paciente preste atención a las respuestas fisiológicas que acompañan a su actividad sexual y las compare con sus respuestas previas a la misma (Andersen, 1.986).

En estos casos, puede darse el efecto del "rol del espectador" (Masters y Johnson, 1.970), donde las disfunciones sexuales, principalmente dificultades orgásmicas, aparecen debido a la actitud observadora del individuo hacia sus propias respuestas sexuales. De acuerdo con Kaplan (1.974) "la tendencia a presidir como un juez nuestra propia actividad sexual tiene un efecto negativo sobre la misma" (pag. 195), ya que para que se realice con naturalidad, de la misma manera que cualquier otra función autonómica, debe estar fuera del control consciente.

Además de este control somático, otro elemento de distorsión de funcionamiento sexual normal de algunos pacientes con cáncer, es la incapacidad para distraerse de las sensaciones desagradables, como es el dolor, durante la actividad sexual (Andersen, 1.985, 1.986).

#### **I.2.1.2.2.4.- Anticipación de resultados negativos y carencia de información sexual adecuada.**

La anticipación de resultados negativos ante una relación sexual, es otra forma de reacción psicológica que puede provocar disfunciones sexuales, ya que como vimos antes es un precursor importante de la ansiedad sexual. Según Masters y Johnson (1.970) "el temor por la incompatibilidad es el obstáculo conocido más grave para un efectivo funcionamiento sexual, simplemente porque distrae por completo al individuo temeroso de su respuesta

natural ..." (pag. 11). Las expectativas negativas de los enfermos oncológicos se refieren a la suposición de que va a aparecer dolor, de que puede producirse algún perjuicio mayor, o bien simplemente porque prevé que sólo va a conseguir un fracaso. En estas condiciones la ansiedad se presenta bloqueando la respuesta sexual y dotando la actividad sexual de connotaciones muy negativas (Labrador, 1.994).

Muchas de las expectativas negativas, anteriormente comentadas, se sustentan en la base de la ignorancia sexual, que hace que se tengan conceptos erróneos y una visión distorsionada de los problemas. Ya vimos cómo los pacientes de cáncer pueden sufrir cambios generales sobre su salud y cambios específicos en las áreas sexuales de su cuerpo, que van a afectar a su funcionamiento sexual. Sin embargo, no siempre se informa correctamente a los pacientes y a sus parejas de estos cambios, ni del ajuste sexual durante y tras el tratamiento. Esto se debe a la inhibición general que existe para hablar de temas sexuales (Golden, 1.983a), tanto por parte del personal sanitario, como por parte del enfermo o de su pareja. Aunque la información sexual por sí sola no garantiza una mejora del funcionamiento sexual o la prevención de sus dificultades, sí puede evitar muchos problemas que tienen su origen en ideas erróneas relativas al funcionamiento sexual durante la enfermedad (Andersen 1.986) - por ejemplo no mantener relaciones sexuales por que se crea que se puede contagiar el cáncer a la pareja- ; asimismo, la información va a ejercer una influencia significativa en los sentimientos de autonomía, control y responsabilidad del paciente (Hersh, 1.984).

## **I.2.2.- PREVALENCIA DE DISFUNCIONES SEXUALES EN LOS ENFERMOS ONCOLÓGICOS.**

Como hemos visto, existe una amplia gama de factores relacionados con la enfermedad cancerosa que pueden incidir, directa o indirectamente, en el funcionamiento sexual del paciente. Estos factores van a generar una gran variedad interindividual en lo que se refiere al riesgo de padecer una disfunción sexual.

Los porcentajes de incidencia de trastornos sexuales varían en un rango muy amplio en función de los distintos tipos de cáncer y terapéuticas utilizadas. Por ejemplo, en el cáncer de próstata los datos oscilan entre un 25% y un 100%, en función del tipo de cirugía y del empleo de procedimientos radioterapéuticos (Andersen, 1.985). En el cáncer de testículo, el riesgo de desarrollar un problema sexual oscila entre el 20% y el 50% (Germa y Arcusa, 1.984; Andersen, 1.985). Por lo que respecta al cáncer de vulva, las proporciones de pacientes con problemas en el área sexual también son muy variables (del 30 al 90%) en función de las características del tratamiento empleado (Moth, et al, 1.983; Andersen, 1.993). Lo mismo podemos decir de otros cánceres como el de ovario o el de cervix, que varía en un rango del 20 al 100% (Andersen, 1.993).

Andersen (1.992, 1.993) ha desarrollado un modelo para determinar el riesgo que puede tener un paciente de desarrollar un problema sexual, en función de factores médicos (extensión de la enfermedad, pronóstico y magnitud del tratamiento) y factores psicológicos y psicosociales (estatus psicológicos, nivel de salud anterior, soporte social, características sociodemográficas y otros estresores). Este modelo permite clasificar a los pacientes en bajo, moderado o alto riesgo de padecer un trastorno



sexual, y tiene gran interés de cara a la efectividad de la intervención terapéutica de estos problemas.

Los estudios que han tratado la problemática sexual tras el tratamiento por cáncer de mama, no son muy concluyentes acerca de la incidencia de este tipo de disfunciones. Hay estudios que han estimado un porcentaje que oscila alrededor del 25% (Jamison et al., 1.978; Schain et al., 1.983; Fallowfield et al., 1.986; cit. por Schover, 1.991); sin embargo, otros estudios (Achte et al., 1.987; Rosbund-Zickert, 1.989) que han comparado la incidencia de problemas sexuales entre mujeres mastectomizadas y mujeres controles, no han encontrado diferencias entre ambos grupos.

De acuerdo con Schain (1.988) la disfunción sexual tras la operación por cáncer de mama puede depender de factores psicológicos, médicos o somáticos y/o relacionales. La etiología de los problemas sexuales en el cáncer de mama puede ser única o resultar de la suma de numerosos factores. Para esta autora los tres grupos de factores mencionados anteriormente, constituyen tres áreas críticas de tensión o estrés que contribuyen a la morbilidad psicosexual de las pacientes de cáncer de mama. En el área psicológica incluye factores como: tipo de estrategias de afrontamiento empleadas, autoestima, imagen corporal o importancia concedida a la fertilidad. El grupo de factores fisiológicos estaría constituido por: el estadio de la enfermedad, grado de dolor que sufre, limitaciones físicas, complicaciones relacionadas con el tratamiento o estatus menopáusico. Y, por último, el área relacional se refiere a factores tales como: si tiene o no pareja, estabilidad y soportes que ofrece la interacción con la pareja, responsabilidad que se asume, grado de comunicación, historia de satisfacción sexual y flexibilidad en relación a nuevas ideas.

### **I.2.3.- MODELO TEÓRICO SOBRE LA ADAPTACIÓN PSICOSEXUAL DE LAS MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA.**

El campo de la adaptación emocional del paciente oncológico, ha sido un tema ampliamente tratado en la bibliografía y en la investigación psicooncológica. Esto ha permitido la elaboración de importantes modelos teóricos y explicativos, de gran relevancia tanto para la labor de investigación como para la intervención terapéutica con enfermos neoplásicos.

Sin embargo, el tema que nos ocupa ha producido muy pocos modelos y más bien pobres, que más que explicar la adaptación psicosexual, nos ofrecen un listado de variables que influyen en la morbilidad sexual del paciente. Esto se debe a que este área de estudio ha tenido menos interés para los investigadores, que han volcando sus esfuerzos preferentemente en el campo de las reacciones emocionales al cáncer.

A continuación describiremos el modelo propuesto por Derogatis en 1.980, el cual suscita nuestro interés porque integra y sistematiza aspectos emocionales, características de personalidad y funcionamiento sexual.

Derogatis (op. cit.) parte de las siguientes premisas: la primera sería que la imagen corporal es un subcomponente del autoconcepto; en segundo lugar, considera al funcionamiento sexual como subcomponente del ajuste psicológico; y por último, estima que el autoconcepto y el ajuste psicológico están relativamente integrados, por lo que deduce que la imagen corporal y la sexualidad están cada una de ellas formando un aspecto integral de la otra.

El autor justifica las relaciones de los distintos conceptos de su modelo en base a los resultados de diferentes estudios realizados por él o por otros autores: Por ejemplo, Polivy (1.977, cit por Derogatis, 1.980) puso de manifiesto que los cambios negativos en la imagen corporal, como resultado de la mastectomía, eran concomitantes con una disminución en la autoestima. Por otro lado, Silberfarb (1.977, 1.978, cit por Derogatis) relaciona la alteración de la autoimagen con la pérdida de una parte importante del cuerpo y con el deterioro de la identidad sexual. Jamison y otros (1.978, cit. por Derogatis) encontraron que el deterioro en la sexualidad está directamente relacionado con la distorsión en la imagen corporal.

De acuerdo con este planteamiento, los problemas de la imagen corporal, por ejemplo debidos a una cirugía por cáncer mamario, no sólo inciden sobre el autoconcepto de la mujer, sino que su funcionamiento sexual y su ajuste psicológico general se verán afectados, en mayor o menor medida. Por otra parte, el funcionamiento sexual puede alterarse directamente a causa de la misma enfermedad o de sus tratamientos, como por ejemplo en el cáncer de vulva, lo cual puede, a su vez, influir en el ajuste psicológico de la afectada, lo mismo que en su imagen corporal y en su autoconcepto.

Todas estas relaciones mencionadas, así como el alcance de las mismas, están moduladas por una serie de variables de Derogatis denomina "mediadores". Serían: el ajuste psicológico premórbido, las actitudes y la información, la definición del rol de género y la edad.

Con respecto al primero de estos mediadores, el autor sostiene, basándose en estudios previos, que el ajuste psicológico premórbido es el mejor predictor del mismo tras la cirugía.

De otra parte, la calidad de las actitudes y de las expectativas acerca de la enfermedad, tanto como la calidad de la información que se reciba sobre la misma, ayudarán a conseguir un ajuste emocional y psicosexual óptimos (Derogatis, op. cit.). Por el contrario, la ignorancia, la desesperanza y el miedo continuo pueden ser elementos muy destructivos para el ajuste de la paciente.

La definición del rol sexual, siguiendo al mismo autor, tiene un gran poder mediador en el ajuste de la mujer ante la pérdida corporal. Las observaciones clínicas (Golden, 1.983b; Schain, 1.988) apuntan a que la mujer que ha interiorizado en su identidad un concepto de la feminidad que responde al estereotipo femenino tradicional, que incluye la pasividad sexual, tiene un elevado riesgo de desarrollar un problema sexual cuando su postura personal respecto a dicho rol tiende a ser rígida y las expectativas respecto a la conducta de su pareja también son inflexibles. Sin embargo, aquellas que han definido su rol sexual sin basarse en el estereotipo femenino y aceptando valores como la iniciativa y la actividad frente a la pasividad sexual, tienen más posibilidad de no presentar desadaptaciones psicosexuales.

Por último, Derogatis destaca el papel de la edad como modulador de la adaptación psicológica y psicosexual a la enfermedad; del mismo modo, afirma que el paso del tiempo, por sí solo, no tiene efecto moderador sobre la misma. Nos ocuparemos de estas variables con más detenimiento en apartados posteriores.

## **I.2.4.- VARIABLES QUE INCIDEN EN EL AJUSTE PSICOSEXUAL DE LAS MUJERES AFECTADAS DE CÁNCER DE MAMA.**

A continuación, pasamos a realizar una revisión más detallada de las investigaciones que han tratado el tema de la adaptación psicosexual de la mujer afectada por cáncer de mama. Nuestro objetivo en este apartado, es determinar la relevancia para el ajuste sexual de determinadas variables que han sido tratadas en los distintos estudios sobre el tema; también analizaremos de algunas variables moduladoras, estudiadas desde el ámbito sexológico y que consideramos que merecen una especial mención.

Con esto no estamos negando la relevancia de otras muchas variables para la conducta sexual, pero incluir todas ellas aquí desborda los objetivos del trabajo.

### **I.2.4.1.- VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.**

#### **2.4.1.1.- MASTECTOMÍA.**

##### **2.4.1.1.1.- Cáncer de mama y Mastectomía.**

Estos dos aspectos serán tratados como un todo, ya que en el caso de los cánceres de mama operables, en los que nos vamos a centrar, el momento en que la paciente recibe el diagnóstico suele coincidir con la notificación de que debe someterse a la intervención quirúrgica. Por otra parte, la premura con que, generalmente, se realiza la operación hace que ésta diste muy poco tiempo de la recepción del diagnóstico. Por esto, se producen entre ambos unos efectos contaminadores (Barreto, 1.984)

que hacen muy difícil, si no imposible, la discriminación de las consecuencias emocionales que producen diferencialmente un factor y otro.

En relación a este tema, Renneker y Cutler (1.952, cit. por Salvatierra, 1.995) hablan del "conflicto psicológico dual", haciendo con ello referencia a la fluctuación que se producen entre el miedo al cáncer y el rechazo a la pérdida del pecho. Según estos autores, las pacientes temen más la pérdida de la mama, por la agresión que supone para la feminidad, que el cáncer en sí. Rennerker y Cutler (op. cit.) llegan a la conclusión de que la reacción depresiva que se produce tras la intervención quirúrgica, es una secuela de la mastectomía y se caracteriza por la presencia de ansiedad, insomnio, ideas ocasionales de suicidio y sentimientos de vergüenza y minusvalía.

En una revisión bibliográfica sobre los aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico de cáncer de mama, Barcia y Ruiz (1.985) concluyen que la mastectomía a corto plazo, representa un traumatismo psíquico más importante que el propio cáncer. Por otra parte, señalan que los problemas psicológicos más frecuentes derivados de la mastectomía son la depresión reactiva, la alteración de la imagen corporal, sentimientos de pérdida de feminidad y de atractivo sexual, descenso del interés sexual y de la frecuencia de las relaciones sexuales, así como inhibición en la relaciones sociales.

Morris et al. (1.977) en un estudio realizado con 69 mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama observan una alta incidencia de problemas emocionales de tipo depresivo, la cual se sitúa en torno al 20% y tiende a persistir en el seguimiento realizado durante dos años. De otro lado, ponen de manifiesto que el número de mujeres que sufren deterioro del ajuste sexual, tres meses tras la operación, es significativamente mayor en el grupo

de mujeres mastectomizadas, en comparación con las mujeres sometidas a biopsia con resultado benigno (un 18% frente a un 6%); destacan, además, que a los dos años de la cirugía es muy poco probable que se produzca un retorno a los niveles previos de ajuste sexual.

Maguire y sus colaboradores (1.978), que realizaron un estudio parecido al anterior, observaron que, a los cuatro y a los 12 meses tras la operación, las pacientes mastectomizadas en comparación con las sometidas a biopsia con resultado benigno, tienen significativamente más síntomas de ansiedad y depresión, así como problemas sexuales, todos ellos de carácter moderado o severo. Los problemas sexuales de las mujeres evaluadas por estos autores consistieron, en la mayor parte de los casos, en el cese de las relaciones sexuales o en una disminución drástica en la satisfacción obtenida con las mismas.

De acuerdo con Salvatierra (1.995), en estudios posteriores se ha desmitificado el fenómeno de la depresión postmastectomía, y se ha tenido constancia que la reacción psicológica es similar, en frecuencia e intensidad, a otras intervenciones por cáncer con alteración de la imagen corporal. Igualmente, en los últimos años, ha tomado consistencia la idea de que la experiencia de la mastectomía no es igual para todas las mujeres, por lo que la reacción emocional a la misma variará de unos casos a otros, en función de numerosos factores personales, tales como la fase en que se encuentre la enfermedad, la edad, la importancia que se concede a los pechos dentro de la propia imagen corporal, la calidad de la relación de pareja, el estado civil, etc. (Schain, 1.988).

Tal es el caso del estudio realizado por Hughson et al. (1.988) con 90 pacientes de cáncer de mama tratadas con mastectomía, observaron que la prevalencia de ansiedad y

depresión en los dos años siguientes a la cirugía era inferior al 10%; los síntomas clínicos perduraban poco tiempo -varias semanas-, con la excepción de la pérdida de la libido, la cual tendía a persistir. En este trabajo se puso de manifiesto que el ajuste psicológico general de las pacientes dependía de factores como la edad y que la incidencia de los problemas sexuales estaba asociado a la existencia de trastornos emocionales. Los autores también destacaron la incidencia de problemas sociales y laborales en las pacientes evaluadas.

Por otra parte, el equipo compuesto por Bloom et al. (1.987), que se autodenomina "Psychological aspects of breast cancer study group", realizó una investigación en la que evaluaron a 145 mujeres mastectomizadas por cáncer en estadios I y II y las compararon con otras mujeres sin cáncer, 90 de ellas colestomizadas, 87 con biopsia por enfermedad mamaria benigna y otras 90 que no habían pasado por ningún tratamiento quirúrgico. Todas estas mujeres estaban libres de enfermedad psiquiátrica previa y de enfermedad física actual. Los resultados indicaron que las pacientes mastectomizadas presentaban mayor estrés psicológico relacionado con las relaciones sociales e interpersonales. Sin embargo, estas mujeres no presentaron síntomas psicopatológicos severos, datos que contradecían los estudios previos realizados (p.e. Morris et al., 1.977; Maguire et al., 1.978); anunciando con ello, que la presencia de alteraciones psiquiátricas previas puede suponer un factor de riesgo para el desarrollo de depresión o ansiedad severas después de la mastectomía.

Respecto a los problemas o dificultades sexuales que más frecuentemente se presentan en pacientes mastectomizadas, en un estudio realizado con 100 mujeres sometidas a este tipo de intervención (Eicher et al., 1.977, cit por Eicher, 1.978), se



observó que tras la cirugía disminuía el deseo sexual y la frecuencia del orgasmo; asimismo, hubo constancia de que a los seis meses de la operación un 50% de las mujeres no habían reanudado las relaciones sexuales con la pareja.

En 1.978, Frank junto con otros autores, publicaron un estudio retrospectivo donde trataron de determinar la relación entre la mastectomía y los cambios en la conducta sexual, en 60 mujeres mastectomizadas en un período anterior a los 8 años. Los resultados pusieron de relieve que la mastectomía interfiere en la actividad sexual, dando lugar a cambios tanto cualitativos, como cuantitativos (en el sentido de disminución), en los tipos y frecuencias de conductas específicas, tales como posición del contacto sexual, estimulación mamaria y consecución del orgasmo.

Gerard (1.982), realizó un estudio comparativo con 13 mujeres mastectomizadas y 11 mujeres sanas, donde trató de determinar las reacciones fisiológicas y emocionales de las mujeres ante estímulos eróticos (auditivos y visuales), también evaluó las actitudes ante uno mismo, la imagen corporal, la valoración del propio atractivo físico, la percepción de la sexualidad y la relación íntima con hombres. En este estudio, se utilizaron diferentes cuestionarios, cuya validez y fiabilidad había sido demostrada previamente, para evaluar algunos de los parámetros comentados. Entre sus resultados destaca el hecho de que en el grupo control se producía una correlación positiva significativa entre los índices subjetivos y fisiológicos de la excitación sexual, mientras que en el grupo de mujeres mastectomizadas no se observaba dicha correlación. El autor dio la siguiente explicación: la ansiedad que sufren estas mujeres, puede interferir con la atención a las señales corporales y con el etiquetado cognitivo de señales como la excitación sexual.

En un estudio publicado por Andersen y Jochimsen en 1.985, se realizó una exhaustiva evaluación a un grupo de mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, otro de mujeres operadas por cáncer ginecológico (de cervix, de endometrio o de ovario) y por último, un grupo de mujeres sanas. Los autores observaron que al considerar las mujeres con cáncer conjuntamente, frente a las controles, las primeras presentaban disminuciones en la frecuencia del comportamiento sexual y en el nivel de excitación sexual; no se observaron diferencias en lo que respecta a los indicadores de deseo sexual, ni en la frecuencia de orgasmos. La diferencia, entre el grupo de cáncer mamario y el ginecológico, vino dada por la frecuencia de besos, la cual se mostró significativamente más baja en el grupo de mastectomizadas. Para explicar este hecho los autores sugirieron que las mujeres mastectomizadas pueden evitar determinadas conductas sexuales o afectivas, en las que se incluya un contacto corporal cercano (abrazos, besos), que les recuerde el cambio en su figura corporal; esto no se produciría de igual manera en las mujeres operadas de cáncer ginecológico, ya que en este tipo de conductas no se dan sensaciones táctiles que les recuerde la alteración que han sufrido en su cuerpo. Otra observación que se desprende de este mismo estudio es que las alteraciones en la imagen corporal son más prevalentes entre las pacientes de cáncer ginecológico que en las mujeres mastectomizadas o en las sanas; en el grupo de cáncer mamario el porcentaje de dicha alteración fue incluso menor que en el grupo de mujeres sanas. Este último dato, que podemos juzgar como contradictorio con el resto de los estudios, podría explicarse por la utilización por parte de los autores de una escala para evaluar la imagen corporal que no es específica para muestra oncológica y que quizás no sea sensible a los cambios en el esquema corporal producidos por la mastectomía.

En un estudio realizado por Achte et al. (1.987), compararon a un grupo de 100 mujeres mastectomizadas con otro de 92 mujeres sanas. La evaluación se realizó entre las tres semanas y los dos meses posteriores a la operación, realizando una segunda valoración al año de la cirugía. De sus resultados destacaremos el hecho de que no se observaran diferencias entre los grupos de mastectomizadas y control en lo que respecta al autoconcepto. Sin embargo, se observó claramente el efecto negativo de la mastectomía sobre la imagen corporal, por la evidencia de un número de quejas significativamente mayor, en el grupo de cáncer, relacionadas con sentimientos de vergüenza y problemas para verse desnudas. Respecto a las relaciones sexuales, no hubo diferencias entre los grupos en lo referente a presencia de problemas sexuales o disminución de la satisfacción sexual.

Un dato de interés, que se puso de manifiesto en este estudio, es que las relaciones de pareja, en casi la generalidad de los casos, lejos de deteriorarse o romperse definitivamente tras la mastectomía, como suponen muchos mitos, resultan reforzadas en muchas ocasiones, recibiendo la mujer un incremento de apoyo en el 85% de los casos. Cuando se produce un acercamiento de los miembros de la pareja, se produce además un incremento de la satisfacción sexual en la mujer. Comentar también, que las mujeres solteras informaron de problemas, principalmente basados en la indecisión, para involucrarse en relaciones sexuales.

De un estudio realizado por Rosbund-Zickert (1.989), se desprende que las mujeres afectadas por cáncer de mama, perciben su esquema corporal como una de las principales áreas de tensión y preocupación, después de los miedos y las alteraciones psíquicas. Las principales quejas se centraban en problemas relacionados con las prendas de vestir (p.e. escotes, bañadores),

dificultades para verse desnudas ante el espejo y sentimientos de estar asimétricas. En cuanto al área sexual, ésta no representaba un área de preocupación importante para las pacientes, siendo en este caso una de las principales quejas el que su pareja no quisiera tocar la zona del pecho. Por lo que respecta a la interacción con la pareja, tampoco resultó ser una fuente importante de estrés para ellas. Hay que decir que en este estudio no todas las pacientes de cáncer de mama evaluadas estaban mastectomizadas, aunque la mayoría había perdido un pecho había un grupo reducido de pacientes que habían sido sometidas a cirugía conservadora.

