

R-6.133 (PS)

Bal... B

Departamento de Psiquiatría, Personalidad,
Evaluación y Tratamiento Psicológicos.

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

TD PS
112 (2)

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

(Vol. 2)

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 PS
112



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,

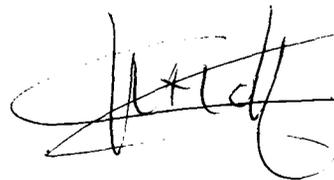
INFORMAN

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

Antes de dar paso a la exposición de los resultados comparativos obtenidos, hay que comentar que realizamos, en primer lugar, los análisis comparando los tres grupos muestrales entre sí, dos a dos, para dar respuesta a las siguientes preguntas, implícitas en los objetivos e hipótesis planteados: ¿qué diferencias hay entre las mujeres mastectomizadas (que llevan más o menos de un año operadas) y las mujeres del grupo control en relación a las variables consideradas? y ¿qué diferencias/semajanzas existen entre las mujeres que han sido mastectomizadas en el período anterior a un año y las que han superado dicho período en relación a esas mismas variables?.

De otro lado, para responder a la pregunta sobre las diferencias entre las mujeres que tienen un bajo autoconcepto físico frente a las que lo tienen alto, agrupamos a las mujeres de los diferentes grupos muestrales que presentaran un bajo nivel en esta variables y las comparamos con aquellas que tenían un alto nivel en la misma medida.

El mismo procedimiento seguimos con la ansiedad rasgo; es decir, formamos dos grupos con mujeres procedentes de las distintas muestras según el nivel que presentaran en tal variable. La comparación de estos dos grupos nos permitió responder a la pregunta de cuáles eran las diferencias entre las mujeres que tenían un alto nivel de ansiedad rasgo y las que lo tenían bajo. También establecimos los grupos de ansiedad extremadamente alta y extremadamente baja, para realizar su comparación.

Por último, comparamos las respuestas de las mujeres mastectomizadas que se referían a cómo se sentían o actuaban antes de la enfermedad o de la mastectomía, con las respuestas sobre cómo se sentían o actuaban en el momento de la evaluación.

IV.3.1.- RESULTADOS PROCEDENTES DE LA COMPARACIÓN DE LOS TRES GRUPOS MUESTRALES.

IV.3.1.1.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS VARIABLES DE LAS ENTREVISTAS SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS.

Respecto a las dos variables sociodemográficas de carácter cuantitativo, edad y renta per cápita, realizamos una prueba para contrastar que las distintas muestras procedían de la misma distribución (Prueba de Kolmogorov-Smirnov para dos muestras) y otra prueba para comprobar que procedían de poblaciones con la misma media (T de Student). Seguidamente se detallan en la tabla los valores de los estadísticos y su grado de significación correspondiente, al comparar los grupos dos a dos.

Tabla 43: Comparación de distribuciones y medias de las variables EDAD y RENTA PER CÁPITA en los grupos muestrales.

		K-S		T-T	
		Z	G° SIG.	T	G° SIG.
Mast.< 1 año vs. Mast. > 1 año	Edad	0.77	0.586	-0.97	0.338
	Renta Per Cap.	0.46	0.984	-0.29	0.775
Mast.< 1 año vs. Control	Edad	0.77	0.586	-0.97	0.371
	Renta Per Cap.	0.66	0.782	-0.19	0.847
Mast.> 1 año vs. Control	Edad	0.52	0.952	-0.04	0.967
	Renta Per Cap.	0.75	0.619	0.14	0.888

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

En la Tabla anteriormente expuesta podemos observar que en ninguna de las comparaciones efectuadas el grado de significación asociado al estadístico correspondiente fue inferior a los niveles de significación α considerados por nosotros.

Respecto a las variables de carácter cualitativo, para efectuar las comparaciones entre los grupos utilizamos la Prueba Chi Cuadrado para la comparación de la distribución de frecuencias entre los grupos.

Tabla 44: Comparación de las distribuciones de frecuencias de las VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS CUALITATIVAS entre los grupos muestrales.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	MAST.<1AÑO VS. CONTROL		MAST.>1AÑO VS. CONTROL		MAST.< 1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	X ²	G ^o SIG.	X ²	G ^o SIG.	X ²	G ^o SIG.
Estado Civil	0.5	0.472	---	----	0.5	0.472
Número de hijos	4.2	0.240	2.6	0.453	1.9	0.588
Nivel de estudios	1.4	0.700	4.3	0.227	3.7	0.296
Profesión	2.6	0.267	2.5	0.277	0.5	0.769
Situación Laboral	6.6	0.036 (*)	12.8	0.001 (**)	4.3	0.117
Lugar de residencia	2.5	0.111	2.5	0.111	0	1

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

(Nota: en las comparaciones realizadas con las variables estado civil y lugar de residencia, el valor que se refleja en la tabla y su grado de significación asociado pertenecen al estadístico Coeficiente de Continuidad de Yates)

De las variables sociodemográficas consideradas la única que se distribuye diferencialmente entre los grupos es la situación laboral, ya que establece diferencias estadísticamente significativas entre el grupo control y el de mastectomizadas-menos de un año, por un lado, y el de mastectomizadas-más de un año, por otro. Según se expresó en la Tabla 6 en los dos grupos de mastectomizadas había entre un 30% y un 40% de mujeres que estaban en situación de baja laboral, mientras que en el grupo control no había ninguna mujer en esta condición; en este último grupo existía además una mayor proporción de mujeres (un 80% frente a un 33% y un 8%) que no ejercían su profesión, estaban en excedencia o demandaban algún empleo en aquel momento.

Por lo que respecta a las demás variables sociodemográficas, no existen diferencias estadísticamente significativas entre las tres muestras. Comentar que la comparación estadística de la distribución de frecuencias del estado civil entre el grupo de mastectomizadas—más de un año y el grupo control, no fue posible ya que ambos grupos tenían a todas sus mujeres en una única categoría (la de "casada").

En las dos siguientes Tablas (45a y 45b) se exponen los resultados de las comparaciones realizadas con las variables referidas a datos médicos; en la primera de ellas se comparan las distribuciones de los dos grupos de mujeres mastectomizadas en relación a diversas variables relacionadas con el cáncer de mama. En la Tabla 45b se expresan los resultados obtenidos con las variables estadio menopáusico y tiempo en menopausia, tras comparar los tres grupos dos a dos.

Tabla 45a: Comparación de las distribuciones de frecuencias de las VARIABLES MÉDICAS RELACIONADAS CON EL CÁNCER DE MAMA entre los grupos de mastectomizadas.

VARIABLES MÉDICAS	X ²	G° SIG.	YATES	G° SIG.
Estadio Cáncer	0.77	0.680	----	----
Trat. de QT.	0.74	0.390	0.33	0.567
Trat. de RT.	0.07	0.786	0	1
Trat. de HT.	0.13	0.717	0	1
Modalidad Tratam.	0.08	0.959	----	----
Informac. del Diag.	1	0.317	0.44	0.504
Tipo de Información	2.26	0.519	----	----

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

Teniendo en cuenta que para tablas 2x2 el estadístico a considerar es la Correlación de Yates que prevalece sobre X^2 , podemos afirmar que en lo que respecta a las características del cáncer, su tratamiento, así como por lo que se refiere a la información recibida sobre el diagnóstico, no existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mujeres mastectomizadas.

Tabla 45b: Comparación de las variables ESTADIO MENOPÁUSICO y TIEMPO EN MENOPAUSIA entre los grupos muestrales.

VARIABLE MÉDICA	MAST.<1AÑO VS. CONTROL		MAST.>1AÑO VS. CONTROL		MAST.< 1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.
Estadio menopáusico	0.6	0.794	0	1	0.6	0.432
Tiempo en menopausia	(K.W.) G° SIG.		(K.W.) G° SIG.		(K.W.) G° SIG.	
	0.137		0.728		0.133	

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

Para la comparación de las distribuciones de las frecuencias entre los diferentes grupos con la variable estadio menopáusico, tuvimos en cuenta el Coeficiente de Continuidad de Yates, por tratarse de tablas 2x2. Respecto a los resultados obtenidos de estos análisis, decir que no se observaron diferencias estadísticas de carácter significativo entre los tres grupos muestrales del estudio.

De acuerdo con la Tabla 18, el grupo control era el que tenía un tiempo medio en menopausia más elevado (45.7), luego le seguía el grupo de mastectomizadas-más de un año con 39.6 meses de media y después el de mastectomizadas-menos de un año con 21.3 meses. La comparación de las medias de la variable tiempo en menopausia se realizó con la prueba estadística de Kruskal-Wallis y su grado de significación asociado. No se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

IV.3.1.2.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO.

Los resultados obtenidos con los Análisis de Varianza efectuados con las diferentes medidas procedentes de esta subescala se exponen en la siguiente Tabla.

Tabla 46: Comparación de las medias obtenidas en la SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO entre los grupos muestrales.

VARIABLES DE LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO	G° SIG.
Autoconcepto Físico	0.976
Componente afectivo	0.974
Componente cognitivo	0.863
Componente comportamental	0.849

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

Los Contrastes a Posteriori realizados con el Método de la Diferencia Mínima Significativa revelaron que no había diferencias entre las medias de los grupos tomados dos a dos, a un nivel de significación de 0.050.

Para la comparación de la distribución de frecuencias de los grupos en las diferentes opciones de los ítems de esta subescala realizamos la Prueba Chi Cuadrado. A continuación ofrecemos los resultados de aquellos que establecieron diferencias estadísticamente significativas en alguna de las comparaciones realizadas.

Tabla 47: ÍTEMS DE LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO que establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos muestrales.

ÍTEMS DEL SÍ MISMO FÍSICO QUE ESTABLECEN DIFERENCIAS ESTADÍST. SIGNIFICATIVAS	MAST.<1AÑO VS. CONTROL		MAST.>1AÑO VS. CONTROL		MAST.< 1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.
1.- Tengo un cuerpo sano	---	---	---	---	9.32	0.009 (**)
2.- Soy una persona atractiva	6.8	0.032 (*)	---	---	---	---
10.- No soy ni muy alta ni muy baja	6.5	0.039 (*)	---	---	---	---
13.- Me cuido muy bien físicamente	15.1	0.0005 (***)	7.8	0.019 (*)	---	---
18.- Duermo con dificultad	---	---	6.3	0.043 (*)	---	---

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

De la tabla 47 se desprende que cuando comparamos la muestra de mujeres que llevaban mastectomizadas menos de un año con la muestra control, se observaron diferencias de carácter estadísticamente significativo en los ítems 2, 10 y 13. Respecto al primero de ellos, hay en este grupo de mastectomizadas un mayor número de mujeres (ver Tabla 20) que consideraron la afirmación de "soy una persona atractiva" o bien falsa (un 30%) o bien verdadera (un 33.3%), mientras que en el grupo control el 70% de las mujeres contestaron de forma neutra (parcialmente falso y parcialmente verdadero).

En el ítem 10, las diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos se deben a que un mayor número de mujeres del grupo de mastectomizadas menos de un año (un 23% frente a un 3% en el grupo control) contestaron que el enunciado al que hace referencia este ítem era falso (Tabla 76, Anexo III).

Por lo que respecta al ítem 13, tanto las mujeres mastectomizadas de menos de un año como las de más de un año se diferenciaron de las controles, estableciéndose diferencias estadísticamente significativas, ya que las primeras contestaron con una alta frecuencia (77% y 57%, respectivamente) que se cuidaban muy bien físicamente, mientras que en el grupo control sólo un 27% contestó de igual manera (ver Tabla 76, Anexo III). Las mujeres mastectomizadas que llevaban operadas más de un año también se diferenciaron de las controles en las respuestas dadas ante el ítem 18 ("duermo con dificultad"), ya que el 47% de las primeras consideraron verdadero su enunciado, frente a un 17% en el grupo control (Tabla 76, Anexo III).

Al comparar los dos grupos de mujeres mastectomizadas, sólo el ítem 1 estableció diferencias a nivel estadístico entre ambas muestras, las cuales se debieron principalmente a que las pacientes que llevaban menos tiempo operadas tendieron a responder que no tenían un cuerpo sano (Tabla 20).

IV.3.1.3.- RESULTADOS OBTENIDOS CON EL INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO.

A continuación se especifican los resultados procedentes de la realización de los Análisis de Varianza y sus Análisis a Posteriori correspondientes a las medidas de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo de este inventario.

Tabla 48: Comparación de las medias obtenidas en el INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO entre los grupos muestrales.

ESCALAS DEL S.T.A.I.	G ^o SIG.
Ansiedad Estado	0.957
Ansiedad Rasgo	0.783

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

Como se desprende de la Tabla anterior, los Análisis de Varianza realizados no revelan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. A través de los **Contrastes a Posteriori** con el Método de la Diferencia Mínima Significativa se pudo poner de manifiesto que no había diferencias significativas entre las medias de los grupos comparados dos a dos, a un nivel de significación del 0.050.

Los resultados de la comparación entre los diferentes grupos de la distribución en función de los percentiles de los baremos de Ansiedad Estado y de Ansiedad Rasgo se expresan a continuación.

Tabla 49: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO Y DE ANSIEDAD RASGO entre los grupos muestrales.

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS	MAST.<1AÑO VS. CONTROL		MAST.>1AÑO VS. CONTROL		MAST.< 1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.
Niveles de Ansiedad Estado	1.17	0.882	1.85	0.761	1.56	0.815
Niveles de Ansiedad Rasgo	10.5	0.033 (*)	2.92	0.569	5.42	0.246

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

Como se deduce de la Tabla 49, la comparación de los grupos en lo que se refiere a las distribuciones en los diferentes niveles de ansiedad estado no revela diferencias estadísticamente significativas. Al comparar la distribución de frecuencias en los niveles de ansiedad rasgo obtenemos diferencias significativas entre el grupo de mastectomizadas-menos de un año y el grupo control; estas diferencias se deben a que en el primero de ellos hay un 50% de mujeres que tenían niveles extremos de ansiedad rasgo (extremadamente alta y extremadamente baja), mientras que en el grupo control tan solo un 30% de las mujeres se situaron en estos niveles (Tabla 22).

IV.3.1.4.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS SOBRE IMAGEN CORPORAL, SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.

Respecto a los ítems relacionados con las actitudes hacia el cuerpo desnudo, a continuación se expresan los resultados que se obtuvieron al comparar los diferentes grupos muestrales.

Tabla 50: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES HACIA EL CUERPO DESNUDO entre los grupos muestrales.

ÍTEMS RELACIONADOS CON LAS ACTITUDES HACIA EL CUERPO DESNUDO	MAST.<1 AÑO VS. CONTROL		MAST.>1 AÑO VS. CONTROL		MAST.<1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.
Problemas para verse a sí misma desnuda	2.6	0.106	4.5	0.032 (*)	0.1	0.784
Antes de la operación solía/no solía desnudarse ante la pareja	---	---	---	---	0	1
Actualmente suele/no suele desnudarse ante la pareja	1.1	0.288	1.7	0.187	0	1
Antes de la op. la pareja solía/no solía mirarla cuando se desnudaba	---	---	---	---	0.4	0.531
Actualmente la pareja suele/no suele mirarla cuando se desnuda	0.4	0.523	0.4	0.524	2.2	0.133

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

Como se puede observar en la Tabla 50, se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mastectomizadas-más de un año y el grupo control en relación a la presencia de problemas para verse a sí misma desnuda; las demás comparaciones estadísticas no demostraron la existencia de diferencias significativas. De acuerdo con la Tabla 23, un 36.7% de las mujeres que llevaban mastectomizadas más de un año contestó tener problemas para verse a sí misma desnuda, frente a un 10% de mujeres en el grupo control.

Respecto a los ítems relacionados con las caricias en la zona del pecho, a continuación exponemos los resultados comparativos.

Tabla 51: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos muestrales.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO	MAST.<1 AÑO VS. CONTROL		MAST.>1 AÑO VS. CONTROL		MAST.<1 AÑO VS.MAST.>1 AÑO	
	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.	YATES	G° SIG.
Problemas para tocarse el sitio de la cicatriz	---	---	---	---	0	1
Antes op. la pareja solía/no solía tocar la zona del pecho como una caricia	---	---	---	---	0.1	0.704 ₍₁₎
Actualmente la pareja suele/no suele tocar la zona del pecho como una caricia	7.1	0.007 (**)	1.3	0.251	1.6	0.195
Antes op. la pareja solía/no solía tocar la zona del pecho durante el acto sexual	---	---	---	---	0.52	0.469 ₍₂₎
Actualmente la pareja suele/no suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	10.9	0.0009 (***)	3.9	0.048 (*)	1.39	0.238

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

(1) Probabilidad Exacta de Fisher = 0.706

(2) Probabilidad Exacta de Fisher = 0.471

Como se desprende de la Tabla 51, cuando se compara el grupo de mastectomizadas-menos de un año con el grupo control existen diferencias estadísticamente significativas en lo que se refiere a si la pareja toca o no la zona del pecho habitualmente tanto durante el acto sexual como fuera de él. Estas diferencias se deben principalmente a que en el primer grupo aproximadamente un 60% de mujeres contestaron que sus parejas no solían tocar la zona del pecho (como caricia y durante el acto sexual), frente a un 17-20% de mujeres del grupo control (ver Tabla 24).

Las mujeres que llevaban mastectomizadas más de un año se diferenciaron de forma estadísticamente significativa del grupo control en lo que respecta al ítem que hace referencia a si la pareja toca el pecho durante el acto sexual. Como se observa en la Tabla 24, un 43.3% de las mujeres de este grupo frente a un 17% del grupo del grupo control, respondieron negativamente al mencionado ítem.

Al comparar los dos grupos de mastectomizadas no se apreciaron diferencias de carácter estadísticamente significativo.

A continuación detallamos los resultados de la comparación de los grupos muestrales en relación a los ítems de la entrevista que hacían referencia a la valoración del propio atractivo físico, cuando se comparaba con mujeres de similar edad, y a la percepción de la valoración que del mismo realizaba la pareja.

Tabla 52: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS RELACIONADOS CON EL ATRACTIVO FÍSICO entre los grupos muestrales.

ÍTEMS RELACIONADOS CON EL ATRACTIVO FÍSICO	MAST.<1 AÑO VS. CONTROL		MAST.>1 AÑO VS. CONTROL		MAST.<1 AÑO VS.MAST.>1 AÑO	
	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.
Antes operación/ Valoración del propio atractivo físico	---	---	---	---	3.17	0.204
Actualmente/ Valoración del propio atractivo físico	21.3	0.0001 (***)	21.1	0.0001 (***)	1.43	0.488
Antes op./ Percepción de la valoración que del propio atrac. fí. realiza la pareja	---	---	---	---	1.03	0.595
Actual/ Percepción de la valoración que del propio atrac. fí. realiza la pareja	26.4	0.0001 (***)	23.5	0.0001 (***)	1.02	0.601

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

En la anterior tabla podemos ver que existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mastectomizadas, respectivamente, y el grupo control en lo que se refiere a la valoración del propio atractivo físico y a la percepción de la valoración que realiza la pareja. Como comentamos sobre la Tabla 25, aproximadamente el 50% de las mujeres mastectomizadas valoraron que su atractivo físico era peor en relación a la mayoría de las mujeres de su edad, frente a un 3% del grupo control.

Respecto a la percepción de la valoración que del propio atractivo físico realizaba la pareja, también se pusieron de manifiesto diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mastectomizadas y el control; tales diferencias debieron al mayor número de mujeres mastectomizadas (entre el 77% y el 87%) que percibieron que la pareja valoraba que su atractivo físico era igual al resto de las mujeres de su edad, mientras que en el grupo control el 67% percibía que su pareja valoraba su atractivo físico como mejor que la mayoría de las mujeres de su edad (ver Tabla 26).

Entre los dos grupos de mastectomizadas no se puso de manifiesto diferencias estadísticamente significativas en relación a estos ítems.

En las dos tablas que aparecen a continuación exponemos los resultados comparativos que se obtuvieron con los ítems de las entrevistas referidos a las relaciones sexuales. En la Tabla 51a aparecen aquellos referidos específicamente a las cuestiones sexuales tras la mastectomía, en las que utilizamos el Coeficiente de Correlación de Fisher y su grado de significación asociado como parámetro de comparación.

Tabla 53a: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MASTECTOMÍA, entre los grupos de mastectomizadas.

ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES TRAS LA MASTECTOMÍA.	MAST.< 1AÑO VS. MAST.> 1AÑO		
	YATES	G° SIG.	FISHER
Reanudación de las relaciones sexuales tras la operación (con o sin coito)	0	1	0.694
Preocupación por la no reanudac. inmediata de las relaciones sexuales tras la operación	0.26	0.605	----
Miedo a ser rechazada hasta la 1ª relac. sexual tras la operación	0	1	----
Disminución del interés sexual propio desde la operación	0	1	----
Disminución del interés sexual de la pareja desde la operación	1.78	0.182	----
Disminución de la frecuencia de coitos	0	1	----
Disminución frec. orgasmos (coito con estimulación del clítoris)	0.1	0.745	0.744
Disminución frec. orgasmos (coito sin estimulación del clítoris)	0.002	0.959	0.785
Disminución frec. orgasmos (coito sin estimulación del clítoris)	0.66	0.416	0.419

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

No se puso de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que llevaban mastectomizadas más de un año y las que se habían operado más recientemente, en relación a la reanudación de las relaciones sexuales tras la mastectomía, a la preocupación por la no reanudación inmediata de las relaciones sexuales o al miedo a ser rechazada por parte de la pareja. Asimismo, no hubo diferencias entre los dos grupos en la disminución del interés sexual -propio o del compañero- ni en la disminución de la frecuencia de coitos o orgasmos.

Tabla 53b: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES, entre los grupos muestrales.

ÍTEMS REFERIDOS A LAS RELACIONES SEXUALES	MAST.<1 AÑO VS. CONTROL		MAST.>1 AÑO VS. CONTROL		MAST.<1 AÑO VS.MAST.>1AÑO	
	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.	X ²	G° SIG.
Miembro de la pareja que inició la 1º relac. sex. tras la mastectomía	---	---	---	---	7.1	0.067
Actualmente/Importancia concedida a la actividad sexual	0.5	0.771	1.9	0.370	0.8	0.670
Antes de la enf./ Importancia concedida a la activ. sexual	---	---	---	---	0.8	0.670
Edad a la que se realizó el primer coito	0.6	0.713	4.8	0.180	5.0	0.171
Actualmente/ Frecuencia de coito	5.0	0.283	2.4	0.665	2.14	0.709
Antes de la enf./ Frecuencia de coito	---	---	---	---	6.1	0.107
Actualmente/ Frec. orgasmo (coito con estimulac. del clítoris)	4.4	0.346	1.2	0.879	1.54	0.818
Antes enf./ Frec.orgasmo (coito con estimulación del clítoris)	---	---	---	---	0.37	0.984
Actualmente/ Frec. orgasmo (coito sin estimulación clítoris)	1.4	0.849	3.4	0.494	0.77	0.941
Antes enf./ Frec. orgasmo (coito sin estimulación clítoris)	---	---	---	---	3.5	0.482
Actualmente/ Frec. orgasmo (estimulación del clítoris, no coito)	1.4	0.836	0.2	0.997	1.8	0.762
Antes enf./ Frec. orgasmo (estimulación del clítoris, no coito)	---	---	---	---	6.4	0.170

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

Como podemos observar en la Tablas 51b, ninguna de las variables contempladas establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Respecto a la variable tiempo que lleva manteniendo relaciones sexuales con la pareja, los datos comparativos, realizados con la Prueba T de Student, se reflejan en la siguiente tabla.

Tabla 54: Comparación de las medias del TIEMPO DE RELACIÓN SEXUAL CON LA PAREJA, entre los grupos muestrales.

	T-Test	
	T	G° SIG.
Mastect.< 1 año vs. Mastect.> 1 año	-0.33	0.742
Mastect.< 1 año vs. Control	-0.85	0.399
Mastect.> 1 año vs. Control	-0.55	0.584

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

Como se deduce de la anterior tabla no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos respecto a la variable tiempo de relaciones sexuales con la pareja.

Los resultados de los análisis comparativos de los ítems de las entrevistas referidos a la relación afectiva con la pareja se exponen a continuación.

Tabla 55: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS REFERIDOS A LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA entre los grupos muestrales.

ÍTEMS REFERIDOS A LA RELACIÓN AFECTIVA CON LA PAREJA	MAST.< 1 AÑO VS. CONTROL		MAST.> 1 AÑO VS. CONTROL		MAST.< 1 AÑO VS.MAST.>1 AÑO	
	YATES	G° SIG	YATES	G° SIG	YATES	G° SIG
Antes op./ Miedo a que la pareja pudiera abandonarla	---	---	---	---	0.9	0.333
Actual./ Miedo a que la pareja pueda abandonarla	0.3	0.551	0.8	0.359	0	1
Antes op./ La pareja se preocupaba o no por ella	---	---	---	---	0.8	0.360
Actual./ La pareja se preocupa o no por ella	0	1	0	1	0.1	0.747
Antes op./ La pareja le daba o no apoyo moral	---	---	---	---	0	1
Actual./ La pareja le da o no apoyo moral	2.4	0.120	0.8	0.350	0	1
Efecto de la enfermedad sobre la relación de pareja	---	---	---	---	2.4	0.294

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

(Nota: en la comparación del Efecto de la enfermedad sobre la relación de pareja entre los dos grupos de mastectomizadas el estadístico que aparece es Chi-Cuadrado y su grado de significación asociado)

Estos datos nos indican que no existen diferencias estadísticamente significativas al comparar los grupos muestrales en relación a las distintas cuestiones sobre la relación afectiva de pareja.

IV.3.1.5. RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN DEL S.A.I.-E.

Seguidamente se exponen los datos comparativos, realizados con el Análisis de Varianza, correspondientes a las puntuaciones totales de las escalas de Excitación y de Satisfacción obtenidas por los diferentes grupos muestrales.

Tabla 56: Comparación de las medias en las Escalas de Excitación y Satisfacción del SAI-E entre los grupos muestrales.

ESCALAS DEL SAI-E	G° SIG.
Excitación	0.690
Satisfacción	0.524

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

Los **Contrastes a Posteriori** realizados a través del Método de la Diferencia Mínima Significativa revelan que no había diferencias entre las medias de los grupos, tomados dos a dos, a un nivel de significación del 0.050.

Respecto al análisis de los ítems de Excitación y Satisfacción a continuación se exponen aquellos que establecieron diferencias estadísticamente significativas, las cuales se dieron únicamente entre el grupo de mujeres mastectomizadas-menos de un año y el grupo control.

Tabla 57: ÍTEMS DE LAS ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN que establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos muestrales.

ÍTEMS DE LAS ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN QUE ESTABLECEN DIF. SIG.	MASTECT. < 1 AÑO VS. CONTROL	
	X ²	G° SIG.
ÍTEM V-EXCITACIÓN: Cuando desnuda a una persona querida.	6.9	0.032 (*)
ÍTEM X-EXCITACIÓN: Cuando hace el amor en un sitio nuevo o inhabitual	9.1	0.027 (*)
ÍTEM V-SATISFACCIÓN: Cuando desnuda a una persona querida.	9.4	0.009 (**)

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

El análisis de los ítems referidos a estimulación de la zona del pecho no reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones realizadas.

Respecto las diferencias halladas en relación al ítem V de la escala de Excitación, decir que estas de debieron principalmente a que en el grupo de mastectomizadas-menos de un año hubo una mayor tendencia a responder que a veces les excitaba desnudar a la pareja, las mujeres controles contestaron más frecuentemente que nunca o casi nunca; igual tendencia se observó en el ítem V de Satisfacción (ver Tablas 77 y 78, Anexo III).

De otro lado, las mujeres del grupo control respondieron más frecuentemente (un 80% frente a un 53% en el grupo de mastectomizadas-menos de un año), que les excitaba sexualmente siempre o casi siempre hacer el amor en un sitio nuevo o inhabitual (Tabla 77), de ahí las diferencias encontradas en los análisis estadísticos (Tabla 57).

IV.3.2. RESULTADOS PROCEDENTES DE LA COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON NIVELES DE ALTO Y BAJO AUTOCONCEPTO FÍSICO.

Para diferenciar a las mujeres con alto y bajo autoconcepto físico tuvimos en cuenta los percentiles de la puntuación total de la Subescala del Sí mismo físico de cada uno de los grupos por separado, ya que no dispusimos de un baremo adecuado para clasificarlas. Para el grupo de alto autoconcepto físico tomamos a todas aquellas mujeres que tenían una puntuación en la Subescala anteriormente mencionada cuyo percentil dentro de su grupo muestral era superior al 60.

El grupo de bajo autoconcepto físico estuvo compuesto por aquellas mujeres cuyo percentil, dentro de su grupo muestral, para la puntuación total de la Subescala del Sí mismo físico era inferior al 40.

Para el grupo de Bajo Autoconcepto Físico se tomaron un total de 33 mujeres, de las cuales 11 procedían del grupo de mastectomizadas-menos de un año, 11 del grupo de mastectomizadas-más de un año y otras 11 del grupo control. Para el grupo de Alto Autoconcepto Físico se tomaron 12 mujeres de cada uno de estos tres grupos muestrales, formando un total de 36.

Como estos dos grupos se formaron con mujeres procedentes de las diferentes muestras, las cuales fueron clasificadas de acuerdo con los percentiles de su propio grupo muestral, comprobamos que dentro del grupo de bajo autoconcepto físico los subgrupos extraídos de las diferentes muestras tuvieran una puntuación media en autoconcepto físico similar. Lo mismo realizamos para el grupo de alto autoconcepto físico. Los resultados obtenidos con los análisis de varianza realizados con el método de Kruskal-Wallis revelaron la no existencia de

diferencias significativas a nivel estadístico. Por tanto, puede decirse que las mujeres del grupo de bajo autoconcepto físico proceden de la misma población, en lo que a dicha variable se refiere. La misma conclusión puede realizarse para el grupo de alto autoconcepto físico.

A continuación pasamos a exponer los datos obtenidos de la comparación entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

Tabla 58: Comparación de las medias del INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO y de las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

ESCALAS DEL STAI Y DEL SAI-E	BAJO AUTOCONCEPTO FÍSICO		ALTO AUTOCONCEPTO FÍSICO		ANÁLISIS DE VARIANZA G° SIG.
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Ansiedad Estado	24.9	11	13.5	9.7	0.0001 (***)
Ansiedad Rasgo	32.9	9.9	17.9	7.2	0.0001 (***)
Excitación	62.3	25.7	77.3	20.4	0.009 (**)
Satisfacción	64.3	25.4	82.6	21.5	0.002 (**)

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

Como puede observarse el grupo de bajo autoconcepto físico tenía puntuaciones medias en ansiedad estado y en ansiedad rasgo superiores al grupo de alto autoconcepto físico; sin embargo, las medias en excitación y satisfacción fueron inferiores a este grupo. Los análisis de varianza realizados pusieron de manifiesto que estas diferencias mencionadas eran estadísticamente significativas.

A continuación comentaremos los resultados obtenidos con los ítems de las Entrevistas Estructuradas sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones afectivas y del S.A.I.-E. que hacen referencia a caricias realizadas en la zona del pecho.

Tabla 59: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS DE LA ENTREVISTA REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

ÍTEMS REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHOS		BAJO AUTOCONC. FÍSICO	ALTO AUTOCONC. FÍSICO	YATES	G° SIG.
La pareja suele tocar la zona del pecho como una caricia	No	16 ⁽¹⁾ (48.5) ⁽²⁾	10 (27.8)	2.32	0.127
	Sí	17 (51.5)	26 (72.2)		
La pareja suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	No	17 (51.5)	12 (34.3)	1.41	0.233
	Sí	16 (48.5)	23 (65.7)		

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

(1) Número de sujetos

(2) Porcentaje de sujetos

Tabla 60: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE EXCITACIÓN DEL SAI-E REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

ÍTEMS EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO		BAJO AUTOCONC. FÍSICO	ALTO AUTOCONC. FÍSICO	X ²	G° SIG.
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Afecta negativ.	1 (3)	0	3.99	0.262
	Nunca/Casi nunca	7 (21.2)	4 (11.1)		
	A veces	10 (30.3)	8 (22.2)		
	Habit./Casi spr.	15 (45.5)	24 (66.7)		
L: Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Afecta negativ.	1 (3)	1 (2.8)	0.61	0.893
	Nunca/Casi nunca	5 (15.2)	4 (11.1)		
	A veces	4 (12.1)	3 (8.3)		
	Habit./Casi spr.	23 (69.7)	28 (77.8)		
W: Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Afecta negativ.	1 (3)	0	3.19	0.362
	Nunca/Casi nunca	6 (18.2)	3 (8.3)		
	A veces	3 (9.1)	6 (16.7)		
	Habit./Casi spr.	23 (69.7)	27 (75)		

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

En la Tabla 59 hemos podido comprobar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de alto y de bajo autoconcepto físico, por lo que respecta a si la pareja toca habitualmente o no la zona del pecho como una caricia o durante el acto sexual. Según la Tabla 60, no se pusieron de manifiesto diferencias de carácter estadísticamente significativo entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico en relación al grado de excitación subjetivo experimentado cuando la pareja estimula la zona del pecho manual o bucalmente (o que pensaban que experimentarían si la pareja realizara estas conductas).

Tabla 61: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL SAI-E REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

ÍTEMS SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO		BAJO AUTOCONC. FÍSICO	ALTO AUTOCONC. FÍSICO	X ²	G° SIG.
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Nunca/Casi nunca	8 (24.2)	4 (11.1)	4.20	0.122
	A veces	7 (21.2)	4 (11.1)		
	Habit./Casi spr.	18 (54.5)	28 (77.8)		
L: Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Nunca/Casi nunca	6 (18.2)	4 (11.1)	0.78	0.676
	A veces	5 (15.2)	5 (13.9)		
	Habit./Casi spr.	22 (66.7)	27 (75)		
W: Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Nunca/Casi nunca	7 (21.2)	4 (11.1)	2.47	0.290
	A veces	5 (15.2)	3 (8.3)		
	Habit./Casi spr.	21 (63.6)	29 (80.6)		

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

De la Tabla 61 se desprende que no existen diferencias de carácter estadísticamente significativo entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico en lo que se refiere a la satisfacción con las caricias realizadas en la zona del pecho; sin embargo, podemos observar una tendencia entre las mujeres con bajo

autoconcepto físico a manifestar que les satisfacía menos este tipo de conductas.

Tabla 62: Comparación de la distribución de la FRECUENCIA ACTUAL DE COITO entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

FRECUENCIA ACTUAL DE COITO (AL MES)	BAJO AUTOCONC. FÍSICO	ALTO AUTOCONC. FÍSICO	TOTAL	χ^2	G° SIG.
Ning. vez	0	3 (8.3)	3 (4.3)	12.0	0.017 (*)
1-3 veces	10 (30.3)	4 (11.1)	14 (20.3)		
4-6 veces	14 (42.4)	8 (22.2)	22 (31.9)		
7-9 veces	5 (15.2)	10 (27.8)	15 (21.7)		
Más de 9	4 (12.1)	11 (30.6)	15 (21.7)		

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

Como se pone de manifiesto en la anterior tabla, existen diferencias significativas a nivel estadístico entre los grupos de bajo y de alto autoconcepto físico en lo que se refiere la frecuencia de coito en el momento de la evaluación (tomando un mes como referencia). Estas diferencias se deben principalmente a que cerca del 75% de las mujeres con bajo autoconcepto físico realizaban el coito de 1 a 3 veces y de 4 a 6 veces al mes, mientras que cerca del 60% de las mujeres con alto autoconcepto físico lo realizaban de 7 a 9 veces y más de 9 veces al mes.

Los resultados obtenidos al comparar la frecuencia de orgasmos entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico se exponen a continuación. Recordemos que habíamos contemplado la frecuencia de orgasmos conseguidos a través del coito con estimulación simultánea del clítoris, a través del coito sin estimulación directa del clítoris y la frecuencia de orgasmos logrados con la estimulación del clítoris sin coito.

Tabla 63: Comparación de las distribuciones según las FRECUENCIAS DE ORGASMOS entre los grupos de alto y bajo autoconcepto físico.

FRECUENCIA DE ORGASMOS	COITO-ESTIMUL. DEL CLÍTORIS		COITO- SIN ESTIM.CLÍTORIS		ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS	
	BAJO A.F.	ALTO A.F.	BAJO A.F.	ALTO A.F.	BAJO A.F.	ALTO A.F.
Nunca (0%)	3 (9.1)	1 (2.9)	6 (18.2)	6 (17.6)	5 (15.6)	3 (8.8)
A veces (1-29%)	6 (18.2)	5 (14.7)	10 (30.3)	9 (26.5)	10 (31.3)	9 (26.5)
A menudo (30-59%)	4 (12.1)	7 (20.6)	6 (18.2)	6 (17.6)	4 (12.5)	5 (14.7)
Mayor parte veces (60-89)	7 (21.2)	7 (20.6)	8 (24.2)	7 (20.6)	5 (15.6)	7 (20.6)
Casi siempre (90-100)	13 (39.4)	14 (41.2)	3 (9.1)	6 (17.6)	8 (25)	10 (29.4)
X ² / G ^o SIG.	1.9 / 0.748		1.1 / 0.893		1.2 / 0.884	

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

Como se desprende de la anterior tabla, los análisis estadísticos realizados no pusieron de manifiesto la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de alto y bajo autoconcepto en lo que se refiere a la frecuencia con que obtienen los orgasmos, ya se consigan éstos a través de coito con estimulación simultánea del clítoris, a través de coito sin estimulación del clítoris o a través de la estimulación del clítoris sin coito.

IV.3.3. RESULTADOS PROCEDENTES DE LA COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON NIVELES DE ALTA Y BAJA ANSIEDAD RASGO.

Para formar el grupo de baja ansiedad rasgo, tomamos de cada grupo a aquellas mujeres cuya puntuación típica en la escala de ansiedad rasgo no fuera superior a 40. Este requisito lo cumplieron 14 mujeres del grupo de mastectomizadas-menos de un año, 13 del grupo de mastectomizadas-más de un año y 10 del grupo control, formando un total de 37. Paralelamente, para el grupo de alta ansiedad rasgo, tomamos de cada grupo muestral a aquellas mujeres cuyas puntuaciones típicas en ansiedad rasgo fueran superiores a 60. De esta forma, conformaron 35 mujeres este grupo, siendo 9 del grupo de mastectomizadas-menos de un año, 13 del de mastectomizadas-más de un año y 13 del grupo control.

Tabla 64: Comparación las medidas de las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

VARIABLES DEL SAI-E	BAJA ANSIEDAD RASGO		ALTA ANSIEDAD RASGO		ANÁLISIS DE VARIANZA G° SIG.
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Excitación	77.2	20.8	65.1	25.4	0.030 (*)
Satisfacción	81.4	22.2	67.4	25.8	0.016 (*)

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

En la Tabla 61 se puede observar que las medias de Excitación y Satisfacción son superiores en el grupo de baja ansiedad rasgo en comparación con el grupo de alta ansiedad rasgo, siendo estas diferencias además estadísticamente significativas.

Los análisis comparativos entre estos dos grupos respecto a los ítems de las entrevistas y de las escalas de Excitación y Satisfacción que hacen referencia a caricias o a estimulación del pecho, se exponen a continuación.

Tabla 65: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS DE LA ENTREVISTA REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

ÍTEMS REFERIDOS A CARICIAS EN LA ZONA DEL PECHO		BAJA ANSIEDAD RASGO	ALTA ANSIEDAD RASGO	YATES	G° SIG.
La pareja suele tocar la zona del pecho como una caricia	NO	8 ⁽¹⁾ (21.6) ₍₂₎	17 (48.6)	4.63	0.031 (*)
	SÍ	29 (78.4)	18 (51.4)		
La pareja suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	NO	11 (29.7)	17 (48.6)	1.95	0.162
	SÍ	26 (70.3)	18 (51.4)		

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

(1) Número de sujetos (2) Porcentaje de sujetos

De la Tabla 65 se deduce que las mujeres con niveles altos de ansiedad rasgo manifestaron con mayor frecuencia, que las de bajo nivel de ansiedad, que sus parejas no tocaban habitualmente la zona del pecho como una caricia, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

Las mujeres de alta ansiedad rasgo también contestaron más frecuentemente que sus parejas no acariciaban el pecho durante el acto sexual, pero en este caso las diferencias entre los grupos no alcanzaron el nivel de significación estadística.

Tabla 66: Comparación de las distribuciones de frecuencias según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE EXCITACIÓN DEL SAI-E REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

ÍTEMS EXCITACIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO		BAJA ANSIEDAD RASGO	ALTA ANSIEDAD RASGO	X ²	G° SIG.
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Afecta negativ.	1 (2.7)	2 (5.7)	3.01	0.388
	Nunca/Casi nunca	3 (8.1)	7 (20)		
	A veces	8 (21.6)	8 (22.9)		
	Habit./Casi spr.	15 (67.6)	18 (51.4)		
L: Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Afecta negativ.	2 (5.4)	2 (5.7)	1.70	0.636
	Nunca/Casi nunca	2 (5.4)	4 (11.4)		
	A veces	4 (10.8)	6 (17.1)		
	Habit./Casi spr.	29 (78.4)	23 (65.7)		
W: Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Afecta negativ.	1 (2.7)	2 (5.7)	2.14	0.542
	Nunca/Casi nunca	2 (5.4)	5 (14.3)		
	A veces	5 (13.5)	4 (11.4)		
	Habit./Casi spr.	29 (78.4)	24 (68.6)		

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

De la Tabla 66 podemos destacar una cierta tendencia de las mujeres con alta ansiedad rasgo, en comparación con las de baja ansiedad, a responder que les producía menos excitación sexual que la pareja estimulara manual o bucalmente la zona del pecho. Sin embargo, estas diferencias no tenían valor a nivel estadístico.

Tabla 67: Comparación de las distribuciones de las frecuencias según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL SAI-E REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

ÍTEMS SATISFACCIÓN REFERIDOS A ESTIMULACIÓN DEL PECHO		BAJA ANSIEDAD RASGO	ALTA ANSIEDAD RASGO	X ²	G° SIG.
B: Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.	Nunca/Casi nunca	5 (13.5)	9 (25.7)	2.20	0.333
	A veces	4 (10.8)	5 (14.3)		
	Habit./Casi spr.	28 (75.7)	21 (60)		
L: Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es.	Nunca/Casi nunca	5 (13.5)	6 (17.1)	1.73	0.421
	A veces	3 (8.1)	6 (17.1)		
	Habit./Casi spr.	29 (78.4)	23 (65.7)		
W: Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.	Nunca/Casi nunca	3 (8.1)	7 (20)	2.58	0.275
	A veces	3 (8.1)	4 (11.4)		
	Habit./Casi spr.	31 (83.8)	24 (68.6)		

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

Como se ponen de manifiesta en la Tabla 67, no existían diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres de alta y baja ansiedad rasgo, en relación al grado de satisfacción sexual asociado a las caricias realizadas en la zona del pecho, aunque en el grupo de alta ansiedad se pudo observar cierta tendencia a expresar menos satisfacción con estas conductas.

En la Tabla 68 se detalla la frecuencia con que realizaban el coito las mujeres de uno y otro grupo, así como la comparación estadística de ambos grupos para dicha variables.

Tabla 68: Comparación de la distribución de la FRECUENCIA ACTUAL DE COITO entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

FRECUENCIA ACTUAL DE COITO (AL MES)	BAJA ANSIEDAD RASGO	ALTA ANSIEDAD RASGO	TOTAL	x ²	G° SIG.
Ning. vez	3 (8.1)	1 (2.9)	4 (5.6)	16.8	0.002 (**)
1-3 veces	5 (13.5)	12 (34.3)	17 (23.6)		
4-6 veces	7 (18.9)	16 (45.7)	23 (31.9)		
7-9 veces	11 (29.7)	2 (5.7)	13 (18.1)		
Más de 9	11 (29.7)	4 (11.4)	15 (20.8)		

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

Como se refleja en la Tabla 68, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de baja y alta ansiedad rasgo, en lo que se refiere a la frecuencia actual de coito (tomando un mes como referencia). En el grupo de baja ansiedad rasgo hay cerca de un 60% de mujeres que practica el coito con una frecuencia de 7 a 9 veces o más de 9 veces, mientras que en el grupo de alta ansiedad alrededor del 80% de las mujeres realiza el coito de 1 a 3 veces o de 4 a 6 veces al mes.

En la tabla que se expone a continuación se detallan los datos descriptivos y comparativos de las variables frecuencia de orgasmos (obtenidos a través del coito con estimulación simultánea del clítoris, a través del coito sin estimulación del clítoris y con estimulación del clítoris sin realizar el coito) en los grupos del alta y baja ansiedad rasgo.

Tabla 69: Comparación de las distribuciones de las FRECUENCIAS DE ORGASMOS entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

FRECUENCIA DE ORGASMO	COITO-ESTIMUL. DEL CLÍTORIS		COITO- SIN ESTIM. CLÍTORIS		ESTIMULACIÓN DEL CLÍTORIS	
	BAJA A.R.	ALTA A.R.	BAJA A.R.	ALTA A.R.	BAJA A.R.	ALTA A.R.
Nunca (0%)	1 (2.9)	4 (11.8)	6 (17.6)	5 (14.7)	3 (9.1)	4 (12.5)
A veces (1-29%)	3 (8.8)	6 (17.6)	7 (20.6)	12 (35.3)	5 (15.2)	10 (31.3)
A menudo (30-59%)	7 (20.6)	4 (11.8)	8 (23.5)	4 (11.8)	6 (18.2)	3 (9.4)
Mayor parte veces (60-89)	8 (23.5)	6 (17.6)	7 (20.6)	9 (26.5)	7 (21.2)	6 (18.8)
Casi siempre (90-100)	15 (44.1)	14 (41.2)	6 (17.6)	4 (11.8)	12 (36.4)	9 (28.1)
X² / G^o SIG.	3.9 / 0.414		3.4 / 0.495		3.3 / 0.509	

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

De la anterior Tabla se desprende que no existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la frecuencia de orgasmos (en las tres formas consideradas) entre los grupos de alta y baja ansiedad rasgo.

IV.3.4. RESULTADOS PROCEDENTES DE LA COMPARACIÓN ENTRE LOS GRUPOS CON NIVELES DE ANSIEDAD RASGO MODERADAMENTE ALTA Y EXTREMADAMENTE ALTA.

Para la formación del grupo de ansiedad rasgo moderadamente alta, seleccionamos a las mujeres cuya puntuación percentílica en esta escala estaba entre 60 y 80, resultando un total de 16 mujeres (1 del grupo mastectomizadas-menos de un año, 6 el grupo mastectomizadas-más de un año y 9 del grupo control). El grupo de ansiedad rasgo extremadamente alta estuvo formado por aquellas mujeres de los diferentes grupo muestrales cuya puntuación típica era superior al percentil 80 (8 del primer grupo, 7 del segundo y cuatro del tercero), formando un total de 19.

Los resultados de la comparación de las medias de Excitación y Satisfacción, realizados con el Análisis de Varianza Kruskal Wallis, de estos dos grupos se exponen a continuación.

Tabla 70: Comparación de las medias de las ESCALAS DE EXCITACIÓN Y SATISFACCIÓN entre los grupos de ansiedad moderadamente alta y extremadamente alta.

VARIABLES DEL SAI-E	ANSIEDAD RASGO MODERADA/ ALTA		ANSIEDAD RASGO EXTREMAD/ ALTA		ANÁLISIS DE VARIANZA (Kruskal Wallis) G° SIG.
	Media	D.T.	Media	D.T.	
Excitación	80.5	23.6	52.2	19.2	0.0014 (**)
Satisfacción	83.3	23.3	54.1	20	0.0012 (**)

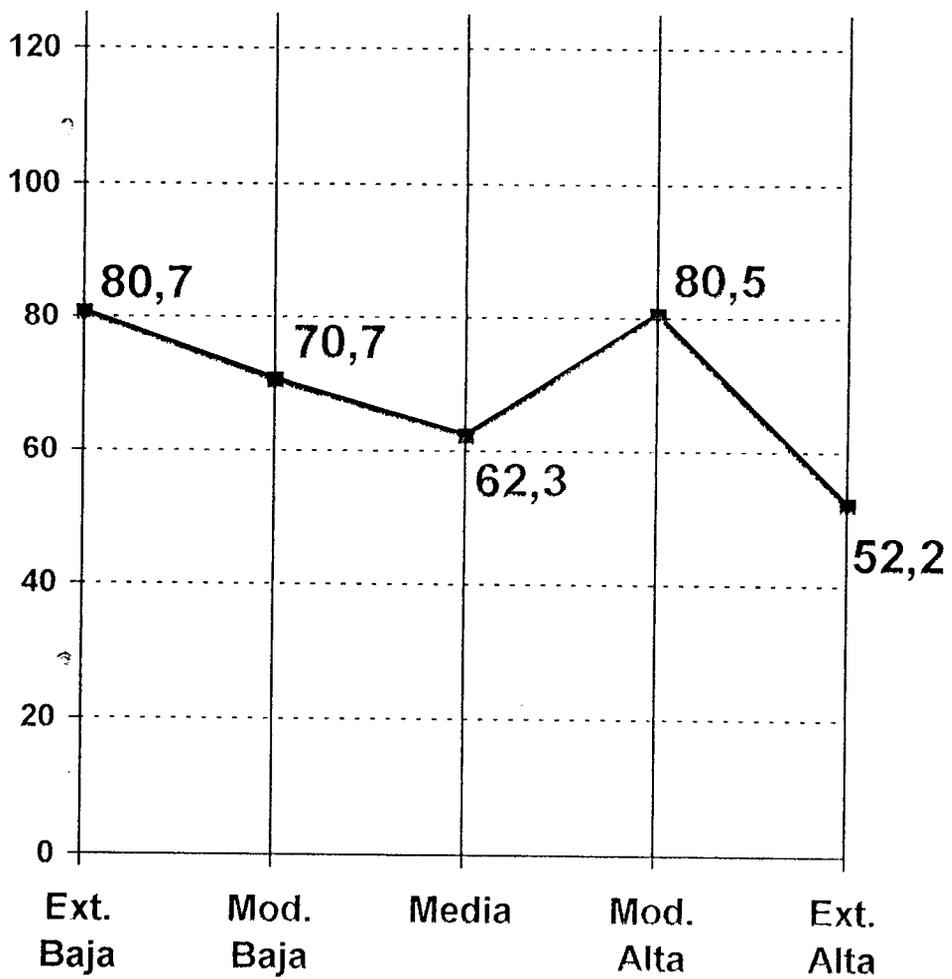
(*) $\alpha < 0.05$ / (**) $\alpha < 0.01$ / (***) $\alpha < 0.001$

Las medias de las puntuaciones en Excitación y Satisfacción son superiores en el grupo de ansiedad rasgo moderadamente alta, frente al de extremadamente alta, siendo estas diferencias de carácter estadísticamente significativo.

A continuación exponemos un gráfico donde se pueden observar las puntuaciones medias en excitación correspondientes a los distintos niveles de ansiedad.

Gráfico 1: Puntuaciones medias en la ESCALA DE EXCITACIÓN SEGÚN LOS DIFERENTES NIVELES DE ANSIEDAD RASGO.

Excitación



NIVELES DE ANSIEDAD RASGO

IV.3.5.- COMPARACIÓN ANTES-DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA.

A continuación se exponen los resultados procedentes de la comparación de los ítems que hacían referencia a como pensaban, sentían o actuaban las mujeres antes de la mastectomía con los ítems referentes a las mismas cuestiones pero alusivos al momento de la evaluación; todos estos ítems estaban incluidos en la Entrevista Estructurada sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones afectivas.

Tabla 71: COMPARACIÓN ANTES-DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA (Prueba de McNemar.

CAMBIOS TRAS LA MASTECTOMÍA	CAMBIO POSITIVO	CAMBIO NEGATIVO	NO CAMBIA	McNEMAR G° SIG.
Desnudarse delante de la pareja	0	19 ⁽¹⁾ (31.6) ₍₂₎	41 (68.3)	0.0001 (***)
Miradas de la pareja cuando se desnuda	1 (1.8)	10 (17.8)	45 (80.4)	0.018 (*)
Caricias en la zona del pecho como demostración de afecto	1 (1.7)	21 (35)	38 (63.3)	0.0001 (***)
Caricias en la zona del pecho durante el acto sexual	0	22 (37.3)	37 (67.7)	0.0001 (***)
Miedo al abandono por parte de la pareja	3 (5)	2 (3.3)	55 (91.6)	1
Preocupación de la pareja por ella	4 (6.7)	2 (3.3)	54 (90)	0.687
Apoyo moral que proporciona la pareja	1 (1.7)	0	59 (98.3)	1

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

(1) Número de sujetos (2) Porcentaje de sujetos

De la Tabla 71 se deduce que un 31.6% de las mujeres mastectomizadas percibieron que tras la mastectomía se desnudaban menos frecuentemente delante de la pareja, el 68% no percibió cambio alguno y ninguna mujer llegó a contestar que se desnudara ante la pareja con mayor frecuencia. La frecuencia con que se

produjo este cambio negativo resultó ser significativa a nivel estadístico.

Igualmente se produjeron cambios negativos -con valor de significación estadística- en las mujeres mastectomizadas en relación a las caricias proporcionadas por parte de la pareja como expresión de afecto o durante el acto sexual y en relación a las miradas de la pareja cuando se desnudaban ante ellas.

No se percibieron cambios negativos, de carácter estadísticamente significativo, en las cuestiones relativas a la relación afectiva con la pareja: miedo al abandono y apoyo moral proporcionado por la misma.

Tabla 72: COMPARACIÓN ANTES-DESPUÉS DE LA MASTECTOMÍA (Prueba de los Signos).

CAMBIOS TRAS LA MASTECTOMÍA	CAMBIO POSITIVO	CAMBIO NEGATIVO	NO CAMBIA	PR.SIGNOS Gº SIG.
Valoración del propio atractivo físico	0	28 (46.7)	32 (53.3)	0.0001 (***)
Percepción de la valoración que del propio atractivo físico realiza la pareja	0	35 (58.3)	25 (41.7)	0.0001 (***)
Importancia concedida a la actividad sexual	6 (10)	9 (15)	45 (75)	0.607
Frecuencia de coito	2 (3.3)	24 (40)	34 (56.7)	0.0001 (***)
Frecuencia de orgasmo (coito con estimulación del clítoris)	2 (3.6)	8 (14.5)	45 (81.8)	0.109
Frecuencia de orgasmo (coito sin estimulación del clítoris)	2 (3.6)	7 (12.7)	46 (83.6)	0.198
Frecuencia de orgasmo (estimulación del clítoris sin coito)	1 (1.9)	7 (13.5)	44 (84.6)	0.070

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

De la anterior tabla destacamos que un número estadísticamente significativo de mujeres mastectomizadas percibió que tras la mastectomía valoraba más negativamente su atractivo físico y que su pareja también lo valoraba peor.

Cuando preguntamos sobre la frecuencia de coito, también hubo un porcentaje significativo de mujeres que percibieron que había disminuido. No se produjeron cambios significativos en relación a la importancia concedida a la actividad sexual y a la frecuencia de orgasmos.

IV.4.- ANÁLISIS CORRELACIONALES

Los análisis correlaciones se realizaron con los tres grupos muestrales conjuntamente. A continuación exponemos los resultados obtenidos.

Tabla 73: Análisis Correlacionales.

⇒	AUTO- CONCEP. FÍSICO	COMPTE. AFEC- TIVO	COMPTE. COGNI- TIVO	COMPTE. COMPOR- TAMENT.	ANSIED. ESTADO	ANSIED. RASGO	EXCITA- CIÓN	SATIS- FACCIÓN
EDAD	0.016	0.044	-0.086	0.076	0.016	-0.058	-0.277 (**)	-0.266 (*)
AUTO- CONCEP. FÍSICO	---	0.876 (***)	0.843 (***)	0.821 (***)	-0.486 (***)	-0.609 (***)	0.284 (**)	0.334 (**)
COMPTE. AFEC- TIVO	---	---	0.607 (***)	0.558 (***)	-0.361 (***)	-0.427 (***)	0.199	0.235 (*)
COMPTE. COGNI- TIVO	---	---	---	0.569 (***)	-0.384 (***)	-0.503 (***)	0.310 (**)	0.347 (**)
COMPTE. COMPOR- TAMENT.	---	---	---	---	-0.497 (***)	-0.643 (***)	0.225 (*)	0.282 (**)
ANSIED. ESTADO	---	---	---	---	---	0.553 (***)	-0.288 (**)	-0.350 (**)
ANSIED. RASGO	---	---	---	---	---	---	-0.319 (**)	-0.332 (**)
EXCITA- CIÓN	---	---	---	---	---	---	---	0.907 (***)

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

Comentar de la anterior tabla, que la variable edad presentó de forma estadísticamente significativa una correlación negativa con las medidas de Excitación y de Satisfacción. Las variables de la Subescala del Sí mismo físico (autoconcepto físico y sus tres componentes), correlacionaron positivamente entre sí, negativamente con ansiedad estado y rasgo y positivamente con la

excitación y la satisfacción; todas estas correlaciones fueron significativas a excepción de la existente entre la autoestima física y la excitación.

Por otro lado, la ansiedad estado y la ansiedad rasgo presentaron una correlación positiva entre sí, y cada una de ellas correlacionaban negativamente con la excitación y la satisfacción, siendo estas covariaciones estadísticamente significativas.

En último lugar, las puntuaciones totales de las escalas de Excitación y Satisfacción variaban conjuntamente de forma estadísticamente significativa, siendo el sentido de la relación positivo.

IV.5.- ANÁLISIS DISCRIMINANTES

Para formar un grupo de baja excitación y otro de alta excitación, tomamos a las mujeres cuya puntuación centílica en la escala de Excitación respecto a su propio grupo muestral fuera inferior al percentil 40 y superior al 60, respectivamente. De esta forma, el grupo de baja excitación estuvo formado por 32 mujeres, 12 pertenecientes al grupo de mastectomizadas-menos de un año, 10 del de mastectomizadas-más de un año y otras 10 del grupo control. El grupo de alta excitación se conformó con un total de 37 mujeres, 12 de cada grupo de mastectomizadas y 13 del grupo control.

Este mismo procedimiento fue seguido para formar el grupo de baja satisfacción y el de alta satisfacción, teniendo en cuenta en este caso los percentiles de la escala de Satisfacción. Un total de 33 mujeres conformaron el grupo de baja satisfacción (11 de cada grupo muestral) y otras 37 el de alta satisfacción (12 de cada grupo de mastectomizadas y 13 del grupo control).

Como la selección de los sujetos para la formación de estos grupo fue realizada en base a las puntuaciones centílicas de cada grupo por separado, comprobamos si dentro de estos grupos existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de Excitación y de Satisfacción entre los sujetos procedentes de los tres grupos muestrales. Los Análisis de Varianza realizados con la prueba de Kruskal-Wallis no mostraron que tales diferencias existieran.

IV.5.1.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS GRUPOS DE BAJA Y ALTA EXCITACIÓN SEXUAL.

Para la realización del Análisis Discriminante tuvimos en cuenta las siguientes variables:

- * Grupo muestral.
- * Frecuencia actual de coito.
- * Ítems de la entrevista referidos a caricias en la zona del pecho: Si la pareja toca la zona del pecho de forma habitual como una caricia y durante el acto sexual (ambos actualmente).
- * Autoconcepto físico (Puntuación total de la Subescala del Sí mismo físico)
- * Ítems relacionados con la percepción del propio cuerpo desnudo: Problemas para verse a sí misma desnuda y si en la actualidad se desnuda habitualmente delante de la pareja.
- * Ítems relacionados con el atractivo físico: Valoración del propio atractivo físico y percepción de la valoración que del propio atractivo físico realiza la pareja, ambos actualmente.
- * Ansiedad rasgo (Puntuación total de la Escala de Ansiedad Rasgo).
- * Edad.

Las variables que resultaron tener un valor discriminante entre los grupos de baja y alta excitación se exponen en la tabla siguiente.

Tabla 74: Variables discriminantes de los grupos de baja y alta excitación.

VARIABLES DISCRIMINANTES	LAMBDA WILKS	G ^o SIG.
1.- Actualmente la pareja suele/no suele tocar la zona del pecho como una caricia	0.691	0.0001 (***)
2.- Autoconcepto físico (Puntuación total de la Subescala del Sí Mismo Físico)	0.622	0.0001 (***)
3.- Valoración del atractivo físico como mejor que la mayoría de las mujeres de su edad.	0.567	0.0001 (***)
4.- Actualmente la pareja suele/no suele tocar la zona del pecho durante el acto sexual	0.520	0.0001 (***)
5.- Edad.	0.486	0.0001 (***)

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

Estas variables discriminaron al 87.1% de las mujeres del grupo de baja excitación sexual y al 86.5% del grupo de alta excitación (discriminando a un total del 86.8%).

Las características de las mujeres del grupo de baja excitación serían:

- * Sus parejas no suelen tocar la zona del pecho como una caricia.
- * Tienen un autoconcepto físico más bajo.
- * Valoran que su atractivo físico es igual o peor que la mayoría de las mujeres de su edad.
- * Sus parejas no suelen tocar la zona del pecho durante el acto sexual.
- * Tienen más edad.

Por el contrario, las características de las mujeres del grupo de alta excitación sexual serían:

- * Sus parejas suelen tocar la zona del pecho como una caricia.
- * Tienen un autoconcepto físico más alto.
- * Valoran su atractivo físico como mejor que la mayoría de las mujeres de su edad.
- * Sus parejas suelen tocar la zona del pecho durante el acto sexual.
- * Tienen menos edad.

IV.5.2.- RESULTADOS OBTENIDOS CON LOS GRUPOS DE BAJA Y ALTA SATISFACCIÓN SEXUAL.

Para la realización del Análisis Discriminante con estos dos grupos tuvimos en cuenta las mismas variables que en el caso anterior.

Los variables que resultaron ser discriminantes de estos dos grupos se detallan en la tabla siguiente.

Tabla 75: Variables discriminantes de los grupos de baja y alta satisfacción.

VARIABLES DISCRIMINANTES	LAMBDA WILKS	G ² SIG.
1.- Actualmente la pareja suele/no suele tocar la zona del pecho como una caricia	0.799	0.0001 (***)
2.- Edad.	0.739	0.0001 (***)
3.- Ansiedad Rasgo	0.676	0.0001 (***)

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

Estas tres variables discriminan al 66.7% de los sujetos del grupo de baja satisfacción sexual y al 86.5% de los de alta satisfacción (discriminan a un total del 77.1%).