#### **I.2.4.1.1.2.- Mastectomía Vs. Cirugía Conservadora.**

En el grupo de investigaciones que comentaremos en este apartado, se han estudiado los efectos sobre el ajuste psicosexual de la cirugía conservadora de la mama, frente a los de la mastectomía. Estos estudios nos han aportado datos de interés, por cuanto nos permiten esclarecer cuales son los efectos de la pérdida de la mama, frente a los que son consecuencia del diagnóstico de cáncer.

La revisión de la bibliografía disponible, casi con total unanimidad, apoya la idea de que existe una mayor alteración de la imagen corporal en las pacientes sometidas a mastectomía, en comparación a aquellas que han podido preservar la mama (Beckmann et al., 1.983a; Kemeny et al., 1.988; Wellisch et al., 1.989; Margolis et al., 1.990; Ganz et al., 1.992; Lasry y Margolese, 1.992). Otros estudios también han detectado en estas pacientes una mayor presencia de sentimientos negativos respecto a su propia desnudez (Schain et al., 1.994), una disminución del

sentimiento de atractivo y mayor prevalencia de sentimientos de vergüenza respecto de su físico (Margolis et al., 1.990). Por su parte, Wolberg y sus colaboradores (1.989) no observaron que las mujeres mastectomizadas tuvieran más problemas con su imagen corporal.

Otros autores, al revisar los estudios realizados, llegan a la misma conclusión: las mujeres sometidas a cirugía conservadora presentan una mejor preservación de la imagen y la integridad corporales, que aquellas sometidas a cirugías más radicales; además, el tratamiento conservador de la mama protege los sentimientos de atractivo y deseabilidad sexuales (Schain, 1.988; Schover, 1.991; Pérez et al., 1.995).

Con respecto a la reanudación de la actividad sexual tras la operación, Beckmann et al. (1.983b) puso de manifiesto que las pacientes mastectomizadas entrevistadas tardaron más tiempo en tener esa primera relación sexual, además estuvieron más preocupadas por tal motivo, ya que un mayor número de ellas temían un rechazo por parte de la pareja.

El mayor grado de la disminución del deseo y del interés por tener relaciones sexuales de las mujeres que perdieron su pecho, frente a las que lo conservaron, también ha quedado patente en diversos estudios (Beckmann et al., 1.983b; Wellisch et al., 1.989; Margolis et al., 1.990). Schain et al. (1.994) encontraron que a los seis meses de la operación, en líneas generales, las mujeres mastectomizadas tenían más problemas con las relaciones sexuales que las pacientes tumorectomizadas; esta diferencia no se observó al año, ni a los dos años tras la cirugía. Anteriormente, en 1.989, un grupo de autores (Holmberg et al.) publicaron un estudio donde se constató que no había diferencias en lo referente al ajuste marital o a la problemática sexual entre mujeres sometidas a mastectomía y aquellas que recibieron

tratamiento conservador; la observación se realizó, en ambos grupos, a los 4 y a los 13 meses.

En relación a la frecuencia de las relaciones sexuales, los trabajos coinciden en señalar que no se ve afectada por el tipo de cirugía realizada (Kemeny et al., 1.988; Wolberg et al., 1.989; Wellisch, 1.989; Margolis et al., 1.990). Por su parte, Kemeny et al. (1.988) observaron que la frecuencia de orgasmos tampoco se veía afectada por esta variable.

Wolberg et al. (op. cit.) no observaron diferencias en lo referente a la satisfacción sexual y la satisfacción con las relaciones íntimas, entre ambos grupos de mujeres. Sin embargo, Margolis et al. (op. cit.) observaron que las mujeres mastectomizadas calificaban de menos satisfactorias sus relaciones sexuales, en comparación con las tumorectomizadas, y además pudieron constatar que dicha disminución de la satisfacción las pacientes la atribuían al deterioro de su imagen corporal.

Un interesante trabajo, aunque no sea muy reciente (Taylor et al., 1.985), reveló que el tipo de cirugía no tenía un efecto directo sobre el ajuste emocional, marital y sexual, sino que la relación estaba mediada por las sensaciones de desfiguración que sintiera la paciente y por la percepción que tuviera de los cambios en los patrones sexuales y afectivos de la pareja. En este sentido, parece que la cirugía conservadora de la mama, contribuye a que la paciente tenga la percepción de que las reacciones o conductas de su pareja no han cambiado como consecuencia del tratamiento de la mama (Schain, 1.988); dicha percepción sí puede producirse con mayor frecuencia entre las mujeres que han perdido su pecho.

Los resultados comentados no son concluyentes respecto de la influencia del tipo de cirugía sobre la adaptación sexual de la paciente de cáncer de mama, pero lo cierto es que cuando algún estudio revela diferencias en el funcionamiento sexual de un grupo frente a otro, siempre es en perjuicio de las pacientes mastectomizadas. Otros trabajos de revisión bibliográfica sobre los estudios realizados en este tema, como el de Schover (1.991) y el de Pérez et al. (1.995), llegan a una conclusión similar a la nuestra.

#### **I.2.4.1.1.3.- Tiempo transcurrido desde la mastectomía.**

El diagnóstico de cáncer y sus tratamientos representa para el paciente un importante elemento estresor, que va a atentar contra su capacidad de adaptación. Sin embargo, según el modelo teórico de Horowitz et al. (1.990; cit. por Páez, 1.993) ante cualquier hecho traumático el individuo intenta elaborarlo y asimilarlo cognitivamente hasta que pueda darle un sentido. Este proceso de adaptación, según Horowitz, va a pasar por una serie de etapas, donde primero se da una movilización del hecho con acompañamiento de actividad fisiológica, ansiedad y pensamientos obsesivos; en una segunda etapa, se realiza el duelo y aparece la depresión, para pasar a la última fase donde finaliza el proceso de aceptación y desaparece el impacto afectivo. El autor estima que la duración de este proceso varía entre un año y medio y dos años.

Aunque el modelo anterior ha sufrido numerosas críticas, en relación al hecho de que no todas las personas pasan por el mismo proceso y que la duración del mismo puede ser variable, nos puede servir de base para entender que el impacto emocional producido

por el cáncer de mama generalmente es superado, tras un período necesario para la adaptación psicológica. En este sentido, los estudios longitudinales donde se han valorado las reacciones emocionales de las pacientes a lo largo del proceso de la enfermedad, han puesto de manifiesto que el tiempo transcurrido desde la operación correlaciona negativamente con la incidencia de problemas emocionales y psicosociales (Rosbund-Zickert, 1.989).

Andreu (1.987), observó al revisar los estudios sobre el tema, que a grandes rasgos, las mujeres que habían sufrido una mastectomía se recuperarían pasado un año. Achte et al. (1.987), por su parte, compararon el estrés psicológico soportado por las pacientes poco tiempo después de la mastectomía (de 3 semanas a dos meses), y pasado un año de la misma, constatando que el impacto de la mastectomía es generalmente limitado, y que la mayoría de las pacientes consiguen superarlo pasado un año de la misma.

Posteriormente, Andersen (1.992) afirmó que los datos procedentes de los estudios longitudinales sugieren que, cuando la enfermedad cancerosa está localizada y controlada y la recuperación a la misma es favorable, el estrés emocional del diagnóstico se disipa y las emociones se estabilizan al año tras el tratamiento; consiguiéndose la mejor calidad del ajuste a los 3 o 4 meses tras el mismo.

El factor temporal también juega un papel importante en la relación entre la información ofrecida a la paciente sobre su enfermedad y el ajuste psicosocial a la misma. Durá et al. (1.991), pusieron de manifiesto que las pacientes que habían recibido información de forma escrita y controlada mejoraban su adaptación psicológica a medida que transcurría el tiempo desde que se ofrecía la misma. Sin embargo, a corto plazo, este efecto



positivo de la información no afecta por igual a todas las áreas. De hecho el conocimiento de la enfermedad que se padece mejora la aceptación de la enfermedad, las relaciones de pareja, la sexualidad, las relaciones familiares y las profesionales, pero se asocia a mayor ansiedad, más atribuciones causales relacionadas con los sentimientos de culpa, más alteraciones del esquema corporal y del sentimiento de feminidad, mayor número de sensaciones corporales, que se interpretan de forma fatalista y menor confianza en sí mismo (Rosbund et al., 1.987, cit. por Ibáñez, 1.989).

Si tenemos en cuenta los resultados de dos de los primeros estudios longitudinales, el de Morris et al. (1.977) y el de Maguire et al. (1.978), que evaluaron el ajuste sexual ante la mastectomía, podemos llegar a la conclusión de que quienes desarrollan problemas sexuales, lo hacen inmediatamente tras la mastectomía (3-4 meses). De acuerdo con estos mismos estudios, se puede afirmar que si no se interviene sobre estas alteraciones, es muy poco probable que se regrese a los niveles de ajuste preoperatorios, ni transcurrido el primer año tras la operación, ni tras el segundo. En estos dos trabajos tampoco se tuvo constancia de que las alteraciones emocionales mejorasen pasado un año de la mastectomía.

Por otro lado, Kemeny et al. (1.988) observaron que a los seis meses de la operación la frecuencia de las relaciones sexuales, había disminuido de forma significativa al compararla con la frecuencia previa a la enfermedad; a los 18 meses, en una segunda evaluación, pudieron comprobar que la frecuencia de las relaciones no se había recuperado y que era similar a la mantenida en la primera evaluación.

Ray, en un estudio publicado en 1.978 (cit. por Beckmann et al., 1.983a), manifestó que el daño de la imagen corporal provocado por la mastectomía, persistía en ciertas pacientes durante muchos años; dicha alteración estaba acompañada por altos niveles de ansiedad y depresión. Casi una década después, Achte et al. (1.987), en el mismo trabajo al que antes hicimos referencia, observaron que los efectos negativos que se producen sobre la imagen corporal, entre las tres semanas y los dos meses primeros, permanecen pasado un año de la operación. Según los mismos autores, estos efectos negativos al ser a largo plazo, pueden ser evaluados y detectados poco después de la mastectomía.

Otros estudios han puesto de manifiesto que hay pacientes que no desarrollan las dificultades inmediatamente después de la operación, sino que pueden hacerlo a lo largo del primer año tras la misma (Andersen, 1.985). De este modo, Polivy (1.977, cit. por Beckmann et al., 1.983a) observó que el deterioro de la imagen corporal producido por la mastectomía, no se manifestaba hasta varios meses después (aproximadamente a los 6 meses). La explicación que da el autor a este hecho es la siguiente: justo después de la operación, los mecanismos defensivos son excesivamente fuertes, pero después son menos activos.

Aunque, como estamos viendo, existe gran disparidad entre los datos ofrecidos por los diferentes estudios, todos coinciden en señalar que las dificultades en el ajuste psicosexual surgen a lo largo del primer año tras la mastectomía y que la tendencia es que se mantengan una vez transcurrido el mismo.

#### I.2.4.1.2.- OTRAS TERAPÉUTICAS ANTINEOPLÁSICAS.

Otra fuente de variabilidad individual en el ajuste psicosexual al cáncer y en riesgo de disfunción sexual de los pacientes son los tratamientos antineoplásicos aplicados en cada caso (Andersen, 1.985). Centrándonos en el cáncer de mama, las terapéuticas más usuales, aparte de la cirugía, son la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia. En el caso de ésta última, no se presentan efectos directos sobre la función ovárica y sobre la respuesta sexual, ya que la irradiación se realiza sobre la zona supradiafragmática (Díaz-Rubio, 1.988). Pero, sí pueden producirse otros efectos indirectos, consecuentes al cambio de aspecto de la piel o a la hipersensibilidad de la zona irradiada, lo cual podría repercutir en la imagen corporal de la paciente o en el patrón de conductas sexuales asociados a esa zona del cuerpo.

Los tratamientos hormonales, que alteran directamente el equilibrio hormonal, pueden dar como resultado alteraciones en la vagina, como sequedad o dispareunia.

Se estima que hasta un 50% de las mujeres sometidas a tratamiento de quimioterapia van a presentar alteraciones de la función ovárica; se genera, de esta manera, un cuadro menopáusico por privación de estrógenos que se acompaña de los siguientes síntomas: amenorrea, golpes de calor, sequedad vaginal, dispareunia, pérdida o disminución de la libido, insomnio e irritabilidad (Díaz-Rubio, 1.988). Las mujeres postmenopáusicas sometidas a quimioterapia, no experimentan ningún cambio en este sentido (op. cit.).

Los agentes antitumorales, usados en el tratamiento del cáncer, son muy variados y producen efectos diferenciales. La ciclofosfamida, de gran utilidad en el tratamiento del cáncer de

mama, puede inducir amenorrea hasta en un 75% de la mujeres tratadas con dicho fármaco (Díaz-Rubio, op. cit.). Por otro lado, estos agentes de los que hablamos, suelen usarse de forma combinada conformando los llamados tratamiento poliquimioterapéuticos. Los estudios muestran, en tales tratamientos, una incidencia sobre el 65-80% de amenorrea en mujeres tratadas por cáncer de mama, la cual suele presentarse a los 6 meses una vez iniciado el tratamiento, y tan sólo puede recuperarse la menstruación en un 25% de los casos (op. cit.).

La edad parece ser un importante factor pronóstico, junto con la dosis recibida, en el desarrollo de la menopausia inducida por el tratamiento. La amenorrea secundaria a quimioterapia se produce en el 65-75% de las mujeres premenopáusicas mayores de 40 años, mientras que sólo ocurre en el 12-22% de las menores de 40 años. La recuperación de la menstruación ocurre, además, con más frecuencia en las mujeres más jóvenes (op. cit.).

La quimioterapia suele producir en la paciente una disminución del interés sexual, y por tanto de la actividad sexual (Chapman, 1.982; Díaz-Rubio, op. cit.).

La modalidad de tratamiento también va a marcar diferencias entre las pacientes; así aquellas sometidas a tratamientos combinados (p.e. cirugía más radioterapia) van a presentar un mayor riesgo de sufrir problemas de ajuste psicosexual, que aquellas a las que se les ha aplicado un único tratamiento (p.e.: cirugía sólo) (Andersen, 1.992).

**I.2.4.1.3.- EFECTO DE ALGUNOS FÁRMACOS Y PSICOFÁRMACOS.**

Existen muchas sustancias de las que se conoce su efecto sobre la conducta sexual; algunas de ellas tienen una influencia directa sobre el comportamiento sexual y otras tienen su efecto principal en otras partes del organismo, pero afectan de modo secundario a la sexualidad (Kaplan, 1.974, 1.979; Labrador, 1.994). En cualquier caso, estas sustancias pueden actuar bien como estimulantes o bien como inhibidoras, y afectar así a los distintos componentes de la respuesta sexual (Kaplan, 1.979; 1.983).

De acuerdo con Labrador (1.994), hay cuatro grupos importantes de fármacos que pueden afectar negativamente al funcionamiento sexual. A continuación enumeramos cada uno de ellos, describiendo los efectos que Kaplan les atribuye (1.974, 1.979, 1.983):

\* Sedantes (barbitúricos, alcohol, morfina, metadona): se produciría una disminución del deseo y de la respuesta sexual de vasocongestión genital; el alcohol, a pequeñas dosis, puede tener un efecto desinhibidor de la conducta sexual.

\* Antiandrógenos (principalmente los estrógenos, que se utilizan para el tratamiento de mujeres menopáusicas y para el cáncer de próstata): Los fármacos a base de estrógeno se oponen a la acción estimulante de los andrógenos sobre el cerebro y sobre los genitales, reduciendo la respuesta sexual.

\* Anticolinérgicos y antiadrenérgicos (usados para el tratamiento de la hipertensión): Los fármacos antihipertensivos pueden producir pérdida de interés sexual, disminución de la capacidad de excitación, problemas de erección y de orgasmo.

\* Psicotrópicos (principalmente tranquilizantes y relajantes musculares): a dosis normales de uso, no se han observado efectos negativos sobre la respuesta sexual, en todo caso pueden acrecentar levemente el deseo, si se halla inhibido o si hay evitación debida a la ansiedad. Cuando se trata de dosis altas del fármaco se puede producir disminución del deseo sexual y retraso del orgasmo. Los antidepressivos tricíclicos y los inhibidores de la MAO, por su parte, suelen provocar problemas de deseo, de excitación y retraso del orgasmo.

En un estudio de revisión (Sánchez et al., 1.990), se llegó a la conclusión de que tras los recientes desarrollos de la psicofarmacología en el tratamiento de la depresión, existen grandes lagunas en el conocimiento de los efectos de los nuevos fármacos sobre la respuesta sexual y mucho más especialmente en el caso de la conducta sexual femenina. Los autores de este trabajo refieren que, el tratamiento correcto y adecuado contra la depresión, debe mejorar el estado psicológico general del paciente, incluyendo su sexualidad; pero es necesaria una evaluación periódica de la respuesta sexual que permita detectar la presencia de algún posible efecto secundario negativo para su posible corrección.

En el caso de los pacientes oncológicos también ha sido destacado el papel que juegan los psicotropos en la modulación de la conducta sexual (Estapé y Estapé, 1.993). Mantell (1.982) puso de manifiesto que los narcóticos, como la morfina, empleados en el control del dolor del enfermo neoplásico pueden inhibir la actividad sexual; y que los antidepressivos y tranquilizantes, podían reducir el impulso sexual y producir impotencia o incapacidad eyaculatoria.

## **I.2.4.2.- VARIABLES PSICOLÓGICAS.**

### **I.2.4.2.1.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

Hay ciertos determinantes físicos y fisiológicos asociados a la edad que influyen en la respuesta sexual, pero mucho más importantes son los determinantes psicológicos y psicosociales relacionados con la misma que caracterizan el comportamiento sexual en las distintas etapas de la vida. También hay que tener presente que la interrelación de estos determinantes (físicos y psicológicos) va a generar gran variabilidad individual, ya que, a pesar de que existen cambios biológicos universales asociados a la edad, la manera en que cada individuo reacciona ante dichos cambios dependerá de múltiples características particulares del mismo (Kaplan, 1.974).

Tras el desarrollo sexual y emocional propiciados en la infancia, la adolescencia y la juventud, en la primera edad adulta (entre los 23 y los 30 años) suelen formalizarse las relaciones íntimas, con lo que la oportunidad para los contactos sexuales, así como el interés en los mismos, aumentan de forma muy significativa (Sémelas, 1.991a).

En el período considerado como vida adulta media, entre los 31 y los 46 años, el interés de la mujer en la actividad sexual sigue siendo muy importante, e incluso puede acrecentarse; hay que tener en cuenta que en este momento del ciclo vital puede aumentar la desinhibición sexual y el sentimiento de aceptación por parte el compañero (Kaplan, 1.974); además existen datos que avalan la idea de que tras el parto se produce un aumento de la vascularidad en la zona pélvica (Masters y Jonhson, 1.966; Sherfey, 1.974), con lo que se consigue una rápida excitación, y una mejor capacidad para tener orgasmos más fácilmente y más intensamente. Con esta serie de cambios es lógico que se produzca

en muchas mujeres un aumento del interés en sus relaciones sexuales. A veces, aunque el interés sexual de la mujer no descienda, puede disminuir la frecuencia de las relaciones íntimas, ya que en este período suele darse una disminución del deseo sexual en el varón, quien puede tener dificultades para conectar la actividad sexual dentro de la pareja con el plano erótico (Sémelas, 1.991a).

Durante la vida adulta tardía (entre los 46 y los 60 años), es cuando empiezan a hacerse visibles los primeros cambios corporales del envejecimiento: la menopausia, las canas, las arrugas de la piel, etc. Ante estos cambios, muchas mujeres pueden temer la pérdida de su atractivo sexual, sobre todo aquellas que han interiorizado su ideal de belleza, de mujer sexualmente deseable, asociado a la juventud (Butler y Lewis, 1.988).

En el período climatérico podemos determinar tres componentes principales que interactúan entre sí (Bárez, et al., 1.992): descenso de la actividad ovárica, que conduce al hipoestrogenismo, las manifestaciones psicológicas que pueden asociarse a esta etapa y ciertos factores psicosociales que actúan como elementos estresantes.

Los cambios endocrinológicos, conllevan cambios fisiológicos y la posibilidad de desarrollar síntomas físicos. Entre estos síntomas destacan las sensaciones de calor que aparecen de forma brusca y repentina, la atrofia genital, sequedad de la piel, pérdida de tono muscular, caída del vello púbico y del cabello, aumento del bello facial, vértigos, dolores de cabeza, sensaciones de hormigueo, insomnio, osteoporosis y aumentos de peso (Strickland, 1.992). Las alteraciones genitales debidas a la privación de estrógeno consisten en: adelgazamiento del tejido vaginal; acortamiento de la vagina; atrofia del útero, el



cual se vuelve más fibroso, pudiendo producir dolor durante el orgasmo por sus contracciones; adelgazamiento del tejido de la vejiga y de la uretra, que se vuelven más traumatizables durante el coito; pérdida del tono vaginal muscular y disminución de la capacidad de lubricación, que puede dar lugar a coitos dolorosos (Semmens y Semmens, 1.984). Hay que decir que muchos de estos síntomas físicos pueden controlarse de manera efectiva con el tratamiento con estrógenos (Reinisch y Beasley, 1.992).

Los estudios de Masters y Jonhson (1.966, 1.970) sobre los cambios en la respuesta sexual de la mujer postmenopáusica revelaron que se producía un enlentecimiento en la fase de excitación, una disminución del tiempo de duración del orgasmo, así como una mayor frecuencia de dispareunias y, por último, se observó que la fase de resolución era más rápida. Los autores apuntaron también una importante disminución en los niveles subjetivos de interés sexual, no como resultado directo de la disminución de estrógenos, sino debido a la percepción subjetiva de la dificultad para obtener una respuesta sexual.

Posteriormente, Morrell et al. (1.984), observaron que las medidas objetivas de excitación sexual (amplitud del pulso vaginal y flujo sanguíneo vaginal) eran más bajas en las mujeres postmenopáusicas, pero no se daba una correlación con los niveles subjetivos de excitación; es decir, las mujeres postmenopáusicas estudiadas no eran conscientes de un déficit en la excitabilidad sexual, informando niveles de excitación subjetivos similares a los de las mujeres de similar edad premenopáusicas.

Por otra parte, los síntomas emocionales, tales como irritabilidad, depresión y ansiedad, se han tratado de relacionar de manera directa con la deprivación de estrógenos, considerándose, así, parte de la sintomatología menopáusica. Sin embargo, esta relación no ha podido ser demostrada (Bárez et al.

1.992). Estos síntomas psicológicos pueden estar motivados y modulados por un amplio espectro de factores tales como: los cambios físicos corporales asociados al envejecimiento, al embarazo y los partos, al climaterio, a enfermedades, etc.; los cambios que se producen en la unidad familiar y la pérdida del papel maternal; los éxitos o fracasos en la consecución de sus objetivos en la vida; el reencuentro con la pareja tras la marcha de los hijos, que a veces puede plantear problemas conyugales, pues se puede partir de una relación distante y deteriorada, así como las pérdidas afectivas, principalmente de los padres, que cuando aún viven pueden representar una carga por cuanto estén enfermos y/o inválidos (Herrera , 1.988; Bárez et al. 1.992; Strickland, 1.992).

Todos estos cambios asociados a la menopausia, o al período del climaterio van a afectar de forma muy directa a la conducta sexual de la mujer, a su nivel de interés y participación en la sexualidad, así como también en la percepción que tiene acerca de sí misma como pareja sexual aceptable (Herrera, 1.988). Sin embargo, tienen un peso muy importante en esta relación las actitudes y los valores acerca de la propia sexualidad: el grado en que se ha vinculado la sexualidad a la reproducción, el peso del rol maternal frente a otros roles, el valor que se le da a la sexualidad en la propia vejez, el peso que se le concede a la capacidad reproductora dentro de la propia identidad femenina, etc. (Del Valle, 1.991b, 1991c; Salas, 1.994).

Teniendo en cuenta estos factores, la menopausia puede interpretarse como algo negativo, al relacionar la pérdida de su fertilidad con la pérdida de la feminidad o la utilidad social, con el miedo a perder la vida matrimonial, con el envejecimiento, etc. (Bárez et al. 1.992); desde esta postura la menopausia afectará negativamente a la sexualidad. Pero también puede

realizarse una atribución positiva de la menopausia, considerándola como una nueva etapa de la vida, diferente pero no por ello peor (op. cit.); incluso puede resultar en algunas mujeres un factor positivo para la sexualidad, en cuanto se pierde el temor al embarazo, con lo que pueden expresar más libremente sus necesidades sexuales (tanto en frecuencia, como en variedad), reafirmando con ello su papel sexual como mujer (Herrera, op. cit.).

En el ámbito de la investigación sexológica con pacientes de cáncer de mama, Morris et al. (1.977), observaron que el deterioro del ajuste sexual tras la mastectomía se asociaba al estatus menopáusico, de manera que éste era peor en las mujeres que estaban biológicamente o cronológicamente en el estatus perimenopáusico.

De otro lado, la aparición de la menopausia de forma prematura, como consecuencia de los tratamientos oncológicos y sobre todo en las mujeres más jóvenes, resulta especialmente perjudicial para la calidad del ajuste psicosexual. Muchas mujeres jóvenes que sufren este tipo de menopausia, ven alterada su identidad sexual, su rol frente a la maternidad, y temen perder su capacidad para responder sexualmente (Chapman, 1.982).

En los últimos años de la década de los cincuenta, y ya más bien a partir de los sesenta, parece darse un descenso de la actividad sexual y del interés en mantener relaciones sexuales, el cual no va parejo a la disminución de la capacidad y efectividad sexuales (Herrera, 1.988). La intensidad de las respuestas fisiológicas y la duración de las respuestas anatómicas ante la estimulación sexual efectiva se reducen con los años, pero a pesar de esto las mujeres peri y postmenopáusicas son capaces de lograr altos niveles de excitación y de conseguir orgasmos. La capacidad de la mujer para

disfrutar de la sexualidad permanece intacta durante toda la vida, especialmente si se ha ido estimulando regularmente (Strickland, 1.992).

En un estudio realizado en nuestro país (Ribera y Reig, 1.991), pudo observarse que a partir de los 65 años el número de mujeres que no mantenían relaciones sexuales aumentaba de forma significativa, mientras que la frecuencia con que se mantenían dichas relaciones disminuía bruscamente. Los factores evaluados por los autores, que se asociaban a estos cambios fueron: la viudedad, las creencias religiosas, la vida en una institución o residencia de ancianos, el estado de ánimo deprimido, los problemas de salud y la ingesta de fármacos. Los autores llegaron a la conclusión de que la mayor parte de las causas que inciden en la ausencia de relaciones sexuales en la vejez son ajenas al proceso de envejecimiento.

Para Cáceres (1.994) el comportamiento sexual de la mujer mayor va a depender de numerosos factores como la disponibilidad de una pareja, el estado de salud física, la historia previa de actividad sexual, el interés y la capacidad sexual de la pareja, etc. Pero para este autor uno de los mayores condicionantes para el comportamiento sexual de las personas ancianas es la actitud social respecto a la sexualidad en la tercera edad, que se ceba en el mito de que el anciano no tiene capacidad para experimentar deseo sexual. Desde esta perspectiva, la gente mayor que expresa sus intereses sexuales pueden ser calificadas de pervertidas, de indecentes y de hacer cosas impropias de su edad (Reinisch y Beasley, 1.992); al anciano se le califica de "viejo verde", mientras que a la mujer anciana se la llama "senil".

Está claro que las propias actitudes de la persona que ha pasado de la madurez van a jugar un papel fundamental en la expresión de su sexualidad, pero también es cierto que estas

personas van a estar influenciadas por las creencias y valores imperantes en el medio cultural donde se desenvuelven (Herrera, 1.989). Por esto, muchos ancianos comparten los mitos relativos a la sexualidad en la vejez; piensan que las manifestaciones sexuales no son conductas apropiadas en ellos, e incluso muchos piensan que la actividad sexual puede afectar a su estado de salud, debilitándoles y haciéndoles más vulnerables a las enfermedades (Herrera, op. cit.).

Desde la investigación psicooncológica la variable edad se ha revelado como un importante factor modulador del ajuste psicosexual (Derogatis, 1.980; Andersen, 1.985; Estapé y Estapé, 1.993). Sin embargo, existe cierto consenso entre los autores al considerar que los pacientes más jóvenes tendrían un mayor riesgo para desarrollar dificultades sexuales (Andersen, op. cit.). Golden (1.983b), al referirse a las mujeres mastectomizadas, puso de manifiesto que la edad, así como el estado civil, modificaba la importancia de los problemas que la mujer sentía respecto de su imagen corporal. Muchos autores han opinado que las mujeres de más edad no daban tanta importancia a la pérdida de la mama, como las mujeres jóvenes (Fallowfield y Hall, 1.991) las cuales presentaban más problemas de cara al ajuste sexual tras la mastectomía (Schain, 1.988).

Hughson et al. (1.988) observaron, sin embargo, que las mujeres mastectomizadas de más edad (mayores de 50 años) presentaban un peor ajuste psicosexual. Explicaron este dato aludiendo al hecho de que las mujeres mayores suelen sufrir la paulatina pérdida del apetito sexual y que tras la mastectomía esto no hace más que adelantarse, apareciendo de forma repentina.

Por lo que se refiere a los estudios relacionados con otras variables sociodemográficas, en el ámbito español, Aluja, Gallart y Torrubia (1.992) realizaron una encuesta a una amplia muestra

de mujeres; aunque éstas eran bastante jóvenes (edad media 24 años) y su nivel sociocultural medio-alto, llegaron a conclusiones relevantes respecto de la influencia de la condición de pareja estable y en cohabitación sobre la sexualidad. Los autores pudieron concluir que las mujeres con pareja estable y que además cohabitaban con ella, tenían una mayor experiencia sexual, se involucraban en relaciones sexuales (genitales y/o coitales) con mayor frecuencia y manifestaban tener una vida sexual más satisfactoria.

Otro trabajo (Hoon y Hoon, 1.982), puso de manifiesto que las personas que vivían con una pareja, frente aquellas que no tenían experiencia en cohabitación, no se diferenciaban en la cantidad total de excitación elicitada ante un grupo representativo de estímulos sexuales, es decir la capacidad de excitación no es diferente. Las diferencias entre los dos grupos vino dada por los tipos de estímulos que resultaban más excitantes para cada uno. Así, el grupo que no tenía experiencia en cohabitación respondía con mayor excitación ante estímulos relacionados con la preparación para la interacción sexual (p.e. acostarse en la cama con una pareja, ver a la pareja desnuda, desnudarla, etc.); mientras que para el grupo que tenía una alta experiencia en cohabitación resultaban más excitantes estímulos tales como leer poesía erótica, hacer el amor en un sitio inhabitual, etc. Los autores explicaron estas diferencias concluyendo que, tanto en un grupo como en otro, los estímulos percibidos como más novedosos (p.e. actividades que se experimentan menos a menudo) eran valorados como más excitantes.

En los estudios realizados con mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, también se han observado diferencias sexuales dependiendo del estatus marital de la paciente (Fallowfield y Hall, 1.991). De este modo, las mujeres operadas de un tumor

mamario que están solteras o que no tienen pareja, van a tener una mayor dificultad para adaptarse en el terreno sexual (Andersen, 1.985). Sin embargo, más que el hecho en sí de tener pareja y de cohabitar con ella, lo que parece más importante para el ajuste psicosexual de la paciente es la calidad de la relación entre ambos miembros de la pareja (Derogatis, 1.980).

Respecto al estatus socioeconómico como variable moduladora de la sexualidad en las mujeres mastectomizadas, no tenemos datos disponibles, pero sí ha resultado ser esta una variable importante en el estudio de la respuesta sexual tras la menopausia; de manera, que el nivel socioeconómico alto parece proteger de los efectos negativos de la menopausia sobre la sexualidad (Herrera, 1.988).

#### I.2.4.2.3.- CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD.

Diversos estudios han podido poner de manifiesto que la dimensión de personalidad que parecía estar más relacionada con la adaptación emocional de la paciente oncológica era el Neuroticismo, evaluado a través del Inventario de Personalidad de Eysenck; de forma que un nivel elevado de Neuroticismo se asociaba de forma estadísticamente significativa con un peor ajuste emocional al cáncer de mama (Morris et al., 1.977; Jamison et al., 1.978, cit. por Irvine et al., 1.991; Meyerowitz, 1.980).

Otros elementos de vulnerabilidad emocional que se han puesto de relieve han sido el hecho de tener un Locus de Control Externo (Jamison et al., op. cit.), la historia previa de depresión y otros trastornos psicológicos, así como una historia previa de estilos de afrontamiento no adecuados para enfrentar eventos vitales estresantes (Morris et al. 1.977; Maunsell et al., 1.992; Schag et al., 1.993).

Por otro lado, Andreu et al. (1.988) observaron que la Extraversión (evaluada a través del Cuestionario CEP de Pinillos, 1.982), estaba relacionada con un nivel menor de ansiedad en las mujeres mastectomizadas. Según los autores, las personas más extravertidas suelen tener mayor soporte social, el cual actúa como amortiguador ante los eventos negativos, haciendo que las reacciones emocionales negativas disminuyan.

Recientemente, Carver et al. (1.993, cit. por Andersen, 1.994), estudiaron la influencia del constructo de personalidad Optimismo sobre el ajuste emocional en mujeres de cáncer de mama. Los autores pudieron llegar a la conclusión de que tal característica se relacionaba de forma inversa con el estrés emocional soportado por las pacientes.



Los acercamientos teóricos más actuales al problema de las reacciones emocionales del enfermo neoplásico, centran su atención en los procesos de adaptación al estrés. Desde esta óptica, la respuesta adaptativa del individuo va a ser el resultado de la intervención de los procesos cognitivos y motivacionales (Barreto et al, 1.991). Según Salvatierra (1.995), la personalidad condiciona la adaptación al cáncer a través de los estilos de afrontamiento o estrategias de afrontamiento. Dos modelos teóricos de gran importancia se han desarrollado en este campo, que pasaremos a describir brevemente.

Leventhal et al. (1.986) proponen un modelo de respuesta, basado en el procesamiento de información, que trata de explicar la forma en que el paciente percibe la enfermedad y su tratamiento, así como la forma en que trata de adaptarse a las circunstancias que envuelven su situación. Estos autores consideran dos niveles de respuesta: uno cognitivo, y el otro emocional; ambos niveles son paralelos, pero están íntimamente relacionados, ya que continuamente influye uno sobre el otro. El modelo no representa una situación estática, sino un proceso en continuo cambio y evolución, donde el estado emocional que el paciente tenga en un momento determinado va a depender principalmente: de la representación que el paciente se haya hecho de la enfermedad y de los tratamientos, de las estrategias de afrontamiento que haya adoptado, así como de la forma en que haya valorado los diferentes elementos que intervienen en este sistema. Las estrategias de afrontamiento pueden ser seleccionadas de forma deliberada por el paciente, o pueden ser respuestas de carácter más automático, según el grado de razonamiento consciente que intervenga en el proceso. Para la puesta en marcha de estos recursos de automanejo es de gran importancia que el individuo se crea capaz de actuar eficazmente ante la realización de los mismos. Este sentimiento de

autoeficacia se va a generar principalmente a partir de una historia de afrontamiento efectiva.

Paralelamente al ámbito norteamericano, de donde procede el modelo descrito previamente, en el Reino Unido, Moorey y Greer (1.989, cit. por Ibáñez y Rosbund, 1.993) desarrollan una teoría muy parecida a la anterior, en la que se sustenta su modelo psicoterapéutico para pacientes con cáncer de mama. Según estos planteamientos, la adaptación psicológica depende, además de las consecuencias reales del cáncer, de tres factores de crucial importancia: la percepción o significado individual de la enfermedad, las reacciones emocionales que esa valoración suscita y la/s estrategia/s de afrontamiento que la paciente pone en marcha, es decir, lo que piensa y hace para reducir la amenaza que el cáncer representa para ella (Greer, 1.992; Moorey y Greer, 1.989, cit. por Ibáñez y Rosbund, 1.993). Este modelo integrador, donde los tres factores mencionados interactúan entre sí, constituye lo que los mismos autores denominan "esquema de supervivencia", y tiene gran relevancia clínica de cara a la evaluación del ajuste psicológico a la enfermedad (Greer, 1.992).

Siguiendo con este modelo, el diagnóstico de cáncer puede ser percibido por el enfermo como un desafío -reto personal que hay que vencer-, como una amenaza para la propia salud física y mental, como una pérdida, ya sea del estado de bienestar o de "algo" que no se podrá recuperar nunca; asimismo, el diagnóstico puede negarse, rechazando la idea de que la enfermedad que se padece es un cáncer (Ibáñez, 1.991). Ante estas formas de percibir la enfermedad, se pueden poner en marcha diferentes estrategias de afrontamiento (Greer, 1.992; Moorey y Greer, 1.989, cit. por Ibáñez y Rosbund, 1.993):

\* Espíritu de lucha: el paciente acepta totalmente su diagnóstico, percibiéndolo como un desafío y adoptando una

actitud de lucha activa, desde una postura optimista.

\* Desesperanza - Desamparo: consecuencia de una representación pesimista de la enfermedad; se percibe el cáncer como "amenaza" o como "pérdida", manifestándose en el primer caso por la idea o sensación de pérdida de control sobre la enfermedad, y en el segundo, por ideaciones relacionadas con el mal pronóstico de la misma.

\* Preocupación ansiosa: En este caso, la percepción de la enfermedad es también de "amenaza", predominando el sentimiento de incertidumbre acerca de la capacidad de control sobre sí mismo y sobre el futuro. Todo ello va a suscitar en el individuo importantes reacciones de ansiedad, tendentes a ser duraderas en el tiempo.

\* Fatalismo o Resignación pasiva: el paciente no encuentra ninguna salida favorable a su situación, percibe que no tiene ningún control sobre la enfermedad; entonces, asume que no puede hacer nada para controlarla, esperando pasivamente la resolución de la enfermedad.

\* Evitación Positiva - Negación: resulta de la negación del diagnóstico, donde el paciente se comportaría como si no tuviera un cáncer, o de la negación de la amenaza que la enfermedad comporta para él, es decir, el paciente llega al convencimiento de que la enfermedad no es importante y que no debe preocuparse por su pronóstico. Asimismo, se consideran incluidas en esta categoría aquellas formas de afrontar los problemas derivados de la enfermedad, en las que la persona trata sistemáticamente de evitar los pensamientos perturbadores.

Las reacciones emocionales que pueden acompañar a estas formas de percibir la enfermedad y de afrontarla serían la ansiedad, la ira, la culpa y la melancolía-depresión (Ibáñez y

Durá, 1.991). Los estilos de afrontamiento que se asocian a una mejor adaptación al cáncer (emocional, social, sexual, ...) son "espíritu de lucha" y "negación" (Irvine et al., 1.991; Ferrero et al., 1.995), los cuales, además, parecen tener valor como factor pronóstico de supervivencia al cáncer de mama (Greer y Morris, 1.990; Salvatierra, 1.995); de otro lado, afrontar la enfermedad con desamparo-desesperanza, con fatalismo o con preocupación ansiosa de lugar a un peor ajuste psicológico (Ferrero et al., op. cit.) y, por tanto, a un peor ajuste sexual.

Algunas de las características de personalidad comentadas, junto a otras, también han sido estudiadas en relación al ajuste psicosexual en el ámbito sexológico. Sin embargo, son pocos los trabajos realizados en el marco de la psicooncología, que se han dedicado a tratar este tema.

Por una parte, la teoría psicoanalítica implantó en el ámbito clínico la teoría según la cual las dificultades sexuales tienen su origen en un desarrollo anómalo de la personalidad, que ocurre a edades tempranas y que se manifiesta en el adulto en forma de neurosis o dificultades del carácter (Sánchez y Llorca, 1.992). De acuerdo con este planteamiento, los conflictos inconscientes están relacionados con la génesis de los problemas sexuales, de manera que los síntomas psicosexuales son mecanismos de defensa contra conflictos emocionales inconscientes (Kaplan, 1.974, 1.983). Desde esta postura, los individuos que no han resuelto sus problemas edípicos pueden no encontrar nunca satisfacción con su pareja, porque mantienen aún vigentes sus deseos hacia el padre o la madre (Kaplan, 1.983).

Aunque muchos de los conceptos psicoanalíticos siguen siendo útiles para la praxis sexológica, la relación entre neurosis y disfunción sexual no parece ser como había sido planteada, ya que no todos los pacientes con problemas sexuales son neuróticos y

muchos neuróticos disfrutaban de su sexualidad sin problemas (Kaplan, 1.983). Sin embargo, la relación aún no está totalmente clarificada, pues existen frecuentes evidencias del nexo de unión entre ambas entidades, como se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios (Sánchez y Llorca, op. cit.).

Los trabajos de Eysenck (Eysenck y Wilson, 1.981) han llevado a postular que los individuos con alta puntuación en Neuroticismo (entendida como mayor labilidad emocional y tendencia a expresar reacciones emocionales intensas) presentan un mayor riesgo de disfunción sexual y unas actitudes más negativas en torno al sexo, asociadas a sentimientos negativos relacionados con la culpa sexual; esto contrasta con la presencia de fuertes deseos sexuales y una elevada excitabilidad sexual, por lo que este conflicto entre sus deseos e inhibiciones les lleva frecuentemente a sentir su vida sexual como una fuente de insatisfacción. Por el contrario, los individuos con un nivel bajo de neuroticismo, al no experimentar tales sentimientos negativos, se hallan más satisfechos de su actividad sexual.

Otros autores (Munjack, 1978; Kockott, 1.980; Farré, Prohens y Juan, 1.984; cits. por Farré, 1.987) han llegado a la conclusión de que los individuos con una alta inestabilidad emocional experimentan altos niveles de ansiedad, lo cual produce la inhibición de la respuesta sexual de excitación y del orgasmo.

Cuenca et al. (1.992; cit. por Andersen y Cyranowski, 1.995) informan de un estudio realizado con mujeres que solicitaban ayuda terapéutica debido a una disfunción sexual, en el que se pone de relieve que las mujeres con puntuación elevada en neuroticismo tienen un menor nivel de información sexual y una imagen corporal más pobre.

Recientemente se ha publicado un estudio (Marcet y Delgado, 1.994) cuyos resultados apoyan los hallazgos de Eysenck sobre la menor satisfacción sexual de los individuos con elevado neuroticismo; no obstante, en este trabajo se observó un patrón diferencial entre hombres y mujeres: los hombres neuróticos, a diferencia de los que puntuaban bajo en neuroticismo, presentaban más quejas en relación a la conducta sexual de su pareja; mientras que las mujeres neuróticas, al compararlas con las de bajo neuroticismo, presentaban una menor frecuencia de relaciones sexuales y concedían menos importancia a la duración de la relación sexual.

Otros trabajos, como los de Cuenca et al. (1.980) y García et al. (1.990) (ambos cit. por Sánchez y LLorca, 1.992), en los que se ha estudiado la asociación entre el neuroticismo y las disfunciones sexuales, han encontrado niveles significativamente altos de esta característica de personalidad, junto con la ansiedad. Hoy tiende a pensarse, desde un punto de vista psicopatológico, que el nexo de unión entre el neuroticismo y el disfuncionalismo sexual reside en la ansiedad (Sánchez y LLorca, op. cit.). A este respecto, Farré en 1.987 ya había postulado que la ansiedad es un trastorno afectivo que está implicado en la génesis de las disfunciones sexuales y que estos trastornos son más probables en personas con una alta ansiedad rasgo.

Un estudio realizado en el contexto argentino (Granero, 1.987), se llegó a la conclusión de que las mujeres anorgásmicas frente a las orgásmicas son más ansiosas, menos asertivas y han interiorizado un concepto más femenino acerca de sí mismas.

El rasgo de personalidad extraversión/introversión también parece asociarse a las actitudes y comportamientos sexuales. De este modo, los individuos más extravertidos, en comparación con los introvertidos, son más permisivos y abiertos en lo referente

al sexo, buscan en sus contactos sexuales una mayor estimulación sexual, más variedad de conductas y de parejas, se excitan con más facilidad y experimentan más satisfacción con su actividad sexual (Eysenk y Wilson, 1.981). Este rasgo de personalidad parece que no tiene el mismo peso sobre la sexualidad femenina que sobre la masculina, pues como destacan Andersen y Cyranowski (1.995) los trabajos realizados sobre población femenina no encontraron correlaciones significativas entre la característica de extraversión y la conducta sexual (Harris, Yullis y LaCoste, 1.980; Jupp y McCabe, 1.989; cits. por Andersen y Cyranowski, op. cit.), mientras que otros estudios delimitaron dicha característica como un claro predictor de la conducta sexual masculina (Costa, et al., 1.992; cit. por Andersen y Cyranowski, op. cit.).

Por lo que respecta a los individuos con elevado Psicoticismo, conceden menos valor al amor romántico, a la fidelidad o a la satisfacción sexual del otro, presentando una mayor inclinación hacia las prácticas sexuales impersonales no sujetas a las normas socialmente aceptadas (Eysenk y Wilson, op. cit.).

Aluja y Torrubia (1.993), replicando en el ámbito español el estudio de Zuckerman y Litle publicado en 1.986, estudiaron la relación entre diversas variables de personalidad - Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Búsqueda de Sensaciones- y el interés por temas morbosos y sexuales en los medios de comunicación de masas. Los autores solamente encontraron la asociación entre el rasgo Búsqueda de Sensaciones (definido como la necesidad de experiencias novedosas y excitantes) y la curiosidad por estos contenidos violentos y sexuales.

En la literatura psicooncológica no hemos encontrado estudios que nos aporten datos en relación a la influencia de estas características de personalidad comentadas sobre el ajuste sexual de los pacientes.

De otro lado, Masters, Johnson y Kolodny (1.987) han destacado la importancia del autoconcepto para el establecimiento de relaciones íntimas y sexuales con otros. Según los autores el sentimiento de identidad y autoaceptación, facilita la identificación de las necesidades y sentimientos propios, la autorrealización y, por tanto, la intimidad interpersonal. En este sentido, la autoestima va a ser un factor clave en la creencia de que uno puede ser valorado positivamente por los demás y que puedan estar interesados en establecer y/o mantener una relación amorosa con nosotros (Reinisch y Beasley, 1.992). Asimismo, la valoración positiva del propio aspecto físico reforzará los sentimientos de autovalía y autoconfianza en los contactos íntimos con otras personas (Reinisch y Beasley, op. cit.), lo cual hará que se experimente la actividad sexual más satisfactoriamente. Este último aspecto, como ya hemos puesto de manifiesto en otro apartado, parece tener un gran peso en el ajuste sexual de la mujer mastectomizada.