Las características de las mujeres del grupo de baja satisfacción sexual vienen dadas por:

- * Sus parejas no suelen tocar la zona del pecho como una caricia.
- * Tienen más edad.
- * Tienen un nivel de ansiedad rasgo más elevado.

Las características de las mujeres del grupo de alta satisfacción sexual serían:

- * Sus parejas suelen tocar la zona del pecho como una caricia.
- * Tienen menos edad.
- * Tienen un nivel de ansiedad rasgo más bajo.

V. - DISCUSIÓN.

Las actitudes sociales definen al enfermo de cáncer como una persona indefensa ante la situación de una muerte cercana, resultado de una dolorosa enfermedad que escapa a su control (Andreu, 1.987; Conill y Lozano, 1.988; Blanco, 1.992). Las actitudes respecto al cáncer de mama añaden a estas ideas otras referidas a la desfiguración física y a la pérdida de la feminidad (Rosbund-Zickert, 1.989; Knopf, 1.970; cit. por Flórez, 1.994). Se ha puesto de manifiesto que esta representación psicosocial de la enfermedad cancerosa hace que se anticipen una serie de reacciones negativas, marcando las pautas de la respuesta emocional ante el diagnóstico de tal enfermedad (Ibáñez, 1.991; Torrico, 1.995).

Desde nuestro punto de vista, las actitudes socialmente compartidas referidas a la enfermedad, no sólo van a definir cómo ha de reaccionar emocionalmente una persona que es diagnosticada de cáncer, sino que van a marcar unas líneas o pautas de comportamiento en otras esferas de la persona, tales como las relaciones sociales e interpersonales o la sexualidad.

Según este planteamiento, si las actitudes sociales definen a los enfermos como personas pasivas, débiles e inactivas que necesitan que los demás desempeñen por él (o ella) las actividades y funciones que anteriormente desarrollaban (Blanco, 1.992; Antequera, 1.993) y extrapolamos esta percepción al plano sexual, la visión socialmente compartida de la enfermedad apreciaría que la persona enferma no se siente motivada para emprender conductas dirigidas a proporcionarles placer sexual. De hecho, en la literatura se ha puesto de manifiesto un mito sexual referido a estas personas que les niega que puedan estar interesadas en el sexo (Golden, 1.983a).

La representación psicosocial del cáncer, por su parte, hará que se vean incompatibles tanto el interés en el sexo, como la capacidad para experimentar placer sexual en una persona que padece una grave enfermedad que le ha condenado a una existencia llena de dolor y sufrimiento. Y del mismo modo, si las actitudes sociales definen que la mujer mastectomizada por cáncer de mama debe sentirse desfigurada, avergonzada por su mutilación, menos atractiva y menos femenina, es muy probable que esto se asocie a ideas tales como que su aspecto físico le impide involucrarse en relaciones íntimas o que ha perdido la capacidad para disfrutar de la actividad sexual. De esta forma, el/la paciente que tras el diagnóstico de la enfermedad asuma estos estereotipos sociales y trate de comportarse como ellos marcan, deberá ignorar sus deseos sexuales porque, de acuerdo con tales mitos, su sexualidad queda anulada. Esta relación, entre las actitudes hacia la enfermedad y la conducta sexual asociada a la misma, pese a ser un aspecto muy importante de cara a la comprensión y al entendimiento del comportamiento sexual del individuo en la situación de enfermedad, ha sido un tema muy poco tratado en la bibliografía; esperamos ocuparnos de esta cuestión en futuros trabajos, ya que se extralimitaba de los objetivos planteados en la presente investigación.

Respecto los problemas sexuales que con mayor frecuencia tienden a presentarse en las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, los trabajos que han abordado el tema coinciden en señalar las consecuencias negativas de la mastectomía para el comportamiento sexual (Morris et al., 1.977; Maguiere et al., 1.978) Eicher et al., 1.977, cit. por Eicher, 1.978; Franck et al., 1.978; Andersen y Jochimsen, 1.985; Achte et al., 1.987); sin embargo, no existe un consenso respecto a cuáles son concretamente tales dificultades. Por ejemplo, hay autores que observaron que tras la mastectomía se producía una ausencia total

de la satisfacción en las relaciones sexuales (Maguiere et al., op. cit.), frente a otros que tuvieron constancia de que el nivel de satisfacción sexual no era diferente al de las mujeres sanas (Achte et al., op. cit.); en algunos trabajos se observa una disminución de la frecuencia del orgasmo (Eicher, op. cit.; Franck, op. cit.) y en otros se informa que tal efecto no se produce (Andersen y Jochimsen, 1.985). Uno de los objetivos principales del presente trabajo va encaminado a esclarecer las dificultades que manifiestan estas pacientes en los distintos aspectos de sus relaciones sexuales; es decir, cómo influyen el cáncer de mama y sus tratamientos en la adaptación psicosexual de las mujeres que pasan por esta enfermedad.

A este respecto, hay que decir que no encontramos en la bibliografía consultada una definición concreta y operativizable de lo que se entiende por adaptación psicosexual, ni un instrumento que específicamente la evaluara. Por nuestra parte, hemos considerado algunos aspectos relevantes de las relaciones íntimas, que consideramos que están más relacionados con la adaptación psicosexual y que pueden servirnos de predictores o indicadores del ajuste psicosexual. Estos son: el grado de excitación sexual subjetiva y de satisfacción sexual experimentados ante la estimulación erótica, la frecuencia con que se mantienen relaciones sexuales y la frecuencia con que se consigue el orgasmo en las mismas. Asimismo, incluimos aspectos de especial relevancia en las relaciones sexuales de las mujeres afectadas de cáncer de mama, relacionados con la frecuencia de caricias realizadas en la zona del pecho y el nivel de excitación y satisfacción derivado de las mismas.

Por otro lado, como consta en la bibliografía consultada, aunque el diagnóstico de la enfermedad cancerosa provoca un grave impacto emocional para el individuo, éste pone en marcha un

proceso psicológico de adaptación (Leventhal et al., 1.986), donde la respuesta emocional va a estar en gran parte determinada tanto por la percepción que tiene de la enfermedad que padece y de los tratamientos a los que se somete, como por las estrategias de afrontamiento que pone en marcha para resolver los distintos problemas que se generan de la situación de enfermedad.

Este proceso permite al paciente poner en marcha determinados recursos psicológicos para superar el estrés derivado de la enfermedad y, asimismo, valorar el resultado de tales estrategias para posteriormente modificarlas o cambiarlas con el fin de que resulten más efectivas. De la misma forma, las propias experiencias y las nuevas informaciones relacionadas con su enfermedad, harán que la percepción que tenía de la misma tras el diagnóstico vaya cambiando a lo largo del proceso (Barreto et al., 1.991). Todo ello da como resultado que el trascurso del tiempo, generalmente, juegue un papel positivo en la adaptación emocional a la enfermedad, disminuyendo la incidencia de problemas emocionales (Rosbund-Zickert, 1.989). Muchos autores han establecido el período de un año para que este proceso adaptativo permita a las pacientes de cáncer de mama conseguir unos niveles favorables de recuperación al impacto del diagnóstico (Andreu, 1.987; Achte et al., 1.987; Andersen, 1.992).

El carácter dinámico del proceso permite explicar no sólo el estado emocional que presenta un individuo en un momento determinado de su enfermedad, sino que nos ofrece una visión evolutiva y dinámica de los cambios que se producen en su respuesta emotiva.

En el ámbito del estudio del comportamiento sexual del enfermo oncológico, destaca la ausencia de un modelo que nos ofrezca una explicación del proceso de adaptación que realiza el

individuo en su esfera sexual. El modelo teórico que propone Derogatis (1.980) para la explicación de la influencia del deterioro de la imagen corporal sobre la sexualidad de la paciente afectada de cáncer de mama, aunque sistematiza favorablemente aspectos emocionales y características de personalidad junto con el funcionamiento sexual, proporciona una visión estática de la adaptación psicosexual de la paciente, ya que no proporciona información de cómo dicho comportamiento evoluciona o puede cambiar a lo largo del proceso de la enfermedad.

La revisión de los estudios que han tenido en cuenta la relación entre el tiempo transcurrido desde la realización de la mastectomía y la incidencia de alteraciones del funcionamiento sexual o de la imagen corporal, ha puesto de manifiesto que estos problemas generalmente surgen poco después de la mastectomía, o casi inmediatamente tras ella, y que la tendencia es que prevalezcan una vez que ha transcurrido el primer año (Morris et al., 1.977; Maguire et al., 1.978; Achte et al., 1.987; Kenemy et al., 1.988). Otros estudios, sugieren que las dificultades psicosexuales pueden desarrollarse más tardíamente, transcurridos varios meses después de la mastectomía, incluso a lo largo del primer año (Polivy, 1.977, cit. por Beckmann, 1.983a; Andersen, 1.985).

Las variables que influyen en que una paciente de cáncer de mama tenga un mayor riesgo de desarrollar problemas sexuales en un momento y no otro, así como los procesos psicológicos que hacen que esas alteraciones prevalezcan o no en el tiempo, son temas que en la literatura psicooncológica no quedan aclarados, quizá porque no se le haya prestado la suficiente atención. Sin embargo, creemos que las claves sobre este tema harían posible que se detectaran precozmente dichos problemas, de manera que se

pudiera intervenir sobre ellos antes de que se cronificasen.

Otro aspecto que nos interesa resaltar de la bibliografía revisada es que son muchos los autores que coinciden en afirmar que las reacciones emocionales más frecuentes del enfermo oncológico, en general, y de las enfermas de cáncer de mama, en particular, son la depresión y la ansiedad (Giner et al., 1.983; Hugles, 1.987, cit por Cull, 1.990; Font, 1.988b; Parle et al., 1.996); sin embargo, habría que preguntarse si la incidencia de estos dos trastornos es más elevada en estos enfermos que en la población general o que en otras poblaciones. A este respecto, numerosos trabajos han constado que la incidencia de síntomas depresivos en grupos de cáncer de mama no es diferente del que presentan los grupos de mujeres sanas (Barreto, 1.984; Andreu, 1.987; Bloom et al., 1.987; Rosbund- Zickert, 1.989; Torrico, 1.995), desmitificando con ello el fenómeno generalizado de la depresión post-mastectomía.

Por otra parte, los estudios que se han ocupado de investigar la incidencia de la ansiedad en mujeres con cáncer de mama frente a grupos de mujeres sanas revelan resultados contradictorios. Maguire et al. (1.978) observaron diferencias significativas en la presencia de síntomas ansiosos entre ambos grupos de mujeres, siendo mayor en el grupo de mujeres mastectomizadas. Barreto (1.984) y González (1.988) pusieron de manifiesto que las mujeres con cáncer de mama, en comparación con las controles presentaban niveles más elevados de ansiedad rasgo, considerando este parámetro como una medida de las reacciones psicopatológicas a la enfermedad. En otro estudio Andreu et al. (1.988) observaron que, aunque las mujeres con cáncer de mama presentaban un mayor nivel de ansiedad manifiesta comparado con las controles, esta diferencia no alcanzaba el nivel de significación estadística; por su lado, los niveles de ansiedad

latente, eran muy similares en ambos grupos.

Es posible que la inclusión en algunos de estos estudios de pacientes mastectomizadas y con cánceres de mama no operables, así como con diferentes estadios de la enfermedad, esté poniendo de manifiesto que dentro de la población de mujeres con cáncer de mama existen subgrupos que responden ante la enfermedad con patrones de reacciones emocionales diferenciales, lo cual explicaría que los distintos estudios no llegaran a las mismas conclusiones.

Esta falta de consenso entre los autores, respecto al tema de la incidencia de la ansiedad, es uno de los motivos, además de los que comentaremos a continuación, por los que nos propusimos incluir la variable ansiedad en este estudio. De este modo, aunque el objetivo principal de nuestro trabajo es el estudio de la respuesta sexual en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, intentamos aportar algunos datos referidos a la prevalencia de la ansiedad en estas mujeres.

La otra razón por la que consideramos relevante el estudio de la ansiedad se refiere al importante papel que juega tal respuesta emocional tanto en la respuesta sexual, como en la génesis y mantenimiento de los problemas sexuales.

En la revisión de los estudios procedentes del ámbito sexológico (Dekker y Everaerd, 1.989; Cole y Dryden, 1.991; Sánchez y LLorca, 1.992), se puso de manifiesto un fenómeno diferencial asociado a la elevación de la ansiedad: en individuos funcionales la elevación moderada de la ansiedad situacional se asocia a niveles más altos de excitación sexual; pero cuando la ansiedad sube hasta niveles extremos, se produce una disminución de la atención a los estímulos eróticos (distracción), por lo que la respuesta sexual ante ellos disminuye. Sin embargo, en los

individuos con disfunciones sexuales la elevación moderada de la ansiedad no se asocia a un aumento de la respuesta sexual debido a que en estas personas se produce el fenómeno de la interferencia cognitiva, por el cual la focalización de la atención en lugar de dirigirse hacia los estímulos eróticos se centra en otros distractores o negativos (p.e. ideas de fracaso o ridículo, supuestas alteraciones físicas o funcionales, etc.), por lo que, al no atender a la estimulación sexual, ya aumente la ansiedad, su respuesta sexual se mantiene a bajo nivel.

Como sería de esperar, en las mujeres que han sido mastectomizadas, dependiendo de si son sexualmente funcionales o disfuncionales, pueden ocurrir estos mismos fenómenos descritos anteriormente. El interés especial que pueden tener estos casos, está en que para estas mujeres que soportan un diagnóstico de cáncer de mama y que sufren las consecuencias de los tratamientos desfigurantes a los que han sido sometidas, las relaciones sexuales pueden suponer una fuente de estrés y malestar, debido a sentimientos de poca valía, de falta de atractivo o a temores como miedo al rechazo por parte de la pareja, miedo a que ésta le toque o le vea la cicatriz, etc.. Si durante una experiencia sexual (autoerótica o heteroerótica), que se estaba desarrollando favorablemente, se produce un aumento excesivo de la ansiedad, derivado de dicho estrés, se producirá un deterioro de la respuesta sexual, ya que se produce una disminución de la atención hacia los estímulos y sensaciones sexuales.

Pero como también comentamos anteriormente que si el nivel de ansiedad es solamente moderado, la respuesta sexual de excitación aumenta. Si esto lo hacemos extensible al cáncer de mama, quiere decir que si ocurre que la mujer siente una ansiedad moderada (sin que llegue a ser extrema) debida a esos temores y miedos relacionados con su enfermedad y tratamientos o con el

rechazo por parte de la pareja, la respuesta sexual emitida ante la estimulación sexual aumentará.

Esto último puede resultar paradójico, pero no deja de ser una hipótesis que hemos formulado siguiendo el esquema teórico de los estudios experimentales sobre la relación entre ansiedad y excitación sexual. Quedaría por probar si los resultados obtenidos a través de una situación experimental de laboratorio, donde los sujetos se sabían observados, rodeados de complejos aparatos y donde las situaciones de ansiedad eran inducidas a través de películas con escenas de violencia, pueden ser aplicables a la situación que puede vivenciar una mujer mastectomizada, la cual probablemente se encontrará en un ambiente conocido y seguro, en situaciones sexuales familiares para ella, pero, además, en este caso la ansiedad, aún siendo moderada, podría ser consecuencia de estímulos frustrantes íntimamente relacionados con ella misma.

Sin dejar de reconocer la dificultad que tiene investigar estas cuestiones, debido a los problemas que supone valorar los pensamientos, las emociones y la respuesta sexual asociados a una situación concreta, consideramos que deberían ser tratadas como objeto de estudios en futuras investigaciones.

Por otra parte, la responsabilidad de la ansiedad en la instauración y prevalencia en el tiempo de las disfunciones sexuales ha sido referida en numerosas ocasiones (Flórez, 1.986; de las Heras, 1.991; Sánchez y LLorca, 1.992). Se ha manifestado, tanto en la población general de mujeres como en el caso de pacientes oncológicas, que los trastornos sexuales asociados a la ansiedad son principalmente los problemas de excitación sexual (excitación sexual inhibida), el vaginismo y la anorgasmia (Kaplan, 1.974; Sierra, 1.991; de las Heras, *op cit.*; Andersen, 1.986). Los trastornos del deseo sexual, aunque en menor medida,

también pueden asociarse a los problemas de ansiedad (Sierra, op. cit.; de las Heras, op cit.). Podemos decir por tanto, que la ansiedad puede afectar a la totalidad de las fases de la respuesta sexual, poniendo trabas a la consecución de cada una de ellas.

También se ha estudiado la ansiedad como característica de personalidad relacionada con el ajuste sexual, apuntando que las personas más ansiosas presentan una mayor inhibición de la respuesta sexual (Munjack, 1.978; Kockott, 1.980; Farré, Prohens y Juan, 1.984; cits. por Farré 1.987), más dificultades en las relaciones sexuales (Avia, 1.994), mayor incidencia de anorgasmia en las mujeres (Granero, 1.987) y en general un mayor riesgo de disfunción sexual (Sánchez y Llorca, 1.992). Todo esto hizo que nos planteáramos el papel de la ansiedad, considerada como rasgo de personalidad, en la conducta sexual femenina, lo cual nos permitiría, en último término, conocer mejor el proceso de adaptación psicosexual de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama, las características de las mujeres que presentan un mayor riesgo de desarrollar dificultades sexuales, así como, los tipos de problemas sexuales que más frecuentemente se asocian a tal rasgo de personalidad.

Otra característica de personalidad que atrajo nuestro interés fue la autovaloración corporal, por cuanto había sido destacada por diversos autores como importantes variables predictoras del ajuste sexual, en general, en cualquier persona (Farré, 1.987; Masters, Johnson y Kolodny, 1.987; Reinich y Beasley, 1.992) y, en particular, en pacientes de cáncer de mama (Derogatis, 1.980; Schain, 1.988; Schover, 1.991).

Cuando operativizamos la autovaloración corporal tuvimos en cuenta el nivel de satisfacción que la persona tiene de su cuerpo, considerado éste globalmente -el autoconcepto físico-,

así como otros aspectos de la imagen corporal que tienen especial relevancia en las pacientes de cáncer de mama -p.e. las actitudes acerca del propio cuerpo desnudo o la valoración del atractivo físico-. Para aclarar las diferencias existentes entre el autoconcepto físico y la imagen corporal, diremos que el primero se refiere, al igual que la imagen corporal, a un conjunto de actitudes referidas al propio cuerpo; pero el autoconcepto físico es más global que la imagen corporal, por cuanto no sólo abarca la valoración del aspecto físico externo, sino que además incluye la valoración de la salud, las funciones corporales y la sexualidad.

De otro lado, el conjunto de percepciones y representaciones cognitivas referidas a la propia sexualidad, definido por Andersen² (1.994) como esquema sexual, quedaría, por tanto, incluido en el autoconcepto físico. De esta forma, el autoconcepto físico y el funcionamiento sexual estarían estrechamente relacionados entre sí, influyéndose mutuamente. La imagen corporal también ejerce una importante influencia sobre el ajuste sexual y viceversa, ya que para que una persona se involucre con otra en una relación sexual es importante que esté satisfecha con su aspecto físico y que considere que puede ser deseable para su compañero/a; de otro lado, si una persona se siente deseada físicamente por otra, puede valorar más positivamente su aspecto. La relación entre imagen corporal y funcionamiento sexual ya fue destacada por Derogatis (1.980).

Krueger (1.988, cit. por López et al., 1.992) aseveraba que la pérdida de una parte del cuerpo conlleva un proceso de duelo. Si aplicamos sus ideas al hecho de la amputación de la mama y tenemos en cuenta las connotaciones sexuales de esta última, el duelo se produciría:

- por la función que cumplía el órgano: las caricias, besos, y otras formas de estimulación de los pechos, suelen proporcionar sensaciones agradables y sensaciones de placer. Además de las funciones relacionadas con la reproducción, el pecho también cumple una función importante para el atractivo sexual. Tras la mastectomía la mujer deberá enfrentarse a la pérdida de estas funciones (bien sea en uno de los pechos o en los dos, si la mastectomía es bilateral).

- por la satisfacción que proporcionaba: las conductas sexuales asociadas a los pechos, por lo agradable de sus sensaciones y/o por lo que pueden agradar a la pareja, suelen proporcionar satisfacción sexual y sentimientos de bienestar. Tras la mastectomía la estimulación sexual procedente de la zona del pecho, puede resultar para la mujer una fuente de malestar e insatisfacción; también puede causarle ansiedad la idea de que su pareja ya no se excite como antes cuando le toque la zona del pecho.

- por el deterioro de la imagen corporal: la pérdida del pecho puede implicar para muchas mujeres que la representación de su propio cuerpo se asocie a sentimientos de preocupación y malestar.

- por las expectativas que se habían puesto en la función del órgano (el pecho en este caso): la mujer que anteriormente a la mastectomía daba gran importancia a sus pechos para lograr el placer y la excitación sexuales, ahora puede anticipar que ya no será posible realizar actividades sexuales satisfactorias. Igualmente, si los pechos eran determinantes para su atractivo sexual, tras la mastectomía puede considerar que su aspecto físico no resultará atrayente para su pareja (o posible pareja).

Desde nuestro punto de vista, todas las percepciones, valoraciones y conductas asociadas al proceso de duelo anteriormente descrito, forman parte de la imagen corporal y del autoconcepto físico. Además, este proceso no tiene por qué darse en todas las mujeres, ni con la misma intensidad. Habrá mujeres poco preocupadas por la pérdida de su pecho, que acepten mejor su cuerpo y que disfruten de las relaciones sexuales, buscando la satisfacción sexual en actividades sexuales alternativas. Otras, por el contrario, pueden estar más afectadas por no tener la mama, se sentirán menos atractivas y verán que su "falta" resulta un grave inconveniente para desarrollar una actividad sexual placentera; es muy probable que estas mujeres durante una relación sexual o una actividad sexual autoerótica, distraigan su atención de los estímulos y sensaciones sexuales y se centren en esos pensamientos perturbadores relacionados con su imagen corporal. De esta manera, se produciría el fenómeno de la interferencia cognitiva, la cual resulta en un descenso de la respuesta sexual de excitación.

La insatisfacción con el propio físico no sólo se relaciona con una peor adaptación sexual, sino que redundará en otras esferas de la persona como las relaciones con los demás o el estado emocional. De este modo, una alteración de la imagen corporal, dará lugar a que el individuo perciba y valore los cambios en su físico de una forma negativa y frustrante, siendo todo ello motivo de preocupación y malestar, por lo que puede sentirse más ansioso, deprimido, angustiado, etc. Estas reacciones emocionales pueden implicar a su vez, una traba para que la persona pueda disfrutar de su actividad sexual.

Otras variables, tales como la edad, el estatus menopáusico, los efectos secundarios de los tratamientos, la información ofrecida sobre la enfermedad, etc., que parecen tener relación

con la adaptación psicosexual en pacientes de cáncer de mama, no van a ser tratadas en el presente trabajo por excederse de los objetivos inicialmente planteados.

Para llevar a efecto nuestros objetivos de investigación optamos por un diseño comparativo donde se incluyeron dos muestras de mujeres que habían sido mastectomizadas por cáncer de mama, las cuales se diferenciaban en el tiempo que había transcurrido desde la operación; en un grupo la mastectomía se había practicado en un período inferior al año y en el otro las mujeres llevaban más de un año mastectomizadas. Asimismo tomamos otro grupo (control) que estuvo formado por mujeres que no habían tenido cáncer ni estaban mastectomizadas.

La elección de un grupo de mujeres que llevaran mastectomizadas menos de un año se debe a que ese período ha sido establecido por diversos autores como el tiempo que suele necesitar la paciente para adaptarse al impacto del diagnóstico de la enfermedad y de los efectos de los tratamientos. Al cabo del año parece que los niveles de adaptación psicológica son más propicios; por este motivo, seleccionamos otra muestra de mujeres que llevaran más de un año mastectomizadas. En este segundo grupo, establecimos un límite de cinco años tras la mastectomía, ya que los cinco primeros años se consideran médicamente el período de mayor riesgo para que pueda producirse una recidiva; a partir de este período se hablaría de remisión de la enfermedad.

Respecto al grupo muestral que tomamos como control, decir que fue seleccionado por nuestro interés en evaluar mujeres de similares características que los grupos de mastectomizadas (en edad, estado civil, nivel cultural, etc.), pero que no hubieran experimentado los efectos físicos, psicológicos y psicosexuales del diagnóstico de cáncer de mama y de sus tratamientos. El hecho

de estas mujeres procedieran de talleres donde se impartieron temas relacionados con la salud en la mujer, no creemos que haya tenido un efecto significativo en los parámetros evaluados.

Otras poblaciones que podrían haber sido estudiadas como grupos controles son: mujeres diagnosticadas de cáncer de mama y tratadas con cirugía conservadora de la mama, mujeres con reconstrucción mamaria tras la mastectomía realizada por un cáncer de mama y, por último, mujeres operadas de patología mamaria benigna. En los dos primeros casos, hubiéramos controlado el hecho de ser diagnosticada de cáncer de mama, evaluando así sólo el efecto de la cirugía, pero los inconvenientes que contemplamos residían en la poca profusión de estas técnicas durante el período previo a la recogida de nuestras muestras (en el momento actual sí está más extendida la cirugía conservadora, mientras que la reconstrucción mamaria sigue siendo muy minoritaria). Respecto a la cirugía por patología mamaria benigna, decir que se hubiera controlado la vivencia de una intervención quirúrgica mamaria, pero creemos que el temor al diagnóstico de un cáncer de mama que pudieran haber experimentado estas mujeres habría interferido a la hora de hacer conclusiones y generalizaciones sobre los resultados. A pesar de estas objeciones, queremos resaltar el interés intrínseco, no sólo como grupos control, que tiene el estudio de estas poblaciones.

En relación a los criterios comunes utilizados en la selección de las mujeres de los tres grupos, decir que fueron así establecidos por diversos motivos. Por un lado, respecto a la edad, se tuvieron en cuenta los límites que algunos autores (p.e. Sémelas, 1.991a) han tomado para describir el comportamiento sexual asociado al período de adultez, ya que a partir de los sesenta años se suele producir un descenso importante de la actividad y motivación sexuales (Herrera, 1.988; Ribera y Reig,

1.991), lo cual está más bien determinado por estereotipos sexuales relacionados con las personas mayores (Herrera, 1.989; Butler y Lewis, 1.988), que con la pérdida de la capacidad sexual (Strickland, 1.992).

Otro criterio común para seleccionar a las diferentes muestras fue el hecho de tener una relación de pareja estable; esta condición responde a las diferencias que se han establecido en el ajuste psicosexual de las mujeres mastectomizadas en función de si tienen o no una relación de estas características (Derogatis, 1.980; Fallowfield y Hall, 1.991). Nuestra experiencia con estas mujeres nos ha mostrado que aquellas que previamente a la mastectomía no tenían pareja, tras la intervención perciben su amputación como un grave impedimento para involucrarse en relaciones sexuales con otras personas; por otro lado, aquellas mujeres que mantenían relaciones esporádicas con alguna pareja, sin que la relación tuviera una sólida base, después de la mastectomía estas relaciones muchas veces no se reanudan y tampoco se establecen con otras personas. Por todo ello, consideramos que de cara a la adaptación sexual deben considerarse como dos grupos diferentes, ya que los problemas a los que se enfrenta cada uno de ellos en el terreno sexual son específicos.

Por lo que respecta al nivel cultural, debido a que así lo exigían los diferentes cuestionarios utilizados, seleccionamos aquellas mujeres que tuvieran como mínimo un nivel cultural que les permitiese responder por sí mismas a las preguntas de las diferentes pruebas. Aunque esto puede representar un sesgo de cara a la generalización de los resultados a la población general, nos pareció más adecuado actuar de esta manera, ya que para evaluar a las mujeres con un alto grado de analfabetismo había que leerle las preguntas de los cuestionarios y anotar sus

contestaciones, hecho que consideramos hubiera podido incidir en las respuestas emitidas, principalmente en aquellas relacionadas con cuestiones sexuales más íntimas.

La exclusión de personas con antecedentes psicológicos o psiquiátricos se debe al hecho de que esta circunstancia representa un mayor riesgo para desarrollar alteraciones emocionales o sexuales tras el diagnóstico de cáncer y sus tratamientos, lo cual podía representar un inconveniente a la hora de realizar nuestras conclusiones. Por otra parte, la eliminación del estudio de las mujeres que en el momento de la evaluación estuvieran en tratamiento psicológico o psiquiátrico, hizo posible que controlásemos el efecto que la ayuda profesional especializada tuviera sobre la expresión de sus reacciones emocionales y sus conductas sexuales.

Otros criterios de inclusión se utilizaron para asignar a las mujeres a cada grupo. En el caso de los dos grupos de mujeres mastectomizadas no se incluyeron aquellas mujeres que tras la operación se hubieran sometido a reconstrucción mamaria, ya que esto podía influir en las reacciones psicológicas y sexuales ante la mastectomía. Tampoco se seleccionaron a las pacientes que hubieran sido diagnosticadas de metástasis o recidivas locales del cáncer de mama, ya que como afirman Andreu et al. (1.991), estas mujeres representan un subgrupo diferencial en lo que respecta a su ajuste emocional a la enfermedad. Por otra parte, con la consideración de sólo aquellas mujeres que aparte del cáncer de mama no tuvieran o hubieran tenido otra enfermedad grave o incapacitante, se trataba de controlar el efecto psicológico y psicosexual que otras enfermedades pudieran tener. En el grupo control sólo se incluyeron mujeres que no tuvieran o hubieran tenido ninguna enfermedad grave o incapacitante, también con el objeto de evitar la influencia de esta variable.

En otro orden de cosas, en relación al procedimiento para seleccionar a las mujeres que conformaron el grupo control, decir que el hecho de que estuvieran asistiendo a talleres sobre Salud en la Mujer nos permitió acceder a ellas en un momento en el que podían estar más sensibilizadas a participar en un estudio de estas características. Además la diversidad de personas que acceden a este tipo actividades, hizo posible que pudiéramos evaluar a mujeres de diferentes edades y de diversos niveles socioeconómicos y culturales; por lo cual, podemos considerar esta muestra como representativa de la población general y un adecuado grupo de referencia para la comparación con las mujeres mastectomizadas estudiadas.

Hay que decir también que la consideración de 30 mujeres en cada grupo, nos permitió posteriormente emplear las pruebas estadísticas paramétricas para el tratamiento de los datos.

Respecto al procedimiento de aplicación de la batería de pruebas, tratamos de que en los tres grupos fuera lo más similar posible, para ello en todos los casos se realizó la evaluación de forma individual y en una única sesión. Creemos que la circunstancia de que las mujeres mastectomizadas fueran evaluadas en el hospital a la salida de la consulta con el médico y las mujeres del grupo control en el centro donde se celebraba el taller, hubiera podido afectar, en todo caso, a la ansiedad situacional (o ansiedad estado) durante la evaluación, no al resto de las variables estudiadas; en cualquier caso, la medida de la ansiedad estado nos permitía controlar el efecto.