Otra línea de investigación en psicooncología ha sido aquella que ha tratado de asociar ciertas características de personalidad con la tendencia a padecer una enfermedad cancerosa. Algunas cualidades se pusieron de manifiesto como posibles precursoras del cáncer, tales como los rasgos depresivos-melancólicos, la desesperanza, las pérdidas personales, el carácter masoquista, la sexualidad y la maternidad inhibidas o la incapacidad para expresar emociones negativas (Bacon, Renneker y Cutler, 1.952; Leshan, 1.959; Schmale e Iker, 1.964; Leshan et al., 1.966; cits. por Ibáñez, Romero y Andreu, 1.992).



De igual manera que se había establecido el Patrón de Personalidad Tipo A en pacientes cardiovasculares, Morris y Greer en 1.980 (cits. por Ibáñez, Romero y Andreu, 1.992) denominaron al patrón de conducta proclive al desarrollo del cáncer como Personalidad Tipo C, caracterizado principalmente por la tendencia a la represión emocional, sobre todo ante situaciones de estrés.

A pesar de las críticas a la metodología empleada en estos trabajos de investigación, no se pueden obviar los resultados que se han encontrado reiteradamente en los distintos estudios. De este modo, Contrada et al. (1.990; cit. por Ibáñez et al., op. cit.) destacan las características del patrón tipo C que han obtenido un mayor soporte empírico, las cuales son: depresión, desamparo/desesperanza, ruptura del apoyo social o pérdida de personas significativas, dificultad para manifestar los afectos negativos (agresividad, ansiedad, ira, etc.) e inexpresividad emocional.

Según Páez, Vergara y Velasco (1.991) el proceso de supresión de las cogniciones, emociones y afectos en respuesta a una amenaza se denomina represión y puede tener un carácter tanto consciente voluntario, como involuntario e inconsciente (Erdelyi, 1.985, cit. por Páez et al., op. cit.). Para los autores esta dificultad para expresar las emociones, principalmente las negativas, sería el principal predictor psicosocial del cáncer, ya que, a pesar de la baja vivencia subjetiva de los afectos, los individuos represores manifiestan una alta actividad autonómica, la cual puede producir efectos negativos como la disminución de la respuesta del sistema inmunitario.

El estilo de afrontamiento represivo se caracterizaría por un mayor autocontrol emocional, un menor acceso a recuerdos

emocionales (principalmente negativos), una evitación de las situaciones ansiógenas o afectivas y una mayor influencia de los estereotipos sociales referidos a los modelos de conducta adecuados ante las situaciones determinadas (Páez et al., op. cit.; González, 1.993).

Estas características de personalidad pueden tener sus repercusiones en el ajuste sexual, ya que como destacan Masters, Johnson y Kolodny (1.987) una de las condiciones esenciales para el desarrollo de la intimidad sexual es compartir de forma equitativa pensamientos, emociones, sentimientos y experiencias. De este modo, la apertura de sentimientos, la confianza, la comunicación y el apoyo mutuos van a hacer posible que cada parte se abandone a la relación sexual, dando paso a la expresión de ternura, al cariño, al goce sexual y a la intimidad. Sin embargo, según los autores, esta intimidad sexual se va a poner en peligro desde el momento en que se pongan en marcha ciertos mecanismos de defensa, como cuando se niegan las emociones o sentimientos, dando la impresión de que no existen problemas y de que "todo funciona bien", como sucede en los individuos represores.

La expresión del afecto al compañero/a es otro factor importante para el desarrollo de la intimidad interpersonal y sexual; de manera que una persona puede tener dudas de los sentimientos amorosos de su pareja cuando ésta no da muestras de afecto de manera explícita o sólo lo hace durante el transcurso de la relación sexual (Masters, Johnson y Kolodny, 1.987).

No sólo la expresión de afectos positivos beneficia la intimidad en la pareja, ciertos sentimientos negativos, como la ira, cuando se descargan en pequeñas dosis -en lugar de sedimentarla hasta su explosión- benefician la resolución de problemas, alivian tensiones reprimidas y posibilitan el equilibrio emocional (Bach y Wyden, 1.968; Rubin, 1.970; Bry,

1.977); este proceso resulta constructivo y beneficia tanto al que lo expresa como al que lo recibe (Averill, 1.982).

#### **I.2.4.2.3.- ESQUEMA SEXUAL PREVIO.**

El esquema sexual, o autoconcepto sexual, se define como la representación cognitiva de la propia sexualidad; la cual se deriva de las experiencias pasadas y de las manifestaciones conductuales actuales, para guiar la conducta sexual (Andersen, 1.994). Este proceso está continuamente influenciado por la información procedente del medio social. Una mujer con un esquema sexual donde los aspectos positivos predominen estará más inclinada o abierta hacia las experiencias románticas, las emociones apasionadas y la experiencia sexual; por el contrario, la mujer con un esquema sexual predominantemente negativo, tendrá una actitud más cerrada y conservadora hacia este tipo de experiencias.

Pues bien, para Andersen (op. cit.) el esquema sexual puede predecir el comportamiento y la respuesta sexual en mujeres sanas, pero también es un buen predictor del funcionamiento sexual tras la cirugía del cáncer. Las mujeres intervenidas por cáncer ginecológico, cuyo autoconcepto sexual era muy positivo, mostraron un funcionamiento sexual más resistente a los efectos de los tratamientos, que el de las mujeres de iguales condiciones pero con un autoconcepto sexual más negativo.

La presencia de disfunciones sexuales antes del diagnóstico, el repertorio de conductas sexuales previo, así como la frecuencia de las relaciones sexuales anteriores a la enfermedad, son otras variables, relacionadas con el esquema sexual, que Andersen (1.985) apunta como posibles predictoras de la calidad de la adaptación psicosexual al cáncer.

**I.2.4.2.4.- CAMBIO DE MOTIVACIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES.**

De acuerdo con Schain (1.984), tras el comportamiento sexual existe un importante componente motivacional, el cual dirige la conducta del individuo para conseguir determinados objetivos (p.e.: deseo de conseguir placer, deseo de acercamiento al otro, deseo de concebir, expresar afecto, confirmar la autovalía, etc.). El mismo comportamiento sexual en diferentes personas, puede reflejar diferentes motivaciones; y éstas también pueden variar en el mismo individuo dependiendo de otros múltiples factores.

Siguiendo a Schain, como resultado de un diagnóstico de cáncer pueden variar en una persona o en su pareja la fuerza o la frecuencia de los motivos para mantener relaciones sexuales. Andersen (1.985, 1.986), define este fenómeno que suele producirse en los enfermos de cáncer, como una "reordenación de las prioridades vitales", la cual puede dar lugar al cese de toda la actividad sexual, aún cuando el deseo físico y la capacidad para la respuesta sexual permanezcan inalterados.

#### **I.2.4.3. VARIABLES RELACIONADAS CON LA CALIDAD DE LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA.**

El hecho de contar con el apoyo de la pareja ante la mastectomía, va a repercutir en la importancia que la mujer concede a la pérdida de su mama (Golden, 1.983b). La calidad de la relación de pareja y la comunicación entre los miembros van a ser dos factores muy importantes en el ajuste psicológico general de la paciente (Lichtman y Taylor, 1.986). Por el contrario, la mujer que anticipa que la pareja no le va a prestar el apoyo necesario se adaptará peor en las diferentes áreas de su vida (Lichtman y Taylor, op. cit.).

Los estudios coinciden en que tras la mastectomía se produce un acercamiento entre los miembros de la pareja; pero el mejor predictor para este hecho es el buen funcionamiento de la pareja previo a la enfermedad (Lichtman y Taylor, op cit.). La separación o el divorcio tras la operación son casos que se producen raramente y a ellos suele precederles una relación de pareja ya deteriorada.

No hay que olvidar que el estado de salud y la capacidad sexual del cónyuge van a afectar a la conducta sexual de su pareja. Otros elementos importantes que afectan a la sexualidad serían por ejemplo: el tiempo de duración de la relación de pareja, que resulta ser un factor positivo en el aprendizaje sexual, mejorando la satisfacción sexual (Reinisch y Beasley, 1.992), aunque a largo plazo parece que afecta negativamente a esta última (Herrera, 1.989); las relaciones de poder y de dominancia que se establezcan entre los miembros de la pareja, de manera que el control en la toma de decisiones se relaciona positivamente con la satisfacción sexual (Fuertes, 1.990); los sentimientos amorosos que tienen uno respecto al otro, la

confianza entre ellos o el compromiso de exclusividad sexual (Reinisch y Beasley, 1.992).

Asimismo, hay que tener presente que las reacciones de la pareja ante la enfermedad y la operación de su esposa o compañera sexual son también un factor importante que puede repercutir en el ajuste sexual de la paciente. La pareja puede manifestar problemas emocionales ante el miedo, no superado, por la posibilidad de la muerte de su compañera, que se deriven en dificultades sexuales o en una disminución de su interés en las relaciones sexuales. Por otra parte, puede tener dificultades para aceptar la nueva imagen corporal de su cónyuge, ya que como afirma Herrera (1.988) los dos cuerpos de las dos personas que componen la pareja se convierten en un "espacio común" y tan importante para la sexualidad es la imagen corporal propia como la "imagen corporal del otro", interiorizada en uno mismo.

## **II.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

## II.1.- OBJETIVOS.

Los objetivos principales que nos proponemos lograr con la presente investigación, son los siguientes:

1º) Estudiar los efectos de la mastectomía por cáncer de mama sobre la adaptación psicosexual, la autovaloración del propio físico y el nivel de ansiedad de las mujeres que han pasado por ella.

2º) Comprobar la influencia que ejerce el tiempo transcurrido desde la realización de la mastectomía sobre la adaptación psicosexual, la autovaloración del propio físico y el nivel de ansiedad de estas mujeres.

3º) Determinar la incidencia que tienen sobre la adaptación psicosexual la autovaloración del propio físico y el nivel de ansiedad.



## II.2.- HIPÓTESIS.

En función de los objetivos planteados y de la bibliografía analizada, comprobaremos las siguientes hipótesis:

1.- Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, frente a las mujeres controles, presentarán:

1.1.- Un menor número de indicadores de adaptación psicosexual, entendiéndose ésta como:

- a) el grado de excitación sexual experimentada ante la estimulación erótica
- b) el grado de satisfacción derivada de sus conductas sexuales
- c) la frecuencia de relaciones sexuales
- d) la frecuencia de conductas sexuales donde está implicada la zona del pecho, así como el grado de excitación y satisfacción sexuales derivadas de tales conductas
- e) la frecuencia de orgasmos

1.2.- Una valoración más negativa de su propio físico, entendida como:

- a) un menor autoconcepto físico
- b) más problemas relacionados con la percepción del cuerpo desnudo
- c) una valoración más negativa de su atractivo físico

1.3.- Un mayor nivel de ansiedad (fundamentalmente rasgo).

2.- Las mujeres que llevan mastectomizadas más de un año, en comparación con aquellas que hace menos de un año que fueron mastectomizadas, presentarán:

2.1.- Los mismos indicadores de adaptación psicosexual, tal y como se han señalado en el apartado 1.1.

2.2.- Una valoración similar de su propio físico, entendiéndose de igual forma que en el punto 1.2.

2.3.- Un nivel menor de ansiedad (fundamentalmente rasgo).

3.- Los niveles de adaptación psicosexual dependerán de los niveles de autoconcepto físico y de los niveles de ansiedad rasgo, en el sentido siguiente:

3.1.- Las mujeres (tanto si han sido mastectomizadas como si no) con un menor autoconcepto físico manifestarán un menor número de indicadores de adaptación psicosexual, entendiéndose de igual forma que en el punto 1.1.

3.2.- Las mujeres (considerando tanto las que han sido mastectomizadas como las que no) con niveles más altos de ansiedad rasgo van a presentar un menor número de indicadores de adaptación psicosexual, conceptualizándose de igual forma que en el punto 1.1.

### **III. - MATERIAL Y MÉTODO**

### **III.1.- MATERIAL**

### III.1.1.- MUESTRA

Con el fin de lograr los objetivos de investigación planteados anteriormente, tomamos tres grupos muestrales en función de las características específicas que presentaban ante dos de las variables centrales de nuestro estudio: estar mastectomizada por cáncer de mama y tiempo transcurrido desde la mastectomía. De este modo, resultaron dos grupos de mujeres que habían sido mastectomizadas por cáncer de mama: en el primero había transcurrido menos de un año tras la mastectomía y en el otro todas las mujeres estaban entre su 2º y 5º año tras la mastectomía. Un tercer grupo estaba configurado por mujeres que no tenían cáncer de mama ni habían sido mastectomizadas. A continuación, pasamos a comentar las características específicas de cada uno de los grupos.

#### GRUPO 1 (MASTECTOMIZADAS-MENOS DE UN AÑO).

Estaba constituido por 30 mujeres a quienes se les había practicado una mastectomía unilateral por un cáncer de mama, diagnosticado en algún estadio del I al III-A (por tanto, todos eran operables y no metastásicos). Todas las mujeres de este grupo llevaban mastectomizadas menos de un año, antes del momento de nuestra evaluación, período en el que no se había diagnosticado una recidiva o metástasis del cáncer. Las características sociodemográficas y médicas de este grupo muestral se detallan a continuación.

En el momento de la evaluación, las mujeres que constituyeron este grupo tenían **edades** que se distribuían alrededor de una media de 41.4, con una desviación típica de 6.7 (Tabla 1a). Como podemos comprobar en la Tabla 1b, el 70% de

estas mujeres presentaba edades entre los 35 y 49 años.

El **estado civil** mayoritariamente era el de casada (concretamente un 93.3%); el resto cohabitaba con la pareja sin estar legalmente casados (Tabla 2).

En la Tabla 3a vemos que, con respecto al **número de hijos**, el 76.6% de las mujeres de este grupo tenía más de un hijo, siendo la edad media del último hijo de 9.7 años, con una desviación típica de 5.2 (Tabla 3b).

El **nivel de estudios** que las mujeres refirieron tener, fue en el 53.3% de estudios primarios (con o sin certificado), un 36.7% habían recibido estudios medios (F.P. o B.U.P.) o universitarios (Tabla 4). Tan sólo un 10% de los casos las mujeres contestaron que no habían recibido estudios pero manifestaron saber leer y escribir, requisito imprescindible para entrar a formar parte de esta investigación.

La mitad de la muestra tenía como **profesión** un trabajo fuera del hogar (ya fuera de carácter sedentario o bien implicara esfuerzo físico), mientras que la otra mitad ejercía exclusivamente su trabajo como ama de casa (Tabla 5).

En la Tabla 6 podemos observar la **situación laboral** de las mujeres que tenían una profesión que implicaba un trabajo fuera del hogar: el 26.7% estaba en activo, el 40% tenía una baja laboral y el 33.3% restante no ejercía su profesión, estaba en excedencia o demandaba empleo en aquel momento.

La **renta per cápita**, considerada por nosotros como el resultante de dividir los ingresos económicos mensuales de la unidad familiar entre el número de personas dependientes de los mismos, tenía de media en este grupo 46.6 (en miles de pesetas) y se distribuía con una desviación típica de 28.5, siendo el

mínimo 6.3 y el máximo 133.3 (Tabla 7).

El 50% de la muestra tenía como **lugar de residencia** Sevilla capital, y el otro 50% alguna localidad del resto de la provincia de Sevilla (Tabla 8).

Para destacar algunas características médicas de este grupo, comentaremos el **estadio del cáncer** en el momento del diagnóstico de la enfermedad: la mayoría (66.7%) fueron diagnosticadas de cáncer de mama en estadio II, un 26.7 en estadio III-A, y tan sólo un 6.7% de ellas en estadio I (Tabla 9).

Respecto al tratamiento del cáncer aplicado (Tabla 10), un 16.7% del total de las mujeres de este grupo habían sido intervenidas quirúrgicamente, el 46.7% además de la mastectomía había recibido o estaba recibiendo algún tratamiento antineoplásico (quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia) y el 36.7% después de la mastectomía había recibido o estaba recibiendo dos o más de estos tratamientos en combinación (quimioterapia y radioterapia, radioterapia y hormonoterapia, etc.). Para más detalles sobre el tratamiento, en relación a si se estaban recibiendo en el momento de la evaluación o si ya habían sido aplicados, ver Tabla 11.

## **GRUPO 2 (MASTECTOMIZADAS-MÁS DE UN AÑO)**

Un segundo grupo de estudio estaba formado por otras 30 mujeres, que habían sido mastectomizadas unilateralmente por un cáncer de mama, cuyo estadio en el momento del diagnóstico se encontraba entre el I y el III-A; era condición indispensable que las pacientes se encontraran en el intervalo libre de enfermedad y que tras la mastectomía no se hubiera diagnosticado una recidiva o metástasis del cáncer. Estas mujeres llevaban más de

un año y menos de seis mastectomizadas (es decir, entre el 2º y 5º año tras la mastectomía).

La media de la **edad** de las mujeres que conformaban este grupo era de 42.9 años y se distribuía con una desviación típica de 5.5 (Tabla 1a). Decir también que más del 80% tenía una edad comprendida entre 35 y 49 años (Tabla 1b).

El **estado civil** de todas ellas era el de casadas (Tabla 2) y el 83.4% tenía dos **hijos** o más (Tabla 3a), siendo la **edad media del último hijo** 11.9 y la desviación típica 5.8 (Tabla 3b).

Considerando el **nivel de estudios**, vemos en la Tabla 4 que el 56.7% tenía estudios **primarios**, el 23.3% **medios** o **universitarios**, mientras que un 20% no había recibido estudios formalizados, pero sabía leer y escribir.

En cuanto a la **profesión**, el 56.7% trabajaba como ama de casa, mientras que el resto tenía como profesión algún trabajo fuera del hogar (Tabla 5). De estas últimas, el 61.5% estaba en activo, el 30.8% tenía una baja laboral y el 7.7% (es decir, una mujer) no ejercía su profesión (Tabla 6).

La media de la **renta per cápita** era de 48.8 (en miles de pesetas), con una desviación típica de 29.4; el mínimo era 11.2 y el máximo 133.3 (Tabla 7).

El 50% de estas mujeres residía habitualmente en Sevilla capital, mientras que el otro 50% tenía como **lugar de residencia**, alguna otra localidad de la provincia de Sevilla (Tabla 8).

En cuanto a los **estadios del cáncer** que se diagnosticaron a estas mujeres, decir que el 60% estaba en estadio II, el 26.7% en estadio III-A y el 13.3% en estadio I (Tabla 9).



El 16.7% había sido intervenida quirúrgicamente, sin que posteriormente hubiera tenido que someterse a ningún otro tratamiento antineoplásico. El 50%, tras la mastectomía, había recibido quimioterapia, radioterapia u hormonoterapia; el 33.3% restantes, además de la intervención quirúrgica, había sido tratada con dos o más tratamientos antineoplásicos; en ninguno de los casos se estaba recibiendo tratamiento en la actualidad (Tablas 10 y 11).

### **GRUPO 3 (GRUPO CONTROL).**

Este tercer y último grupo lo conformaron 30 mujeres, las cuales no tenían, ni habían tenido, ninguna patología orgánica o psicológica grave o incapacitante conocida.

El 70% de las mujeres de este grupo tenía una **edad** comprendida entre los 35 y los 49 años (Tabla 1b). La media de la edad del mencionado grupo era de 43 años, distribuyéndose con una desviación típica de 7 (Tabla 1a).

El **estado civil** de todas estas mujeres era el de casadas (Tabla 2). El 90% de las mismas tenían dos **hijos** o más (Tabla 3a), y la **edad media del último hijo** era de 13.3 años y su Desviación Típica 7.3 (Tabla 3b).

El 43.3% tenía un **nivel de estudios** correspondiente a de primarios, el 56.6% había tenido estudios medios o universitarios, mientras que el 10% restante no tenía estudios pero sabía leer y escribir (Tabla 4).

Respecto a la **profesión** el 66.7% era ama de casa y el resto tenía como profesión un trabajo fuera del hogar (Tabla 5). Como se refleja en la Tabla 6, de estas últimas tan solo el 20% estaba en activo, mientras que el resto no ejercía, estaba en excedencia

o demandaba un empleo en aquel momento (Tabla 6).

La renta per cápita de este grupo se distribuía en torno a una media de 47.9 (en miles de pesetas), con una desviación típica de 19.6; el mínimo era 18 y el máximo era 90 (Tabla 7). El 73.3% residía en Sevilla capital y el 26.7% restantes en alguna localidad de la provincia (Tabla 8).

**Tabla 1a: Medias y Desviaciones Típicas de la EDAD en los grupos muestrales.**

EDAD	MEDIA	DESV. TIP.
Mastectomizadas- menos de un año	41.4	6.7
Mastectomizadas- más de un año	42.9	5.5
Control	43	7.0

**Tabla 1b: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según las EDADES POR INTERVALOS en los grupos muestrales.**

EDAD	MAST.<1 AÑO	MAST.>1 AÑO	CONTROL	TOTAL
< 35 años	5 (16.7)	1 (3.3)	4 (13.3)	10 (11.1)
35-39 años	4 (13.3)	8 (26.7)	6 (20)	18 (20)
40-44 años	13 (43.3)	8 (26.7)	8 (26.7)	29 (32.2)
45-49 años	4 (13.3)	9 (30)	7 (23.3)	20 (22.2)
> 49 años	4 (13.3)	4 (13.3)	5 (16.7)	13 (14.4)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

Tabla 2: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según ESTADO CIVIL en los grupos muestrales.

ESTADO CIVIL	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Casada	28 (93.3)	30 (100)	30 <sup>6</sup> (100)	88 (97.8)
En cohabitación	2 (6.6)	0	0	2 (2.2)

Tabla 3a: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NÚMERO DE HIJOS en los grupos muestrales.

NÚMERO DE HIJOS	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Ninguno	1 (3.3)	0	1 (3.3)	2 (2.2)
1 Hijo	6 (20)	5 (16.7)	2 (6.7)	13 (14.4)
2 Hijos	10 (33.3)	14 (46.7)	17 (56.7)	41 (45.6)
3 Hijos o más	13 (43.3)	11 (36.7)	10 (33.3)	34 (37.8)

Tabla 3b: Medias y Desviaciones Típicas de la EDAD DEL ÚLTIMO HIJO en los grupos muestrales.

EDAD DEL ÚLTIMO HIJO	MEDIA	DESV. TIP.
Mastectomizadas - < 1año	9.7	5.2
Mastectomizadas - > 1año	11.9	5.8
Control	13.3	7.3

Tabla 4: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el NIVEL DE ESTUDIOS en los grupos muestrales.

NIVEL DE ESTUDIOS	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Leer y Escribir	3 (10)	6 (20)	3 (10)	12 (13.3)
Estudios Primarios	16 (53.3)	17 (56.7)	13 (43.3)	46 (51.1)
Estudios Medios	6 (20)	6 (20)	10 (33.3)	22 (24.2)
Estudios Universit.	5 (16.7)	1 (3.3)	4 (13.3)	10 (11.1)

Tabla 5: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PROFESIÓN en los grupos muestrales.

PROFESIÓN	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Sus Labores	15 (50)	17 (56.7)	20 (66.7)	52 (57.8)
Funcionaria /Administrativa	6 (20)	4 (13.3)	6 (20)	16 (17.8)
Operaria / Aux. de Enfermería	9 (30)	9 (30)	4 (13.3)	22 (24.4)

Tabla 6: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la SITUACIÓN LABORAL en los grupos muestrales.

SITUACIÓN LABORAL	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
En activo	4 (26.7)	8 (61.5)	2 (20)	14 (36.8)
Baja Laboral	6 (40)	4 (30.8)	0	10 (26.3)
No ejerce, en excedencia o en paro	5 (33.3)	1 (7.7)	8 (80)	14 (36.8)

Tabla 7: Medias y Desviaciones Típicas de la RENTA PER CÁPITA (en miles de pesetas) en los grupos muestrales.

RENDA PER CÁPITA	MEDIA	DESV. TIP.	MÁXIMO-MÍNIMO
Mastect. < 1 año	46.6	28.5	6.3 - 133.3
Mastect. > 1 año	48.8	29.4	11.2 - 133.3
Control	47.9	19.6	18 - 90

Tabla 8: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el LUGAR DE RESIDENCIA en los grupos muestrales.

LUGAR RESIDENCIA	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Sevilla Capital	15 (50)	15 (50)	22 (73.3)	52 (57.8)
Sevilla Provincia	15 (50)	15 (50)	8 (26.7)	38 (42.2)

Tabla 9: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADIO DEL CÁNCER en los grupos de mastectomizadas.

ESTADIO DEL CÁNCER	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
I	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (10)
II	20 (66.7)	18 (60)	38 (63.3)
III-A	8 (26.7)	8 (26.7)	16 (26.7)

Tabla 10: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la MODALIDAD DE TRATAMIENTO ANTINEOPLÁSICO en los grupos de mastectomizadas.

MODALIDAD DE TRATAMIENTO	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
Cirugía	5 (16.7)	5 (16.7)	10 (16.7)
Cirug. + Tratam. (QT, RT ó HT)	14 (46.7)	15 (50)	29 (48.3)
Cirugía + Tratam. Combinados	11 (36.7)	10 (33.3)	21 (35)

Tabla 11: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el TRATAMIENTO sea actual o pasado, en los grupos de mastectomizadas.

TRATAMIENTO		MAST.<1 AÑO	MAST.>1 AÑO	TOTAL
QT	Actual	18 (60)	0	18 (30)
	Pasado	5 (16.7)	20 (66.7)	25 (41.7)
RT	Actual	4 (13.3)	0	4 (6.7)
	Pasado	6 (20)	11 (36.7)	17 (28.3)
HT	Actual	4 (13.3)	0	4 (6.7)
	Pasado	0	5 (16.7)	5 (8.3)
Ninguno		5 (16.7)	5 (16.7)	10 (16.7)

### **III.1.2.- INSTRUMENTOS.**

#### **III.1.2.1.- MATERIAL TESTOLÓGICO.**

De acuerdo con los objetivos e hipótesis que nos habíamos planteado, seleccionamos los siguientes instrumentos para conformar la batería de pruebas psicológicas que utilizamos para la evaluación (Anexo I):

- Dos **Entrevistas Estructuradas sobre datos sociodemográficos y médicos**, una destinada a los dos grupos de mujeres mastectomizadas y otra para el grupo control. Ambas entrevistas fueron creadas para esta investigación con el fin de recoger, de una forma sistemática, la información necesaria sobre distintos aspectos sociobiográficos de interés.
- La **Subescala "Sí mismo físico" de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (T.S.C.S; Fitts, 1.965)**
- El **Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1.970).**
- Dos **Entrevistas Estructuradas sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones afectivas**, una para las mujeres que componían los dos grupos de mastectomizadas y la otra para las pertenecientes al grupo control; las dos entrevistas fueron elaboradas por nosotros.
- Las **Escalas de Excitación y Satisfacción del Inventario de Ansiedad y Excitación Sexual Ampliado (SAI-E; Hoon, 1.978).**

A continuación pasamos a realizar una descripción más detallada de estos instrumentos.

### III.1.2.1.1.- ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS.

Como hemos comentado elaboramos dos entrevistas estructuradas según fueran a aplicarse a las mujeres mastectomizadas o a las controles (Anexo I). Para las primeras, la entrevista tenía un total de 22 ítems, siendo el contenido de los mismos el siguiente:

- **Datos sociodemográficos:** edad, estado civil, número de hijos, especificando las edades de cada uno de ellos, nivel de estudios, profesión, situación laboral, ingresos de la unidad familiar al mes, número de personas que dependen de esos ingresos y lugar de residencia (ítems 1 al 9).
- **Información acerca de la enfermedad:** información recibida sobre el diagnóstico, contenido de dicha información y deseos de ser informada (ítems 11 al 13).
- **Datos sobre los tratamientos antineoplásicos:** tratamientos médicos recibidos antes y después de la operación, así como los que recibe actualmente, efectos secundarios de los mismos y tiempo transcurrido tras la operación (ítems 10 y del 14 al 17).
- **Datos sobre tratamiento psicológico, psiquiátrico o psicofarmacológico:** tratamientos psiquiátricos o psicológicos recibidos en los últimos 10 años y toma de medicación psiquiátrica en la actualidad (ítems 18 y 19).
- **Datos sobre el estadio hormonal:** retirada de la menstruación, alteraciones del ciclo menstrual y tiempo menopausia (ítems 20 y 21).
- **Antecedentes médicos:** otras enfermedades médicas previas o actuales (ítem 22).



Para la evaluación de las mujeres que formaban el grupo control, elaboramos una entrevista similar donde eliminamos los apartados anteriormente comentados sobre información acerca de la enfermedad y los datos sobre los tratamientos antineoplásicos, exceptuando la pregunta de enfermedades médicas actuales o padecidas previamente a la evaluación; resultaron en total 14 ítems.

#### III.1.2.1.2. SUBESCALA "SÍ MISMO FÍSICO" DE LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO DE TENNESSEE-(T.S.C.S).

Para la elaboración de la escala T.S.C.S., el autor de la misma (Fitts, 1.965, cit. por Garanto, 1.984), parte de un modelo multidimensional, donde tienen cabida cinco regiones o esferas del concepto de sí mismo: el sí mismo físico, el moral-ético, el personal, el familiar y el social. Estas dimensiones corresponderían, según el modelo, a los aspectos externos del autoconcepto. A su vez el concepto de sí mismo, y cada una de las dimensiones anteriores, estarían integrados internamente por tres aspectos:

- Aspecto cognoscitivo: el Autoconcepto (propriadamente dicho).
- Aspecto afectivo: la Autoestima.
- Aspecto comportamental: el Autocomportamiento.

Para nuestro estudio utilizamos la subescala del T.S.C.S. que hace referencia al Sí mismo físico, la cual nos ofrece información acerca del Autoconcepto físico del sujeto, es decir, del punto de vista del sujeto sobre su propio cuerpo, el estado de salud, el aspecto físico, su capacidad y su sexualidad. Por su parte, las dimensiones internas (Autoconcepto físico -como

aspecto cognitivo-, Autoestima física y Autocomportamiento físico), nos proporcionan información sobre la percepción, la valoración y el comportamiento (respectivamente), que el sujeto tenga o manifieste respecto a su físico.

La escala TSCS está constituida por 100 ítems, correspondiendo 18 a la subescala del Sí mismo físico; estos 18 ítems se dividen en tres grupos de 6 ítems cada uno para ofrecernos información sobre el Autoconcepto físico, la Autoestima física y el Autocomportamiento físico, respectivamente. Por otra parte, 9 ítems están en sentido positivo, y los otros 9 en sentido negativo.

Para la administración de la subescala, seguimos las instrucciones que proporciona la escala TSCS. La persona debe contestar a cada ítem con una puntuación de 1 a 5, las cuales corresponden a las siguientes opciones de respuesta:

- 1 ..... Completamente falso.
- 2 ..... Mayormente falso.
- 3 ..... Parcialmente falso y parcialmente verdadero.
- 4 ..... Mayormente verdadero.
- 5 ..... Completamente verdadero.

La puntuación total de la subescala se calcula sumando el valor de las respuestas de todos los ítems, teniendo en cuenta que el valor de los ítems en sentido positivo se toma tal cual, pero el de los ítems negativos se toman a la inversa (es decir, 5=1, 4=2, 3=3, 2=4 y 1=5). De esta manera, la puntuación total puede oscilar entre 18 y 90, representando las puntuaciones mínimas un bajo concepto del sí mismo en su aspecto físico y las máximas un elevado autoconcepto físico.

Otras tres puntuaciones pueden extraerse, las cuales corresponden a cada uno de los aspectos internos del autoconcepto

físico. Estas puntuaciones varían entre 6 y 30; la interpretación de las mismas es similar a como hemos descrito anteriormente, es decir, los valores elevados indican un alto autoconcepto físico (en su aspecto cognitivo), una alta autoestima física y un elevado autocomportamiento físico.

La escala puede ser aplicada tanto a grupos normales, como clínicos. Los autores recomiendan la aplicación de la escala a personas con edades superiores a los 12 años y con cierto nivel cultural.

Las tareas de adaptación, validación y tipificación de la escala, en nuestro país, han corrido a cargo de Garanto (1.984). Los datos de fiabilidad, que obtuvo este autor en su estudio, son de un coeficiente de 0.85 para el total de la escala y de 0.85 para la subescala del Sí mismo físico. Garanto, refiere además suficientes datos sobre la validez empírica, interna y de constructo, que garantizan el uso de la escala TSCS para la evaluación del concepto de sí mismo y de cada unos de sus componentes.

#### **III.1.2.1.3.- INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.**

El instrumento fue creado en 1.970 por Spielberger, Gorsuch y Lushene, siendo la adaptación española que utilizamos la elaborada por Seisdedos (1.982) de la Sección de Estudios de TEA Ediciones, S.A.

El cuestionario está compuesto por dos escalas separadas de autoevaluación, las cuales miden dos conceptos independientes de las ansiedad: la ansiedad como estado (A/E) y la ansiedad como rasgo (A/R).

La Ansiedad Estado fue conceptualizada por los autores como *"un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico"* (Seisedos, op. cit., pag. 6). La ansiedad estado fluctúa dependiendo del momento y de la situación. La puntuación que obtenemos en la escala de A/E es un índice subjetivo del nivel de ansiedad transitoria del individuo. Las características esenciales que evalúa incluye sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

El concepto de Ansiedad Rasgo se refiere a *"una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente su ansiedad Estado"* (op. cit., pag. 6). Con la puntuación en la escala de A/R obtenemos un índice de la disposición del individuo a la ansiedad; es decir, su predisposición a responder con distintos niveles de A/E.

Cada escala se compone de 20 ítems, a los que el sujeto debe contestar con una puntuación de 0 a 3 en función del valor de su respuesta. En el caso de la escala de Ansiedad Estado las opciones correspondientes a cada valor de las respuestas son las siguientes: 0=Nada, 1=Algo, 2=Bastante y 3=Mucho. Para la escala de Ansiedad Rasgo son: 0=Casi nunca, 1=A veces, 2=A menudo y 3=Casi siempre.

En cada una de las dos escalas existen diversos ítems (10 en Ansiedad Estado y 7 en Ansiedad Rasgo) que están formulados de manera inversa, es decir, que una respuesta de "Mucho" o "Casi siempre" sería indicativo de un bajo nivel de ansiedad. Para la corrección de cada escala y la obtención de la puntuación total,

se tiene esto en cuenta invirtiendo el valor de los ítems.

Las puntuaciones de las escalas oscilan entre 0 y 60, correspondiendo las puntuaciones bajas a ansiedad (estado o rasgo) mínima y las puntuaciones altas a valores extremos de ansiedad.

El cuestionario, aunque de fácil aplicación, exige un nivel cultural mínimo para poder comprender las instrucciones y los enunciados. Puede ser aplicado tanto a población normal como a grupos clínicos.

Estudios sobre la adaptación española, han mostrado unos coeficientes sobre la fiabilidad referidos a la consistencia interna del instrumento de 0.94 en A/E y de 0.86 de A/R. Los datos que han ofrecido estos estudios revelan el poder discriminante del instrumento, así como la validez de criterio y la validez de concurrente, realizada esta última con otras medidas de ansiedad, ofreciendo unos índices que oscilan para la A/E entre 0.55 y 0.58, y para la A/R entre 0.82 y 0.88 (Seisdedos, 1.982).

Tras la corrección de la prueba, que se realizó de acuerdo con las instrucciones que ofrece el Manual de TEA, convertimos las puntuaciones directas en típicas a través de los baremos de Adultos-Mujeres elaborados por la Sección de Estudios de TEA Ediciones.

#### III.1.2.1.4.- ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS SOBRE IMAGEN CORPORAL, SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.

La elaboración y selección de las preguntas que conformaron la entrevista estructurada para las mujeres mastectomizadas, se realizó en base a los temas tratados en la bibliografía revisada, así como en base a la problemática, que otras mujeres en la misma situación que las anteriores, nos habían expuesto durante las sesiones de apoyo y consejo psicológico que venimos realizando en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

Por otro lado, las preguntas referidas a las características de la pareja sexual (fija/no fija, tiempo de relación, heterosexual/homosexual), frecuencia de relaciones sexuales y frecuencia de orgasmos fueron reproducidas del Cuestionario sobre la Sexualidad Femenina (W.S.Q.; Chambles, 1.978, cit. por Aluja, Gallart y Torrubia, 1.992), cuya adaptación y validación a la población española realizaron Aluja, Gallart y Torrubia (op. cit.). El W.S.Q. es una entrevista semiestructurada que recoge información sobre diversos aspectos de la sexualidad femenina; la adaptación española está estructurada para poder autoaplicarse, adoptando un sistema de respuesta de elección múltiple.

Las áreas tratadas en la Entrevista Estructurada sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones Afectivas, que se aplicó a los grupos de mastectomizadas, fueron las siguientes:

- **Actitudes ante el cuerpo desnudo:** problemas para verse a sí misma desnuda (definidos como la presencia de sentimientos negativos y/o de conductas de evitación), problemas para desnudarse delante de la pareja -antes de la operación y actualmente- (definidos como conductas de evitación), si la

pareja solía (antes de la operación) o suele (actualmente) mirarla mientras se desnuda (ítems 1 y del 3 al 6).

- **Cuestiones referidas a caricias en la zona del pecho:** problemas para tocarse el sitio de la cicatriz (definidos como la presencia de sentimientos negativos y/o de conductas de evitación), si la pareja tocaba (antes de la operación) o toca (actualmente) la zona del pecho como una caricia o durante las relaciones sexuales (ítems 2 y del 7 al 10).

- **Cuestiones relacionadas con el atractivo físico:** valoración de su atractivo físico, antes de la operación y actualmente, en comparación con la mayoría de las mujeres de su edad, percepción de la valoración que sobre su atractivo físico realiza la pareja, antes de la operación y actualmente (ítems 11 al 14).

- **Cuestiones referidas a las relaciones sexuales:** reanudación de las relaciones sexuales tras la operación; tiempo transcurrido desde la operación hasta que se reanudaron las relaciones sexuales; miembro de la pareja que inició la primera relación sexual tras la mastectomía; preocupación por la no reanudación de las relaciones sexuales; miedo al rechazo por parte de la pareja tras la mastectomía; disminución del interés sexual, propio o de la pareja, tras la operación; características de la pareja sexual (fija/no fija, heterosexual/homosexual, tiempo de relación); frecuencia de relaciones sexuales (actual y antes de la enfermedad); y frecuencia de orgasmos (actual y antes de la enfermedad), tanto a través del coito con o sin estimulación del clítoris, como a través de estimulación del clítoris sin penetración (ítems 15 al 20 y del 28 al 41).

- **Cuestiones referidas a la relación afectiva con la pareja:** miedo al abandono -antes de operación y actualmente-, preocupación que mostraba (antes de la operación) y muestra la

pareja por ella, apoyo que proporcionaba -antes de la operación- y proporciona la pareja, importancia concedida a la actividad sexual -antes de la enfermedad y actualmente- (ítems 21 al 27).

La entrevista elaborada para la administración a las mujeres del grupo control, se realizó en base a la que hemos descrito anteriormente eliminando los ítems que hacían referencia al comportamiento o a la forma de sentir o actuar antes de la operación (que aquí, evidentemente, no tenían sentido), y las cuestiones que hacían referencia a la influencia de la mastectomía en las relaciones sexuales (por el mismo motivo).

La primera de las entrevista resultó en un total de 41 ítems y la segunda en 19 ítems. Las opciones de la preguntas a las que tenían que contestar las mujeres las realizamos en base a la frecuencia o la intensidad de la respuesta, o especificábamos distintas opciones, según el carácter de cada pregunta (Ver Apéndice I).

#### **III.1.2.1.5.- ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD Y EXCITACIÓN SEXUAL AMPLIADO-(S.A.I-E).**

El SAI-E procede del S.A.I. ("Sexual Arousability Inventory") que fue creado en 1.976 por Hoon, Hoon y Winzce (cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990), con el objetivo de proporcionar a los clínicos una medida estandarizada de la excitación sexual femenina. En 1.978, Hoon amplía y revisa el S.A.I. añadiendo dos escalas adicionales, que proporcionaban, respectivamente, información sobre la Ansiedad y la Satisfacción sexuales. El S.A.I.-Expanded, que así pasó a denominarse a partir de entonces, fue adaptado y validado para la población española por Aluja, Torrubia y Gallart en 1.990. En un trabajo de validación realizado por nosotros (ver Apéndice II), comprobamos



que la eliminación de la escala de Ansiedad no alteraba la validez de las otras dos escalas.

La escala de Excitación evalúa, desde un punto de vista subjetivo, la respuesta de excitación sexual del individuo ante una serie de conductas y estímulos eróticos. La escala de Satisfacción proporciona información sobre el sentimiento de bienestar que experimenta la persona ante dichos estímulos y conductas sexuales.

El SAI-E consta de 28 ítems que hacen referencia a actividades sexuales o situaciones que pueden ser consideradas como sexualmente excitantes, como: actividades seductoras o conductas preliminares, caricias corporales, estimulación genital y oral-genital, coito, masturbación y materiales visuales eróticos.

El cuestionario se contesta de forma auto-aplicada, para lo cual es necesario que la persona tenga un mínimo nivel cultural. Decir también que, aunque originalmente se construyó para población femenina, los ítems están diseñados de tal forma que permite su aplicación igualmente a hombres.

El individuo debe responder ante cada ítem del cuestionario con una puntuación en cada una de las escalas (Excitación, Ansiedad y Satisfacción) según lo que experimentaría si estuviera viviendo tal situación. En nuestro caso, la mujer sólo tenía que responder ante las escalas de Excitación y Satisfacción. En ambos casos la respuesta se realiza marcando un dígito que va desde -1 a +5; cada uno de estos dígitos hace referencia tanto a la intensidad de la respuesta como a su frecuencia (Ver Apéndice I).

La puntuación en cada una de las escalas se calcula sumando el valor que el sujeto ha ido dando a cada uno de los ítems (los -1 restan). De esta forma, el resultado puede oscilar entre -28

y +140, indicando las puntuaciones mínimas niveles bajos de excitación o satisfacción, respectivamente, y las puntuaciones más altas niveles máximos de excitación o de satisfacción.

La validez y fiabilidad del instrumento ha sido puesta de manifiesto en varios estudios, que pasamos a describir brevemente.

En primer lugar, Hoon, Hoon y Wince (1.976, cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990) demostraron la validez del S.A.I., en base a las correlaciones con variables sexuales, tanto en la población normal de mujeres, como en una muestra de mujeres con disfunciones sexual. De este modo, la medida de excitación del cuestionario correlacionaba con la satisfacción sexual, con los cambios fisiológicas durante la respuesta sexual (medida objetiva de excitación sexual) y con la frecuencia de coito. Los autores demostraron también el valor discriminante de la escala, puesto que diferenciaba a las mujeres funcionales y a las disfuncionales. La fiabilidad test-retest tenía un índice de 0.69.

El estudio de la validez del S.A.I.-Expanded corrió a cargo de Chambless y Lifshitz (1.984, cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990), utilizando para ello una muestra de 342 mujeres. Demostraron que la excitación se relacionaba con la experiencia sexual. Asimismo, replicaron la estructura factorial del S.A.I. de forma satisfactoria. Los análisis correlacionales demostraron una alta covariación entre excitación y satisfacción; sin embargo, entre la excitación y la ansiedad no había covariación significativa, por lo que proporcionaban información independiente.

Andersen et al. (1.989) realizaron un análisis psicométrico del S.A.I. con una muestra de mujeres con enfermedad

ginecológica, neoplásica o de carácter benigno, que fueron sometidas a tratamiento quirúrgico. Observaron una correlación de 0.47 con medidas autoinformadas de carácter fisiológico y conductual. Por otra parte, evidenciaron que la solución factorial era estable en el tiempo y que los distintos factores eran sensibles a los cambios clínicos. También apuntaron que el S.A.I. era pobre en la predicción de la ocurrencia de disfunción sexual; es decir, que no era útil para discriminar a aquellas mujeres con un mayor riesgo de padecer déficits o disfunciones sexuales, tras una intervención ginecológica. Por último, las correlaciones test-retest oscilaron entre 0.74 y 0.90.

En el ámbito español, Aluja, Torrubia y Gallart (1.990) replican el estudio de validación que realizaron Chambless y Lifshitz, en una muestra de 350 mujeres. Respecto a la validez demostraron que la experiencia sexual se relacionaba positivamente con la excitación y negativamente con la ansiedad sexual. Asimismo, observaron que la excitación y la satisfacción correlacionaban positivamente con la frecuencia actual de coito y de masturbación, con la intensidad del orgasmo y con el número de películas pornográficas vistas. La ansiedad correlacionaba negativamente con la frecuencia actual de coito.

Siguiendo con el mismo estudio, la relación entre excitación y ansiedad no era significativa en el grupo de mujeres con pareja sexual fija, mientras que en el grupo que no tenía pareja sexual fija la relación era positiva y significativa. En ambos grupos la correlación entre Excitación y Satisfacción era positiva y altamente significativa. De otra parte, los autores observaron que la estructura factorial del cuestionario corroboraba la solución factorial encontrada por Chambless y Lifshitz. Respecto a la fiabilidad, los análisis de consistencia interna dieron como resultado, a través de la  $\alpha$  de Cronbach, un índice de 0.92 para

Excitación, de 0.97 para la Ansiedad y de 0.92 para la Satisfacción.

Por nuestra parte, antes de dar comienzo a la recogida de la muestra de este trabajo de investigación, realizamos un estudio piloto con 10 mujeres que cumplían los criterios de selección de la muestra control del presente estudio, con el objetivo de poner de manifiesto las posibles dificultades en la comprensión de las diversas cuestiones. La batería de pruebas estaba compuesta por los mismos instrumentos que utilizamos posteriormente, con la salvedad de que se usó el SAI-Expanded, con sus tres escalas (Excitación, Ansiedad y Satisfacción). En el 80% de los casos, las mujeres manifestaron que habían tenido grandes dificultades para comprender la escala de Ansiedad Sexual del SAI-Expanded, alegando que no sabían discriminar esas sensaciones de tensión y nerviosismo que se les había especificado en las instrucciones.

Como consecuencia de esto y para garantizar la validez de nuestros resultados, optamos por eliminar del SAI-E la escala de ansiedad, una vez que habíamos demostrado que la exclusión de la misma no alteraba ni la validez ni la puntuación de las escalas de Excitación y Satisfacción (Ver Anexo II).

Por lo que se refiere a la disponibilidad de datos tipificados del cuestionario, hay que decir que no disponemos actualmente de estudios donde se haya realizado una baremación sobre la población española.

**III.1.2.2.- MATERIAL INFORMÁTICO.**

El tratamiento estadístico de los datos recopilados a través de la evaluación psicológica, se realizó con el programa informático SPSS para Windows, versión 6.0.1.