La selección de los instrumentos de evaluación se realizó en función de los objetivos y las hipótesis de investigación que nos habíamos marcado. Sin embargo, también hay que decir que nos encontramos con numerosos problemas, que inevitablemente afectaron a la selección de los mismos, como el hecho de la

carencia en nuestro país de instrumentos específicos para mujeres con cáncer de mama que evalúen la imagen corporal y la sexualidad.

También tuvimos en cuenta el tiempo del que suelen disponer las personas que acuden a consulta médica, bien para revisión o tratamiento, procurando que la evaluación interfiriera en su vida cotidiana lo menos posible. De esta manera, el tiempo empleado en la evaluación no debía superar los 45-60 minutos por lo que nos vimos obligados a la hora de seleccionar los instrumentos a incluir en nuestra batería sólo aquellos que consideramos imprescindibles para los objetivos del estudio.

Por poner un ejemplo, creemos que hubiera sido interesante, desde el punto de vista informativo, administrar íntegramente el Cuestionario sobre Sexualidad Femenina (W.S.Q.; Chambles, 1.978), que consta de 32 preguntas referidas, entre otros temas, a métodos anticonceptivos utilizados, partos, abortos, primeras experiencias sexuales, posturas sexuales, lubricantes vaginales, etc. Pero este cuestionario suele contestarse en media hora y el límite temporal que teníamos hizo que tuviéramos en cuenta sólo aquellas cuestiones, más importantes para nosotros, referidas a características de la pareja sexual, edad de inicio de las relaciones sexuales, frecuencia de coitos y frecuencia de orgasmos (incluidas en la Entrevista Estructurada sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones Afectivas).

Por otro lado, debido a la complejidad de algunos instrumentos de la batería de pruebas que finalmente utilizamos (que requerían explicar instrucciones o resolver dudas) y por el carácter mismo del contenido de la evaluación, no nos pareció adecuado que las mujeres realizaran las pruebas en sus casas sin nuestra supervisión, ni invadir su intimidad pidiéndoles su dirección para evaluarlas en sus casas. Estas opciones hubieran

permitido ampliar el número de instrumentos utilizados, pero creemos que se hubiera traducido en una disminución de la validez de los mismos.

Dividir la evaluación en dos sesiones, tampoco hubiera sido factible, ya que muchas mujeres mastectomizadas acudían a revisión cada seis meses, período excesivamente amplio entre una sesión y otra como para que la validez de los datos pudiera ser sostenida.

Se diseñaron dos Entrevistas Estructuradas sobre Datos Sociodemográficos y Médicos, una para los dos grupos de mastectomizadas y otra para el grupo control. A través de las distintas cuestiones recopilamos datos acerca de variables sociobiográficas, datos relacionados con el cáncer de mama (sólo en los dos grupos de mastectomizadas), estadio hormonal y antecedentes médicos o psicológicos. Estas variables no eran objetivo de nuestro estudio, pero habían sido mencionados en distintos estudios como variables importantes en el ajuste psicológico y/o psicosexual. Algunas de estas variables se controlaron manteniendo constante su valor en los diferentes grupos (p.e. ninguna de las mujeres estaba en la actualidad, ni había estado en los últimos diez años, en tratamiento psicológico o psiquiátrico); otras variables se aleatorizaron, es decir, se confió al azar la distribución equivalente de las mismas en los diferentes grupos (p.e. el nivel cultural). Con estas últimas variables era necesario probar que se distribuían homogéneamente en los tres grupos muestrales para poder compararlos entre sí.

Por otro lado, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1.970) fue utilizado para obtener dos medidas de la ansiedad: una situacional (ansiedad estado) y otra como tendencia estable de personalidad (ansiedad rasgo).

Las razones que nos llevaron a utilizar el S.T.A.I. en este estudio pasan, en primer lugar, por la gran cantidad de evidencia empírica que garantiza su calidad psicométrica (Seisdedos, 1.982), en segundo lugar porque disponemos de un baremo elaborado sobre la población general de mujeres adultas de nuestro país (op. cit.) y, en tercer lugar por su amplia utilización en el ámbito de la psicooncología como instrumento clínico y de investigación para explorar el estado emocional de los pacientes y sus alteraciones psicopatológicas, tanto en nuestro país como fuera de él. Destacamos los siguientes estudios realizados con pacientes de cáncer de mama donde se utilizó este instrumento para tal fin: Morris et al. (1.981), Barreto (1.984), González (1.988) y Fallowfield et al. (1.990). Asimismo, Farré (1.987) recomienda este instrumento para su utilización en la valoración clínica psicopatológica que, según el autor, debe incluir todo intento de evaluación de las disfunciones sexuales.

Respecto a los instrumentos que seleccionamos para evaluar la autovaloración corporal, una vez revisada la bibliografía disponible llegamos a la misma conclusión que Hopwood (1.993), es decir, que hasta la fecha no se dispone de un instrumento adecuado para valorar la imagen corporal en enfermos de cáncer en general, ni en pacientes de cáncer de mama en particular; por este motivo, los investigadores han tenido que recurrir bien a la utilización de escalas y subescalas no específicas para este tipo de poblaciones, o bien al empleo de entrevistas basadas en estudios previos. Hopwood (op. cit.) sugiere que la evaluación de la imagen corporal en pacientes oncológicos debería abarcar las siguientes áreas: insatisfacción con la apariencia (vestido), pérdida de la feminidad/masculinidad, aversión/evitación para mirarse desnudo, sentimientos de menor atractivo y/o atractivo sexual, efectos adversos de los tratamientos y pérdida de la integridad corporal, autoconsciencia acerca de la apariencia e

insatisfacción con la cicatriz y/o prótesis.

Como finalmente no dispusimos de un instrumento que específicamente evaluara la autovaloración corporal en la población de enfermas de cáncer de mama, optamos por utilizar una prueba psicológica que evaluara este parámetro aunque hubiera sido diseñado para la población general y añadir al estudio una entrevista, elaborada en base a la bibliografía, que valorara los problemas de la imagen corporal asociados a la mastectomía y que no se recogieran en el primero. En la selección del instrumento para la evaluación del autovaloración corporal y de las preguntas de la entrevista, tuvimos en cuenta que conjuntamente ambos instrumentos incluyeran ítems referidos a las distintas áreas de la imagen corporal que propuso Hopwood.

Finalmente, seleccionamos la Subescala "Sí mismo Físico" de la Escala de Autoconcepto de Tennessee (T.S.C.S; Fitts, 1.995). En la decisión tuvo un gran peso el hecho de que esta subescala evalúe el autoconcepto físico, desde un punto de vista cognitivo, afectivo y comportamental, en relación al propio cuerpo, al estado de salud, al aspecto físico, a la capacidad física y a la sexualidad. De esta manera, podíamos analizar las consecuencias de los tratamientos del cáncer de mama sobre los distintos aspectos y dimensiones del autoconcepto físico. Además la adaptación y validación del T.S.C.S. en población española realizada por Garanto (1.984) hacía más adecuado su uso frente a otros posibles instrumentos no adaptados en nuestro país. Un inconveniente que encontramos fue que la tipificación de la escala, llevada a cabo por este mismo autor, se realizó sobre una muestra de 200 profesionales de la Educación, lo que dificulta la generalización a población general, debido al elevado nivel cultural de los sujetos que utilizó. El T.S.C.S., además, ha sido utilizado en otros trabajos para la valoración de los cambios en

el autoconcepto producidos por el envejecimiento (p.e. Antequera, 1.993; Franco et al., 1.994) o por enfermedades físicas como el infarto de miocardio (p.e. Santín, 1.996).

Las preguntas que elaboramos sobre diversas áreas problemáticas de la imagen corporal en la mujer mastectomizada y las correspondientes para el grupo control se incluyeron, junto con otras preguntas, en las dos Entrevistas Estructuradas sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones afectivas. El objetivo principal de la primera de ellas era evaluar los problemas específicos (puestos de manifiesto en estudios ya realizados y en nuestra propia experiencia) a los que se enfrentan las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama en lo que se refiere a las actitudes con el propio cuerpo desnudo, la valoración de su atractivo, las caricias en la zona del pecho, los cambios en el comportamiento sexual, los problemas en la reanudación de sus relaciones sexuales, los cambios en las relaciones afectivas, etc. La entrevista diseñada para el grupo control era similar a la anterior, pero se eliminaron todos los ítems que hacían referencia a la enfermedad y la mastectomía, por lo que la entrevista quedaba más reducida.

Por lo que se refiere a la evaluación de la adaptación psicosexual, Pellicer y Creus (1.991) han destacado la necesidad de desarrollar y validar instrumentos específicos para tal fin en pacientes oncológicos, ya que el empleo de cuestionarios diseñados para población general puede tener un contenido que no se adapte a las características y necesidades del enfermo de cáncer. Por ello, proponen que mientras que no se desarrollen escalas específicas o se validen en estos enfermos las existentes, circunstancias que se dan actualmente, se emplee en las investigaciones grupos control adecuados con los que comparar los resultados obtenidos por estos pacientes. Tal recomendación

la tuvimos presente a la hora de seleccionar la muestra control que íbamos a utilizar en el estudio.

Pellicer y Creus (op. cit.), también sugieren el empleo de entrevistas estructuradas, elaboradas para los fines concretos del estudio, donde se recoja información sobre distintos aspectos y conductas sexuales que se deseen evaluar. Siguiendo esta idea y teniendo en cuenta los distintos indicadores que consideramos para la evaluación de la adaptación psicosexual, fue necesario elaborar diversas preguntas referentes a la frecuencia de caricias realizadas en la zona del pecho, la frecuencia de relaciones sexuales o la frecuencia de coito, que fueron incluidas en las Entrevistas anteriormente descritas. Asimismo, estimamos conveniente realizar una serie de preguntas referidas al comportamiento sexual previo a la enfermedad y a los cambios producidos como consecuencia de la misma que se incluyeron en la Entrevista descrita anteriormente.

Por último, seleccionamos las Escalas de Excitación y Satisfacción del Inventario de Ansiedad y Excitación Sexual Ampliado (S.A.I.-E.; Hoon, 1.978) que nos ofrecen dos medidas subjetivas de la respuesta sexual: la excitación y la satisfacción sexuales. Estas escalas nos permitían comprobar si la respuesta sexual emitida ante una serie de estímulos sexuales representativos era diferente según las mujeres estuvieran mastectomizadas o no, según tuvieran un autoconcepto físico más elevado o más bajo y según tuvieran diferentes niveles de ansiedad rasgo.

Las conductas o situaciones sexuales a las que se refieren los ítems del S.A.I.-E., constituyen un amplio espectro de formas de estimulación sexual donde se incluyen diversos tipos de estimulación de los pechos tales como caricias y besos.

Varios trabajos que han estudiado la validez del S.A.I. (Hoon, Hoon y Wince, 1.976; cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990; Andersen et al., 1.989) y del S.A.I.-E. (Chambless y Lifshitz, 1.984; cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, op. cit.; Hoon y Chambless, 1.987; Aluja, Torrubia y Gallart, op. cit.) han apoyado su utilización tanto en población de sujetos sexualmente funcionales, como en individuos con disfunciones sexuales. Estos mismos trabajos han resaltado la sensibilidad de las diferentes escalas ante los cambios sexuales (por ejemplo, para valorar las mejoras de la terapia sexual). De otro lado, Farré (1.987) propone la utilización de este instrumento para la evaluación a nivel cognitivo-conductual de la respuesta sexual.

El S.A.I.-E. ha sido adaptado y validado en una amplia población de mujeres españolas (Aluja, Torrubia y Gallart, op. cit.), pero no disponemos de un baremo con el que comparar las puntuaciones de las mujeres evaluadas por nosotros.

Este trabajo, no es el primero en utilizar alguna de las escalas del S.A.I.-E. en población de mujeres mastectomizadas; ya Gerard en 1.982 (cit. por Schain, 1.988), utilizó la Escala de Excitación para valorar el funcionamiento sexual de estas mujeres. Posteriormente Andersen et al. (1.989) reconocen la idoneidad de utilizar este instrumento para evaluar los cambios en la respuesta sexual, como consecuencia del cáncer de mama y los efectos adversos de su tratamiento.

Pasando a comentar los resultados obtenidos en la presente investigación, hay que decir, en primer lugar, en relación al hecho de si los tres grupos muestrales son comparables entre sí, que al analizar las variables sociodemográficas edad, estado civil, número de hijos, nivel de estudios, profesión, nivel de ingresos y lugar de residencia, no encontramos diferencias entre los grupos (Tablas 43 y 44), por lo que puede afirmarse que en

lo referente a estas variables, proceden de la misma población.

Las diferencias encontradas en relación a la situación laboral (Tablas 6 y 44) se deben, en primer lugar, a la mayor presencia en los grupos de mastectomizadas de mujeres que estaban en baja laboral, lo cual puede asociarse a las características del tipo de trabajo que muchas de ellas desempeñaban (Tabla 5), el cual implicaba un esfuerzo físico y requería la movilidad del brazo afectado por la mastectomía. (p.e. operaria, obrera, etc.). De otro lado, también puede observarse que una vez que ha transcurrido el primer año de la operación aumenta el número de mujeres mastectomizadas que se reincorporan a su trabajo (Tabla 6). Por último, en el grupo control hubo una mayor incidencia de mujeres que no ejercían, estaban en excedencia o demandaban empleo en aquel momento. El hecho de que los talleres sobre "Salud en la Mujer", de donde fueron seleccionadas las mujeres de este grupo, se desarrollaran frecuentemente en horario laboral pudo impedir que muchas mujeres que trabajaban fuera de su hogar asistieran al mismo. Aunque esto podría ser considerado como un sesgo muestral, también hay que tener presente que en relación a las demás características sociodemográficas, comentadas anteriormente, los grupos son comparables entre sí. Además tendremos también en cuenta otras características como el estadio hormonal y las variables sexuales, que comentaremos a continuación.

En relación estatus menopáusico los resultados de los análisis estadísticos muestran que no existen diferencias en cuanto al número de mujeres con menopausia en los diferentes grupos (Tabla 45b). No obstante, el número de casos con menopausia natural, no inducida por los tratamientos antineoplásicos, fueron menos numeros en los dos grupos de mujeres mastectomizadas (ver Tabla 17). Asimismo, aunque no se

establecieron diferencias estadísticamente significativas, en estos dos grupos las medias del tiempo que las mujeres llevaban en menopausia eran algo inferiores (Tablas 18 y 45b). Estos datos pueden estar poniendo de manifiesto la influencia que el estatus hormonal tiene en el desarrollo del cáncer de mama. En este sentido, hay que decir que la menopausia tardía, junto con la menarquia temprana, han sido identificados como factores de riesgo para este tipo de neoplasia (Hirayama, 1.990; Alvarez et al., 1.994).

De otro lado, podemos decir que entre los tres grupos muestrales se produjo una gran uniformidad en cuanto a las características de la pareja sexual, tratándose en todos los casos de una pareja sexual fija y de una relación heterosexual (Tabla 32); la media del tiempo que llevaban manteniendo relaciones sexuales con esa pareja era equivalente entre los grupos muestrales (Tabla 54). Si consideramos la edad en que se empezó a practicar el coito como un indicativo de la experiencia sexual, podríamos concluir que hay una analogía entre los grupos en este sentido (Tablas 33 y 53b).

La no existencia de diferencias en relación a estas características sexuales contempladas apoya la hipótesis de que son grupos procedentes de la misma población, redundando en la comparabilidad de los mismos.

Por lo que respecta a los dos grupos de mujeres mastectomizadas, recogimos información sobre las características del tumor (estadios), tipos de tratamientos oncológicos recibidos e información sobre el diagnóstico de la enfermedad. En ninguna de las variables contempladas se observaron diferencias significativas a nivel estadístico (Tabla 45a), por lo que puede decirse que las dos muestras proceden de la misma población de pacientes de cáncer de mama.

Una vez dicho esto, pasamos a comentar los resultados de la comparación entre los grupos muestrales, teniendo en cuenta que los análisis estadísticos fueron realizados contrastando los grupos dos a dos, de manera que se pudieran poner de manifiesto tanto las posibles diferencias de uno y otro grupo de mastectomizadas frente al grupo control, como de estos dos grupos entre sí.

Los resultados obtenidos a través de la variable ansiedad estado (Tablas 21 y 48), nos muestran que en el momento de la evaluación el nivel de la ansiedad era comparable entre los tres grupos muestrales. Teniendo en cuenta que las puntuaciones medias de estos grupos eran ligeramente inferiores a la media del baremo utilizado (que era de 23.3), podemos decir que, en general, el nivel de ansiedad frente a la evaluación en los diferentes grupos muestrales era normal, incluso tendiendo a ser bajo. Por tanto, el hecho de que las mujeres pertenecientes a los dos grupos de mastectomizadas fueran evaluadas en el hospital tras la visita del médico, frente a las controles que fueron evaluadas en los centros donde se impartían los Talleres sobre "Salud en la Mujer", no incidió en un aumento de los niveles de ansiedad situacional durante la evaluación de aquellas. En este sentido, hay que decir que las pacientes mastectomizadas, cuando acuden a sus consultas periódicas con el médico oncólogo, manifiestan sentirse bastante ansiosas debido a que les preocupa que en la revisión se les detecte alguna recidiva de la enfermedad, incluso suelen afirmar que va aumentando su nivel de estrés a medida que se acerca el día de la revisión médica. Pero una vez que el médico ha descartado sus temores los niveles de ansiedad parecen volver rápidamente a la normalidad. De esta manera cuando se les administró el Inventario de Ansiedad (tras la Entrevista sobre datos Sociodemográficos y Médicos y la Subescala del Sí mismo físico) el grado de ansiedad estado era seguramente el propio de

una situación de evaluación y, por tanto, de igual nivel que en el grupo control.

La comparación de las puntuaciones medias obtenidas en la Escala de Ansiedad Rasgo por los diferentes grupos muestrales (Tabla 48) nos llevó a la conclusión de que, en primer lugar, la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a mayores niveles de ansiedad rasgo, es decir, que las mujeres mastectomizadas, globalmente consideradas no están más ansiosas que las controles y, en segundo lugar, que a pesar de la cercanía del diagnóstico y de los tratamientos las mujeres que llevan mastectomizadas menos de un año no van a presentar una mayor tendencia a reaccionar de manera ansiosa, en comparación con las pacientes que han superado ese primer año.

En los tres grupos del estudio estas puntuaciones medias se situaron muy cercanamente a la media del baremo para mujeres adultas ofrecido por T.E.A. (24.99), por lo que podemos decir que el nivel de ansiedad de los grupos evaluados es muy similar al de la media poblacional (Tabla 21).

Estos resultados pueden interpretarse como que el rasgo de personalidad de ansiedad, debido a su carácter de estabilidad, no se va a ver acentuado como consecuencia de un diagnóstico de cáncer y sus posteriores tratamientos. De otro lado, si tenemos en cuenta que la puntuación de la Escala de Ansiedad Rasgo, ha sido considerada por numerosos autores (Morris et al., 1.981; Barreto, 1.984; González, 1.988; Fallowfield et al., 1.990) en el ámbito de la psicooncología como una medida de las reacciones psicológicas de ansiedad ante la enfermedad, podríamos también interpretar que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una mayor presencia de dichas reacciones.

Estos resultados contrastan con el hallado por Barreto (1.984), quien observó mayores niveles de ansiedad rasgo en las mujeres con cáncer de mama frente a las mujeres sanas. Sin embargo, hay que decir que en el grupo de mujeres con cáncer de mama que estudió esta autora se incluían mujeres de diferentes estadios de la enfermedad, por lo que la presencia de mujeres metastásicas y con cánceres de mama no operables hubiera podido resultar en un peor ajuste emocional del grupo globalmente considerado. Autores como Ferrero (1.989), Taylor et al. (1.985) y Andersen (1.992) coinciden en que las pacientes con estadios metastásicos o con peor pronóstico presentan niveles superiores de ansiedad y en general un peor ajuste emocional.

Los datos encontrados por nosotros tampoco apoyarían los encontrados por González (1.988) quién observó que tanto en las muestras valencianas, como en las mallorquinas, las mujeres mastectomizadas presentaban niveles significativamente superiores de ansiedad rasgo. De otro lado, Andreu, García e Ibáñez (1.988) observaron mayor nivel de ansiedad manifiesta en las mujeres con cáncer de mama, aunque dichas diferencias no alcanzaban la significación estadística; en nuestro caso y en contra de lo esperado, son las mujeres mastectomizadas que llevan menos de un año operadas las que presentan una media más baja en ansiedad rasgo.

Llegados a este punto, nos planteamos que, aunque las puntuaciones medias fueran similares en los diferentes grupos muestrales, podían existir diferencias entre ellos en relación a la distribución según los diferentes niveles de ansiedad de acuerdo con los percentiles del baremo. En este sentido encontramos (ver Tabla 22) que en los dos grupos de mastectomizadas había una mayor tendencia, que era más acusada en el grupo de menos de un año, a situarse en los niveles de

ansiedad extremadamente bajo y extremadamente alto. La comparación de las distribuciones señaló la existencia de diferencias estadísticas a un nivel de significación del 5% entre el grupo de mastectomizadas-menos de un año y el grupo control (Tabla 49).

Esta tendencia de las mujeres mastectomizadas (principalmente entre las que llevan menos de un año operadas) a puntuar niveles extremos de ansiedad puede deberse a la adopción de diferentes estrategias de afrontamiento. En el caso de las pacientes con ansiedad extremadamente baja, éstas podrían haber enfrentado la situación de la enfermedad a través de la evitación positiva (evitación de pensamientos perturbadores) o de la negación (negación del diagnóstico o del pronóstico). En el caso de las pacientes con niveles de ansiedad extremadamente alta podrían percibir su enfermedad y las consecuencias de la misma como una amenaza o una pérdida, dichas circunstancias escaparían a su control, adoptando estrategias tales como el desamparo-deseesperanza, el fatalismo o preocupación pasiva y la preocupación ansiosa (Moorey y Greer, 1.989, cit. por Ibáñez y Rosbund, 1.993).

En relación a este tema, Ferrero et al. (1.995) encontraron que en pacientes de cáncer de mama las estrategias de espíritu de lucha y negación se asociaban a mejores resultados psicológicos, mientras que las de desamparo-deseesperanza, fatalismo y preocupación ansiosa daban lugar a un peor ajuste emocional. Los autores explicaron estos resultados atendiendo a la hipótesis del efecto negativo de la falta de control percibido de los eventos negativos sobre el bienestar psicológico.

Por tanto, se puede decir que no hay una única forma de reaccionar ante el cáncer de mama y sus tratamientos y que al igual que se llegó a desmitificar la depresión post-mastectomía,

habría que rechazar la idea de que todas las mujeres que han sufrido tal intervención van a reaccionar de forma ansiosa. Muy probablemente en los momentos iniciales tras el diagnóstico, son frecuentes la depresión y la ansiedad como reacciones normales y esperables, pero posteriormente las pacientes realizan diferentes procesos adaptativos, siguiendo desarrollos diferentes y adoptando distintas estrategias de afrontamiento.

Centrándonos en los casos con ansiedad extremadamente alta, destacar que entre un 23 y un 27% de las pacientes de cáncer evaluadas (Tabla 22) presentaron niveles extremadamente altos de ansiedad; lo cual puede considerarse un alto índice de casos si tenemos en cuenta que en el grupo control observamos un 13% de mujeres con dicho nivel. Estos altos índices de ansiedad denotarían formas negativas de ajuste emocional a la enfermedad, encontrándonos probablemente ante pacientes que requieren apoyo psicoterapéutico. Nuestros datos estarían en consonancia con los ofrecidos por otros autores sobre la incidencia de problemas de ansiedad en la población de enfermas de cáncer de mama (Fallowfield et al., 1.990).

En el otro polo del continuo de ansiedad encontramos que entre el 27 y el 37% de las mujeres mastectomizadas presentaban niveles extremadamente bajos de ansiedad rasgo (frente a un 17% en el grupo control), los cuales indican formas aceptables de adaptación emocional ante el cáncer de mama que, como comentamos anteriormente, se asociarían probablemente a estrategias de afrontamiento como la lucha activa contra la enfermedad o la negación (del diagnóstico, del pronóstico o de las consecuencias de la enfermedad y del tratamiento).

Si nos centramos en el tiempo transcurrido desde la mastectomía, observamos (Tabla 22) que tras el primer año de operación, por un lado, disminuyen los casos de ansiedad

extremadamente baja, de otra parte, aumenta la incidencia de casos con ansiedad moderadamente alta, mientras que el porcentaje de casos con ansiedad extremadamente alta prácticamente se mantienen. La conclusión que se desprende de estos datos es que una vez superado el primer año tras la operación, no se produce una mejoría en relación a la presencia este tipo de problemas emocionales, más bien puede decirse que aumenta. Por tanto, para un elevado porcentaje de mujeres la amenaza que suponen el cáncer y los efectos negativos que producen sus tratamientos, siguen incidiendo negativamente en el ajuste emocional a pesar de haber superado el primer año, considerado por diversos autores como el período de adaptación psicológica (Andreu, 1.987; Achte et al., 1.987; Andersen, 1.992).

Nuestras observaciones respaldan la afirmación, realizada por Fallowfield et al. (1.990), de que aproximadamente entre el 25 y el 30% de las pacientes presentan ansiedad en el primer año tras la mastectomía, la cual puede persistir en los años subsiguientes en mujeres libres de recurrencia. Maguire et al. (1.978) también constataron que, tras el primer año, la incidencia de síntomas de ansiedad moderados o severos en estas pacientes era similar a la observada a los cuatro meses de la intervención (alrededor del 20%, en ambos casos). Por otro lado, Parle et al. (1.996) observaron que el porcentaje de casos con diagnósticos de trastorno depresivo mayor, ansiedad generalizada y trastorno adaptativo, no sólo no disminuía tras el primer año, sino que aumentaba (del 14% pasó al 21%).

Otra explicación a la alta incidencia de valores extremos de ansiedad en las mujeres mastectomizadas, sería que esos niveles de ansiedad no fueran una consecuencia del cáncer de mama y sus tratamientos, sino que fueran previos al mismo. En tal caso

habría que hablar de que dichas manifestaciones extremas de ansiedad podrían estar asociadas a algún factor precursor del cáncer. Por un lado, Eysenck (1.987) tras revisar numerosos trabajos de investigación (Kissen y Eysenk, 1.962; Kissen, 1.963, 1.964, 1.966, 1.967, 1.969; Kissen, Brown y Kissen, 1.969; Grossarth-Maticek, 1.980; cits. por Eysenck, op. cit.) donde se relacionaban ciertas variables de personalidad con la propensión a desarrollar cáncer, concluye que el neuroticismo y la ansiedad (además de otras características como la introversión y el psicoticismo) se asocian a un incremento de la reacción inmune del organismo, protegiéndolo de este modo de la aparición de tumores malignos. Extrapolando esta teoría a nuestros datos, el elevado porcentaje de mujeres mastectomizadas que hemos encontrado con niveles extremadamente bajos de ansiedad rasgo podría explicarse por la mayor propensión a desarrollar cáncer de las personas que tienden a no manifestar sus emociones (en este caso la ansiedad); este estilo de afrontamiento represivo es la característica más representativa del patrón de conducta tipo C, identificado por numerosos autores como aquel que se asocia a una mayor propensión a desarrollar cáncer (Morris y Greer, 1.980; cit. por Ibáñez, Romero y Andreu, 1.992).

Por otro lado y en oposición a la línea de investigación anteriormente comentada, encontramos otro trabajo (Fernández y Edo, 1.994) donde se considera que la ansiedad es la emoción de carácter negativo que tiene un mayor impacto nocivo sobre la salud. Este planteamiento explicaría el elevado porcentaje de casos con ansiedad extremadamente alta entre las pacientes de cáncer de mama. Sin embargo, Fernández y Edo (op. cit.) consideran que dicho efecto perjudicial de la ansiedad está modulado por la característica de personalidad "competencia personal percibida"; de modo que las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno afrontan de

forma más efectiva las situaciones de estrés, ya que ponen en marcha estrategias activas de afrontamiento (conductas efectivas) y las reacciones emocionales ansiosas se tornan menos duraderas e intensas, por lo que estas personas reducen la reactividad biológica en situaciones de estrés. Según este planteamiento, los individuos con elevada tendencia a manifestar ansiedad y que además poseen una percepción negativa de su control, se adaptarán mal a las situaciones de estrés, reaccionando con altos niveles de ansiedad, lo cual afectará negativamente a su salud.

Pasando a comentar los resultados obtenidos con la autovaloración corporal, decir que éstos apoyarían la idea de que el cáncer de mama y sus tratamientos no se asocian a una valoración más negativa del propio cuerpo, cuando ésta se realiza de forma global (Tabla 46), sino que afecta a determinadas áreas concretas de la imagen corporal como son las actitudes ante el propio cuerpo desnudo (Tabla 50) o la valoración del propio atractivo físico (Tabla 52). Realizaremos, a continuación, una descripción más detallada de estas observaciones.

De una parte, llegamos a la conclusión de que la mastectomía por cáncer de mama no conlleva alteraciones en el autoconcepto físico, ni en sus tres dimensiones internas: la cognitiva, la afectiva y la comportamental. Teniendo en cuenta que la Subescala del Sí mismo físico nos presenta el autoconcepto físico como una valoración global que el individuo realiza respecto a su cuerpo y que evalúa, por tanto, la satisfacción global con el estado de salud, con el aspecto físico, con la sexualidad y con la capacidad funcional del organismo, podemos decir, de acuerdo con nuestros resultados, que la mastectomía por cáncer de mama no se asocia a una valoración más negativa o una menor satisfacción, realizadas de forma global, en relación al propio físico.

El cáncer de mama y sus tratamientos no altera el autoconcepto físico por cuanto no afecta de manera importante a las distintas áreas que éste abarca (como comentaremos a continuación). Respecto a la capacidad funcional, la mastectomía y demás tratamientos antineoplásicos generalmente no se asocian pérdidas funcionales importantes (como las que se producirían por ejemplo con la pérdida de un brazo o una pierna) ni molestias físicas de gravedad (Tabla 76).

En cuanto a la consideración del estado de salud global, en general, nuestros datos (Tablas 20 y 47) nos llevaron a la conclusión de que las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama no valoran más negativamente la situación de salud de su cuerpo (Ítem 1), ni se consideran como personas enfermas, en mayor medida que las mujeres controles (Ítem 6); sin embargo, estas pacientes realizan más frecuentemente conductas dirigidas al cuidado de la salud (Ítem 13). A este respecto hay que tener en cuenta que el cáncer de mama, cuando se encuentra en estadios iniciales, es una enfermedad de carácter localizado, que cursa sin apenas síntomas físicos y que tras su tratamiento, si no surgen metástasis, no deja secuelas graves e incapacitantes. Por ello, las pacientes mastectomizadas no valoran de manera diferente que las mujeres controles su estado de salud o de enfermedad, más bien parece que adquieren otro sentido de la misma, ya que al haber pasado por un diagnóstico de cáncer y haber sufrido las consecuencias de los tratamientos, quizás hayan comprobado lo vulnerables que pueden llegar a ser y por ello tienden a cuidarse físicamente mejor. Además el miedo a sufrir una recidiva del cáncer puede influir también en sus conductas asociadas a la salud.