### **III.2.- MÉTODO**

### III.2.1.- CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS MUESTRAS.

Los criterios comunes a los diferentes grupos, que se tuvieron en cuenta para seleccionar a las personas que participaron en este estudio, fueron:

- Ser mujer.
- Tener una edad comprendida entre los 25 y los 59.
- Tener una relación de pareja estable.
- Tener un nivel de escritura y lectura que posibilitara la cumplimentación de las distintas pruebas que conformaban la batería del estudio.
- No estar o haber estado en tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos diez años.
- No estar en el momento de la entrevista bajo medicación psicóactiva.

Los criterios de inclusión utilizados para asignar a las mujeres al grupo de MASTECTOMIZADAS-MENOS DE UN AÑO, además de los comunes, fueron:

- Haber sido mastectomizadas por un cáncer de mama en estadio I, II o III-a.
- Llevar menos de un año mastectomizada.
- No haber sido sometida a una intervención quirúrgica de reconstrucción mamaria.
- Encontrarse en intervalo libre de la enfermedad, sin que tras la mastectomía se hubiera diagnosticado una recidiva o metástasis del cáncer.

- No tener actualmente ninguna enfermedad grave o incapacitante y que la única enfermedad grave que haya tenido sea el cáncer de mama.

Para el grupo MASTECTOMIZADAS-MÁS DE UN AÑO, los criterios de inclusión, además de los generales, eran iguales que para el grupo de MASTECTOMIZADAS-MENOS DE UN AÑO, excepto el comentado en segundo lugar, ya que debían llevar entre uno y cinco años mastectomizadas.

Y para el grupo CONTROL, con los criterios de selección comunes, tuvimos en cuenta no tener o haber tenido ninguna enfermedad grave o incapacitante.

La selección de las mujeres que conformaron los dos grupos de mastectomizadas se realizó en función del orden de llegada a los distintos Servicios de Oncología Médica en los que se llevó a cabo esta investigación: el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario Virgen Macarena y su homólogo del Hospital Universitario Virgen del Rocío, el Servicio de Cirugía Mamaria del Hospital Maternal (Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío) y el Servicio de Radioterapia del Hospital "Duques del Infantado", todos ellos de Sevilla capital.

Se revisaban diariamente las historias médicas de las pacientes que iban a pasar por las distintas consultas oncológicas, con ocasión de las revisiones periódicas que debían pasar. El acceso a las historias médicas, permitió al equipo evaluador seleccionar a las mujeres mastectomizadas de acuerdo con los criterios de inclusión y recoger, asimismo, los datos médicos sobre: edad, estadio del cáncer, tipo de cirugía realizada, fecha exacta de la intervención, tratamientos oncológicos recibidos o aplicándose en la actualidad, reconstrucción mamaria, recidivas de la enfermedad y situación



actual de la misma, enfermedades pasadas o actuales, tratamientos psicológicos o psiquiátricos pasados o actuales y toma de medicación psiquiátrica, alcohol o drogas. Otros datos que aparecían en las historias médicas que fueron de gran utilidad eran el nivel cultural de la paciente y si mantenían relaciones de pareja.

Las pacientes que cumplían los requisitos para ser incluidas en los grupos de MASTECTOMIZADAS-MENOS DE UN AÑO o el de MASTECTOMIZADAS-MÁS DE UN AÑO, eran informadas, por parte de algún miembro del equipo de oncólogos y generalmente al finalizar el tiempo de la consulta, del estudio que estábamos realizando. El médico les explicaba que era un trabajo de investigación donde participaban mujeres afectadas de la misma enfermedad que ellas, que la participación consistía en contestar anónimamente a unos cuestionarios; asimismo, se les decía que los resultados del trabajo llevarían a un mejor conocimiento de la problemática psicológica y psicosexual de las personas con esa patología, lo cual posibilitaría, a su vez, una mejor atención a dichas personas.

Posteriormente, el mismo médico que ofrecía la información, preguntaba a la paciente si deseaba colaborar en dicho estudio, especificando que tal colaboración era voluntaria. En el caso de que la mujer aceptara colaborar, el médico le decía que a continuación iba a pasar con una compañera Psicóloga, la cual le realizaría la entrevista. Decir que en todos los casos, la evaluación se realizó en alguna dependencia (sala o despacho) del Servicio de Oncología donde la paciente era revisada y/o tratada.

La persona encargada de la evaluación proporcionaba a la paciente información adicional sobre los objetivos últimos del estudio, informándole, además, que tendría que cumplimentar unos cuestionarios, que le llevaría aproximadamente tres cuartos de

hora de su tiempo, que la negativa a participar no conllevaría ningún tipo de repercusión para ella y que el trato con el personal médico no cambiaría en absoluto. También se le informaba de que algunas de las preguntas se referían a aspectos íntimos de su relación sexual con la pareja, y que siempre tendría garantizado el anonimato de sus respuestas. Posteriormente se preguntaba nuevamente a la paciente sobre su disposición a colaborar en la investigación.

Este modo de actuación se siguió en todos los casos hasta que se hubo completado la muestra de los dos grupos de mujeres mastectomizadas. La recogida de estas muestras se realizó entre Noviembre de 1.994 y Mayo de 1.996.

Por otra parte, el grupo CONTROL fue seleccionado de entre las asistentes a distintos talleres sobre cuestiones de salud en la mujer, principalmente "Autoexploración mamaria" y "Menopausia", que se impartieron desde Octubre de 1.995 hasta Junio de 1.996, dentro del "Programa de Promoción y Participación de la Mujer" que organiza el Instituto Andaluz de la Mujer. Los talleres se sucedieron en distintos Centros de Servicios Sociales de Sevilla y sus alrededores. Las personas que impartían estos cursos sobre salud, eran médicos o A.T.S. pertenecientes a la Delegación de Salud del Área de Servicios Sociales del Excmo. Ayuntamiento de Sevilla.

Los talleres tenían una duración de dos horas durante dos días consecutivos. El monitor/a del taller informaba a las asistentes que se estaba realizando un estudio, que tenía como objetivo principal conocer la problemática psicológica y psicosexual de las mujeres que habían sido mastectomizadas como consecuencia de un cáncer de mama y que ello contribuiría a que se les prestara una mejor asistencia a dichas personas. A continuación expresaba el carácter voluntario de dicha

colaboración y presentaba a la Psicóloga encargada de la evaluación.

Por su parte, la evaluadora daba más detalles sobre los objetivos de la investigación, especificando que el estudio se estaba realizando únicamente con personas que tuvieran una edad superior a 25 años e igual o inferior a 59 años, y que además tuvieran una relación de pareja estable; se les informaba que este último criterio se debía a que muchas de las preguntas del cuestionario hacían referencia a cuestiones sobre la relación afectiva y sexuales con la pareja. Los demás criterios de selección no se comentaban para no dar la impresión de estar discriminando a las personas enfermas o discapacitadas; cuando alguna mujer no cumplía todos los criterios se evaluaba igual que a las demás, pero no se incluía en la muestra.

Posteriormente, se informaba a las mujeres sobre la garantía del anonimato de sus respuestas y de que la entrevista se realizaría en privado, en una sala donde estuviera sola con la evaluadora. También se informaba del tiempo de duración de la evaluación (que era aproximadamente el mismo que en el caso de las mujeres mastectomizadas), y que tendrían que quedar con la persona encargada de la evaluación a horas y días distintos a las de la realización del taller.

Para evitar, en la medida de lo posible, la presión del grupo en el hecho de colaborar, se les pedía a las mujeres que aquellas que estaban interesadas en colaborar en el estudio se acercaran a hablar con la Psicóloga una vez dada por finalizada la presente sesión del taller. Entonces se citaba con cada una de las mujeres que se mostraban dispuestas a colaborar, siempre en el mismo Centro donde se realizaba el taller.

Hay que destacar el alto nivel de colaboración que encontramos en las mujeres posibles candidatas de las distintas muestras; esto fue posible gracias al enorme interés que pusieron tanto los médicos de los distintos Servicios de Oncología Médica que colaboraron con nosotros, como los monitores que impartían los talleres sobre la Salud en la Mujer. Todos ellos supieron transmitir a las mujeres la importancia y la necesidad que implicaba su actitud solidaria, de cara a ayudar en un futuro a otras personas.

### **III.2.2.- PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN DE LAS PRUEBAS.**

El orden de aplicación de las pruebas durante la evaluación, fue el mismo en todos los grupos, a saber: Entrevista estructurada sobre datos sociodemográficos y médicos, Subescala "Sí mismo físico" de la Escala de Autoconcepto de Tennessee, Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, Entrevista estructurada sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones Afectivas y, en último lugar las Escalas de Excitación y Satisfacción del Inventario de Ansiedad y Excitación Sexual Ampliado.

La evaluación se realizó en todos los casos en una sola sesión, cuya duración normalmente se aproximaba a los tres cuartos de hora, con oscilaciones de 15 minutos, en función de la dificultad o facilidad de comprensión de la mujer ante las distintas pruebas. Se puso especial cuidado en que el lugar donde se realizaba la evaluación fuera un sitio tranquilo, para evitar interrupciones por parte de otras personas.

Antes de dar comienzo a la evaluación psicológica de las mujeres mastectomizadas, y como hemos comentado en el apartado anterior, se ofrecía a la mujer cierta información sobre los objetivos y características de la investigación, para posteriormente volver a confirmar su colaboración. Esta información se estableció previamente en el siguiente formato:

"Como ya le ha explicado el/la Dr/a. ...., estamos realizando una investigación en colaboración con los médicos de este servicio, cuyo objetivo es el de conocer en mayor profundidad la problemática psicológica y psicosexual de la mujer que ha sido operada por enfermedad mamaria, como es su caso. Esto nos va a permitir mejorar las técnicas de cara al apoyo y tratamiento psicoterapéuticos de las mujeres mastectomizadas que lo necesiten.

Su participación es, naturalmente, voluntaria, pero también consideramos que es muy necesaria. Sin que por ello, su negativa le vaya a causar ningún problema, ni en su tratamiento ni en el trato que usted reciba.

Su colaboración consistirá en contestar de forma privada a unos cuestionarios que yo le iré proporcionando. La duración de la entrevista es de alrededor de tres cuartos de hora. Muchas de las preguntas que forman estos cuestionarios, hacen referencia a su forma de pensar, sentir y actuar, y también se refieren a algunos aspectos más íntimos de su sexualidad.

Debe saber, que toda la información que usted nos de será considerada como estrictamente confidencial y anónima.

¿Estaría dispuesta a colaborar?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN".

Cuando se realizó la recogida de la muestra control, ofrecíamos la información dirigida al grupo de mujeres que acudían al taller que se estaba impartiendo. Esta información estaba sistematizada de forma similar a la anterior, con algunos matices:

*"Como ya les ha explicado el monitor/a, estamos realizando una investigación conjuntamente con los Servicios de Oncología Médica de distintos hospitales de Sevilla, cuyo objetivo es el de conocer en mayor profundidad la problemática psicológica y psicosexual de la mujer que ha sido operada por cáncer de mama. Esto nos va a permitir mejorar las técnicas de cara al apoyo y tratamiento psicoterapéuticos de las mujeres mastectomizadas que lo necesiten.*

*La participación en este estudio es totalmente voluntaria, pero también consideramos que es muy necesaria.*

*Su colaboración consistirá en contestar de forma privada a unos cuestionarios, para lo cual iré citándome con cada una de ustedes individualmente. El tiempo que dura la entrevista es alrededor de tres cuartos de hora.*

*Muchas de las preguntas que forman los cuestionarios, hacen referencia a como piensan, sienten o actúan, y también se refieren a algunos aspectos más íntimos de su sexualidad.*

*Deben saber, que toda la información que ustedes nos den será considerada como estrictamente confidencial y anónima.*

*Quienes estén dispuestas a colaborar, tengan la amabilidad de dirigirse a mí tras la finalización de la sesión para concertar el momento de la entrevista.*

*MUCHAS GRACIAS POR LA ATENCIÓN PRESTADA".*

En todos los casos, como hemos comentado, y debido al carácter íntimo de muchas de las preguntas e ítems de los cuestionarios, la mujer contestaba de forma autoaplicada a la batería de tests de la investigación. La persona encargada de la evaluación iba proporcionando a la mujer cada prueba, ofreciendo una pequeña explicación sobre la dinámica de cada cuestionario. En el caso del cuestionario SAI, se incidía a la mujer que debía responder imaginando cada situación, pero siempre haciendo referencia a como se sentía o creía que se sentiría actualmente, en el momento presente. Esto tenía como objetivo que la mujer mastectomizada respondiera tal y como vivenciaba su cuerpo en aquel momento, y no tratara de responder como lo hubiera hecho antes de la mastectomía.

En el caso de los dos grupos de mujeres mastectomizadas la evaluación fue llevada a cabo por cuatro Psicólogas, todas ellas pertenecientes al equipo de la Unidad de Psicología Clínica del Hospital Universitario Virgen Macarena, el cual realiza tareas diagnósticas y asistenciales a los pacientes oncológicos. Las entrevistadoras contaban previamente con una amplia formación en la aplicación de test psicométricos, así como en la evaluación y tratamiento psicológico del enfermo de cáncer.

Por otra parte, dos de estas Psicólogas se encargaron de realizar la evaluación de las mujeres que conformaron el grupo control.



---

La dinámica de trabajo en la recogida de la muestra, hizo posible que muy frecuentemente se discutieran en grupo todas las situaciones problemáticas y particularidades que surgían durante las sesiones de evaluación, determinándose así las líneas de actuación en los sucesivos casos. De esta manera, conseguimos un elevado grado de uniformidad y homogeneidad a la hora de utilizar los distintos instrumentos del estudio.

### **III.2.3.- MÉTODO ESTADÍSTICO.**

Las distintas pruebas estadísticas, que se describen a continuación fueron seleccionadas en función de las características y distribución de las diferentes variables estudiadas en esta investigación, así como en función de los objetivos que nos marcamos ante la misma.

#### **III.2.3.1.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS.**

En el caso de las variables de naturaleza cuantitativa, se realizó el cálculo de estabilidad de la tendencia central (media) y de variabilidad (desviación típica), de cada uno de los grupos y para cada una de las variables.

Cuando las variables eran de naturaleza nominal u ordinal, se tomaban las frecuencias absolutas de cada valor en relación a cada grupo, así como el porcentaje que dicha frecuencia tenía respecto al mencionado grupo (este valor viene reflejado en las tablas entre paréntesis).

#### **III.2.3.2.- PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA UNA VARIABLE: PRUEBA DE NORMALIDAD DE KOLMOGOROV-SMIRNOV.**

Utilizamos esta prueba estadística cuando nos interesó verificar la hipótesis de la normalidad, es decir, comprobar si la distribución empírica que presentaba una variable cuantitativa en un grupo seguía una distribución comparable con una distribución normal (o Campana de Gauss).

A las variables que cumplieron el requisito de la Ley Normal, se les pudo aplicar posteriormente pruebas estadísticas de carácter paramétrico.

### **III.2.3.3.- ANÁLISIS COMPARATIVOS.**

#### **III.2.3.3.1.- PRUEBA DE KOLMOGOROV-SMIRNOV PARA DOS MUESTRAS.**

Esta prueba no paramétrica evalúa las diferencias entre dos distribuciones en torno a la medida central, permitiendo la verificación de la hipótesis de que dos muestras proceden de la misma población.

#### **III.2.3.3.2.- PRUEBA CH CUADRADO DE PEARSON.**

Realizamos este tipo de análisis cuando era necesario comparar la distribución de frecuencias de variables nominales entre los distintos grupos. Ch cuadrado evalúa en qué medida dos variables se encuentran asociadas; es decir, evalúa la existencia de una covariación observada conjunta.

Si la comparación se realizaba entre dos grupos y la variable se distribuía en ellos en dos categorías (tablas 2x2), tomábamos el estadístico "Coeficiente de continuidad de Yates", que resulta más apropiado para este tipo de comparaciones, ya que realiza una corrección sobre la fórmula de la Ch cuadrado de Pearson. Si además menos del 20% de las casillas presentaban una probabilidad esperada menor de cinco, tomábamos como grado de significación prevalente sobre el que proporcionan los dos estadísticos anteriores, la "Probabilidad exacta de Fisher".

**III.2.3.3.3.- PRUEBA T DE STUDENT PARA MUESTRAS INDEPENDIENTES.**

Empleamos esta prueba para comprobar si dos muestras no relacionadas provienen de poblaciones con la misma media. Incluye una prueba de homogeneidad de las varianzas (Test de Levene) de ambos grupos. En función de si se cumple o no la condición de la homogeneidad de varianzas, se toma un valor u otro del estadístico "t", con su grado de significación asociado.

**III.2.3.3.4.- ANÁLISIS DE VARIANZA DE UN SOLO FACTOR (ONEWAY).**

Este análisis de carácter paramétrico, se utilizó para probar si dos o más grupos provienen de poblaciones con la misma media.

Cuando comparábamos más de dos grupos, realizamos las comparaciones a posteriori, para determinar qué grupos eran diferentes entre sí. El método que utilizamos cuando la variable independiente era nominal fue el de la "Diferencia mínima significativa", que no considera distancia entre los pares de medias; cuando la variable independiente era ordinal utilizamos el "Método de Tukey Modificado (Tukey-B)", que considera las distancias entre los pares de medias.

**III.2.3.3.5.- ANÁLISIS DE VARIANZA NO PARAMÉTRICO.**

Cuando las variables no cumplieron los supuestos paramétricos (p.e. grupos inferiores a 30) realizamos el análisis de la varianzas a través de la prueba estadística de Kruskal-Wallis.

### **III.2.3.3.6.- PRUEBA DE SIGNOS PARA GRUPOS RELACIONADOS Y VARIABLES NO PARAMÉTRICAS.**

Se utiliza en diseños de medidas repetidas cuando la variable dependiente se expresa en una escala ordinal, aunque el orden que exprese sea más bien burdo. Compara las puntuaciones de cada sujeto en los dos momentos (antes-después), contemplando si son iguales, si ha aumentado o ha disminuido. Prueba la hipótesis de si ha habido cambios (en un sentido o en otro) en un número significativo de sujetos, de forma que no haya el mismo número de aumentos que de disminuciones.

### **III.2.3.3.7.- PRUEBA DE MCNEMAR PARA DISEÑOS "ANTES-DESPUÉS".**

Es una prueba estadística que se utiliza en diseños de grupos relacionados, donde la variable dependiente se expresa en una escala nominal dicotómica. Pone a prueba la hipótesis de que se han producido cambios en un determinado sentido en un número significativo de casos.

### **III.2.3.4.- ANÁLISIS CORRELACIONALES.**

#### **CORRELACIÓN LINEAL SIMPLE DE PEARSON.**

Esta prueba estadística nos permitió determinar el grado de asociación lineal entre dos variables de carácter cuantitativo.

### **III.2.3.5.- ANÁLISIS DISCRIMINANTES.**

Este procedimiento estadístico permite que a partir de un conjunto de variables independientes se determine una función

lineal con la que clasificar a los sujetos en subpoblaciones o grupos establecidos por los valores de la variable dependiente.

Las variables independientes seleccionadas por el análisis van a clasificar a los sujetos en diferentes niveles de la variable dependiente, siendo el porcentaje de casos correctamente clasificados un índice de efectividad de la función discriminante.

Por tanto, obtenemos un conjunto de variables independientes con la que se podría predecir la categoría (dentro de un grado de error) a la que pertenece un sujeto procedente de la población general.

### **III.2.3.6.- NIVEL DE SIGNIFICACIÓN.**

Asumimos en la prueba de nuestras hipótesis una probabilidad de error, desde la cual el riesgo se consideraba excesivo, menor al 5%; por tanto, trabajamos con un nivel de significación inferior a 0.05. Cuando una prueba estadística nos ofrecía un grado de significación inferior a 0.01 o a 0.001, también se especificó.

## **IV. - RESULTADOS**

#### **IV.1.- PRUEBA DE NORMALIDAD.**



Se aplicó la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una distribución a todas aquellas variables a las que posteriormente aplicaríamos pruebas estadísticas paramétricas, con el objetivo de comprobar si la distribución de los sujetos en dichas variables cumplían la Ley de Normalidad. A continuación detallamos los resultados de estos análisis.

**Tabla 12: Prueba de Normalidad para las diversas variables cuantitativas en los grupos muestrales.**

K-S	MASTECT. < 1 AÑO		MASTECT. > 1 AÑO		CONTROL	
	Z	G <sup>o</sup> Sig.	Z	G <sup>o</sup> Sig.	Z	G <sup>o</sup> Sig.
Edad	0.64	0.801	0.75	0.631	0.52	0.948
Autoconcepto Físico	0.83	0.487	0.52	0.952	0.49	0.969
Componente Afectivo	0.64	0.800	0.64	0.803	0.98	0.290
Compte. Cognitivo	0.66	0.778	0.65	0.783	0.87	0.437
Compte. Comportant.	0.70	0.718	0.55	0.918	0.76	0.610
Ansiedad Estado	0.78	0.577	0.46	0.981	0.70	0.712
Ansiedad Rasgo	0.95	0.325	0.65	0.789	0.44	0.989
Excitación	0.51	0.958	0.48	0.974	0.67	0.754
Satisfacción	0.41	0.996	0.61	0.848	0.72	0.671

(\*)  $\alpha < 0.05$  / (\*\*)  $\alpha < 0.01$  / (\*\*\*)  $\alpha < 0.001$

Como se puede observar tanto en la variable edad como en las medidas procedentes de la Subescala del Sí mismo físico (Autoconcepto Físico y sus tres componentes), del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y de las Escalas de Excitación y Satisfacción del S.A.I.-E., el porcentaje asociado al estadístico de la Prueba de Normalidad no alcanza en ningún caso el nivel de significación, por lo que puede decirse que estas variables se distribuyen normalmente en los diferentes grupos estudiados.

## **IV.2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVOS**

#### **IV.2.1.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS.**

Comentar, en primer lugar, que parte de las variables que recogen los ítems de estas entrevistas han sido ya analizadas en el apartado de Material con el objetivo de describir los grupos muestrales que utilizamos para el estudio. A continuación detallaremos los resultados obtenidos con el resto de las variables que componían dichas entrevistas.

##### **GRUPO MASTECTOMIZADAS-MENOS DE UN AÑO.**

Ante la pregunta de si habían recibido información sobre el diagnóstico de la enfermedad mamaria, el 76.7% de las mujeres que conformaban este grupo contestó afirmativamente (Tabla 13), estando en un 56.5% de los casos las palabras cáncer/carcinoma y en un 26.1% bulto/tumor maligno en el contenido de dicha información que dijeron haber recibido (Tabla 14). Del 23.3% restante que respondieron no haber recibido información sobre el diagnóstico, el 85.7% contestó que le hubiera gustado haber sido informada (Tabla 15).

De las 18 pacientes de este grupo que estaban recibiendo tratamiento quimioterápico en el momento de la evaluación, el efecto secundario que más frecuentemente nos informaron fue el de náuseas en el 83.3% de los casos, seguido de vómitos, alopecia de grado 1 (grado más leve) y cansancio o debilidad, que se dio en el 38.8% de los casos respectivamente (Tabla 16). Comentar que una de las pacientes que ya habían terminado con la quimioterapia, aún tenía una alopecia de grado 2.

Respecto al estatus hormonal, el 46.6% de las pacientes o bien estaba en estadio menopáusico o bien en aquel momento manifestaba alteraciones importantes del ciclo menstrual. En el 50% de estos casos podía hablarse de menopausia inducida por el tratamiento de quimioterapia (Tabla 17). Las mujeres que estaban en estadio post-menopáusico, llevaban una media de 21.3 meses (con una desviación típica de 25.9) en dicho período (Tabla 18).

#### **GRUPO MASTECTOMIZADAS-MÁS DE UN AÑO.**

En el grupo de mujeres que llevaban mastectomizadas más de un año, el 86.7% afirmó haber sido informada sobre el diagnóstico de la enfermedad (Tabla 13). El tipo de información que habían recibido se refería en el 24% de los casos a "un bulto/tumor que había que quitar", en el 32% a "un bulto/tumor maligno", en el 36% de los casos a "un cáncer/carcinoma", mientras que el resto había sido informada de "un bulto/tumor benigno" (Tabla 14). De las pacientes no informadas el 82% deseaba que le hubieran proporcionado información (Tabla 15).

En la Tabla 17 podemos observar que el 36.7% estaba en estadio menopáusico o con alteraciones del ciclo menstrual, siendo un 20% de los casos inducido por quimioterapia. Las mujeres menopáusicas llevaban una media de 39.6 meses en este estadio, con una desviación típica de 29.6 (Tabla 18).

**GRUPO CONTROL.**

En este caso sólo cabe comentar los datos referidos al estatus menopáusico. Decir que el 40% de las mujeres estaban en estadio menopáusico o con alteraciones del ciclo menstrual (Tabla 17), siendo la media del tiempo que llevaban en menopausia de 45.7 meses y la desviación típica de 33.5 (Tabla 18).

**Tabla 13: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL DIAGNÓSTICO en los grupos de mastectomizadas.**

INFORMAC. DIAGNÓSTICO	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
SÍ	23 (76.7)	26 (86.7)	49 (81.7)
No	7 (23.3)	4 (13.3)	11 (18.3)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

**Tabla 14: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL DIAGNÓSTICO en los grupos de mastectomizadas.**

TIPO DE INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE EL DIAG.	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
Bulto/tumor benigno	1 (4.3)	2 (8)	3 (6.3)
B/t. que había que quitar	3 (13)	6 (24)	9 (18.8)
Bulto/tumor maligno	6 (26.1)	8 (32)	14 (29.2)
Cáncer/Carcinoma	13 (56.5)	9 (36)	22 (45.8)

Tabla 15: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el DESEO DE HABER RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE EL DIAGNÓSTICO en los grupos de mastectomizadas.

DESEOS DE INFORMACIÓN	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
SÍ	6 (85.7)	3 (75)	9 (81.8)
No	1 (14.3)	0	1 (9.1)
Ns/Nc	0	1 (25)	1 (9.1)

Tabla 16: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los EFECTOS SECUNDARIOS DE LA QT en el grupo de mastectomizadas-menos de un año.

EFECTOS SECUNDARIOS QT	
Nauseas	15 (83.3)
Vómitos	7 (38.8)
Alopecia G <sup>o</sup> 1	7 (38.8)
Alopecia G <sup>o</sup> 2	1 (5.5)
Alopecia G <sup>o</sup> 3	3 (16.6)
Cansancio/Debilidad	7 (38.8)
Dolores (varios)	3 (16.6)
Molestias gástricas	5 (27.7)

Tabla 17: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el ESTADIO HORMONAL en los grupos muestrales.

ESTADIO HORMONAL		MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Meno-pausia	Inducida QT	7 (23.3)	5 (16.7)	0	12 (13.3)
	No Inducida	7 (23.3)	6 (20)	12 (40)	25 (27.8)
Ciclo normal		16 (53.3)	19 (63.3)	18 (60)	53 (58.9)

Tabla 18: Medias y Desviaciones Típicas del TIEMPO EN MENOPAUSIA en los grupos muestrales.

TIEMPO EN MENOPAUSIA	MEDIA	DESV. TIP.
Mast.<1año	21.3	25.9
Mast.>1año	39.6	29.6
Control	45.7	33.5

#### IV.2.2.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO.

A continuación (Tabla 19) se muestran las medias y desviaciones típicas de los diferentes grupos del estudio en lo que respecta a la puntuación total obtenida en la Subescala del Sí mismo físico perteneciente a la Escala de Autoconcepto de Tennessee (es decir, la medida del autoconcepto físico), así como las medias y desviaciones típicas de los tres componentes que engloba esta Subescala: la autoestima física (componente afectivo), el autoconcepto físico (componente cognitivo) y el autocomportamiento físico (componente comportamental).

Tabla 19: Medias y Desviaciones Típicas en la SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO obtenidas por los grupos muestrales.

SUBESCALA "SÍ MISMO FÍSICO"	MAST.< 1 AÑO		MAST.> 1 AÑO		CONTROL	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Autoconcepto Físico	65.1	13.4	65.0	11.1	64.5	8.7
Compte. Afectivo	20.8	5.9	20.6	4.7	20.9	4.5
Compte. Cognitivo	22.7	4.6	23.2	3.8	22.6	3.6
Comp. Comportamental	21.6	4.4	21.3	4.4	21.0	3.2

Como se puede observar en la tabla anterior, las medias de las diferentes medidas que ofrece esta Subescala en relación al autoconcepto físico y sus tres componentes son muy similares en los tres grupos de nuestro estudio.



Por lo que se refiere a la aportación de cada uno de los tres componentes del autoconcepto físico a la puntuación total, decir que las tres medidas son bastantes semejantes dentro de cada grupo, destacando en todo caso el autoconcepto físico -como aspecto cognitivo- cuya puntuación parece tener un mayor peso en la puntuación total de la Subescala, seguido del autocomportamiento físico.

Respecto al análisis de la distribución de frecuencias de los distintos grupos en las diferentes opciones que ofrecen los ítems de la Subescala, hay que señalar que realizamos una agrupación de frecuencias debido a que la dispersión de los datos dificultaba el estudio estadístico de los mismos. De esta manera consideramos las opciones de "*completamente falso*" y "*mayormente falso*" como "falso", la opción de "*parcialmente falso y parcialmente verdadero*" como "neutro" y las opciones de "*mayormente verdadero*" y "*completamente verdadero*" como "verdadero".

En la siguiente tabla destacamos los ítems de la Subescala que por referirse a cuestiones relacionadas con la salud y con la percepción del cuerpo y su atractivo, consideramos que tienen mayor relevancia en este estudio. La tabla con la relación completa de los ítems y la distribución de los grupos en sus diferentes opciones se detalla en el Anexo III (Tabla 76).

Tabla 20: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LA SALUD Y CON LA PERCEPCIÓN DEL CUERPO Y SU ATRACTIVO de la Subescala del Sí mismo Físico, en los grupos muestrales.

ÍTEMS "SI MISMO FÍSICO"		MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	CONTROL	TOTAL
1.- Tengo un cuerpo sano	Falso	7 (23.3)	0	2 (6.7)	9 (10)
	Neutro	13 (43.3)	12 (40)	10 (33.3)	35 (38.9)
	Verdadero	10 (33.3)	18 (60)	18 (60)	46 (51.1)
2.- Soy una persona atractiva	Falso	9 (30)	7 (23.3)	5 (16.7)	21 (23.3)
	Neutro	11 (36.7)	16 (53.3)	21 (70)	48 (53.3)
	Verdadero	10 (33.3)	7 (23.3)	4 (13.3)	21 (23.3)
6.- Soy una persona enferma	Falso	17 (56.7)	20 (66.7)	23 (76.7)	60 (66.7)
	Neutro	6 (20)	8 (26.7)	4 (13.3)	18 (20)
	Verdadero	7 (23.3)	2 (6.7)	3 (10)	12 (13.3)
8.- Me gusta mi apariencia tal como es	Falso	9 (30)	8 (26.7)	7 (23.3)	24 (26.7)
	Neutro	4 (13.3)	7 (23.3)	7 (23.3)	18 (20)
	Verdadero	17 (56.7)	15 (50)	16 (53.3)	48 (53.3)
9.- Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	Falso	8 (26.7)	10 (33.3)	11 (36.7)	29 (32.2)
	Neutro	2 (6.7)	3 (10)	6 (20)	11 (12.2)
	Verdadero	20 (66.7)	17 (56.7)	13 (43.3)	50 (55.6)
11.- No me siento tan bien como debiera	Falso	11 (36.7)	12 (40)	9 (30)	32 (35.6)
	Neutro	6 (20)	3 (10)	8 (26.7)	17 (18.9)
	Verdadero	13 (43.3)	15 (50)	13 (43.3)	41 (45.6)
12.- Debería tener más atractivo sexual	Falso	18 (60)	18 (60)	15 (50)	51 (56.7)
	Neutro	5 (16.7)	4 (13.3)	7 (23.3)	16 (17.8)
	Verdadero	7 (23.3)	8 (26.7)	8 (26.7)	23 (25.6)

(Nota: los porcentajes aparecen entre paréntesis)

En relación al Ítem 1 de la Subescala podemos comentar que en el grupo de mastectomizadas-menos de un año hay más mujeres que consideran no tener un cuerpo sano, en comparación a los otros dos grupos. Destaca también que en el grupo de mastectomizadas-más de un año, ninguna mujer negase tener un cuerpo sano, mientras que en el grupo control, aunque con un porcentaje bajo (6.7%), hay algunas mujeres que sí niegan tal afirmación.

En la distribución de frecuencias del Ítem 2, puede observarse que en el grupo de mastectomizadas-menos de un año un 33.3% considera como verdadero el ser una persona atractiva, mientras que en el grupo de mastectomizadas-más de un año tal porcentaje es del 23.3 y en grupo control del 13.3. También es destacable que un 30% de las mujeres que llevaban menos de un año mastectomizadas consideraran que no eran personas atractivas, este porcentaje desciende a un 23.3% en el grupo de mastectomizadas-más de un año y a un 16.7% en el grupo control.

Respecto al Ítem "Soy una persona enferma", hay más mujeres en el grupo control, seguido por el grupo de mastectomizadas-más de una año que consideran falsa tal afirmación. En el grupo donde han sido mastectomizadas hace menos de un año, es donde existe un mayor porcentaje de mujeres que se consideran enfermas.

Comentar también en relación al Ítem 9, que el 66.7% de las mujeres del grupo de mastectomizadas-menos de un año consideraban que les gustaría cambiar algunas partes de su cuerpo; en el grupo de mastectomizadas-más de un año este porcentaje disminuye al 56.7, siendo en el grupo control del 43.3%. En el resto de los ítems detallados en esta tabla, la distribución de los grupos según las opciones de los ítems es bastante equitativa, pero conviene destacar ese 30% de mujeres del grupo de mastectomizadas-menos de un año a las que no les gustaba su

apariencia tal como era o que el 60% de las mujeres del grupo de más de un año consideraron que no se sentían tan bien físicamente como deberían; asimismo, resaltamos que en todos los grupos alrededor del 25% pensaban que deberían tener más atractivo sexual.

#### IV.2.3.- RESULTADOS OBTENIDOS CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.

En la Tabla 21 se detallan las medias y desviaciones típicas correspondientes a los grupos muestrales del estudio en relación a la puntuación obtenida en cada una de las dos escalas del S.T.A.I.: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo.

Tabla 21: Medias y Desviaciones Típicas en el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo obtenidas por los grupos muestrales.

ESCALAS DEL S.T.A.I.	MAST.<1 AÑO		MAST.>1 AÑO		CONTROL	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
<b>Ansiedad Estado</b>	20.3	11.5	19.9	13.1	19.3	10.5
<b>Ansiedad Rasgo</b>	23.2	12.9	25.0	12.4	25.1	9.7

Como se puede observar, aunque no existen grandes discrepancias entre los grupos, la puntuación media en Ansiedad Estado más elevada corresponde al grupo de mastectomizadas-menos de un año; la media de la puntuación en Ansiedad Rasgo más elevada pertenece al grupo control, seguida muy cercanamente del grupo de mastectomizadas-más de un año.

Al transformar las puntuaciones directas obtenidas por cada una de las mujeres de los diferentes grupos en puntuaciones percentílicas de acuerdo con la tipificación que proporciona el Manual de T.E.A., obtenemos la distribución que se expresa en la Tabla 21.

**Tabla 22: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los NIVELES DE ANSIEDAD en los grupos muestrales.**

NIVELES DE ANSIEDAD (PC)	ANSIEDAD ESTADO				ANSIEDAD RASGO			
	MAST. < 1AÑO	MAST. > 1AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. < 1AÑO	MAST. > 1AÑO	CONTROL	TOTAL
Ex.baja (< 20)	6 (20)	9 (30)	8 (26.7)	23 (25.6)	11 (36.7)	8 (26.7)	5 (16.7)	24 (26.7)
Baja (20-40)	7 (23.3)	4 (13.3)	8 (26.7)	19 (21.1)	3 (10)	5 (16.7)	5 (16.7)	13 (14.4)
Media (40-60)	7 (23.3)	6 (20)	4 (13.3)	17 (18.9)	7 (23.3)	4 (13.3)	7 (23.3)	18 (20)
Alta (60-80)	7 (23.3)	8 (26.7)	7 (23.3)	22 (24.4)	1 (3.3)	6 (20)	9 (30)	16 (17.8)
Ex.alta (>80)	3 (10)	3 (10)	3 (10)	9 (10)	8 (26.7)	7 (23.3)	4 (13.3)	19 (21.1)

Si tenemos en cuenta que un percentil inferior a 20 puede interpretarse como una puntuación extremadamente baja, entre 20 y 40 como baja, de 40 a 60 como media, de 60 a 80 alta y superior a 80 como extremadamente alta, podemos decir en el caso de la distribución para la Ansiedad Estado que el 25.6% del total de las mujeres que participaron en el estudio presentaron una puntuación en esta escala extremadamente baja, mientras que un 10% tenía un nivel extremadamente alto. Cabe destacar que en lo que se refiere a esta escala la distribución de los tres grupos muestrales es bastante similar.

Respecto a la escala de Ansiedad Rasgo, conviene destacar que en los dos grupos de mastectomizadas hay una mayor tendencia a situarse en los niveles extremos (tanto alto como bajo). De esta forma, en el grupo de mastectomizadas-menos de un año hay un 63.4% de mujeres que puntúan valores extremos; esto mismo ocurre en el grupo de mastectomizadas-más de un año en un 50% de los casos, mientras que en el grupo control tan sólo el 30% se dispersa hacia los extremos del baremo.

#### **IV.2.4.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS SOBRE IMAGEN CORPORAL, SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.**

A continuación detallamos los resultados referidos a estas dos entrevistas que, como recordaremos, una fue diseñada para aplicarse a los dos grupos de mujeres mastectomizadas y la otra al grupo control; los ítems de esta última entrevista eran iguales a los de la primera pero se habían eliminado aquellos que hacían referencia a la mastectomía y los que se referían al período previo a la enfermedad.

Pasamos a su descripción agrupándolos por áreas para que su exposición sea más aclaratoria.

##### **A.- ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES ANTE CUERPO DESNUDO.**

Debido a la dispersión de las frecuencias en las distintas opciones que originalmente habíamos considerado en los ítems de la entrevista, realizamos una agrupación de los mismos teniendo en cuenta que las opciones de "no, nunca" o "no, ninguno" se mantenían tal cual, mientras que el resto de las opciones "algunos, bastantes y muchos" o "algunas veces, bastantes veces y muchas veces" pasaban a ser una única categoría.

De acuerdo con lo anteriormente expuesto, en la siguiente tabla figuran la frecuencia y el porcentaje de mujeres de cada grupo que afirmaron tener problemas (ya fueran algunos, bastantes o muchos) o dificultades (algunas veces, bastantes veces o muchas veces) relacionadas con en este área.

**Tabla 23: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES ANTE EL CUERPO DESNUDO en los grupos muestrales.**

ACTITUDES ANTE EL CUERPO DESNUDO	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Problemas para verse a sí misma desnuda	9 (30)	11 (36.7)	3 (10)	23 (25.6)
Antes de la operación no solía desnudarse ante la pareja	5 (16.7)	5 (16.7)	0	10 (16.7)
Actualmente no suele desnudarse ante la pareja	14 (46.7)	15 (50)	9 (30)	38 (42.2)
Antes de la op. la pareja no solía mirarla cuando se desnudaba	8 (26.7)	5 (16.7)	0	13 (21.7)
Actualmente la pareja no suele mirarla cuando se desnuda	13 (44.8)	6 (22.2)	10 (33.3)	24 (33.7)

Como datos a resaltar podemos comentar la diferencia entre los porcentajes de mujeres mastectomizadas con problemas para verse a sí misma desnudas, que oscila entre el 30 y el 36.7%, frente al grupo control donde este problema sólo se manifestó en un 10% de los casos. En consonancia con esto mismo, es en este último grupo donde se observa un porcentaje inferior de problemas para desnudarse delante de la pareja. También podemos observar cómo la frecuencia de este problema se incrementa en los dos grupos de mujeres mastectomizadas en relación al período previo a la operación.

Cuando preguntamos si la pareja solía mirarla cuando ella se desnudaba entre un 22 y un 45% de la mastectomizadas contestó negativamente; en el grupo control el 33% contestó de igual forma.



**B.- PROBLEMAS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO.**

Con los ítems de las entrevistas que hacían referencia a este área realizamos una agrupación de frecuencias del mismo modo que hemos comentado en el apartado anterior. En la siguiente tabla se describe la incidencia de los problemas relacionados con la mencionada área en los distintos grupos.

**Tabla 24: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO en los grupos muestrales.**

PROBLEMAS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
Problemas para tocarse el sitio de la cicatriz	7 (23.3)	8 (26.7)	0	15 (25)
Antes op. la pareja no solía tocar la zona del pecho como una caricia	5 (16.7)	3 (10)	0	8 (13.3)
Actualmente la pareja no suele tocar la zona del pecho como una caricia	17 (56.7)	11 (36.7)	6 (20)	34 (37.8)
Antes op. la pareja no solía tocar la zona del pecho durante el acto sexual	3 (10)	6 (20)	0	9 (15)
Actualmente la pareja no suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	18 (62.1)	13 (43.3)	5 (16.7)	36 (40.4)

Destaca en la anterior tabla la elevación de la frecuencia en los grupos de mujeres mastectomizadas, en lo que se refiere a las caricias en la zona del pecho y durante el acto sexual por parte de la pareja, en comparación con ellas mismas antes de la operación o en comparación con el grupo control. También resaltamos el hecho de que aproximadamente una de cada cuatro mujeres, tanto de las más recientemente mastectomizadas como de aquellas que llevan más de un año operadas, presentan dificultades para acariciar el lugar donde se encuentra la cicatriz de la mastectomía.

**C.- ÍTEMS RELACIONADOS CON LA VALORACIÓN DEL ATRACTIVO FÍSICO.**

Como podemos recordar en este área se preguntaba a las mujeres acerca de la valoración del propio atractivo físico en relación a la mayoría de las mujeres de su edad (antes de la operación y en la actualidad) y sobre la percepción de la valoración que sobre su atractivo físico realizaba la pareja (antes de la operación y en el momento de la evaluación).

**Tabla 25: Distribución de Frecuencias y porcentajes según la VALORACIÓN DEL PROPIO ATRACTIVO FÍSICO -antes de la operación y actualmente- en los grupos muestrales.**

VALORACIÓN ATRACTIVO FÍSICO	ANTES DE LA OPERACIÓN			ACTUALMENTE			
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
<b>Peor</b>	0	3 (10)	3 (5)	13 (43.3)	15 (50)	1 (3.3)	29 (32.2)
<b>Igual</b>	27 (90)	24 (80)	51 (85)	17 (56.7)	14 (46.7)	18 (60)	49 (54.4)
<b>Mejor</b>	3 (10)	3 (10)	3 (10)	0	1 (3.3)	11 (36.7)	12 (13.3)

De la Tabla 25 podemos destacar el elevado porcentaje de mujeres en comparación tanto con el grupo control como con ellas mismas antes de la operación, que valoraron su atractivo físico en el momento de la evaluación de forma más negativa al compararse con el resto de las mujeres de su misma edad. Puede observarse cómo las mujeres del grupo control han valorado con mayor frecuencia su atractivo como igual (60%) o mejor (23.7%) que las mujeres de igual edad a las suyas.

**Tabla 26: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la PERCEPCIÓN DE LA VALORACIÓN QUE SOBRE SU ATRACTIVO FÍSICO REALIZA LA PAREJA, antes de la operación y actualmente en los grupos muestrales.**

VALORACIÓN ATRACTIVO FÍSICO	ANTES DE LA OPERACIÓN			ACTUALMENTE			
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
<b>Peor</b>	0	1 (3.3)	1 (1.7)	3 (10)	5 (16.7)	1 (3.3)	9 (10)
<b>Igual</b>	14 (46.7)	13 (43.3)	27 (45)	26 (86.7)	23 (76.7)	9 (30)	58 (64.4)
<b>Mejor</b>	16 (53.3)	16 (53.3)	32 (53.3)	1 (3.3)	2 (6.7)	20 (66.7)	23 (25.6)

Podemos observar que un 53.3% de las mujeres mastectomizadas percibieron que antes de la operación sus parejas valoraban su atractivo como mejor que la mayoría de las mujeres de su edad. Sin embargo, respecto al momento de la evaluación, sólo un 3.3% en el grupo de menos de un año y un 6.7% en el de más de un año percibió que la pareja valoraba su atractivo físico más favorablemente en comparación a mujeres de igual edad que la suya. Respecto al grupo control dicha percepción se dio en un 66.7% de los casos.

#### **D.- ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES.**

A continuación (Tabla 27) se expresan los resultados de diversos ítems de la Entrevista que se aplicó a las mujeres mastectomizadas y que se refieren a algunos problemas referidos a las relaciones sexuales tras la mastectomía. Con los ítems que versan sobre la preocupación por la reanudación de las relaciones sexuales, el miedo al rechazo y la disminución del interés sexual (propio y de la pareja), realizamos una agrupación de las

opciones de igual forma a como se ha descrito en apartados anteriores. Respecto a los ítems sobre disminución de frecuencia de coito y de orgasmos, decir que no se preguntaron directamente a las mujeres, sino que se crearon estas variables a partir de la comparación de las frecuencias de coito o de orgasmos antes de la enfermedad y actualmente.

**Tabla 27: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS REFERIDOS A PROBLEMAS CON LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MASTECTOMÍA.**

PROBLEMAS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MAST.	MASTEC. <1 AÑO	MASTEC. >1 AÑO	TOTAL
No reanudación de las relaciones sexuales tras la operación (con o sin coito)	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (6.7)
Preocupación por la no reanud. inmediata de las relac. sex. tras la oper.	13 (43.3)	16 (53.3)	29 (48.3)
Miedo a ser rechazada hasta la 1ª relac. sexual tras la operación	12 (40)	12 (40)	24 (40)
Disminución del interés sexual propio desde la operación	16 (53.3)	16 (53.3)	32 (53.3)
Disminución del interés sexual de la pareja desde la operación	8 (26.7)	3 (10)	11 (18.3)
Disminución de la frecuencia de coitos	12 (40)	13 (43.3)	25 (41.7)
Disminución frec. orgasmos (coito con estimulación del clítoris)	3 (11.1)	5 (17.9)	8 (14.5)
Disminución frec. orgasmos (coito sin estimulación del clítoris)	4 (14.8)	3 (10)	7 (12.7)
Disminución frec. orgasmos (coito sin estimulación del clítoris)	5 (19.2)	2 (7.7)	7 (13.5)

En general, destaca la similitud de las frecuencias con que se manifestaron los diferentes problemas sexuales en los dos grupos de mastectomizadas. Comentar también que los problemas que se observaron con una mayor incidencia fueron: preocupación por la no reanudación de las relaciones sexuales, miedo a ser

rechazada por la pareja hasta que tuvo lugar la primera relación sexual tras la mastectomía, disminución del propio interés en mantener relaciones sexuales y disminución de la frecuencia de coitos.