Siguiendo con los distintos aspectos que abarca el autoconcepto físico, comentar que se puso de manifiesto que la

mastectomía no afectaba a la satisfacción con la apariencia (Ítem 8-Tabla 20). A este respecto, tenemos aclarar que el contenido del ítem que evalúa este aspecto, pudo ser interpretado en muchos de los casos como satisfacción con la apariencia externa o aspecto con el que nos ven los demás; en tal caso, si tenemos en cuenta que la mujer mastectomizada recurre al uso de la prótesis para mantener su aspecto y, cuando es necesario, también al uso de pelucas, podemos entender que la satisfacción con la apariencia no tiene por qué verse disminuida.

Sin embargo, diferente es el caso cuando la mujer mastectomizada debe enfrentarse ante la imagen de su propio cuerpo desnudo y, aunque el concepto global de su físico no se halla visto alterado por la pérdida del pecho y demás tratamientos del cáncer de mama, sí va a experimentar dificultades en este área concreta; a este respecto encontramos una mayor porcentaje de mujeres mastectomizadas con problemas para verse a sí mismas desnudas (definidos como presencia de sentimientos negativos y de conductas de evitación) y un mayor número de casos con dificultades (definidas de igual forma) para desnudarse delante de la pareja (Tabla 23). Las diferencias estadísticamente significativas se establecieron entre el grupo de mastectomizadas de más de un año y el control para los problemas para verse desnuda (Tabla 50). Asimismo, encontramos que un número significativo de pacientes percibió que tras la mastectomía se había producido un cambio negativo en la presencia de dificultades para desnudarse ante la pareja (Tabla 71).

Estos problemas con el desnudo pueden asociarse a las secuelas de los tratamientos del cáncer de mama; así tras la amputación de la mama pueden surgir actitudes ante el propio cuerpo, que se derivan en sentimientos negativos tales como estar incompleta, asimétrica, tener un aspecto desagradable, etc. En

algunos casos la mujer debe soportar, además, la alopecia consecuente al tratamiento quimioterápico, la cual suele conllevar numerosos sentimientos de falta de atractivo y vergüenza. Cuando la mujer mastectomizada, se enfrenta a su propio cuerpo desnudo, por ejemplo ante el espejo, es probable que afloren muchos de estos sentimientos y sensaciones, los cuales pueden asociarse a reacciones emocionales negativas y dar lugar a conductas como eludir mirarse la zona del pecho y verse reflejada en el espejo o evitar que la pareja la vea desnuda. Decir también, que esto último puede incidir en el hecho de que un número significativo de parejas, tras la operación, optan por cambiar su conducta, evitando mirar a su compañera cuando se desnuda (Tabla 71).

Nuestros datos vienen a confirmar los ofrecidos por otros estudios realizados previamente, que comentamos a continuación. De este modo, Achte et al. (1.987) observaron que las mujeres mastectomizadas presentaban significativamente, en relación a las mujeres sanas, más problemas para verse desnudas, así como más sentimientos de vergüenza, con lo que concluyeron que la mastectomía se relacionaba con una peor imagen corporal. Por otro lado, Rosbund-Zickert (1.989) informó que las principales quejas relacionadas con la imagen corporal de las mujeres con cáncer de mama se referían a problemas para verse desnudas ante el espejo, junto con problemas para usar las prendas de vestir y sentimientos de estar asimétricas.

Otra área de la imagen corporal que se ve afectada por el cáncer de mama y sus tratamientos es la valoración del propio atractivo físico. En relación a este tema, nuestros resultados (Tablas 25, 26 y 52) apoyaron la hipótesis de que las pacientes mastectomizadas, en general, cuando se comparan con las mujeres de su edad, valoran de forma más negativa su propio atractivo

físico y, además, consideran que sus parejas tampoco lo valoran de forma positiva, lo cual también puede considerarse como un indicativo de la disminución del sentimiento de atractivo. Las alteraciones en este área parecen tener su origen en las secuelas producidas por la terapéutica del cáncer de mama, ya que un número significativo de pacientes percibe que es a raíz de la mastectomía cuando se produce esta devaluación (Tabla 72).

Por tanto, de estos datos se deduce que las secuelas físicas derivadas del cáncer de mama y sus tratamientos se asocian a una valoración más negativa del propio atractivo físico, cuando la mujer se compara con otras de la misma edad. Desde nuestro punto de vista, la pérdida de uno de los pechos, unida a otros efectos de los tratamientos, como la caída del pelo, repercuten en la devaluación del propio atractivo físico, debido probablemente a la importancia que tienen estos atributos dentro de los cánones de belleza femenina aceptados socialmente. Además, muchas mujeres mastectomizadas pueden llegar a ser más exigentes con su propio aspecto físico (principalmente las que llevan menos tiempo operadas), tal vez porque ahora se sienten diferentes, de manera que tienden a comparar sus características físicas con las demás mujeres -a esto pueden deberse las diferencias encontradas en el ítem de la Subescala del Sí mismo físico referido a la altura (Tabla 47)-.

La idea que venimos manteniendo de que el cáncer de mama se asocia a problemas en determinados aspectos concretos de la valoración del propio cuerpo y no a la valoración en su conjunto viene apoyada por los resultados encontradas en relación a la satisfacción con el atractivo personal (Ítem 2-Tabla 47). En principio estos datos pueden resultar contradictorios con los obtenidos a través de la valoración del atractivo físico, pero hay que tener en cuenta que el atractivo físico y el atractivo

personal pueden ser considerados como dos conceptos diferentes, debido a que este último hace referencia a una valoración más global.

A este respecto, observamos (Tabla 20) que las mujeres mastectomizadas (principalmente las que llevan operadas menos de un año) tienden a percibir su atractivo personal de forma más extrema; las mujeres del grupo control son menos radicales en su valoración, ya que la mayoría percibe que en parte son personas atractivas y en parte no. Esta tendencia a situarse en los extremos, en el caso de las mujeres que llevan mastectomizadas menos de un año, podría deberse a la existencia de dos formas de ajuste a la enfermedad; de esta manera, algunas mujeres realizan una valoración más negativa de su atractivo, probablemente al centrarse en las alteraciones físicas provocadas por los tratamientos, pero en otros casos los mecanismos adaptativos hacen que la mujer de más importancia a otros atributos de su físico y de su persona (como los rasgos psicológicos) de manera que el sentimiento de atractivo personal se vea reforzado y, de esta manera, la autoestima puede mantenerse a un nivel adecuado. Sin embargo, al valorar su atractivo en el plano físico y además al compararlo con la mayoría de las mujeres de su edad, tienen en cuenta únicamente las características de su aspecto físico, el cual, como hemos visto, resulta valorado más negativamente.

También merecen una explicación los resultados obtenidos en relación al atractivo sexual (Ítem 10-Tabla 20), donde se llegó a la conclusión de que las mujeres mastectomizadas perciben su atractivo sexual de igual forma que las controles, lo cual también puede resultar contradictorio con los datos referidos al atractivo físico. A este respecto, hay que decir que las mujeres pueden entender que el atractivo específicamente sexual es un aspecto relacionado con el atractivo físico pero no exactamente

equiparable, ya que el primero implica, además, ser deseable sexualmente ante los demás. Hay que tener en cuenta que, por razones sociales y educacionales, muchas mujeres de estas edades han interiorizado que mostrar un aspecto o atributos que sean sexualmente deseables no es correcto, puesto que se les han reforzado más otras características como el recato y el decoro. Por tanto, de la forma en que está expresado el ítem con el cual hemos evaluado tal aspecto ("Debería tener más atractivo sexual"), la mujer puede responder, quizás por razones socioculturales, que no debe poseer mayor deseabilidad sexual. De hecho, la tendencia en las tres muestras fue contestar de esta forma; incluso en los grupos de mastectomizadas donde habíamos constatado un alto índice de insatisfacción con el atractivo físico, los valores sociales parece que jugaron un papel crucial en la valoración del atractivo sexual.

El hecho de que el cáncer de mama y sus terapéuticas afecten a áreas muy concretas de la valoración del propio físico nos pone de manifiesto la importancia de disponer de instrumentos diseñados concretamente para la valoración de estos problemas específicos, ya que los instrumentos contruidos para la población general pueden no detectarlos.

En relación a este tema destacamos diversos estudios que utilizaron instrumentos no específicos para la población de enfermas de cáncer de mama y que no encontraron diferencias en imagen corporal entre las mujeres mastectomizadas y las controles. Tal es el caso del estudio de Andersen y Jochinsen (1.985) donde utilizaron la Escala de Imagen Corporal de Derogatis y Melisaratos de 1.979; Gerard (1.982) utilizó el Body-Cathexis Inventory; por su parte, Wolberg et al. (1.989) también hicieron uso de la Escala comentada en primer lugar para comparar la imagen corporal de pacientes mastectomizadas con la de mujeres

sometidas a cirugía conservadora de la mama. Estos instrumentos fueron diseñados para población general y/o clínica; en ellos se conceptualiza la imagen corporal como la valoración que realiza el individuo de la satisfacción con diferentes características físicas (peso, altura) y partes del propio cuerpo (cara, muslos, pecho, brazos, etc.). La mastectomía unilateral, aún siendo una cirugía muy radical, afecta a un pecho, a la axila y en algunas ocasiones al brazo (cuando se produce linfedema). La satisfacción de la mujer respecto a estas zonas concretas puede verse afectada, pero no altera íntegramente todas las características físicas que tienen cabida en la imagen corporal. Esta misma conclusión, pero referida al autoconcepto físico es a la que hemos llegado nosotros con la Subescala del Sí mismo físico, que tampoco es un instrumento diseñado específicamente para la población de mujeres con cáncer de mama.

La idea que hemos planteado viene reforzada por el hecho de que en los estudios -entre ellos el presente trabajo- donde se han encontrado diferencias significativas en imagen corporal entre mujeres mastectomizadas y sanas, por un lado, y mujeres sometidas a cirugía conservadora, por otro, han utilizado instrumentos específicos que valoran diferentes áreas problemáticas que suelen ir asociadas a la mastectomía (sentimientos de vergüenza, de estar incompleta o asimétrica, problemas para desnudarse ante el espejo o ante la pareja, dificultades con la prótesis o las prendas de vestir, etc.). Tal es el caso de los estudios de Achte et al. (1.987) y de Rosbund-Zickert (1.989), donde compararon mujeres mastectomizadas frente a mujeres normales, o los de Beckmann et al. (1.983b), Kemeny et al. (1.988), Wellisch et al. (1.989), Margolis et al. (1.990), Ganz et al. (1.992) y el de Lasry y Margolese (1.992), en los que se comparó a mujeres sometidas a mastectomía frente a mujeres a las que se les había practicado una cirugía conservadora de la

mama.

Respecto a la influencia de la variable tiempo transcurrido desde la mastectomía sobre la autovaloración corporal, los resultados indicaron que el cáncer de mama y sus tratamientos, como ya hemos analizado, no se asocian a un menor autoconcepto físico y tampoco puede hablarse de que dicha disminución se mantenga una vez transcurrido el primer año tras la mastectomía. Según se ha constatado, las alteraciones se centran en determinados aspectos del autoconcepto físico y de la imagen corporal, sin que por ello se vean afectados en su globalidad; entonces habría que preguntarse si las alteraciones perduran en mujeres que han superado el primer año tras la intervención de la mama.

A este respecto, en relación a la valoración del estado de salud, se puso de manifiesto que las pacientes que llevaban mastectomizadas menos de un año valoraron de forma más negativa la situación de salud de su cuerpo (Ítem 1-Tablas 20 y 47), esto quizás puede estar asociado a la proximidad del diagnóstico y a la presencia actual o cercana de los tratamientos oncológicos, lo cual favoreció dicha idea. A pesar de ello, ante la cuestión de si se consideraban una persona enferma no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Ítem 6-Tabla 20); quizás esta consideración incluyera para ellas otros aspectos relacionados con las actitudes compartidas hacia las personas enfermas (p.e. pérdida de roles funcionales y sociales), en los cuales las pacientes no se vieron reflejadas.

De nuestros datos también se desprende que la incidencia de los problemas relacionados con el propio cuerpo desnudo - dificultades para verse a sí misma desnuda o para que la pareja la vea- perdura tras el primer año de la operación e incluso parece aumentar ligeramente (Tablas 23 y 50). Los hallazgos de

Achte et al. (1.987) avalan estos datos, ya que llegaron a la conclusión de que los efectos negativos de la mastectomía sobre la imagen corporal (manifestados principalmente por problemas para verse desnudas y sentimientos de vergüenza) evaluados entre las tres semanas y los dos meses de la operación, se mantenían al año de la misma. Por tanto, según los autores, dichos problemas se pueden detectar tempranamente al poco tiempo tras la mastectomía. Ray (1.978, cit. por Beckmann et al., 1.983a) afirmaba que las alteraciones sobre la imagen corporal que se asociaban a la mastectomía podían persistir muchos años si no se realizaba una intervención psicológica sobre las mismas.

De otra parte, se puso de manifiesto que la incidencia de problemas en relación a la valoración del atractivo físico perdura tras el primer año de la operación (Tablas 25, 26 y 52); es decir, que el paso del tiempo desde la mastectomía no ejerce un efecto positivo sobre la devaluación del propio atractivo físico.

Por tanto, puede decirse que la consideración acerca del estado de salud parece que mejora significativamente con el paso de los años, mientras que la incidencia de las alteraciones de la imagen corporal van a perdurar a lo largo del tiempo mientras no se realice una intervención psicológica sobre ellas. Desde nuestro punto de vista, el hecho de que estas pacientes se encuentren en intervalo libre de enfermedad refuerza su idea de que tienen un cuerpo sano; es más, cuanto más tiempo pase, mayor es la sensación de que el cáncer no va a volver a hacer su aparición. Sin embargo, la falta del pecho y la cicatriz de la mastectomía siempre están ahí, mientras la mama no se reconstruya. Si a esto unimos que, generalmente, la forma de afrontar los sentimientos negativos derivados de las secuelas de la mastectomía es a través de la evitación (evitar verse desnuda

ante el espejo, evitar que la pareja la vea, ocultar que le falta un pecho, etc.), es lógico pensar que los problemas se mantengan a través del tiempo.

Los resultados referentes a las relaciones sexuales nos sugieren, en líneas generales, que las mujeres mastectomizadas presentan un nivel de adaptación psicosexual similar al de las mujeres sanas; no obstante, se puso de manifiesto una reducción en su nivel de interés sexual que parece afectar a la frecuencia de relaciones sexuales. De otra parte, observamos una mayor prevalencia en estas pacientes de ausencia de caricias sexuales realizadas en la zona del pecho, que en muchos casos pudiera estar relacionada con la falta de comunicación respecto al tema entre los miembros de la pareja. Esta carencia de diálogo respecto a temas sexuales, se pone de manifiesto también en las primeras semanas tras la operación hasta que tiene lugar la reanudación de las relaciones sexuales, por cuanto son frecuentes en esos momentos la presencia de temores y miedos asociados a la posibilidad de que la pareja no desee volver a tener contactos íntimos o que la rechace por su aspecto físico. Decir también, que cuando se producen alteraciones en alguno de los aspectos considerados, la tendencia es que la incidencia de los mismos se mantenga a pesar del transcurso del tiempo. Realizamos a continuación un análisis más detallado de las ideas enunciadas.

Por un lado, el análisis de los problemas referidos a las relaciones sexuales tras la mastectomía (Tabla 27) puso de manifiesto, en primer lugar, que el número de pacientes que en el momento de la evaluación habían reanudado sus relaciones sexuales con la pareja era bastante alto (superior al 90%), siendo el mismo en los dos grupos de mastectomizadas. Este dato contrasta con el aportado por el estudio de Maguire et al. (1.978) donde se observó una elevada incidencia de pacientes que

tras la mastectomía habían cesado por completo sus contactos sexuales y que, además, se mantenía transcurrido el año de la intervención.

Las pacientes que todavía no habían reanudado las relaciones sexuales refirieron diferentes motivos (ver Tabla 28), como falta de apetito sexual de ambos miembros de la pareja o miedo a recibir un golpe en la cicatriz, entre otros. En ningún caso las pacientes manifestaron haber interrumpido dichas relaciones por miedo al contagio del cáncer a través del contacto físico, como Mantel afirmó en 1.982, para quién era una de las causas por las que cesaban las relaciones sexuales. Desde nuestra experiencia con pacientes oncológicos hemos observado que este fenómeno se produce de forma muy puntual, aunque también es cierto que un número algo superior de enfermos se ha planteado en algún momento que pudieran transmitir su enfermedad a otras personas -no sólo a través del contacto sexual-, temor que en la mayoría de los casos quedó resuelto a través de la búsqueda activa de información (consultando libros de medicina, preguntando al médico, etc.). De otro lado, es posible que la información ofrecida a través de los medios de comunicación sobre la enfermedad cancerosa, haya contribuido a desmitificar la idea del cáncer como un mal contagioso.

El tiempo medio que tardaron las pacientes en reanudar sus relaciones sexuales fue aproximadamente igual en ambos grupos (Tabla 29), alrededor de un mes (27 días) en el grupo de mastectomizadas-menos de un año, y de alrededor de mes y medio (47 días) en el otro grupo de mastectomizadas. Parece razonable que tras una intervención quirúrgica de la magnitud de la mastectomía sea necesario el transcurso de varias semanas para que las molestias físicas, una vez que hayan ido disminuyendo, vayan dando paso a la reanudación de las actividades habituales,

incluidas las relaciones sexuales.

Queremos resaltar aquí la importancia que tiene esta vuelta a la vida cotidiana tras la mastectomía de cara al ajuste psicológico y sexual. Concretamente, en el caso de las relaciones sexuales, puede ocurrir que, si no se reanudan pronto después de la operación, surjan un cúmulo de temores, suposiciones respecto del compañero e ideas erróneas, motivados por la falta de diálogo e información; de ahí que, en determinados casos, los contactos sexuales pueden cesar por completo.

En relación a este tema, su puso de manifiesto (Tabla 27) que un elevado porcentaje de pacientes, entre el 40 y el 50%, afirmaron que estuvieron preocupadas por la reanudación de las relaciones íntimas durante el tiempo que pasó desde la operación hasta que tuvieron la primera relación sexual; asimismo un porcentaje similar de pacientes reveló que tuvo miedo de la que pareja la rechazara por su físico. Es posible que durante el transcurso de los primeros días o semanas, hasta que se produce el primer contacto sexual, surjan sentimientos de falta de atractivo y deseabilidad sexual ante la pareja que creen cierta inseguridad personal. La paciente puede, de este modo, evitar tomar la iniciativa sexual por miedo a que su pareja rechace el contacto íntimo. Si no se habla con la pareja sobre el tema, la paciente puede llegar a pensar que, supuestamente debido a la pérdida de su atractivo sexual, su actual aspecto físico es un impedimento para la intimidad sexual.

Los datos referentes al miembro de la pareja que inició la primera relación sexual tras la mastectomía (Tabla 30), vienen a apoyar las ideas anteriormente expresadas. En este sentido, la tendencia parece ser que la iniciativa la tome o bien la pareja o bien ambos a la vez; tan sólo un 5% de pacientes tomaron la iniciativa en tal ocasión. No obstante, esto también puede

deberse a que por condicionantes, principalmente culturales, las mujeres evaluadas generalmente no acostumbraran a tomar la iniciativa en las relaciones sexuales, a lo cual se uniría la inseguridad que crea la mastectomía (p.e. miedo al rechazo, como ya hemos observado); con todo ello, es razonable pensar que las pacientes prefirieran no dar el primer paso hasta que lo de la pareja o bien esperar hasta observar algún signo de acercamiento por parte del compañero, o al revés: realizar un acercamiento sutil y observar la reacción del mismo.

Respecto a la influencia de las secuelas del cáncer de mama y sus tratamientos sobre las caricias realizadas en la zona del pecho, encontramos que entre las mastectomizadas había un porcentaje significativamente mayor de mujeres cuyas parejas no acariciaban nunca la zona del pecho, bien como una expresión de afecto (esto se ha observado principalmente en mujeres que llevan mastectomizadas menos de un año) o bien como parte del juego sexual (Tablas 24 y 51). De otro lado, se puso de manifiesto que cuando las pacientes comparaban este aspecto en relación a antes de la mastectomía, un porcentaje significativo de ellas percibió que se había producido un cambio negativo en la presencia de tales caricias (Tabla 71).

Cabe preguntarse si esta alta incidencia de ausencia de caricias en la zona del pecho se debe a la manifestación de los problemas de adaptación a la cirugía de la propia paciente o bien son una expresión de las dificultades adaptativas de la pareja. A este respecto, de un lado, encontramos que alrededor del 25% de las mujeres mastectomizadas expresaron tener dificultades para tocar la zona de la cicatriz (Tabla 24), lo cual nos indica la presencia de sensaciones y sentimientos de carácter negativo tales como sentirse incompleta, tener un aspecto desagradable o experimentar sensaciones táctiles repulsivas, asociadas a

conductas de evitación, que vienen a poner de manifiesto los problemas para aceptar las secuelas de la mastectomía y por tanto la propia imagen corporal.

De otra parte, cuando analizamos la cantidad de excitación y satisfacción sexuales experimentados ante conductas que implicaban la estimulación manual y/o bucal del pecho (Tablas 41 y 42) observamos que los porcentajes de pacientes que valoraban estas conductas como carentes de excitación sexual eran inferiores al 30%.

La explicación que podemos dar conjuntamente a todos estos datos, basándonos además en nuestra experiencia con este tipo de pacientes, sería que por un lado existe un porcentaje importante de pacientes que prefieren que sus parejas no acaricien o estimulen sexualmente la zona del pecho, ya que les produce sensaciones y sentimientos desagradables, al recordarles la pérdida de su pecho. En otros casos, no muy frecuentes, las pacientes afirman que a ellas no les importaría que sus parejas le tocaran la zona del pecho, pero ellos la evitan alegando principalmente que temen hacerles daño o que no les gustaría llegar a tocar el sitio de la cicatriz, la cual le produciría sensaciones muy negativas. No obstante en la mayor parte de los casos la razón de por qué no se toca la zona del pecho es desconocida; esto es debido a la existencia de una gran laguna en la comunicación respecto a este tema entre los miembros de la pareja: puede ocurrir que la mujer no inste a su compañero a que le acaricie el pecho, porque piensa que a éste le puede desagradar hacerlo y, por la otra parte, el compañero lo evite igualmente porque cree que a su compañera no le agradaría que lo hiciera. En tales casos no existe una causa clara, pero nos inclinamos a pensar que el origen está en la falta de diálogo respecto al tema.

Frank et al. (1.978), coincidiendo con nuestros resultados, informó que la mastectomía incidía en una disminución de las conductas dirigidas a la estimulación sexual del pecho. Por otro lado, Rosbund-Zickert (1.989) puso de manifiesto que la principal fuente de preocupación, dentro del área sexual, de las mujeres con cáncer de mama se refería a que la pareja evitara tocar la zona del pecho. La autora interpretó este dato como que la pareja no quería tocar la zona del pecho, lo cual le provocaba tensión a la paciente. Sin embargo, otra interpretación sería la que hemos ofrecido anteriormente; en tal caso, la tensión podría ser el resultado precisamente de la incertidumbre que le causa no saber si su pareja quiere realmente tocar el pecho o no lo hace porque piensa que ella no quiere, al mismo tiempo que ninguno se atreve a hablar del tema. En muchos casos, la zona del pecho se convierte tras la mastectomía casi en un "tabú" (no se toca ni se habla de ella), es "tema prohibido".

En relación a la influencia del paso del tiempo sobre los problemas en este área, decir que nuestros resultados (Tabla 51) apoyan la idea de que la incidencia de las dificultades de las mujeres mastectomizadas para tocar la propia zona del pecho perduran en el tiempo, sin que se observe una mejoría al respecto una vez transcurrido un año de la intervención. Por otro lado, pese a que la ausencia de caricias en la zona del pecho realizadas por parte de la pareja, tanto como expresión de afecto como forma de estimulación sexual (Tabla 24), se manifiesta más frecuentemente en las pacientes que llevan menos de un año operadas, la comparación de los grupos (Tabla 51) nos llevó a la conclusión de que la incidencia de este problema perdura en el tiempo sin que se observe una mejoría significativa en al respecto. Al igual que ocurre con las alteraciones de la imagen corporal, el hecho de que muchas pacientes (y sus parejas) adopten estrategias de evitación ante los problemas relacionados

con las caricias en la zona del pecho (evitan tocar la cicatriz, evitan que la pareja le toque, evitan hablar del tema con la pareja, etc.) influye en que los mismos persistan en el tiempo sin mejorías significativas.

En relación a la reducción del propio interés en mantener relaciones sexuales, el cual puede ser considerado como un índice de disminución del deseo sexual, un alto porcentaje de mujeres -superior al 50%- (Tabla 27) tenían la percepción de que, desde la operación mamaria hasta el momento de la evaluación, se había producido un descenso en su nivel de interés sexual. Observamos también que la prevalencia de este problema sigue teniendo igual relevancia en mujeres que han superado su primer año tras la operación (Tabla 53a).

Conviene anotar aquí que, como la pregunta sobre la disminución del interés sexual fue planteada considerando el período desde la operación hasta el momento de la evaluación, no fue posible incluirla en la Entrevista Estructurada diseñada para el grupo control. Esto nos impide realizar una comparación entre las mujeres mastectomizadas y las pertenecientes a éste último grupo, por lo que nuestras conclusiones no pueden ir más allá de resaltar la elevada incidencia con que se manifestó tal problema entre las mujeres mastectomizadas y que el mismo sigue presentándose con igual frecuencia tras el primer año de la operación. Hay que tener también en cuenta que, entre las pacientes estudiadas, algunas llevaban varias semanas operadas aumentando progresivamente hasta aquellas que llevaban hasta cinco años, de tal forma que el período contemplado para valorar la disminución del interés sexual era muy heterogéneo, por lo que en tal descenso pudieron incidir diferentes tipos de causas relacionadas con: la intervención quirúrgica (molestias en la herida, sensaciones de dolor, tirantez en la cicatriz), otros

tratamientos antineoplásicos (nauseas y vómitos secundarios a la QT, irritación en la piel consecuente a la RT, etc.), cambios psicológicos asociados a la mastectomía (sentimientos negativos en relación a la propia imagen corporal, problemas para aceptar el propio cuerpo desnudo, sentimientos de pérdida del atractivo físico, etc.), cambios psicológicos relacionados con la edad, la vejez y la menopausia (sentimientos de pérdida de feminidad, de atractivo sexual, etc), entre otros.

Respecto a la disminución del interés sexual de la pareja (o la percepción que del mismo tiene la paciente), decir que se manifestó con menor frecuencia que en el caso anterior (Tabla 27); de otro lado, parece que se podría dar una cierta recuperación en la incidencia de este problema a medida que transcurre el tiempo, aunque tal mejoría no es significativa (Tabla 53a).

Una de las principales manifestaciones de la disminución del interés sexual es la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales. A este respecto decir que un número significativo de mujeres mastectomizadas -en torno al 40%- percibió que, en comparación con el período previo a la enfermedad, se había producido una disminución en la frecuencia con que realizaban el coito (Tabla 72). No obstante, aunque las pacientes mastectomizadas presentan cierta tendencia a practicar esta conducta en un menor número de ocasiones (Tabla 34), no podemos concluir que el cáncer de mama y sus tratamientos se asocien a una menor frecuencia de coito (Tabla 53b). Este dato contrasta con los de otros autores (Maguire et al., 1.978; Golden, 1.983a; Andersen y Jochimsen, 1.985) quienes observaron que las mujeres mastectomizadas tenían significativamente menos relaciones sexuales con sus compañeros y que éstas podían incluso cesar por completo.

Por otra parte, nuestros datos pusieron de manifiesto que, a pesar del transcurso del tiempo, la incidencia de aquellos casos, en los que se produce una disminución de las relaciones sexuales, se mantiene tras el primer año de la operación (Tabla 53a); nuestros datos estarían en la línea de los de Kenemy et al. (1.988) quienes concluyeron que cuando se produce una disminución en la frecuencia de relaciones sexuales tras la mastectomía no se recupera por el mero hecho del paso del tiempo.

Esta disminución de las relaciones sexuales tras la mastectomía, aunque como hemos observado no llega a establecer diferencias estadísticamente significativas con el grupo control, estaría en parte asociada a las secuelas físicas y psicológicas del cáncer de mama. En este sentido, creemos que el malestar físico (p.e. causado por la quimioterapia), los problemas con la propia desnudez, la insatisfacción con el propio atractivo físico, los problemas con las caricias en la zona del pecho o la disminución del interés sexual, áreas problemáticas todas ellas de gran relevancia en las mujeres mastectomizadas, como hemos constatado, hubieran podido incidir en una disminución de la motivación de las pacientes a la hora de involucrarse en una relación sexual con el compañero. Asimismo, la disminución del interés sexual del compañero va a afectar igualmente al descenso del número de contactos sexuales con la pareja.

Respecto a las variables excitación y satisfacción sexuales, decir que no encontramos asociación alguna entre el hecho de estar mastectomizada o el tiempo transcurrido desde la mastectomía y las mencionadas variables sexuales (Tablas 40 y 56). Por tanto, se puede decir que las mujeres que han sufrido las secuelas del cáncer de mama y sus tratamientos, en comparación a las mujeres sanas, presentan niveles similares de placer y bienestar sexuales experimentados ante la estimulación

sexual; asimismo, estos niveles se mantienen transcurrido el primer año tras la mastectomía.

De estos datos se desprende que la capacidad para la respuesta sexual, por tanto, parece ser similar entre las pacientes mastectomizadas y las mujeres sanas. Si consideramos la excitación y la satisfacción sexuales como importantes indicadores de la adaptación sexual, podríamos decir que las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, evaluadas por nosotros, presentan un nivel de ajuste sexual comparable al de las mujeres del grupo control.

Estos resultados no corroboran los encontrados por Andersen y Jochimsen (1.985), quienes observaron una disminución del nivel de excitación sexual en mujeres con cáncer de mama; tampoco respaldan los datos del estudio de Maguire et al. (1.978), en el cual se puso de relieve el alto porcentaje de mujeres mastectomizadas para las cuales las relaciones sexuales dejaban de ser satisfactorias. Golden (1.983b) también observó una disminución del placer y la satisfacción sexual tras la operación.

Nuestros resultados, por el contrario, sí estarían en la misma dirección que los de Gerard (1.982) quien no observó diferencias en excitación sexual, evaluada con el mismo instrumento que nosotros, entre las mujeres mastectomizadas y las normales. Por otro lado, Achte et al. (1.987), también concluyeron que no había diferencias en satisfacción sexual entre la mujeres mastectomizadas y las controles.

De otra parte, si consideramos el grado de importancia concedido a la actividad sexual como un índice de satisfacción sexual, podríamos afirmar (Tablas 31 y 53b) que las mujeres evaluadas poseen una capacidad similar para disfrutar de su

sexualidad. Además, es importante resaltar que cuando compararon la importancia que daban a su vida sexual antes y después de la mastectomía (Tabla 72) tan sólo un 15% percibió que se había producido un cambio negativo en la misma, mientras que un 10% consideraba que dicho cambio era positivo, es decir, ahora valoraban como más importante su actividad sexual. Estos datos contrastarían con uno de los mitos imperantes en nuestra sociedad que afirman que las personas enfermas no están interesadas en el sexo y que han perdido la capacidad para disfrutar con la actividad sexual (Golden, 1.983a).

Comentaremos a continuación el efecto que pueden tener las secuelas del cáncer de mama sobre el grado de excitación y satisfacción sexuales experimentados ante determinadas conductas sexuales. En primer lugar, en relación a la estimulación sexual de la zona del pecho, parece existir una cierta tendencia en las mujeres mastectomizadas a experimentar en tales situaciones menores niveles de excitación y satisfacción (Tabla 41), pero como ya hicimos referencia, sigue existiendo un elevado porcentaje de mujeres (del 53 al 77%) a quienes les excita y satisface algunas de estas conductas la mayor parte de las veces, al menos cuando las imaginan. A este respecto, podemos concluir que la estimulación manual y/o bucal de la zona del pecho resulta -o podría resultar- una actividad igualmente gratificante para las mujeres mastectomizadas y las sanas (Tabla 57), lo cual pone de manifiesto que la mama opuesta a la de la operación puede seguir proporcionando gratificación sexual cuando se la estimula.

Estos hallazgos no respaldan la idea de Reinisch y Beasley (1.992) según la cual debido a la relevancia de las mamas para la estimulación sexual, tras la mastectomía se perdería una importante fuente de excitación sexual.

De otra parte, el hecho de haber sido mastectomizada estableció diferencias en relación a la cantidad de excitación y satisfacción sexuales experimentadas cuando se desnuda a la pareja y en relación al grado de excitación sexual asociado a realizar el amor en un sitio nuevo o inhabitual (Tablas 57, 77 y 78). Respecto a la primera de las situaciones sexuales comentadas decir que el hecho de que resultara más gratificante a las mujeres mastectomizadas puede explicarse teniendo en cuenta el acercamiento afectivo que se produce entre los miembros de la pareja tras la mastectomía (que será analizado más adelante), el cual puede promover que ciertas conductas que se realizan durante el juego sexual, como el acercamiento físico, se carguen de un matiz más afectivo y resulten más excitantes y satisfactorias.

Por lo que se refiere a la segunda de las situaciones comentadas en el párrafo anterior, la cual resulta menos placentera a las mujeres mastectomizadas, podemos decir que la confianza que ofrece el lugar habitual hace que valoren más lo cotidiano, lo próximo y lo familiar, ya que les hace sentir más confiadas en sí mismas, más protegidas y seguras de que nada ha cambiado.

Respecto a la frecuencia de orgasmos, contemplando las diferentes formas de conseguirlos (Tablas 35, 36 y 37), llegamos a la conclusión de que las mujeres mastectomizadas consiguen orgasmos en sus relaciones sexuales con una frecuencia similar a la de las mujeres controles (Tabla 53b). La comparación de la frecuencia de orgasmos antes y después de la mastectomía (Tabla 72) vendría a corroborar estos resultados, ya que la mayoría de las pacientes -alrededor del 85%- no percibió que se hubiera producido un cambio negativo, en el sentido de disminución, en tal frecuencia. De acuerdo con esto, las mujeres mastectomizadas no tienen más dificultades para lograr el orgasmo, en comparación

con las mujeres sanas, debido principalmente a que sus niveles de excitación sexual, factor clave para lograr el orgasmo, no parecen sufrir deterioro. Nuestros datos coinciden con los aportados en el estudio de Andersen y Jochimsen (1.985), mientras que confrontarían con los de Eicher et al. (1.977, cit. por Eicher, 1.978) y Frank et al. (1.978) quienes informaron que tras la mastectomía aumentaba la dificultad para lograr orgasmos.

El tiempo transcurrido desde la mastectomía no parece ser una variable influyente en la frecuencia de orgasmos (Tabla 53b); la conclusión sería, por tanto, que la mastectomía no se asocia a una menor frecuencia de orgasmos y que transcurrido el primer año desde la operación no se aprecian alteraciones en dicha frecuencia.

Pasando a comentar los resultados referentes a la relación afectiva con la pareja, en la Tabla 39 podemos observar que el miedo al abandono o la falta de apoyo afectivo y moral no constituyen problemas de elevada frecuencia entre las mujeres mastectomizadas (Tabla 55). La mayor parte de las pacientes (entre el 90% y el 98%) percibieron que, comparando con el período anterior a la mastectomía, los problemas en este área no habían cambiado (Tabla 71). Cabe resaltar también (Tabla 38) que para el 35% de las mujeres mastectomizadas el efecto que había producido la enfermedad sobre la relación de pareja era un acercamiento afectivo (el cual fue más importante entre las mujeres más recientemente operadas, aunque no se establecieron diferencias de carácter significativo); tan solo un 8% consideraron que la enfermedad le había distanciado de su pareja.

De estos datos se desprende que el cáncer de mama y la mastectomía no se asocian a un aumento de los problemas evaluados en la relación afectiva con la pareja; más bien al contrario, hay pacientes que pueden percibir que la enfermedad fortalece esos

vínculos afectivos, lo cual sucede más frecuentemente durante el primer año tras la operación. La mujer, como medio de amortiguar la tensión y el estrés derivados de la enfermedad, puede buscar más apoyo afectivo de su compañero, el cual puede tener unas necesidades similares de afecto ante el temor de la pérdida de su pareja. Nuestros datos estarían en la línea del estudio de Rosbund-Zickert (1.989) donde se llegó a la conclusión de que en las mujeres con cáncer de mama la interacción con la pareja no era un área de tensión relevante. Achte et al. (1.987) también observaron que las relaciones de pareja, en contra de lo estipulado hasta aquel momento, no se veían perjudicadas como consecuencia de la mastectomía; estos autores observaron que en un 85% de los casos se incrementaba el apoyo que las mujeres recibían por parte de sus parejas.

En otro orden de cosas, en la bibliografía revisada se puso de manifiesto que dos de los más importantes factores para el ajuste sexual eran la valoración del propio cuerpo y las reacciones de ansiedad. Por ello, para llegar a una mayor profundidad en el estudio de las principales variables tratadas en nuestro trabajo, estimamos necesario considerar el autoconcepto físico y la ansiedad rasgo como variables independientes, para lo cual dividimos en subgrupos a las mujeres de alto y bajo autoconcepto físico, así como a las de alta y baja ansiedad rasgo; de esta manera, examinamos la relación de estos dos parámetros con las variables sexuales consideradas. Comentaremos, en primer lugar, los resultados obtenidos con la variable autoconcepto físico; con la cual, además, se estudió la relación con la ansiedad rasgo.

Cuando analizamos la relación del autoconcepto físico con los diferentes indicadores de adaptación psicosexual, se puso de manifiesto la influencia de esta variable sobre el grado de

excitación y satisfacción sexuales experimentados ante la estimulación erótica y sobre la frecuencia de las relaciones sexuales; no observamos relación con los demás parámetros contemplados en la valoración de la adaptación psicosexual. También constatamos la asociación entre el autoconcepto físico y el nivel de ansiedad. Pasamos, a continuación, a hacer un análisis más pormenorizado de estos resultados.

La asociación negativa observada entre el autoconcepto físico y las dos medidas de ansiedad (Tabla 58), nos puso de manifiesto que las mujeres con bajo autoconcepto físico tenían significativamente una mayor tendencia a manifestar ansiedad en diferentes situaciones, incluida la situación de evaluación, en comparación con las mujeres que valoran más positivamente su cuerpo. Este resultado, se corroboró con el estudio de las correlaciones (Tabla 73), donde se observó que a medida que aumentaba la satisfacción global con el propio cuerpo - a nivel cognitivo, afectivo y comportamental- disminuían, de forma estadísticamente significativa, las reacciones de ansiedad y a la inversa; por lo cual un factor de riesgo para los problemas de ansiedad vendría dado por una valoración más negativa del propio físico.

La explicación de este hecho se basaría en la relación que el autoconcepto físico mantiene con el autoconcepto global y con la autoestima, así como por el vínculo de todos ellos con el ajuste psicológico general (Derogatis, 1.980). Desde la perspectiva multidimensional (Garanto, 1.984), el autoconcepto, los componentes del mismo (entre los que se encuentra el autoconcepto físico) y la autoestima considerada como dimensión interna del autoconcepto, se encuentran íntimamente relacionados entre sí. Esto implica que, por regla general, la persona que no tenga un buen concepto de sí misma en términos globales, tampoco

va a tenerlo de las distintas áreas concretas de su persona, lo cual implica que se estime y se valore más negativamente.

Desde este punto de vista, cuando se producen cambios o alteraciones en alguno de los componentes del autoconcepto se verán afectados tanto el autoconcepto global, como sus dimensiones internas (cognitiva, afectiva y comportamental).

De otro lado, las manifestaciones de ansiedad dependen en buena medida de la propia seguridad personal (Lawrence, 1.988; Ramírez, 1.988; cits. por Arroyo, 1.993). Por tanto, es lógico pensar que las personas con una autoestima más baja sientan más inseguridad que las de alto nivel, por lo que serán más tendentes a reaccionar con más ansiedad (Arroyo, op. cit.).

Una menor satisfacción con el propio cuerpo se asociaría a una valoración más negativa de uno mismo y con una autoestima más baja, lo cual influye en que la persona tenga menos seguridad y confianza en sí misma a la hora de afrontar problemas y situaciones potencialmente estresantes.

En la bibliografía revisada, diversos autores (Ray, 1.978, cit. por Beckmann et al., 1.983a; López et al., 1.992) incidieron en la relación entre imagen corporal y ajuste emocional, por lo que podríamos considerar que nuestros resultados están en la misma línea. Por su parte, Ray (op. cit.) observó en pacientes con cáncer de pecho que las alteraciones de la imagen corporal provocadas por la cirugía radical de la mama, se acompañaban de altos niveles de ansiedad y depresión. Por su parte López et al. (1.992) resaltó las consecuencias de las alteraciones del esquema corporal que se producen a nivel emocional, principalmente problemas de ansiedad, depresión e insomnio.

Por otro lado, aunque no se establecieron diferencias estadísticamente significativas, constatamos que entre las

mujeres con bajo autoconcepto físico existía un mayor número de ellas, cuyas parejas no tocaban habitualmente el pecho como expresión afectiva o durante el acto sexual (Tabla 59). Cuando estudiamos las diferencias en el grado de excitación y satisfacción subjetivos ante la estimulación sexual en la zona del pecho (Tablas 60 y 61), se puso de manifiesto una cierta tendencia de las mujeres con menor autoconcepto físico a disfrutar menos con este tipo de estimulación. Sin embargo, las diferencias entre los grupos tampoco resultaron tener valor de significación estadística. Por tanto, sólo podemos destacar una mayor profusión, entre las mujeres con un concepto más pobre de su cuerpo, a no recibir estimulación sexual en la zona del pecho por parte de la pareja, ya que probablemente estas conductas despierten en ellas sentimientos negativos en torno a su físico resultándoles, en muchos casos, menos excitantes y placenteras, por lo que o bien las parejas anticipan su reacción de desagrado y no tocan la zona del pecho o bien las mujeres evitan la tentativa de la pareja.

No obstante, hay que decir que los datos no son concluyentes, ya que entre las mujeres con alto autoconcepto físico también existe un porcentaje relevante que no recibe caricias en el pecho y entre las mujeres con bajo autoconcepto físico que sí las recibe, lo cual nos lleva a pensar que en el problema de las caricias en la zona del pecho, como ya comentamos, deben influir otra serie de factores además de la satisfacción con el propio cuerpo, como son el carácter de las sensaciones subjetivas que anticipa el compañero cuando va a tocar dicha zona, la reacción que anticipa cada uno en su pareja o la ausencia de diálogo entorno al tema.

Por otra parte, encontramos una relación entre el nivel de autoconcepto físico y la frecuencia de relaciones sexuales (Tabla

62), constatándose que las mujeres que valoran más negativamente su físico practican el coito con menor frecuencia, mientras aquellas que presentan un mejor concepto de su cuerpo tienen más relaciones de este tipo.

Este último resultado comentado, indica que la satisfacción con el propio cuerpo es un factor importante a la hora de involucrarse en las relaciones sexuales. La persona que valore positivamente su aspecto físico, su atractivo sexual, su capacidad funcional y su estado de salud, puede sentirse más segura y confiada en sí misma y en sus posibilidades ante el contacto sexual con otra persona. Por el contrario, la persona que no se sienta satisfecha con su aspecto físico, que crea que carece de atractivo sexual o que no tiene el nivel de salud o la capacidad necesaria para realizar el esfuerzo que puede suponer realizar el acto sexual, puede evitar en muchas ocasiones las relaciones sexuales, ya que anticipa que el resultado puede implicar un fracaso, que la pareja puede rechazarle o que la relación sexual no le resulte satisfactoria.

La asociación positiva observada entre el nivel de autoconcepto físico y las respuestas subjetivas de excitación y satisfacción sexuales (Tabla 58), se puede interpretar como que, ante una serie concreta de estímulos sexuales, las mujeres evaluadas que valoran más negativamente su cuerpo manifiestan, en términos subjetivos, niveles inferiores de excitación y satisfacción sexuales, en comparación con las mujeres con alto autoconcepto físico.

Esta conclusión viene apoyada por los resultados de los análisis correlacionales (Tabla 73), donde además estudiamos la relación de los componentes internos del autoconcepto físico con la excitación y satisfacción. Las conclusiones de estos resultados indicaron que las mujeres que manifiestan ideas,

sentimientos y/o comportamientos más positivos respecto a su aspecto físico, su estado de salud y sus capacidades físicas, sienten una mayor seguridad en sí mismas y una mayor motivación a la hora de involucrarse en actividades sexuales con la pareja, de manera que obtienen una mayor satisfacción sexual en las mismas. La respuesta sexual excitatoria, por su parte, se relaciona de una forma más directa con el autoconcepto físico global y con los aspectos cognitivos y comportamentales del mismo; teniendo en la misma menor relevancia la dimensión afectiva o emotiva de la valoración del propio cuerpo.

En definitiva, la satisfacción con el propio físico juega un importante papel dentro de la respuesta sexual, por cuanto la persona percibe que dentro de sus potencialidades está la capacidad sexual, que su cuerpo es un medio para lograr el placer sexual y que su aspecto físico posee las cualidades necesarias para resultar sexualmente atractivo para otra persona. De otro lado, la persona con sentimientos negativos hacia su propio cuerpo, tales como sentirse con falta de atractivo físico y sexual, incapaz para disfrutar de la actividad sexual o para hacer que la misma sea satisfactoria a la otra persona, va a prestar menos atención a la estimulación y la actividad sexuales, así como a las sensaciones de placer derivadas de las mismas, con lo que la respuesta sexual se verá disminuida.

En la literatura psicooncológica, diversos autores pusieron de manifiesto la relación entre imagen corporal y ajuste sexual (Silberfarb, 1.977, 1.978; Jamison et al., 1.978; Polivily, 1.977; cits. por Derogatis, 1.980). Sobre la base de esos hallazgos Derogatis (op. cit.) formuló su modelo donde quedaba justificada la relación mutuamente influyente entre imagen corporal y funcionamiento sexual. Según esto una alteración de la imagen corporal puede producir un desajuste sexual, pero

también una disfunción sexual puede dar lugar a problemas en el ámbito de la autoimagen.

Para Schain (1.988) la satisfacción con la propia imagen corporal es uno de los predictores más importantes del ajuste sexual en mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama. Asimismo, López et al. (1.992) señala que la alteración de la imagen corporal que puede producirse por la amputación o deformación de alguna parte corporal, puede conducir a problemas en el ámbito de la identidad sexual o a problemas en el funcionamiento sexual general.

De otro lado, no encontramos relación entre el nivel de autoconcepto físico y la frecuencia de orgasmos (Tabla 63); aunque se puede decir que se observó una cierta tendencia entre las mujeres perteneciente al grupo de alto autoconcepto físico a lograr el orgasmo en un mayor número de ocasiones, quizás debido a que éstas experimentaban significativamente más excitación sexual, lo cual contribuye de forma importante a la consecución del orgasmo.

Pasaremos, a continuación, a comentar los resultados procedentes de la comparación de los grupos de alta y baja ansiedad rasgo, donde se puso de manifiesto la influencia de esta variable sobre el grado de excitación y de satisfacción sexual experimentados ante la estimulación erótica y sobre la frecuencia de las relaciones sexuales. También se observó la asociación entre el nivel de ansiedad rasgo y la frecuencia de caricias realizadas en la zona del pecho como expresión de afecto, no así con el resto de los indicadores considerados en la valoración de la adaptación psicosexual.

Respecto a las caricias realizadas en la zona del pecho como muestra de afecto, el hecho de que un número significativamente

mayor de mujeres con alta ansiedad rasgo manifestaran una ausencia de las mismas (Tabla 65), puede explicarse teniendo en cuenta que para las mujeres que consideran a priori como algo desagradable esta forma de estimulación, si además responden ante ella con alta activación fisiológica, unida a sentimientos y cogniciones negativos, es muy probable que valoren el resultado como frustrante, optando por evitar la situación. También puede ocurrir que las parejas de las mujeres con elevados niveles de ansiedad rasgo, anticipen en ellas una reacción ansiosa, creyendo que les va a resultar desagradable el que el acaricien el pecho, por lo que, de este modo, eviten tocar dicha zona.

De otra parte, aunque no se pueden establecer afirmaciones concluyentes, ya que no se establecieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sí observamos una mayor tendencia, entre las mujeres con mayores niveles de ansiedad, a expresar que sus parejas no acariciaban la zona del pecho durante las relaciones sexuales (Tabla 65) y que dicha forma de estimulación les resultaba menos gratificante desde el punto de vista sexual (Tablas 66 y 67). De acuerdo con esto y con lo expresado en el párrafo anterior, podríamos pensar que muchas de estas mujeres al anticipar que van a experimentar ciertas sensaciones negativas asociadas a la ansiedad, cuando su pareja toque el pecho, pueden prever, asimismo, que van a disfrutar menos con tal actividad sexual.

Según los resultados expresados en la Tabla 64, ante las mismas situaciones y conductas sexuales, las mujeres con mayores niveles de ansiedad rasgo, manifestaron que experimentaban subjetivamente menos placer y bienestar sexuales, que aquellas con menor ansiedad. Esto puede deberse a que las emociones y pensamientos negativos que acompañan a la ansiedad pueden interferir con las sensaciones sexuales, apartando la atención

de las mismas, con lo que la respuesta sexual se ve disminuida.

La relación entre la ansiedad y la respuesta sexual ha sido puesta de manifiesto por otros autores (Flórez, 1.986; de las Heras, 1.991; Sánchez y Llorca, 1.992), quienes destacaron las consecuencias negativas de la ansiedad sobre el funcionamiento sexual normal, ya que se asociaba frecuentemente a problemas y disfunciones en éste ámbito. De las Heras (1.991), por su parte, resaltó la incidencia del trastorno de excitación sexual inhibida en los estados prolongados de ansiedad.

De otro lado, algunos estudios realizados en el marco de la Psicología de la personalidad (Cuenca et al., 1.980; García et al., 1.990, cits. por Sánchez y Llorca, 1.992) observaron que el neuroticismo, unido a altos niveles de ansiedad, se asociaba a la presencia de problemas sexuales. Sánchez y Llorca (1.992) concluyeron, a raíz de estos estudios, que la relación entre el neuroticismo y la disfunción sexual se basaba en el papel mediador de la ansiedad.

En relación a esto último, el rasgo de ansiedad se considera como una de las partes fundamentales del constructo Neuroticismo, de manera que los individuos neuróticos se caracterizan, junto con otras manifestaciones, por responder ante las diferentes situaciones con elevados niveles de ansiedad. De otro lado, aunque no todos los individuos con elevada ansiedad rasgo puntúan alto en neuroticismo, generalmente las personas que presentan altos niveles de ansiedad rasgo suelen poseer otros rasgos de personalidad que conforman el carácter neurótico. Teniendo en cuenta estos nexos de unión entre la ansiedad y el neuroticismo podemos comparar nuestros resultados con los aportados por Eysenck (Eysenck y Wilson, 1.981), donde se concluyó que los individuos más neuróticos poseían una alta excitabilidad sexual, pero debido a la presencia de actitudes y sentimientos negativos

en torno al sexo conseguían disfrutar menos de la actividad sexual, presentando más dificultades en sus relaciones sexuales. A este respecto, nuestros no apoyarían totalmente a los aportados en su estudio, ya que nosotros hemos observado que las mujeres más ansiosas además de experimentar menos satisfacción sexual ante la estimulación erótica, se excitaban menos ante tal tipo de estímulos.

Nuestras conclusiones estarían más en la línea de los de autores como Munjack (1.978), Kockott (1.980), Farré, Prohens y Juan (1.984) (cits. por Farré, 1.987), quienes destacaron que los individuos con alta inestabilidad emocional, tienden a responder con altos niveles de ansiedad, lo cual lleva asociado una inhibición de la respuesta de excitación sexual.

En este punto cabe explicar el porqué las mujeres con mayores niveles de ansiedad rasgo, presentaron de forma estadísticamente significativa una menor frecuencia de relaciones sexuales con coito (Tabla 68): en líneas generales, si para las mujeres de este grupo las relaciones sexuales proporcionan menos satisfacción sexual y, por tanto, resultan menos gratificantes, cabe pensar que sea para ellas una actividad menos motivante, por lo que estarán menos interesadas en realizarlas, buscarán en menos ocasiones los contactos íntimos con el compañero o responderán menos veces ante las demandas sexuales de éste.

Tras realizar los análisis con la frecuencia de orgasmos en los grupos de alta y baja ansiedad (Tabla 69), pudimos observar que no parece ser una variable asociada a la ansiedad rasgo; no obstante, existe una ligera tendencia entre las mujeres con alta ansiedad rasgo a conseguir el orgasmo con menor frecuencia, la cual puede explicarse teniendo en cuenta el menor grado de excitación que experimentan ante la estimulación sexual.

La relación negativa entre la ansiedad y la excitación sexual, por un lado, y la satisfacción, por otro, quedó confirmada a través de las correlaciones estadísticamente significativas que se establecieron entre las variables (Tabla 73), según las cuales a medida que aumenta el nivel de ansiedad decrecen las sensaciones de placer y bienestar sexuales. Sin embargo, como se hizo referencia al revisar los estudios realizados, en el ámbito sexológico experimental se había observado (Dekker y Everaerd, 1.989; Cole y Dryden, 1.991; Sánchez y LLorca, 1.992) que la elevación de la ansiedad situacional favorecía la respuesta sexual excitatoria, hasta un cierto nivel en el que la focalización de la atención hacia los estímulos sexuales se deterioraba, disminuyendo por tanto la respuesta sexual. De acuerdo con esto, parece que la ansiedad dependiendo de si es moderadamente o excesivamente alta va a incidir diferencialmente en la respuesta excitatoria.

Según lo anteriormente comentado, nos pareció interesante diferenciar dentro del grupo de alta ansiedad rasgo que habíamos formado, aquellas mujeres con niveles moderadamente altos frente a las que presentaban ansiedad rasgo extremadamente alta, con el fin de estudiar las diferencias de estos dos subgrupos respecto a las respuestas subjetivas de excitación y satisfacción sexuales.

Cuando procedimos de este modo, observamos (ver Tabla 70) que las medias obtenidas en las escalas de Excitación y Satisfacción por el grupo de ansiedad rasgo moderadamente alta eran significativamente superiores al grupo de ansiedad extremadamente alta. Esto nos lleva a la conclusión de que el grupo de mujeres con niveles elevados de ansiedad rasgo no es homogéneo, en él existen dos subgrupos diferentes que responden diferencialmente ante las situaciones sexuales, ya que

experimentan niveles subjetivos significativamente distintos de placer y satisfacción sexuales.

La explicación de este hecho nos remite a los datos obtenidos por los estudios experimentales comentados anteriormente. Las mujeres con ansiedad rasgo moderadamente alta tienen, por tanto, una mayor tendencia a presentar niveles de ansiedad situacional moderadamente altos en diferentes contextos y circunstancias, incluidas las situaciones sexuales. Dicha ansiedad situacional favorecerá la respuesta sexual (ver Gráfico 1), ya que la activación fisiológica general, que supone la ansiedad, favorece la activación de los centros encargados de la respuesta de excitación sexual; además la atención hacia los estímulos sexuales mejora con un nivel moderado de ansiedad, siempre que no haya distracción hacia otro tipo de estímulos (como sucede en los individuos sexualmente disfuncionales).

En el caso de las mujeres con ansiedad rasgo extremadamente alta, la tendencia sería responder con el mismo nivel de ansiedad (es decir, extremo) en diferentes contextos. De este modo, estas mujeres pueden responder ante las situaciones sexuales experimentando niveles extremadamente altos de ansiedad. En estas circunstancias, la atención hacia los estímulos y sensaciones sexuales disminuye, por lo que la respuesta sexual se deteriora.

La explicación que acabamos de ofrecer, acerca del efecto positivo de la elevación moderada de la ansiedad sobre la respuesta sexual, está basada en los resultados comentados en la bibliografía referidos a individuos sexualmente funcionales, ya que parece que nuestros datos se ajustan mejor a ellos. En el caso de los individuos con disfunciones sexuales, debido al efecto de la distracción ante los estímulos, dicho aumento de la ansiedad no conllevaría tal implicación sobre la respuesta sexual.

Por lo tanto, de nuestros datos se desprende que las mujeres con tendencia a responder con niveles moderados de ansiedad van a experimentar mayores sensaciones subjetivas placenteras en sus contactos sexuales, que aquellas que suelen responder con niveles extremadamente altos de ansiedad.

Pasando a comentar otros resultados del presente trabajo, se estudiaron las correlaciones de la edad con las principales variables de nuestro estudio para obtener una visión global de dichas relaciones, antes de dar paso a la selección de variables que iban a incluirse en los análisis discriminantes que posteriormente se realizaron. Comentaremos algunos resultados de interés de las correlaciones observadas.

De acuerdo con los resultados presentados en la Tabla 73, la edad estableció correlaciones negativas que resultaron ser estadísticamente significativas con la excitación y la satisfacción; con el resto de variables analizadas las correlaciones no alcanzaron la significación estadística. Por tanto, puede decirse que a medida que aumentaba la edad de las mujeres estudiadas menor era el grado de placer sexual subjetivo informado ante los estímulos sexuales y eróticos.

En la bibliografía revisada diversos autores (Masters y Jonhson, 1.966, 1.970; Morrell et al., 1.984; Strickland, 1.992) han constatado la presencia de numerosos cambios anatomofisiológicos en la respuesta sexual femenina asociados a la edad, que resumidamente podríamos enumerar como: disminución de la intensidad de la respuesta sexual (la fase excitatoria es más lenta y el nivel de excitación logrado menor) y disminución de las respuestas anatómicas (el orgasmo tiene menor duración y la fase de resolución es más rápida). Para Masters y Jonhson (op. cit.) la percepción subjetiva de estas dificultades en la obtención de una respuesta sexual satisfactoria estaría

relacionada con la disminución del interés sexual de la mujeres de más edad.

Según otros autores, como Herrera (1.988), el descenso de la actividad y la motivación sexuales asociados a la edad no van parejos con una disminución de la capacidad y la efectividad sexuales en la mujer, la cual va a mantener su capacidad para disfrutar de la sexualidad. Hay autores (Herrera, 1.989; Del Valle, 1.991b, 1.991c; Báez et al., 1.992; Cáceres, 1.994) que, antes que a los cambios fisiológicos, dan más importancia a las actitudes, creencias y valores de la propia persona -e imperantes en su marco social- relacionados con el comportamiento sexual que es acorde a su edad.

Nuestros datos no aclaran esta controversia, ya que para ello sería necesario realizar un estudio mucho más complejo donde se realizara una valoración tanto de medidas objetivas, como de medidas subjetivas de la respuesta sexual, así como de las actitudes acerca de la propia sexualidad en relación a la edad. No obstante, nos inclinamos a pensar que, a pesar de la existencia de cambios anatomofisiológicos en la respuesta sexual femenina, los determinantes psicológicos y psicosociales tienen un mayor peso para la explicación del comportamiento sexual de la mujer en relación a la edad.

Según este planteamiento, a medida que aumenta la edad de las mujeres evaluadas encontraríamos una mayor presencia de actitudes negativas en torno a la propia sexualidad, basadas en ideas tales como: no tener ya una edad adecuada para involucrarse en la actividad sexual, una vez que se ha perdido la capacidad reproductora las relaciones sexuales no tienen su razón de ser, no considerarse físicamente atractiva para el compañero, etc.

Igualmente hay que tener en cuenta que las mujeres evaluadas de más edad, por las circunstancias sociales de su época, han podido recibir una educación sexual más conservadora que las mujeres más jóvenes, en la que se fomentara más su papel dentro de la reproducción y la maternidad, reforzando menos su derecho a disfrutar de la actividad sexual, considerada ésta como fin en sí misma.

De otro lado, consideramos que la disminución de los niveles subjetivos de excitación asociados a la edad, pudieran también explicarse, en cierta medida, por la reducción que parecen experimentar los niveles objetivos de excitación (medidas psicofisiológicas) -según bibliografía anteriormente comentada- debida a los cambios fisiológicos a los que antes hacíamos referencia. Esta hipótesis no estaría en la línea del estudio de Morrell et al. (1.984), donde se observó un menor nivel de excitación sexual (valorada objetivamente), que no iba asociado a la disminución de los niveles de excitación subjetivos.

En el marco de la investigación psicooncológica, diversos autores (Derogatis, 1.980; Andersen, 1.985; Estapé y Estapé, 1.993) han coincidido en señalar que la edad es un importante factor modulador del ajuste psicosexual de los pacientes de cáncer, de manera que serían los más jóvenes los que presentarían un mayor riesgo de desarrollar una disfunción sexual (Andersen, op. cit.; Schain, 1.988). La explicación de este hecho vendría dada por la importancia concedida a las alteraciones de la imagen corporal (Golden, 1.983b), ya que por ejemplo en el caso de las enfermas de cáncer de mama son las de mayor edad las que parece que dan una menor importancia a la pérdida de la mama (Fallowfield y Hall, 1.991).

No todos los estudios avalan estas observaciones; tal es el caso del trabajo de Hughson et al. (1.988), donde se puso de

manifiesto que las pacientes de más edad presentaban un peor ajuste sexual tras la mastectomía, ya que el deterioro asociado a la edad se acentuaba por las consecuencias de la enfermedad.

Con los datos extraídos de nuestra investigación hasta el momento presente, no podemos aportar resultados que esclarezcan estas cuestiones en relación a la variable edad y su efecto modulador diferencial en la población general frente a la oncológica, ya que los análisis correlacionales fueron realizados con todas las mujeres de los diferentes grupos tomadas conjuntamente. No obstante, hay que resaltar que la edad ha demostrado ser una variable importante dentro del ajuste sexual de las mujeres estudiadas.

Los resultados obtenidos a través del análisis discriminante realizado con la variable excitación sexual (Tabla 74), nos pusieron de manifiesto que las mujeres que responden con menor excitación ante la estimulación sexual serían aquellas de mayor edad cuyas parejas no tocan de forma habitual la zona del pecho ni como expresión de afecto ni durante el acto sexual, que se sienten menos satisfechas con su propio cuerpo y que, además, consideran que su atractivo físico es igual o peor que la mayoría de las mujeres de su edad.

Por tanto una de las características de las mujeres que experimentan menos placer ante la estimulación sexual es que se sienten menos satisfechas con su cuerpo, es decir, presentan unas actitudes más negativas en torno a él, valoran más negativamente su estado de salud, su aspecto físico, su capacidad funcional y su atractivo sexual, experimentan más sentimientos negativos en relación al propio físico, manifiestan menos comportamientos dirigidos al cuidado de la salud o de su aspecto físico y suelen ser más desmañadas, poco activas físicamente y pueden no sentirse bien, en el plano físico, y dormir con dificultad.