Seguidamente, se describen los resultados obtenidos con otros ítems que también estaban referidos a las relaciones sexuales, algunos de los cuales entraban a formar parte de la entrevista que diseñamos para la aplicación al grupo control.

**Tabla 28: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el MOTIVO DE LA NO REANUDACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES CON COITO TRAS LA MASTECTOMÍA.**

MOTIVO DE LA NO REANUDACIÓN DE LAS RELACIONES SEXUALES (CON COITO).	MASTEC. < 1 AÑO	MASTEC. > 1 AÑO	TOTAL
Falta apetito sexual de ambos	1 (33.3)	1 (50)	2 (40)
Miedo a golpe en cicatriz	1 (33.3)	0	1 (20)
Miedo al embarazo	1 (33.3)	0	1 (20)
Problemas de pareja previos	0	1 (50)	1 (20)

Tenemos que aclarar que en la Tabla 27 se hacía referencia a la no reanudación de las relaciones sexuales con o sin coito tras la mastectomía, circunstancia que se dio en el 6.7% del total de mujeres (4 pacientes). A estas mujeres y a las que contestaban que mantenían relaciones sexuales pero sin coito (se dio en 1 caso), preguntamos por el motivo de la no reanudación de dichas relaciones con inclusión del coito. Como podemos observar en la Tabla 28, las causas aducidas fueron variadas. Respecto a la paciente que mantenía relaciones sexuales en el momento de la evaluación, pero sin practicar el coito, el motivo que alegó fue el de miedo al embarazo.

**Tabla 29: Medias y Desviaciones Típicas del TIEMPO QUE PASÓ DESDE LA OPERACIÓN HASTA QUE TUVO LUGAR LA 1ª RELACIÓN SEXUAL TRAS LA MASTECTOMÍA (EN DÍAS).**

TIEMPO HASTA LA 1ª RELACIÓN SEXUAL	MEDIA	DESV. TIP.
Mastectomizadas < 1 año	27.1	19.5
Mastectomizadas > 1 año	47.1	66.7

En la tabla anterior se observa que la media del tiempo que tardaron las mujeres del primer grupo en tener su primera relación sexual tras la mastectomía era de unos 27 días (aproximadamente un mes). En el grupo de mujeres mastectomizadas más de un año esta media es sensiblemente superior (aproximadamente mes y medio); pero hay que tener en cuenta la gran variabilidad que se produce en este grupo respecto a esta variable, como se pone de manifiesto a través de su desviación típica.

**Tabla 30: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según el MIEMBRO DE LA PAREJA QUE INICIÓ LA 1ª RELACIÓN SEXUAL TRAS LA MASTECTOMÍA.**

MIEMBRO QUE INICIÓ LA 1ª RELAC. SEXUAL	MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	TOTAL
La paciente	2 (7.1)	1 (3.6)	3 (5.4)
La pareja	9 (32.1)	19 (67.9)	28 (50)
Ambos a la vez	15 (53.6)	7 (25)	22 (39.3)
No recuerda	2 (7.1)	1 (3.6)	3 (5.4)

Destacamos la escasa frecuencia con que las mujeres manifestaron haber tenido la iniciativa por sí solas en esa primera relación sexual tras la mastectomía (tan sólo en un 5.4%), ya que mayoritariamente (en un 89.3% de los casos)

afirmaron que había sido la pareja o ambos a la vez.

Por lo que se refiere a las preguntas sobre la importancia que concede a la actividad sexual (actualmente y antes de la enfermedad) donde las mujeres debían expresar su respuesta en una escala tipo Lickert de 1 a 7, realizamos una agrupación de las frecuencias considerando que de 1 a 2 era "poca importancia", de 3 a 5 "nivel medio de importancia" y de 6 a 7 era "mucha importancia". A continuación se presenta la correspondiente tabla.

**Tabla 31: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la IMPORTANCIA CONCEDIDA A LA ACTIVIDAD SEXUAL (actualmente y antes de la operación) en los grupos muestrales.**

IMPORTANCIA CONCEDIDA A LA ACTIVIDAD SEXUAL	ACTUALMENTE				ANTES DE LA OPERACIÓN		
	MAST. <1AÑO	MAST. >1AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. <1AÑO	MAST. >1AÑO	TOTAL
<b>Poca</b>	2 (6.7)	4 (13.3)	1 (3.3)	7 (7.8)	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (5)
<b>Media</b>	12 (40)	12 (40)	14 (46.7)	38 (42.2)	12 (40)	15 (50)	27 (45)
<b>Mucha</b>	16 (53.3)	14 (46.7)	15 (50)	45 (50)	16 (53.3)	14 (46.7)	30 (50)

Destacamos de la anterior tabla que tanto las mujeres de los tres grupos estudiados cuando se les preguntaba sobre la importancia que en el momento de la evaluación concedían a la actividad sexual, como las mastectomizadas al preguntarles sobre la importancia concedida a dicha actividad antes de la operación, contestaron con un porcentaje que oscila entre el 40 y el 50% que le daban un nivel medio de importancia, variando el porcentaje de mujeres que daban mucha importancia entre el 46.7 y el 53.3%.

**Tabla 32: Descriptivos de las variables referidas a las CARACTERÍSTICAS DE LA PAREJA SEXUAL Y DE LA RELACIÓN SEXUAL QUE SE MANTIENE CON ELLA en los grupos muestrales.**

CARACT. DE LA PAREJA SEXUAL Y DE LA RELACIÓN SEXUAL CON ELLA		MASTECT. < 1 AÑO	MASTECT. > 1 AÑO	CONTROL
Pareja sexual fija	Frec.(%)	30 (100)	30 (100)	30 (100)
Relación Heterosexual	Frec.(%)	30 (100)	30 (100)	30 (100)
Tiempo de relación sexual con la pareja	Media	19.6	20.1	21.1
	D.T.	7.4	6.6	6.5

Como se puede observar en la Tabla 32 todas las mujeres que participaron en el estudio afirmaron tener pareja sexual fija (no implicando con ello exclusividad), siendo en la totalidad de los casos dicha relación de carácter heterosexual. Respecto al tiempo que llevaban manteniendo relaciones sexuales con la pareja, podemos ver que, aunque la media del grupo de mastectomizadas- menos de un año es la más pequeña y la media del grupo control es la más alta, dichas diferencias no son elevadas; entre las desviaciones típicas de los diferentes grupos tampoco se aprecian diferencias notables.

En la siguiente tabla se expresan las distintas edades - agrupadas por intervalos- a las que las mujeres empezaron a practicar el coito en sus relaciones sexuales, definido éste como la inserción del pene, los dedos u objetos en la vagina por parte de la pareja.



**Tabla 33: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la EDAD A QUE SE EMPEZÓ A PRACTICAR EL COITO en los grupos muestrales.**

EDAD PRIMER COITO	MASTEC. < 1AÑO	MASTEC. > 1AÑO	CONTROL	TOTAL
Antes 15 años	0	1 (3.3)	0	1 (1.1)
Entre 15-20 años	13 (43.3)	8 (26.7)	15 (50)	36 (40)
Entre 20-25 años	15 (50)	14 (46.7)	12 (40)	41 (45.6)
Después 25 años	2 (6.7)	7 (23.3)	3 (10)	12 (13.3)

Como se puede comprobar en la anterior tabla ninguna mujer respondió que aún no había practicado el coito (todas lo habían realizado ya a una edad u otra). Las edades más frecuentes a las que se había empezado a realizar tal práctica sexual son las entre 15 y 20 años con un 40% del total de las mujeres y entre los 20 y 25 años con un 45.6% de las mismas.

**Tabla 34: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la FRECUENCIA DE COITO (tomando un mes como referencia) -actual y antes de la enfermedad- en los grupos muestrales.**

FRECUENCIA DE COITO (AL MES)	ACTUALMENTE				ANTES DE LA ENFERMEDAD		
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL
Ninguna vez	3 (10)	3 (10)	1 (3.3)	7 (7.8)	0	0	0
De 1 a 3 veces	8 (26.7)	6 (20)	4 (13.3)	18 (20)	8 (26.7)	2 (6.7)	10 (16.7)
De 4 a 6 veces	8 (26.7)	10 (33.3)	9 (30)	27 (30)	6 (20)	12 (40)	18 (30)
De 7 a 9 veces	7 (23.3)	4 (13.3)	6 (20)	17 (18.9)	9 (30)	7 (23.3)	16 (26.7)
Más de 9 veces	4 (13.3)	7 (23.3)	10 (33.3)	21 (23.3)	7 (23.3)	9 (30)	16 (26.7)

De la Tabla 34 podemos destacar el hecho de que ninguna mujer afirmara que previamente a la enfermedad no practicaba el coito, mientras que en el momento de la operación existieron tres mujeres en cada uno de los grupos de mastectomizadas que afirmó que no lo practicaba (tomando un mes como referencia).

Otro dato a reseñar es que más de un 50% de las mujeres contestó que previamente a la enfermedad mamaria practicaba el coito con una frecuencia elevada (de 7 a 9 veces y más de 9 veces), porcentaje que es similar al de las mujeres control en la actualidad. Sin embargo, en el momento actual tan sólo un 36.6% de las mujeres mastectomizadas respondió practicarlo con dicha frecuencia.

**Tabla 35: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la FRECUENCIA DE ORGASMOS OBTENIDOS A TRAVÉS DEL COITO CON ESTIMULACIÓN SIMULTÁNEA DEL CLÍTORIS -actualmente y antes de la enfermedad- en los grupos muestrales.**

FREC. ORG. COITO-ESTIM. DEL CLÍTORIS	ACTUALMENTE				ANTES DE LA ENFERMEDAD		
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL
Nunca (0%)	3 (11.1)	2 (7.1)	1 (3.3)	6 (7.1)	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (6.7)
A veces (1-29%)	4 (14.8)	4 (14.3)	3 (10)	11 (12.9)	5 (16.7)	5 (16.7)	10 (16.7)
A menudo (30-59%)	2 (7.4)	5 (17.9)	7 (23.3)	14 (16.5)	3 (10)	4 (13.3)	7 (11.7)
Mayor parte veces (60-89)	7 (25.9)	6 (21.4)	5 (16.7)	18 (21.2)	7 (23.3)	8 (26.7)	15 (25)
Casi siempre (90-100) <sup>n</sup>	11 (40.7)	11 (39.3)	14 (46.7)	36 (42.4)	13 (43.3)	11 (36.7)	24 (40)

Podemos observar en esta Tabla 35 que la mayor parte de la totalidad de las mujeres estudiadas (63.6%) obtienen el orgasmo a través del coito con estimulación simultánea del clítoris la mayor parte de las veces o casi siempre. También queda de manifiesto que, respecto a las mujeres mastectomizadas, no

existen diferencias notables entre la frecuencia actual de orgasmo conseguido de esta forma y la que afirmaron tener antes de la enfermedad.

**Tabla 36: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la FRECUENCIA DE ORGASMOS OBTENIDOS A TRAVÉS DEL COITO SIN ESTIMULACIÓN SIMULTÁNEA DEL CLÍTORIS -actualmente y antes de la enfermedad- en los grupos muestrales.**

FREC. ORG. COITO - SIN ESTIM. DEL CLÍTORIS	ACTUALMENTE				ANTES DE LA ENFERMEDAD		
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL
Nunca (0%)	5 (18.5)	6 (21.4)	3 (10)	14 (16.5)	5 (16.7)	5 (16.7)	10 (16.7)
A veces (1-29%)	8 (29.6)	8 (28.6)	8 (26.7)	24 (28.2)	7 (23.3)	10 (33.3)	17 (28.3)
A menudo (30-59%)	5 (18.5)	3 (10.7)	8 (26.7)	16 (18.8)	7 (23.3)	2 (6.7)	9 (15)
Mayor parte veces (60-89)	5 (18.5)	6 (21.4)	7 (23.3)	18 (21.1)	5 (16.7)	6 (20)	11 (18.3)
Casi siempre (90-100)	4 (14.8)	5 (17.9)	4 (13.3)	13 (15.3)	6 (20)	7 (23.3)	13 (21.7)

En la Tabla anteriormente expuesta se observa, en líneas generales, que las mujeres de los diferentes grupos estudiados se distribuyen bastante homogéneamente en las diferentes opciones de frecuencia de orgasmos conseguidos a través de coito sin estimulación simultánea del clítoris. Asimismo, destaca el hecho de que no se observen grandes diferencias entre la distribución de frecuencias actual del orgasmo y la que manifestaron tener previamente a la enfermedad.

**Tabla 37: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según la FRECUENCIA DE ORGASMOS OBTENIDOS A TRAVÉS DE LA ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS EXCLUYENDO EL COITO -actualmente y antes de la enfermedad- en los grupos muestrales.**

FREC. ORG. ESTIM. DEL CLÍTORIS	ACTUALMENTE				ANTES DE LA ENFERMEDAD		
	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL	MAST. <1 AÑO	MAST. >1 AÑO	TOTAL
<b>Nunca</b> (0%)	3 (11.5)	3 (11.5)	3 (10)	9 (11)	3 (10.3)	5 (17.9)	8 (14)
<b>A veces</b> (1-29%)	5 (19.2)	9 (34.6)	10 (33.3)	24 (29.3)	3 (10.3)	7 (25)	10 (17.5)
<b>A menudo</b> (30-59%)	4 (15.4)	4 (15.4)	4 (13.3)	12 (14.6)	3 (10.3)	6 (21.4)	9 (15.8)
<b>Mayor parte</b> <b>veces (60-89)</b>	5 (19.2)	4 (15.4)	5 (16.7)	14 (17.1)	8 (27.6)	4 (14.3)	12 (21.1)
<b>Casi siempre</b> (90-100)	9 (34.6)	6 (23.1)	8 (26.7)	23 (28)	12 (41.4)	6 (21.4)	18 (31.6)

La distribución de frecuencias en este caso parece producir una mayor acumulación en las categorías de "a veces" y "casi siempre" en el grupo de mastectomizadas-más de un año y control, mientras que en el grupo de mastectomizadas-menos de un año se agrupan principalmente en la categoría mencionada en último lugar. Tampoco se aprecian diferencias notables entre las distribuciones de frecuencia de orgasmo actual y antes de la enfermedad.

**E.- ÍTEMS REFERIDOS A LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA.**

A continuación se expresan los datos obtenidos con los ítems de la entrevista que hacían referencia a la relación con la pareja. En la Tabla 38 vienen reflejadas las respuestas que dieron las mujeres mastectomizadas ante la pregunta de cómo creían que había afectado su enfermedad a la relación de pareja.

**Tabla 38: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según EL EFECTO DE LA ENFERMEDAD SOBRE LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA en los grupos muestrales.**

<b>EFFECTO SOBRE LA RELACIÓN</b>	<b>MASTECT. &lt; 1 AÑO</b>	<b>MASTECT. &gt; 1 AÑO</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Acercamiento</b>	13 (43.3)	8 (26.7)	21 (35)
<b>Distanciamiento</b>	3 (10)	2 (6.7)	5 (8.3)
<b>No ha variado</b>	14 (46.7)	20 (66.7)	34 (56.7)

Podemos destacar que más del 90% de las mujeres contestaran o bien que se había producido un acercamiento o bien que la relación no había variado; en un 35% de los casos manifestaron que la enfermedad había supuesto un acercamiento afectivo entre los miembros de la pareja. En el grupo de mastectomizadas que llevaban más tiempo operadas hubo un mayor número de mujeres, en comparación con las de menos de un año, que no percibieron cambio en su relación con la pareja.

**Tabla 39: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS REFERIDOS A PROBLEMAS EN LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA en los grupos muestrales.**

<b>PROBLEMAS EN LA RELACIÓN CON LA PAREJA</b>	<b>MASTEC. &lt; 1 AÑO</b>	<b>MASTEC. &gt; 1 AÑO</b>	<b>CONTROL</b>	<b>TOTAL</b>
Antes operación - miedo a que la pareja pudiera abandonarla	8 (26.7)	4 (13.3)	---	12 (20)
Actualmente - miedo a que la pareja pueda abandonarla	6 (20)	5 (16.7)	9 (30)	20 (22.2)
Antes operación - la pareja no se preocupaba por ella	9 (30)	5 (16.7)	---	14 (23.3)
Actualmente - la pareja no se preocupa por ella	7 (23.3)	5 (16.7)	6 (20)	18 (20)
Antes operación - la pareja no le daba apoyo moral	1 (3.3)	1 (3.3)	---	2 (3.3)
Actualmente - la pareja no le da apoyo moral	0	1 (3.3)	4 (13.3)	5 (5.6)

En la Tabla 39 destaca la similitud en la incidencia de ciertas dificultades en la relación de pareja, tanto al comparar los grupos entre sí como al comparar las mastectomizadas actualmente y antes de la enfermedad.

#### IV.2.5.- ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL INVENTARIO DE EXCITACIÓN Y ANSIEDAD SEXUAL AMPLIADO.

A continuación presentamos las tablas con los datos más relevantes obtenidos con estas escalas. Por un lado, las medias y desviaciones típicas de las puntuaciones totales de Excitación y Satisfacción correspondientes a cada grupo y, por otra parte, la distribución de las frecuencias y porcentajes en las distintas opciones de los ítems de las escalas que tratan sobre la estimulación del pecho. Las tablas con las distribuciones de todos los ítems del cuestionario se detallan en el Anexo III (Tablas 77 y 78).

**Tabla 40: Medias y Desviaciones Típicas en las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL S.A.I.-E. obtenidas por los grupos muestrales.**

ESCALAS DEL S.A.I.-E.	MAST.< 1 AÑO		MAST.> 1 AÑO		CONTROL	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
Excitación	67.5	25.7	68.5	23.9	72.6	23.7
Satisfacción	69.6	27.2	72.3	23.3	76.9	23.9

Destacamos de la Tabla 40 que el grupo con puntuaciones medias más bajas, tanto en Excitación como en Satisfacción, sea el de mastectomizadas-menos de un año, mientras que el grupo control es el que presenta las medias más elevadas en ambas escalas.

Debido a la dispersión de frecuencias que se producía en las distintas opciones de los ítems de la escala de Excitación, realizamos una agrupación de las mismas como se detalla a

continuación: La opción de "afecta negativamente a la excitación, repulsivo, inimaginable" se mantenía tal cual; las opciones de "no afecta a la excitación sexual" y "posiblemente causa excitación sexual" se agruparon en la de "nunca, casi nunca"; la categoría de "a veces causa excitación sexual; ligeramente excitante" se mantuvo igual; por último, las tres opciones restantes se categorizaron como "habitualmente, casi siempre".

**Tabla 41: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO en los grupos muestrales.**

ÍTEMS EXCITACIÓN		MASTEC. <1 AÑO	MASTEC. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Afecta negativ.	1 (3.3)	2 (6.7)	0	3 (3.3)
	Nunca/Casi nunca	8 (26.7)	3 (10)	4 (13.3)	15 (16.7)
	A veces	5 (16.7)	9 (30)	5 (16.7)	19 (21.1)
	Habit./Casi spr.	16 (53.3)	16 (13.3)	21 (70)	53 (58.9)
L: Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Afecta negativ.	2 (6.7)	2 (6.7)	0	4 (4.4)
	Nunca/Casi nunca	6 (20)	2 (6.7)	2 (6.7)	10 (11.1)
	A veces	2 (6.7)	5 (16.7)	4 (13.3)	11 (12.1)
	Habit./Casi spr.	20 (66.7)	21 (70)	24 (80)	65 (72.2)
W: Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Afecta negativ.	1 (3.3)	2 (6.7)	0	3 (3.3)
	Nunca/Casi nunca	5 (16.7)	2 (6.7)	3 (10)	10 (11.1)
	A veces	5 (16.7)	4 (13.3)	4 (13.3)	13 (14.4)
	Habit./Casi spr.	19 (63.3)	22 (73.3)	23 (76.7)	64 (71.1)

Cabe resaltar que en el grupo control ninguna mujer considerara que las tres situaciones sexuales de estimulación del pecho afecte negativamente a su excitación sexual, mientras que en los dos grupos de mastectomizadas, aunque con una frecuencia baja (entre el 3.3% y el 6.7%), hay algunas mujeres que si hicieron esta consideración.



Por otra parte, hay que decir que la mayor acumulación de frecuencias se produjo en los tres grupos en la opción de "habitualmente, casi siempre", siendo siempre superior el porcentaje del grupo control.

Por lo que respecta a las opciones de los ítems de la escalas de Satisfacción, también realizamos una agrupación de frecuencias, que pasamos a comentar: Las opciones de "no encuentro satisfacción en esta conducta", "ni satisfecha ni molesta con esta conducta" y "posiblemente algo satisfecha" se recodificó como "nunca, casi nunca satisfecha con esta conducta"; la opción de "a veces ..." permaneció igual y las tres opciones restantes se recodificaron como una única categoría que era "habitualmente, casi siempre satisfecha".

**Tabla 42: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO en los grupos muestrales.**

ÍTEMS SATISFACCIÓN		MASTEC. <1 AÑO	MASTEC. >1 AÑO	CONTROL	TOTAL
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Nunca/Casi nunca	9 (30)	5 (16.7)	4 (13.3)	18 (20)
	A veces	5 (16.7)	5 (16.7)	3 (10)	13 (14.4)
	Habit./Casi spr.	16 (53.3)	20 (66.7)	23 (76.7)	59 (65.6)
L: Cuando la persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Nunca/Casi nunca	8 (26.7)	4 (13.3)	2 (6.7)	14 (15.6)
	A veces	4 (13.3)	4 (13.3)	4 (13.3)	12 (13.3)
	Habit./Casi spr.	18 (60)	22 (73.3)	24 (80)	64 (71.1)
W: Cuando la pers. querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Nunca/Casi nunca	7 (23.3)	4 (13.3)	3 (10)	14 (15.6)
	A veces	4 (13.3)	3 (10)	4 (13.3)	11 (12.2)
	Habit./Casi spr.	19 (63.3)	23 (76.7)	23 (76.7)	65 (72.2)

De la Tabla anteriormente expuesta cabe resaltar que en los diferentes ítems la mayor acumulación de frecuencias se produce en la categoría de "habitualmente/casi siempre", repitiéndose este hecho en los diferentes grupos; no obstante, en el grupo de mujeres que han sido mastectomizadas en el período anterior a un año hubo una ligera tendencia a responder con menor frecuencia a esta categoría, al comparar con los otros dos grupos; de esta forma, en este mismo grupo muestral observamos un mayor número de mujeres a las que nunca o casi nunca les proporcionaba satisfacción sexual las conductas de estimulación de la zona del pecho realizadas por parte de la pareja.

D.ª JERONIMA VARGUES ORTIZ

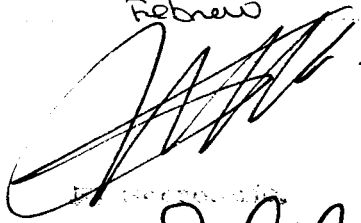
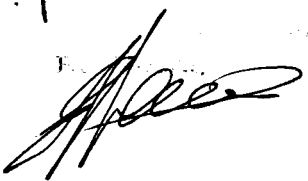
ADAPTACION PRECOSEXUAL EN MUJERES HASTECTOMI-  
ZADAS POR CANCER DE MAMA

por voluntad aypts con lenda

20

Febrero

11 98



El Vocat.

M. Dada

El Doctorado