De otro lado, las mujeres con bajos niveles de excitación sexual subjetiva se sienten poco satisfechas con su atractivo físico. Cuando se comparan con otras mujeres de su misma edad no creen que destaquen entre ellas por poseer más atractivo, sino que se sienten igual de atractivas o, incluso, peor.

Otra característica, que se puso de manifiesto en el grupo de mujeres con baja excitación, es que existe una mayor incidencia de ausencia de caricias por parte de la pareja realizadas tanto como una expresión de afecto como forma de estimulación sexual. Tres posibles explicaciones caben a este hecho: La primera sería que la mujer ante los sentimientos negativos que experimenta cuando su pareja le toca la zona del pecho, debido a una falta de aceptación de dicha parte del cuerpo, evite que su pareja le acaricie en tal lugar. La segunda posibilidad nos sugiere que es la pareja quien evita tocar la zona del pecho de la mujer, por cuanto no le proporcionan sensaciones gratificantes, lo cual parece incidir en un menor nivel de excitación sexual, al no disponer de esta fuente de estimulación; quizás en estos casos se le de poca importancia al juego sexual previo al coito. Por último, puede suceder que exista una evitación mutua, porque cada miembro de la pareja crea que tal conducta le resultará desagradable a su compañero. En este caso, como ya se comentó, parece existir una falta de comunicación en torno al tema.

Por último, las mujeres con niveles inferiores de excitación eran aquellas con más edad. Estas mujeres pueden tener unas actitudes más negativas en torno a su propia sexualidad, con ideas tales como: "a mi edad no es correcto o adecuado tener deseos sexuales", "mi sexualidad tenía sentido mientras se justificaba a través de la función reproductora", "el decaimiento físico de mi cuerpo es un impedimento para disfrutar de la

actividad sexual", etc.

Hay que decir que estos resultados hay que tomarlos con cierta cautela a la hora de generalizarlos a la población total femenina, ya que la proporción de mujeres mastectomizadas frente a las controles era de dos a una. En este sentido, el peso de la variable caricias en la zona del pecho ha podido quedar sobrevalorado en este estudio debido a los problemas que presentan en este área las mujeres mastectomizadas estudiadas por nosotros.

El análisis discriminante realizado con la variable satisfacción sexual (Tabla 75) reveló que las mujeres quienes ante sus relaciones sexuales experimentan menos sensaciones de bienestar y satisfacción serían aquellas de mayor edad cuyas parejas no suelen tocar habitualmente la zona del pecho de forma habitual como expresión de afecto y que, además, tienen una mayor tendencia a reaccionar con altos niveles de ansiedad ante situaciones críticas o amenazantes.

Estas reacciones de ansiedad extrema, cuando se experimentan durante las relaciones sexuales, hacen que disminuya la focalización de la atención sobre la estimulación sexual, por lo que la respuesta sexual queda inhibida. La atención puede desviarse hacia otro tipo de estímulos desagradables o distractores; pueden aflorar a la conciencia ideas negativas relacionadas con la zona del pecho, actitudes negativas asociadas a la propia sexualidad, etc. Todo ello da como resultado que la actividad sexual sea experimentada como poco gratificante y placentera, lo cual, asimismo, proporciona pocas sensaciones de bienestar y satisfacción.

De otra parte, estas mujeres que experimentan menos satisfacción sexual, no suelen recibir por parte de sus parejas

caricias en la zona del pecho realizadas como expresión de afecto o cariño. Por lo tanto, parece que ese acercamiento físico de carácter afectivo tiene gran relevancia para la satisfacción sexual de las mujeres.

La mayor edad de estas mujeres tiene aquí una explicación similar a la que realizamos anteriormente para la excitación. Las mujeres mayores pueden estar menos motivadas para la actividad sexual, por cuanto pueden sentir que el momento para disfrutar de la misma quedó atrás en tiempo cuando, según ellas, eran jóvenes, atractivas y tenían capacidad para responder a las demandas sexuales y para reproducirse.

De los resultados de nuestro trabajo se desprenden algunas líneas de actuación para la intervención psicológica en mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, que pasamos a exponer a continuación.

En primer lugar, proponemos fomentar en las pacientes mastectomizadas la adquisición de actitudes más positivas en relación a sí mismas, a sus características físicas, a sus capacidades y habilidades, para así conseguir una mejor autoaceptación del propio físico, promoviendo la adaptación a los cambios corporales producidos por el tratamiento del cáncer de mama. Esto se realizaría a través de técnicas de mejora de la autoestima, donde además de otras áreas (relaciones sociales, personalidad, funcionamiento cognitivo, etc.) se trabaje con el aspecto físico, dedicando especial esfuerzo a la percepción del propio cuerpo desnudo, la valoración del atractivo físico y los sentimientos derivados del mismo. Este tipo de técnicas incluyen el aprendizaje de estilos de pensamiento donde, en lugar de realizarse juicios de valor negativos respecto de las propias características (p.e. mi aspecto físico es desagradable porque tengo un pecho amputado), se promueven ideas basadas en

percepciones más objetivas y realistas (p.e. no estoy totalmente satisfecha con mi aspecto físico debido a la mastectomía). La intervención psicológica realizada inmediatamente tras la mastectomía, comenzando incluso antes de que la paciente reciba el alta de la operación, permitirá que los problemas con la imagen cōrporal no se incrementen con el paso del tiempo ni lleguen a cronificarse.

Pensamos que también sería conveniente, en muchas pacientes recién operadas que han sido diagnosticadas en estadios iniciales del cáncer, promover unas actitudes más positivas en relación a su estatus de salud, incidiendo en el carácter localizado de su enfermedad, en el hecho de que los efectos secundarios de los tratamientos no significan un deterioro de dicho estado de salud y combatiendo, a través de los sentimientos de esperanza, los temores acerca de la recaída.

De otro lado, proponemos que en los casos de pacientes que presentan una elevada tendencia a reaccionar ante las situaciones con altos niveles de ansiedad, se puedan poner en marcha técnicas terapéuticas que les ofrezcan recursos psicológicos para controlar tales manifestaciones ansiosas, tanto a nivel conductual (p.e. técnicas de relajación), como a nivel cognitivo (p.e. técnicas de control del pensamiento, de reestructuración cognitiva, etc.). Dichas intervenciones se deben poner en marcha lo más tempranamente posible, ya que parece que estos problemas de ansiedad tienden a perdurar a través del tiempo.

En cuanto a los aspectos relacionados con el ajuste sexual tras la mastectomía, se puso de manifiesto la elevada incidencia de temores y preocupaciones en torno a la reanudación de las relaciones sexuales y al rechazo por parte del compañero. En muchos casos, puede ocurrir que hablar de sexo resulte incómodo, debido a la educación restrictiva recibida, porque se piense que

sobre el tema se sabe lo que hay que saber o por miedo rechazo por parte del otro; de modo que frecuentemente estos problemas se soportan, resistiéndose a manifestarlos abiertamente. A este respecto el apoyo psicológico proporcionado en los primeros días después de la operación (en incluso antes), puede fomentar la comunicación sexual dentro de la pareja en relación a temas como cuando es más conveniente reanudar las relaciones sexuales, en su caso, cuales son los motivos para esperar a reanudarlas, cuales son los temores, suposiciones e ideas que cada uno guarda interiormente, qué piensa cada uno sobre lo que la mastectomía pueda o no hacer cambiar las relaciones sexuales y las conductas sexuales habituales entre ellos, etc. Es muy probable, que el diálogo despeje temores, alivie preocupaciones y aclare los sentimientos, fomentando la intimidad afectiva y física en la pareja. Recordemos que en muchos casos después de la mastectomía se producía un acercamiento afectivo en la pareja, en estos casos es muy probable que se encuentren bastante motivados en su propia relación, por lo que no resultará difícil instarles al diálogo.

Respecto a la ausencia de caricias en la zona del pecho tras la mastectomía, también pensamos que una forma de evitar o al menos disminuir la incidencia de tal problema sería promover entre los miembros de la pareja la comunicación en torno a este tema, de manera que cada uno conozca los sentimientos y las opiniones del otro respecto de la cirugía y las secuelas físicas resultantes. Sería muy beneficioso, en muchos casos, que incluso antes de la intervención quirúrgica hubiera un diálogo donde se aclararan ideas equivocadas y se despejaran temores. Por otro lado, también sería muy conveniente fomentar que desde el primer momento tanto la paciente como su compañero acaricien la zona del pecho igual que lo hacían antes, incluido el otro pecho y la cicatriz. Las técnicas de habituación, aplicadas recientemente tras la operación, conseguirán que tanto la paciente como su

pareja se acostumbren mejor a las nuevas sensaciones táctiles del pecho, de manera que las mismas puedan seguir siendo una fuente de estimulación afectiva y sexual. De este modo, la zona pectoral podría llegar a ser considerada como cualquier otra zona del cuerpo con su aspecto y sensaciones físicas particulares, sin que tenga que ser evitada sistemáticamente.

También consideramos muy importante, en todos los casos, explorar las dudas y temores en torno a la sexualidad, que muchas veces las pacientes o sus parejas no se atreven a exponer al médico, y que generalmente se resuelven ofreciendo la información sexual oportuna, evitándose problemas de mayor consideración.

Los esfuerzos terapéuticos encaminados a mejorar el bienestar sexual de las pacientes mastectomizadas, de manera que se beneficien sus sensaciones de placer y satisfacción ante sus relaciones sexuales, deben ir dirigidos principalmente a aquellas pacientes que realizan un valoración más negativa de su propio físico, que se sienten más enfermas, menos atractivas y con menos capacidades físicas, que tienden a reaccionar con mayores niveles de ansiedad, que tienen más edad y cuyas parejas no tocan el pecho de forma habitual como una caricia o durante el juego sexual. Por tanto los puntos claves para el tratamiento serían, en primer lugar, promover desde un primer momento el diálogo sexual en la pareja para que se eliminen temores y creencias infundados relacionados con la mastectomía, así como conseguir la adaptación, por parte de ambos, a las nuevas sensaciones de la cicatriz y de toda la zona del pecho; destacar la importancia que tienen las caricias, como partes integrantes del juego sexual, para conseguir aumentar la excitación y satisfacción sexuales en las relaciones íntimas; mejorar la satisfacción con el propio cuerpo, promoviendo la adquisición de unas actitudes más positivas hacia el mismo; proporcionar técnicas para el

aprendizaje de habilidades que permitan un mejor control de las manifestaciones ansiosas; asimismo es recomendable ofrecer en todo momento una visión objetiva y positiva de la sexualidad, haciendo especial énfasis en que no es una manifestación asociada únicamente a la juventud, que la capacidad para disfrutar de la actividad sexual no se pierde en toda la vida y que si realmente satisface, puede ayudar a la persona a sentirse viva, a mantener o estrechar los lazos afectivos con la pareja y a luchar contra la desesperanza de la enfermedad. En la medida en que se consigan estos objetivos es muy probable que en la gran mayoría de los casos, donde no haya una disfunción sexual subyacente, la respuesta sexual y la satisfacción derivada de ella mejoren significativamente.

De nuestros resultados también se desprenden algunas conclusiones referidas a las características de los instrumentos de evaluación utilizados. Respecto a la puntuación total de la Subescala del Sí mismo físico, que como recordaremos era un índice del autoconcepto físico, decir que estableció relaciones directamente proporcionales, que además fueron estadísticamente significativas al 0.1%, con cada uno de los aspectos internos del autoconcepto físico (autoestima física, autoconcepto físico y autocomportamiento físico). Estos datos avalarían la teoría propuesta por Fitts (1.965, cit. por Garanto, 1.984), por cuanto apoyan la idea de una estructura multidimensional del autoconcepto.

Los resultados obtenidos con las tres dimensiones internas del autoconcepto físico, pusieron de relieve altas covariaciones conjuntas de estas medidas entre sí, siendo estadísticamente significativas al 0.1%. Lo cual indica la relación entre los aspectos cognitivos, emocionales y comportamentales de las actitudes respecto a sí mismo que configuran el autoconcepto

físico.

En relación a las variables ansiedad estado y ansiedad rasgo, presentaron una elevada covariación conjunta positiva, significativa al 0.1%. Esto nos corroboraría que las personas con mayor ansiedad rasgo (como característica estable de personalidad), tienden a manifestar mayores niveles de ansiedad situacional ante circunstancias concretas, como en este caso sería la situación de la evaluación psicológica.

En relación a la Entrevista Estructurada sobre Imagen Corporal, Sexualidad y Relaciones Afectivas que elaboramos para su aplicación a las mujeres mastectomizadas, decir que se puso de manifiesto la sensibilidad de algunos de sus ítems para detectar los problemas específicos que sufren las mujeres operadas de cáncer de mama.

Por último comentar que la correlación entre la Escala de Excitación y la de Satisfacción demostró una alta covariación conjunta del 90%, estadísticamente significativa a un nivel del 0.001. Esta similitud de las medidas ha sido puesta de manifiesto por otros estudios como el de Chambless y Lifshitz (1.984; cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990) o el de Aluja, Torrubia y Gallart (op. cit.). Parece, por tanto, que ambos conceptos están íntimamente relacionados, por cuanto las sensaciones de excitación sexual experimentadas ante los estímulos y situaciones sexuales van unidas a los sentimientos de bienestar y satisfacción que proporcionan.

En último lugar, queremos comentar algunos aspectos que no han quedado suficientemente aclarados en el presente trabajo y que podrían ser objeto de estudio de futuras investigaciones. Tal es el caso de los motivos por los cuales muchas parejas de las mujeres mastectomizadas no tocan habitualmente la zona del pecho

como expresión de afecto o como forma de estimulación sexual. Creemos que sería necesario que se realizaran en los sucesivos estudios preguntas más directas y específicas, a ambos miembros de la pareja, en relación a este tema, de manera que se pudiera llegar más al fondo de la cuestión.

También creemos conveniente profundizar en el tema de la ansiedad rasgo como factor precursor del cáncer de mama. Esto nos ayudaría a aclarar si la elevada incidencia de casos con niveles extremos de ansiedad rasgo -tanto extremadamente altos, como extremadamente bajos- entre las mujeres mastectomizadas evaluadas, era ya una característica previa a la enfermedad que incidió en el desarrollo de la misma o si, por el contrario, esos niveles extremos de ansiedad son una consecuencia de la enfermedad relacionada con la forma de afrontarla. Los trabajos que se centren en estudiar la influencia de la ansiedad en la aparición del cáncer deben aclarar si es la tendencia a manifestar reacciones extremas de ansiedad lo que se asocia a una disminución de la actividad inmunológica, como postulan algunos autores (Fernández y Edo, 1.994) o si es el estilo de afrontamiento represivo, donde las reacciones de ansiedad quedan suprimidas, junto con otras emociones, lo que promueve un mayor riesgo de adquirir cáncer (Eysenck, 1.987; Páez, Vergara y Velasco, 1.991) o si ambas características de personalidad deben considerarse factores precursores del cáncer.

Otro tema que no queda suficientemente aclarado en nuestro trabajo, debido a que no era uno de los objetivos fundamentales, es el efecto modulador de la edad sobre el ajuste sexual, determinando si tal efecto es diferente según se trate de mujeres pertenecientes a la población general o se trate de pacientes oncológicas mastectomizadas.

Por último, conviene recordar las características específicas de las mujeres evaluadas en este trabajo de investigación, en cuanto a la edad, antecedentes médicos, psicológicos y psiquiátricos, relación estable con una pareja heterosexual, etc., las cuales, como ya comentamos, tienen su justificación desde el punto de vista del control metodológico, aumentando la validez interna del estudio. No obstante, nos obligan a tener cierta prudencia a la hora de generalizar los resultados bien sea a la población total de pacientes mastectomizadas, bien sea a la población general de mujeres.

VI. - CONCLUSIONES

En función de los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación, hemos elaborado las siguientes conclusiones:

UNA) Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama, en comparación con las mujeres sanas, no presentan un menor número de indicadores de adaptación psicosexual.

Por tanto, consideramos que la hipótesis 1.1 queda rechazada.

DOS) No obstante, aunque a niveles generales, se demuestra que la mastectomía por cáncer de mama no repercute sobre la adaptación psicosexual, realizando un análisis más pormenorizado, se constata una mayor incidencia, entre las pacientes mastectomizadas, de ausencia de caricias sexuales realizadas por parte de la pareja en la zona del pecho.

TRES) Las mujeres que han sido mastectomizadas por cáncer de mama presentan un autoconcepto de su físico similar al de las mujeres sanas. Sin embargo, manifiestan más dificultades en relación a algunos componentes de su imagen corporal, por cuanto tienen más problemas con la percepción del propio cuerpo desnudo y realizan una valoración más negativa de su atractivo físico.

Por lo cual, la hipótesis 1.2. queda parcialmente confirmada.

CUATRO) Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama no presentan, como promedio, puntuaciones más elevadas en ansiedad rasgo, en relación a las mujeres sanas.

Según esto, hay que rechazar la hipótesis 1.3. en los términos en los que fue planteada. Sin embargo, hay que resaltar la tendencia entre las mujeres mastectomizadas -principalmente las que llevan menos tiempo operadas- a manifestar niveles extremos de ansiedad, tanto extremadamente altos como extremadamente bajos.

CINCO) Tras el primer año desde la mastectomía las pacientes presentan los mismos indicadores de adaptación psicosexual que aquellas que han sido operadas más recientemente.

La hipótesis 2.1., por tanto, queda confirmada.

SEIS) El transcurso del tiempo desde la mastectomía no incide sobre la valoración del propio físico, ya que no disminuye la incidencia de problemas de imagen corporal referidos a las actitudes ante el cuerpo desnudo y a la valoración del atractivo físico.

Se confirma, por tanto, la hipótesis 2.2.

SIETE) Las pacientes que han superado el primer año de la mastectomía no presentan un menor nivel de ansiedad, en comparación con aquellas que llevan menos tiempo operadas.

Por tanto, se rechaza la hipótesis 2.3.

OCHO) El autoconcepto físico incide sobre la adaptación psicosexual de las mujeres: son aquellas que manifiestan una valoración más negativa de su físico, las que tienen un menor número de indicadores de adaptación psicosexual, por cuanto experimentan un menor grado de excitación y satisfacción ante los estímulos sexuales y tienen relaciones sexuales con coito menos frecuentemente.

Según esto, confirmamos la hipótesis 3.1.

NUEVE) Los niveles elevados de ansiedad rasgo inciden negativamente sobre la adaptación psicosexual de las mujeres. En concreto, estas mujeres con mayores niveles de ansiedad experimentan un menor grado de excitación y satisfacción ante la estimulación erótica y tienen relaciones sexuales con coito menos frecuentemente.

La hipótesis 3.2., por tanto, queda confirmada en los términos planteados.

DIEZ) Tras el análisis pormenorizado del grupo de mujeres con alta ansiedad rasgo, se constata que los niveles moderadamente altos de ansiedad repercuten positivamente sobre la respuesta sexual, siendo aquellas mujeres con ansiedad extremadamente alta las que experimentan bajos niveles de excitación y satisfacción ante la estimulación sexual.

VII.- BIBLIOGRAFÍA

ACHTE, K.; LINDFORS, O.; SALOKARI, M.; VAUHKONEN, M-L.; LEHVONEN, R. (1.987):

Psychological adaptation in the first postmastectomy year.
Psychiatria Fennica, Vol. 18, 103-112.

ALUJA, A.; GALLART, D.; TORRUBIA, R. (1.992):

Frecuencias de conductas sexuales en mujeres de nivel sociocultural medio-alto.

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología, Nº 3, 6-32.

ALUJA, A.; TORRUBIA, R. (1.993):

Relación entre variables de personalidad e interés por temas morbosos y sexuales en los mass media: Réplica del estudio de Zuckerman y Litle en una muestra española.

Revista de Psiquiatría de la Facultad de la Medicina de Barcelona, Vol. 20, Nº 2, 71-80.

ALUJA, A.; TORRUBIA, R.; GALLART, D. (1.990):

Validación española del autoinforme de ansiedad y excitación sexual ampliado (SAI-E).

Revista de Psiquiatría de la Facultad de la Medicina de Barcelona, Vol. 27, Nº 6, 252-268.

ALVAREZ, I.; PIERA, J. M.; PAREDES, A.; SÁNCHEZ, M.; LACASTA, A. (1.994):

Historia natural y estadistaje del cáncer de mama.

Revisiones en Cáncer, Vol. 8, Nº 4, 109-113.

ANDERSEN, B. L. (1.985):

Sexual functioning morbidity among cancer survivors. Current status and future research directions.

Cancer, Vol. 55, Nº 8, 1.835-1.842.

ANDERSEN, B. L. (1.986):

Sexual difficulties for women following cancer treatment. En B. L. ANDERSEN (Edit.): **Women with cancer. Psychological perspectives.**

New York. Springer Verlag.

- ANDERSEN, B. L. (1.992):
Psychological interventions for cancer patients to enhance the Quality of Life.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 60, N° 4, 552-568.
- ANDERSEN, B. L. (1.993):
Predicting sexual and psychologic morbidity and improving the Quality of Life for women with gynecologic cancer.
Cancer, Vol. 71, N° 4, 1.678-1.690.
- ANDERSEN, B. L. (1.994):
Surviving Cancer.
Cancer, Vol. 74, N° 4, 1.454-1.495.
- ANDERSEN, B. L.; BROFFITT, B.; KARLSSON, J. A.; TURNQUIST, D. C. (1.989):
A psychometric analysis of the sexual arousability index.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 57, N° 1, 123-130.
- ANDERSEN, B. L.; CYRANOWSKI, J. M. (1.995):
Women's sexuality: Behaviors, responses and individual differences.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63, N° 6, 891-906.
- ANDERSEN, B. L.; JOCHIMSEN, P. R. (1.985):
Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer and healthy women.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 53, N° 1, 25-32.
- ANDREU, Y. (1.987):
Creación de un cuestionario para las pacientes con cáncer de mama. Tesis Doctoral no publicada.
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- ANDREU, Y.; GALDÓN, M. J.; IBÁÑEZ, E. (1.991):
Reacciones emocionales a través del estadio en el cáncer de mama.
Psicothema, Vol. 3, N° 2, 283-296.

- ANDREU, Y.; GARCÍA, D.; IBÁÑEZ, E. (1.988):
Reacciones emocionales en las pacientes con cáncer de mama.
Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 14, N° 39, 93-116.
- ANTEQUERA, R. (1.993):
Actitudes de los ancianos ante la muerte: Influencia de la institucionalización. Tesis Doctoral no publicada.
Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
- ARROYO, M. C. (1.993):
Autoestima, autoconcepto e imagen social. Tesis Doctoral no publicada.
Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Básica y Metodología. Universidad de Sevilla.
- AVERILL, J. R. (1.982):
Anger and aggression.
Nueva York. Springer Verlag.
- AVIA, M. D. (1.994):
Activación y excitación sexual: Fantasías sexuales. En F. LABRADOR (Dtor.): **Guía de la Sexualidad.**
Madrid. Espasa Calpe.
- BACH, G. R.; WYDEN, P. (1.968):
The intimate enemy.
Nueva York. Aron Books.
- BÁEZ, M.; FARRÉ, J. M.; MANUBENS, M. (1.992):
Depresión y ansiedad en relación al climaterio.
Cuadernos de Medicina Psicosomática, N° 24, 6-19.
- BAILON, M. J.; LOBO, A.; TRES, A.; LARRAD, L.; PLAYAND, J. (1.988):
Chemotherapy cycles and P.S.E. disorders in breast cancer patients. En **Psicosomática y Cancer** (6° Symposium Internacional del Grupo Europeo para la Investigación Psicosomática del Cancer. Estudios e Investigaciones)
Madrid. M° de Sanidad y Consumo.

- BANCROFT, J. (1.989):
El deseo sexual.
Mundo Científico, Vol. 9, Nº 96, 1100-1109.
- BARCIA, D.; RUIZ, M. E. (1.985):
Aspectos psicológicos relacionados con el diagnóstico del
cáncer de pecho, la mastectomía y la reconstrucción de la
mama.
Anales de Psiquiatría, Vol. 1, Nº 7, 283-289.
- BARRETO, M. P. (1.984):
Factores psicológicos en pacientes con cáncer de mama.
Tesis Doctoral no publicada.
Facultad de Psicología. Universidad Literaria de Valencia.
- BARRETO, M. P.; CAPAFONS, A.; IBÁÑEZ, E. (1.991):
¿Depresión y Cáncer o Adaptación y Cáncer?. En E. IBÁÑEZ
(Edit.): **Psicología de la Salud y Estilios de Vida.**
Valencia. Promolibro.
- BECKMANN, J.; BLICHERT-TOFT, M.; JOHANSEN, L. (1.983a):
Psychological effects of mastectomy.
Danish Medical Bulletin, Vol. 30, Supl. Nº 2, 7-9.
- BECKMANN, J.; JOHANSEN, L.; RICHARDT, C.; BLICHERT-TOFT, M.
(1.983b):
Psychological reactions in younger women operated on for
breast cancer.
Danish Medical Bulletin, Vol. 30, Supl. Nº 2, 10-12.
- BENITO, T.; CARRETERO, S.; LÓPEZ, G.; MARTÍN, V.; RUIZ, G.
(1.986):
Problemática psicológica planteada por el enfermo
oncológico: estudio de un grupo.
Psiquis, Vol. 9, 246-254.
- BLANCO, A. (1.992):
El Médico ante la Muerte de su Paciente.
Sevilla. Monardes/Ensayos.

- BLOOM, J.R. ET AL. (PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF BREAST CANCER STUDY GROUP) (1.987):
Psychological Response to Mastectomy. A Prospective Comparison Study.
Cancer, Vol. 59, N° 1, 189-196.
- BOS, G. (1.988):
Sexuality of gynecologic cancer patients: Quantity or quality. En **Psicosomática y Cáncer** (6º Symposium Internacional del Grupo Europeo para la Investigación Psicosomática del Cancer. Estudios e Investigaciones).
Mº de Sanidad y Consumo. Madrid.
- BRAWN, T. S.; WALLACE, P. N. (1.987):
Psicología Fisiológica.
México. Interamericana.
- BRY, A. (1.977):
How to get angry without feeling guilty.
Nueva York. New American Library.
- BUTLER, R. N.; LEWIS, M. (1.988):
Amor y sexualidad sexualidad después de los 40.
Barcelona. Martínez Roca.
- CÁCERES, J. (1.994):
El comportamiento sexual en los mayores. En F. LABRADOR (Dtor.): **Guía de la Sexualidad.**
Madrid. Espasa Calpe.
- CANTOR, R. C. (1.980):
Self-Esteem, Sexuality and Cancer-Related Stress.
Front. Radiat. Ther. Oncol. Vol. 14, 51-54.
- CARPINTERO, E.; FUERTES, A. (1.994):
Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS).
Cuadernos de Medicina Psicosomática, N° 31, 52-61.
- CARROBLES, J. A. (1.990):
Biología y psicofisiología de la conducta sexual.
Madrid. Fundación Universidad Empresa.

- CELLA, D. F.; TROSS, S. (1.987):
Death anxiety in cancer survival: A preliminary cross-validation study.
Journal of Personality Assessment, Vol. 57, Nº 3, 451-461.
- CHAPMAN, R. M. (1.982):
Effects of cytotoxic therapy on sexuality and gonadal function.
Seminars in Oncology, Vol. 9, Nº 1, 84-94.
- COLE, M.; DRYDEN, W. (1.991):
Sexual problems. En W. DRYDEN; R. RENTOUL (Edits.): **Adult clinical problems: A cognitive-behavioural approach**.
New York. Routledge.
- CONIL, C.; LOZANO, M. (1.988):
Estudio preliminar sobre la representación psicosocial del cáncer.
Psiquis, Vol. 9, 236-241.
- CORDOVA, M. J.; ANDRYKOWSKI, M. A.; KENADY, D. E.; MCGRATH, P.C.; SLOAN, D.A. (1.995):
Frequency and correlates of Posttraumatic-Stress-Disorder-Like Symptoms after treatment for breast cancer.
Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63, Nº 6, 981-986.
- CULL, A. (1.990):
Invited review: Psychological aspects of cáncer and chemotherapy.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 34, Nº 2, 129-140.
- DE LAS HERAS, J. (1.991):
Sexualidad y enfermedades psíquicas: Ansiedad. En E. ROJAS (Dtor.): **Enciclopedia de la sexualidad y de la pareja**.
Madrid. Espasa Calpe.
- DEL VALLE, T. (1.991a):
La visión de la sexualidad desde una antropología feminista. En T. DEL VALLE; C. SANZ: **Género y Sexualidad**.
Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

DEL VALLE, T. (1.991b):

El ciclo reproductor y su reflejo en la conceptualización del cuerpo. En T. DEL VALLE; C. SANZ: **Género y Sexualidad**. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

DEL VALLE, T. (1.991c):

Descifrando los lenguajes de las mujeres: sexualidad y reproducción. En T. DEL VALLE; C. SANZ: **Género y Sexualidad**.

Madrid. Fundación Universidad-Empresa.

DEROGATIS, L. R. (1.980):

Breast and Gynecologic Cancers. Their unique impact on body image and sexual identity in women.

Front. Radiat. Ther. Onc., Vol. 14, 1-11.

DEKKER, J.; EVERAERD, W. (1.989):

Psychological determinants of sexual arousal: A review.

Behavior Research and Therapy, Vol. 27, Nº 4, 353-364.

DÍAZ-RUBIO, E. (1.988):

Alteraciones gonadales en la mujer secundarias al tratamiento antineoplásico. En E. DÍAZ-RUBIO (Ed.): **Efectos secundarios de la quimioterapia antineoplásica**.

Barcelona. Ed. Doyma.

DURÁ, E.; IBÁÑEZ, E.; ANDREU, Y.; GALDÓN, M. J. (1.991):

Efectos de interacción entre la información ofrecida y el tiempo transcurrido en el ajuste psicológico de las pacientes con cáncer de mama.

Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 17, Nº 53-54, 465-479.

EICHER, W. (1.978)

Sexualidad normal y patológica en la mujer.

Madrid. Morata.

ESTAPÉ, T.; ESTAPÉ, J. (1.993):

Aspectos psicológicos del paciente con cáncer. En G. PÉREZ-MANGA (Coord.): **Controversias en Oncología**.

Barcelona. Doyma.

- EYSENCK, H. J. (1.987):
Anxiety, "Learned Helplessness" and Cancer. A causal Theory.
Journal of Anxiety Disorder, Vol. 1, Nº 1, 87-104.
- EYSENCK, H. J.; WILSON, G. (1.981):
Psicología del Sexo
Barcelona. Herder.
- FALLOWFIELD, L. J.; HALL, A.; MAGUIRE, G. P.; BAUM, M. (1.990):
Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial.
British Medical Journal, Vol. 301, 575-580.
- FALLOWFIELD, L. J.; HALL, A. (1.991):
Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer.
British Medical Bulletin. Vol 47, Nº 2, 388-399.
- FARRÉ, J. M. (1.987):
Evaluación y tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones en relación con las diferencias individuales en relación con las diferencias individuales. En E. ECHEBURUA (Edit.): **Pareja en conflicto: Estrategias psicológicas de intervención**.
Bilbao. Servicio Editorial del País Vasco.
- FEDER, H. H. (1.984):
Hormones and sexual behavior.
Annual Review of Psychology, Nº 35, 165-200.
- FERNÁNDEZ, J. (1.988):
Afrontamiento del estress y salud: Una aportación para establecer definiciones, criterios de medida y estrategias de investigación. En J. SANTACREU (Comp.): **Modificación de Conducta y Psicología de la Salud**.
Valencia. Promolibro.
- FERNÁNDEZ, J.; EDO, S. (1.994):
¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?.
Anales de Psicología, Vol. 10, Nº 2, 127-133.

FERRANZ, M. (1.996):

SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico.
Madrid. McGraw-Hill.

FERRERO, J. (1.989):

Factores psicológicos y tiempo de supervivencia en pacientes de cáncer de mama. Tesis de Licenciatura no publicada.

Facultat de Psicologia. Universitat de Valencia.

FERRERO, J.; TOLEDO, M.; BARRETO, M. P. (1.995):

Evaluación cognitiva y afrontamiento como predictores del bienestar futuro de las pacientes con cáncer de mama.

Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 27, Nº 1, 87-102.

FLÓREZ, J. A. (1.986):

Estres y sexualidad.

El Médico (31/1/86).

FLÓREZ, J. A. (1.994):

La mujer ante el cáncer de mama: Aspectos Psicológicos.

Barcelona. Edikamed.

FONT, A. (1.988a):

El coping como variable psicológica relevante en Oncología.

En J. SANTACREU (Edit.): **Modificación de Conducta y Psicología de la Salud.**

Promolibro. Valencia.

FONT, A. (1.988b):

Niveles de ansiedad y depresión en pacientes neoplásicos ambulatorios. En J. SANTACREU: **Modificación de Conducta y Psicología de la Salud.**

Promolibro. Valencia.

FORD, C. S.; BEACH, F. A. (1.951 ed. orig.):

Conducta sexual.

Barcelona. Fontanella. 1.972.

FOX, C. A.; FOX, B. (1.971):

A comparative study of coital physiology, with special reference to the sexual climax.

Journal of Reproduction and Fertility, Nº 24, 319-336.

FRANCO, D.; SANMARTÍN, A.; ANTEQUERA, R.; GUIJA, J.; MASSÉ, P.; GILES, E.; GINER-UBAGO, J. (1.994):

Corporalidad en el anciano enfermo.

Comunicación presentada en la 5ª Reunión de la **Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría**. Córdoba.

FRANK, D.; DORNBUSH, R. L.; WEBSTER, S. K.; KOLODNY, R. C. (1.978):

Mastectomy and sexual behaviour: A pilot study.

Sexuality and Disability, Vol. 1, Nº 1, 16-26.

FREUD, S. (1.933 ed. orig.):

Nuevas lectoras introductorias sobre psicoanálisis. En: **Obras Completas de Freud**.

Madrid. Biblioteca Nueva. 1.973.

FUERTES, A. (1.990):

Relaciones de poder y satisfacción sexual en la pareja.

Cuadernos de Medicina Psicossomática y Sexualidad, Nº 15, 23-36.

FUERTES, A. (1.995):

La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: Implicaciones terapéuticas.

Cuadernos de Medicina Psicossomática, Nº 33, 28-39.

GANZ, P. A.; SCHAG, C. A. C.; LEE, J. J.; POLINSKY, M. L.; TAN, S. J. (1.992):

Breast conservation versus mastectomy. Is There a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery?

Cancer, Vol. 69, Nº 7, 1729-1738.

GARANTO, J. (1.984):

Las actitudes hacia sí mismo y su medición.

Barcelona. Edicions Universitat de Barcelona.

- GARCÍA, R.; MORERA, A.; FEBLES, T. (1.986):
Depresión y Cáncer.
Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, Vol. 14,
Nº 1, 29-41.
- GERARD, D. (1.982):
Sexual functioning after mastectomy: Life vs lab.
Journal of Sex and Marital Therapy, Vol 8, Nº 4, 305-315.
- GERMA, J. R.; ARCUSA, M. A. (1.984):
Comportamiento sexual tras el diagnóstico y tratamiento del
cáncer de testículo.
Medicina Clínica, Vol. 83, Nº 14, 567-571.
- GINER, J.; FERNÁNDEZ-ARGÜELLES, P.; IGLESIAS, J. L.; BAREA, J.
L. (1.983):
Aspectos médicos-psicológicos en pacientes oncológicos
(Personalidad previa y trastornos psíquicos).
Psiquis, Vol. 6, 32-39.
- GOLDEN, J. S. (1.983a):
Sex and cancer.
Danish Medical Bulletin, Vol. 30, Nº 2, 4-6.
- GOLDEN, M. (1.983b):
Female sexuality and crisis of mastectomy.
Danish Medical Bulletin, Vol. 30, Nº 2, 13-16.
- GÓMEZ, J.; ETXEBARRIA, I. (1.993):
Sentimiento de culpa, erotofobia y conducta sexual. En D.
PÁEZ (Edit.): **Salud, expresión y represión social de las
emociones.**
Valencia. Promolibro.
- GONZÁLEZ, A. (1.993):
El concepto de represión en la obra de Sigmund Freud. En D.
PÁEZ (Edit.): **Salud, expresión y represión social de las
emociones.**
Valencia. Promolibro.

GONZÁLEZ, R. (1.988):

Efectos psicológicos de la mastectomía: influencia del medio.

Psiquis, Vol.9, 181-190.

GRANERO, M. (1.987):

Diferencias entre mujeres orgásmicas y anorgásmicas.

Revistas Latinoamericana de Psicología, Vol. 19, N° 1, 71-81.

GREER, S.; MORRIS, T. (1.990):

Psychological response to breast cancer and 15-year outcome.

Lancet, Vol. 335, N° 6, 49-50.

GREER, S. (1.992):

Terapia psicológica adyuvante para mujeres con cáncer de mama.

Boletín de Psicología, N° 36, 71-83.

HARITON. E. B.; SINGER, J. L. (1.974):

Women's fantasies during sexual intercourse; normative and theoretical implications.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, N° 42, 313-322.

HERRERA, E. (1.988):

La sexualidad de la mujer durante y después de la menopausia (1ª Parte).

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexualidad, N° 8, 25-33.

HERRERA, E. (1.989):

La sexualidad de la mujer durante y después de la menopausia (2ª Parte).

Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexualidad, N° 10, 16-28.

HERSH, S. P. (1.984):

Aspectos psicosociales de los pacientes con cáncer. En V. T. DEVITA; JR. S. HELLMAN; S. A. STEVEN (Edits.): **Cáncer.**

Principios y práctica de Oncología. Tomo I.

Barcelona. Salvat.

- HILL, C. T.; RUBIN, Z.; PEPLAU, L. A. (1.976):
Breakups before marriage: The end of 103 affairs.
Journal of Social Issues, N° 32, 147-168.
- HIRAYAMA, T. (1.990):
Epidemiología y factores de riesgo del cáncer de mama. En
J. DÍAZ-FAES (Edit.): **Cáncer de mama. Avances en
diagnóstico y tratamiento.**
Madrid. Unigraf.
- HOLMBERG, L.; OMNE-PONTÉN, M.; BURNS, T.; ADAMI, H. O.;
BERGSTRÖM, R. (1.989):
Psychosocial adjustment after mastectomy and breast-
conserving treatment.
Cancer, Vol. 64, N° 4, 964-974.
- HOON, E. F.; CHAMBLESS, D. (1.987):
Sexual Arousalability Inventory (SAI) and Sexual Arousalability
Inventory - Expanded (SAI-E). En C. DAVIS; W. YARBER
(Edits): **Sexuality Related Measures: A Compendium.**
Lake Mills. Graphic Publishing Co.
- HOON, P. W.; HOON, E. F. (1.982):
Effects of experience in cohabitation on erotic
arousability.
Psychological Reports, N° 50, 255-258.
- HOON, P. W.; WINCZE, J. P.; HOON, E. F. (1.977):
A test of reciprocal inhibition: Are anxiety and sexual
arousal in women mutually inhibitory?.
Journal of Abnormal Psychology, Vol. 86, N° 1, 65-74.
- HOPWOOD, P. (1.993):
The assessment of body image in cancer patients.
European Journal of Cancer, Vol. 29A, N° 2, 276-281.
- HUGHSON, A. V. M.; COOPER, A. F.; MCARDLE, C. S.; SMITH, D. C.
(1.988):
Psychosocial consequences of mastectomy: Levels of
morbidity and associates factors.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 32, N° 4-5, 383-391.

HYDE, J. S. (1.995):

Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana.

Madrid. Morata.

IBÁÑEZ, E. (1.989):

La información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer. En E. ECHEBURUA (Dtor.): **El Estrés: Problemática psicológica y vías de intervención.**

San Sebastián. Ed. Universidad del País Vasco.

IBÁÑEZ, E. (1.991):

Reflexiones sobre la relación entre depresión y cáncer. En E. IBÁÑEZ: **Psicología de la Salud y Estilos de Vida.**

Valencia. Promolibro.

IBÁÑEZ, E. (1.993):

Frente al espejo.

El libro de la sexualidad (Suppl. El País), N° 20, 312-315.

IBÁÑEZ, E.; DURÁ, E. (1.991):

Tratamientos específicos para el enfermo oncológico: Una revisión. En E. IBÁÑEZ: **Psicología de la Salud y Estilos de Vida.**

Valencia. Promolibro.

IBÁÑEZ, E.; ROMERO, R.; ANDREU, Y. (1.992):

Personalidad Tipo C. Una revisión Crítica.

Boletín de Psicología, N° 35, 49-79.

IBÁÑEZ, E.; ROSBUND, A. (1.993):

Soporte social y afrontamiento afectivo en la enfermedad cancerosa. En D. PÁEZ (Edit.): **Salud, expresión y represión social de las emociones.**

Valencia. Promolibro.

IRVINE, D.; BROWN, B.; CROOKS, D.; ROBERTS, J.; BROWNE, G. (1.991):

Psychosocial adjustment in women with breast cancer.

Cancer, Vol. 67, N° 4, 1.097-1.117.

- KAPLAN, H. S. (1.974 ed. orig.):
La nueva terapia sexual. Vol. I y II.
Madrid. Alianza Editorial, 1.993.
- KAPLAN, H. S. (1.979 ed. orig.):
Trastornos del deseo sexual. Nuevas ideas y técnicas en terapia sexual.
Barcelona. Grijalbo, 1.985.
- KAPLAN, H. S. (1.983 ed. orig.):
Evaluación de los trastornos sexuales. Aspectos médicos y psicológicos.
Barcelona. Grijalbo, 1.985.
- KEMENY, M. M.; WELLISCH, D. K.; SCHAIN, W. S. (1.988):
Psychosocial outcome in a randomized surgical trial for treatment of primary breast cancer.
Cancer, Vol. 62, N° 6, 1231-1237.
- KERVASDOUÉ, A. (1.995):
Cuestiones de Mujeres. Guía para las diferentes edades.
Madrid. Alianza Editorial.
- LABRADOR, F. (1.994):
Guía de la Sexualidad.
Madrid. Espasa Calpe.
- LASRY, J. C.; MARGOLESE, R. G. (1.992):
Fear of recurrence, breast-conserving surgery, and the trade-off hypothesis.
Cancer, Vol. 69, N° 8, 2111-2115.
- LEVENTHAL, H.; EASTERLING, D. V.; COONS, H. L.; LUCHTERHAND, C. M.; LOVE, R. R. (1.986):
Adaptation to Chemotherapy Treatments. En B. L. ANDERSEN (Edit.): **Women with cancer: Psychological Perspectives.**
New York. Springer-Verlag.
- LICHTMAN, R. R.; TAYLOR, S. E. (1.986):
Close relationships and the female cancer patient. En B. L. ANDERSEN (Edit.): **Women with cancer. Psychological perspectives.**
New York. Springer Verlag.

- LÓPEZ, M. D.; POLAINO, A.; ARRANZ, P. (1.992):
Imagen corporal en enfermas mastectomizadas.
Psiquis, Vol. 13, N° 10, 423-428.
- LOZANO, (1.994):
- MAGUIRE, G. P.; LEE, E. G.; BEVINGTON, D. J.; KÜCHERMAN, C. S.;
CRABTREE, R. J.; CORNELL, C. E. (1.978):
Psychiatric problems in the first year after mastectomy.
British Medical Journal, N° 1, 963-965.
- MANTELL, J. E. (1.982):
Sexuality and cancer. En J. COHEN ET AL. (Edits.):
Psychosocial Aspects of Cancer.
New York. Raven Press.
- MANZANO, V. (1.995):
Inferencia Estadística. Aplicaciones con el SPSS/PC+.
Madrid. RA-MA.
- MARCET, C.; DELGADO, M. A. (1.994):
Temperamento y conducta sexual.
Anuario de Psicología, N° 62, 81-92.
- MARGOLIS, G.; GOODMAN, R. L. ; RUBIN, A. (1.990):
Psychological effects of breast-conserving cancer treatment
and mastectomy.
Psychosomatics, Vol. 31, N° 1, 33-39.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. (1.966 ed. orig.):
Respuesta sexual humana.
Buenos aires. Editorial Intermédica, 1.967.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. (1.970 ed. orig. ed. orig.):
Incompatibilidad sexual humana.
Buenos aires. Editorial Intermédica, 1.981.
- MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E.; KOLODNY, R. C. (1.987):
La sexualidad Humana. Personalidad y Conducta sexual
(Vols. 1, 2 y 3)
Barcelona. Grijalbo.

- MAUNSELL, E.; BRISSON, J.; DESCHÊNES, L. (1.992):
Psychological distress after initial treatment of breast cancer. Assessment of potential risk factors.
Cancer, Vol. 70, N° 1, 120-125.
- MEYEROWITZ, B. E. (1.980):
Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments.
Psychological Bulletin, Vol. 87, 108-131.
- MOLINA, F.; ARIZA, A. (1.994):
Epidemiología del cáncer.
Sandorama, N° 1, 23-42.
- MONEY, J. (1.980):
Love and Love Sickness.
Baltimore. Jons Hopkins University Press.
- MORREL, M. J.; DIXEN, J. M.; CARTER, C. S.; DAVIDSON, J. M. (1.984):
The influence of age and cycling status on sexual arousability in women.
Americal Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 148, N° 1, 66-71.
- MORRIS, T.; GREER, S.; PETTINGALE, K. W.; WATSON, M. (1.981):
Patterns of expression of anger and their psychological correlates in woman with breast cancer.
Journal of Psychosomatic Research, Vol. 25, N° 2, 111-117.
- MORRIS, T.; GREER, H. S.; WHITE, P. (1.977):
Psychosocial and social adjustment to mastectomy. A two-year follow-up study.
Cancer, Vol. 40, N° 5, 2381-2387.
- MOTH, I.; ANDREASON, B.; JENSEN, S. B.; BOCK, J. E. (1.983):
Sexual function and somatopsychic reactions after vulvectomy.
Danish Medical Bulletin, Vol. 30, N° 2, 27-30.

- OLWEUS, D. (1.980):
Testosterone, aggression, physical and personality dimensions in normal adolescent males.
Psychosomatic Medicine, N° 42, 253-270.
- OÑATE, M. P. (1.989):
El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad.
Madrid, Narcea.
- PÁEZ, D. (1.993):
Salud, represión y expresión social de las emociones.
Valencia. Promolibro.
- PÁEZ, D.; VERGARA, A.; VELASCO, C. (1.991):
Represión, alexitimia y conocimiento social de las emociones.
Boletín de Psicología, N° 31, 7-39.
- PARLE, M.; JONES, B.; MAGUIRE, P. (1.996):
Maladaptative coping and affective disorders among cancer patients.
Psychological Medicine, N° 26, 735-744.
- PATERSON, D. G.; O'GORMAN, E. C. (1.989):
Sexual anxiety in sexual dysfunction.
British Journal of Psychiatry, N° 155, 374-378.
- PELLICER, X.; CREUS, M. J. (1.991):
Evaluación de la sexualidad en pacientes oncológicos.
Análisis y Modificación de Conducta, Vol. 17, N° 52, 229-237.
- PÉREZ, G.; ARRANZ, J. A.; LARA, M. A.; GARCÍA, R.; GARCÍA, P. (1.995):
Calidad de vida y tratamiento conservador. En G. PÉREZ (Edit.): **Tratamiento conservador del cáncer de mama. Quimioterapia neoadyuvante.**
Madrid. Ela.

- PERRY, J. D.; WHIPPLE, B. (1.981):
Strength of female ejaculator: Evidence in support of a New Theory of Orgasm.
Journal of Sex Research, Vol. 17, Nº 1, 22-39.
- RAICH, R. M.; MORA, M.; SOLE, A. (1.994):
Trastorno de la imagen corporal: Evaluación y tratamiento.
Cuadernos de Medicina Psicosomática, Nº 30, 105-109.
- REINISCH, J. M. (1.981):
Prenatal exposure to synthetic progestins increases potential for aggression in humans.
Science, Nº 211, 1171-1173.
- REINISCH, J. M.; BEASLEY, R. (1.992):
Nuevo Informe Kinsey sobre el sexo.
Barcelona. Paidós.
- RIVERA, D.; REIG, A. (1.991):
Comportamiento sexual en ancianos.
Revista Española de Geriatria y Gerontología, Vol. 26, Nº 4, 234-242.
- ROSBUND-ZICKERT, A. M. (1.989):
Los correlatos psicosociales del cáncer de mama y genitales en la mujer; y un estudio transcultural, España vs. Alemania. Tesis Doctorial no publicada.
Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- RUBIN, T. L. (1.979):
The angry book.
Nueva York. Collier.
- SALAS, M. (1.994):
La sexualidad durante la menopausia. En F. LABRADOR (Dtor.): **Guía de la Sexualidad.**
Madrid. Espasa Calpe.

- SALVADOR, L.; BALLÚS, C.; SABANÉS, F.; COLOMER, R. (1.988):
Psychiatric diagnosis in cancer patients. Should somatic symptoms be reconsidered. En **Psicosomática y Cancer** (6º Symposium Internacional del Grupo Europeo para la Investigación Psicosomática del Cáncer).
Madrid. Mº Sanidad y Consumo.
- SALVATIERRA, V. (1.995):
Repercusiones psicológicas del cáncer de mama.
Cuadernos de Medicina Psicosomática, Nº 33, 6-21.
- SÁNCHEZ, F. J.; BORRÁS, J. J.; PÉREZ, M. (1.990):
Efectos secundarios de los fármacos antidepresivos sobre la respuesta sexual.
Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexualidad, Nº 13, 27-33.
- SÁNCHEZ, S.; LLORCA, G. (1.992):
Aspectos psicofisiológicos y psicopatología asociada en las disfunciones sexuales.
Acta Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, Vol. 20, Nº 6, 273-277.
- SANTÍN, C. (1.996):
Enfermedad coronaria: Repercusiones sobre algunos aspectos emocionales y cognitivos. Tesis Doctoral no publicada.
Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
- SCHAG, C. A. C.; GANZ, P. A.; POLINSKY, M. L.; FRED, C.; HIRJI, K.; PETERSEN, L. (1.993):
Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer.
Journal of Clinical Oncology, Vol. 11, Nº 4, 783-793.
- SCHAIN, W. S. (1.984):
Problemas sexuales de los pacientes con cáncer. En V. DEVITA ET AL.: **Principios y Práctica de Oncología. Tomo I.**
Barcelona. Salvat.

- SCHAIN, W. S. (1.988):
The sexual and intimate consequences of breast cancer treatment.
Cancer Journal for Clinicians, Vol. 38, Nº 3, 154-161.
- SCHAIN, W. S.; D'ANGELO, T. M.; DUNN, M. E.; LICHETER, A. S.;
PIERCE, L. J. (1.994):
Mastectomy versus conservative surgery and radiation therapy.
Cancer, Vol. 73, Nº 4, 1.221-1.228.
- SCHOVER, L. R. (1.991):
The impact of breast cancer on sexuality, body image, and intimate relationships.
Cancer Journal for Clinicians, Vol. 41, Nº 2, 112-120.
- SEISDEDOS, N. (1.982):
Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo de C. E. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene.
Madrid. TEA.
- SÉMELAS, J. (1.991a):
El desarrollo de la sexualidad: El curso de la sexualidad a lo largo de la vida. En E. ROJAS (Dtor.): **Enciclopedia de la sexualidad y de la pareja.**
Madrid. Espasa Calpe.
- SÉMELAS, J. (1.991b):
Sexualidad y enfermedades psíquicas: Depresión. En E. Rojas (Dtor.): **Enciclopedia de la sexualidad y de la pareja.**
Madrid. Espasa Calpe.
- SHERFEY, M. J. (1.974):
Naturaleza y evolución de la sexualidad femenina.
Barcelona. Barral.
- SIERRA, J. C. (1.991):
Disfunciones Sexuales. En G. BUELA-CASAL; V. E. CABALLO (Comps.): **Manual de Psicología Clínica Aplicada.**
Madrid. Siglo XXI.

- SINGER, J.; SINGER, I. (1.972):
Types of female orgasm.
Journal of Sex Research, N° 8, 255-267.
- STRICKLAND, B. R. (1.992):
Menopausia. En E. A. BLECHMAN; K. D. BROWNELL (Comps.):
Medicinal conductual de la mujer.
Barcelona. Martínez Roca.
- TAYLOR, S. E.; LICHMAN, R. R.; WOOD, J. V.; BLUMING, A. Z.;
DOSIK, G. M.; LEIBOWITZ, R. L. (1.985):
Illness-related and treatment-related factors in
psychological adjustment to breast cancer.
Cancer, Vol. 55, N° 10, 2.506-2.513.
- TENNOV, D. (1.979):
Love and Limerence.
Nueva York. Stein & Day.
- TORRICO, E. (1.995):
Actitudes ante el cáncer: De lo temido a lo vivido. Tesis
Doctoral no publicada.
Departamento de Psiquiatría Personalidad Evaluación y
Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla.
- VÁZQUEZ, C.; OCHOA, E. F. L. (1.993):
El final de las leyendas.
El libro de la Sexualidad (Supl. El País), N° 3, 36-39.
- VÁZQUEZ-ORTIZ, J.; DE LA CORTE, C.; ANTEQUERA, R. (1.996):
El constructo erotofobia-erotofilia como determinante de la
conducta sexual
II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta. Asociación
Española de Psicología Conductual.
- WELLISCH, D. K.; DIMATTEO, R.; SILVERSTEIN, M. ET AL. (1.989):
Psychosocial outcomes of breast cancer therapies:
Lumpectomy versus mastectomy.
Psychosomatics, Vol. 30, N° 4, 365-373.
- WILSON, E. O. (1.978):
On Human Nature.
Cambridge. Harvard University Press.

WOLBERG, W. H.; ROMSAAS, E.P.; TANNER, M. A.; MALEC, J.F.
(1.989):

Psychosexual adaptation to breast cancer surgey.

Cancer, Vol. 63, N° 8, 1.645-1655.

WOLFE, J.; WALEN, S. (1.990):

Factores cognitivos en la conducta sexual. En A. Ellis y
R. Grieger (Edits.): **Manual de Terapia Racional Emotiva.**

Vol 2.

Bilbao. Desclee de Brouwer.

ANEXO I: BATERÍA DE PRUEBAS.

DATOS MÉDICOS

HOSPITAL: _____

SERVICIO MÉDICO: _____

FECHA: _____

Nº HISTORIA MÉDICA: _____

EDAD DE LA PACIENTE: _____

DIAGNÓSTICO: _____

ESTADIO DEL CÁNCER: _____

TRATAMIENTOS: Aplicado Actualmente

- QUIRÚRGICO: Sí - No
 Tipo de cirugía _____
 Tiempo desde la operación _____
- NEOADYUVANTES: Sí - No
 Cual/Cuales _____
- QUIMIOTERAPIA: Sí - No Sí - No
- RADIOTERAPIA: Sí - No Sí - No
- HORMONOTERAPIA: Sí - No Sí - No
- Otros _____ Sí - No Sí - No
- PSICOFÁRMACOS: Sí - No Sí - No
 Tipo de fármaco _____

EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS: _____

ANTECEDENTES PERSONALES:

- TRATAMIENTO PSICOLÓGICO
 Período _____ Motivo _____
- TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO
 Período _____ Motivo _____
- ENFERMEDADES PREVIAS _____
- OTRAS ENFERMEDADES ACTUALES _____

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS
(GRUPOS MASTECTOMIZADAS)**

1) EDAD: _____

2) ESTADO CIVIL:

- Casada
- Soltera
- Separada/Divorciada ¿desde cuando?: _____
- Viuda ¿desde cuando?: _____
- En cohabitación

3) NÚMERO DE HIJOS (especificar edades): _____

4) ESTUDIOS

- Analfabeta
- Sabe leer y escribir
- Estudios primarios
- Estudios medios
- Estudios universitarios

5) PROFESIÓN: _____

6) SITUACIÓN LABORAL

- En activo
- No activo
- Baja
- Excedencia
- Paro

7) INGRESOS (de la familia al mes): _____

8) NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESOS INGRESOS: _____

9) LUGAR DE RESIDENCIA: _____

10) ¿RECIBIÓ TRATAMIENTO MÉDICO PARA LA ENFERMEDAD DE LA MAMA ANTES DE LA OPERACIÓN?

- Sí ¿CUAL/CUALES?: _____
- No

11) ¿HA RECIBIDO INFORMACIÓN SOBRE SU DIAGNÓSTICO?

- Sí No

12) (Si ha contestado "Si") ¿QUÉ LE DIJERON? _____

13) (Si ha contestado "No") LE HUBIERA GUSTADO QUE LE INFORMARAN? Sí No

14) ¿HA RECIBIDO ALGÚN TRATAMIENTO DESPUÉS DE LA OPERACIÓN?

Sí No

15) (Si ha contestado "Si") ¿CUAL/CUALES?

actuales

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Hormonoterapia
- Otros

16) TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA OPERACIÓN: _____

17) SI RECIBE QT, EFECTOS SECUNDARIOS QUE SUFRE:

- Nauseas
- Vómitos
- Alopecia
- Otros _____

18) ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS? Sí No

19) ¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA?

Sí No

¿Cual? _____

20) ESTATUS HORMONAL

- Premenopausia
 - Alteraciones actuales del ciclo menstrual
 - Menopausia
- ¿Inducida por el tratamiento? Sí No

21) ¿CUANTO TIEMPO EN MENOPAUSIA? _____

22) (APARTE DEL LA ENFERMEDAD DE LA MAMA) ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O INCAPACITANTE?

Sí No

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE DATOS
SOCIODEMOGRÁFICOS Y MÉDICOS
(GRUPO CONTROL)**

- 1) EDAD: _____
- 2) ESTADO CIVIL
 - Casada
 - Soltera
 - Separada/Divorciada
 - Viuda
 - En cohabitación
- 3) NÚMERO DE HIJOS (especificar edades): _____
- 4) ESTUDIOS
 - Analfabeta
 - Sabe leer y escribir
 - Estudios primarios
 - Estudios medios
 - Estudios universitarios
- 5) PROFESIÓN: _____
- 6) SITUACIÓN LABORAL
 - En activo
 - No activo
 - Baja
 - Excedencia
 - Paro
- 7) INGRESOS (de la familia al mes): _____
- 8) NÚMERO DE PERSONAS QUE DEPENDEN DE ESOS INGRESOS: _____
- 9) LUGAR DE RESIDENCIA: _____
- 10) ¿HA ESTADO EN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO O PSICOLÓGICO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS? Sí No
- 11) ¿ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE MEDICACIÓN PSIQUIÁTRICA?
 Sí No
 ¿Cual? _____
- 12) ESTATUS HORMONAL
 - Premenopausia
 - Alteraciones actuales del ciclo menstrual
 - Menopausia
- 13) ¿CUANTO TIEMPO EN MENOPAUSIA? _____
- 14) ¿PADECE O HA PADECIDO ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE O INCAPACITANTE?
 Sí No

"SÍ MISMO FÍSICO"

Las cuestiones que aparecen a continuación tienen como finalidad describir el "sí mismo físico" de cada uno. Responda, por favor, a cada una de ellas como si se describiera a sí misma.

Anote en el interior del paréntesis el valor de su respuesta en función del siguiente cuadro:

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

Vuelva a mirar este cuadro cada vez que lo necesite.

Por favor, conteste respecto a como piensa o siente actualmente.

- 1.- Tengo un cuerpo sano ()
- 2.- Soy una persona atractiva ()
- 3.- Me considero fofa ()
- 4.- Me gusta mostrarme siempre arreglada y aseada ... ()
- 5.- Siempre tengo dolores y molestias físicas ()
- 6.- Soy una persona enferma ()
- 7.- No soy muy gorda ni muy delgada ()
- 8.- Me gusta mi apariencia tal como es ()
- 9.- Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo . ()
- 10.- No soy ni muy alta ni muy baja ()
- 11.- No me siento tan bien como debiera ()
- 12.- Debería tener más atractivo sexual ()
- 13.- Me cuido muy bien físicamente ()
- 14.- Trato de ser cuidadosa con mi apariencia ()
- 15.- A menudo actúo como si fuera una manazas ()
- 16.- Me encuentro físicamente bien ()
- 17.- Soy mala en deportes y en juegos ()
- 18.- Duermo con dificultad ()

STAI

A / E

P D =	30	+	-	=
-------	----	---	---	---

A / R

P D =	21	+	-	=
-------	----	---	---	---

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil
 Otros datos Fecha

A-E

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy «atado» (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.



A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21. Me siento bien	0	1	2	3
22. Me canso rápidamente	0	1	2	3
23. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26. Me siento descansado	0	1	2	3
27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
30. Soy feliz	0	1	2	3
31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33. Me siento seguro	0	1	2	3
34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36. Estoy satisfecho	0	1	2	3
37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39. Soy una persona estable	0	1	2	3
40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado.	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE IMAGEN CORPORAL,
SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.**

(GRUPOS DE MASTECTOMIZADAS)

- 1.- **¿Tiene problemas para verse a sí misma desnuda?**
 No, ninguno Algunos Bastantes Muchos
- 2.- **¿Tiene problemas para tocarse el sitio de la cicatriz?**
 No, ninguno Algunos Bastantes Muchos
- 3.- **Antes de la operación, ¿se desnudaba habitualmente delante de su pareja?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 4.- **Si se desnudaba delante de su pareja, ¿ésta solía mirarla?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 5.- **Actualmente, ¿se desnuda habitualmente delante de su pareja?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 6.- **Si se desnuda delante de su pareja, ¿ésta suele mirarla?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 7.- **Antes de la operación, ¿solía su pareja tocar la zona del pecho de forma habitual, como una caricia?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 8.- **Actualmente, ¿suele su pareja tocar la zona del pecho de forma habitual, como una caricia?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces
- 9.- **Antes de la operación, ¿solía su pareja tocar la zona del pecho durante las relaciones sexuales?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

10.- Actualmente, ¿suele tocar su pareja la zona del pecho durante las relaciones sexuales?

- No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

11.- ¿Cómo consideraba su propio atractivo físico antes de la operación?

- Peor que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Igual que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Mejor que el de la mayoría de las mujeres de su edad

12.- ¿Cómo considera que es su atractivo físico actualmente?

- Peor que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Igual que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Mejor que el de la mayoría de las mujeres de su edad

13.- ¿Qué cree que pensaba su pareja respecto de su atractivo físico antes de la operación?

- Que era peor que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Que era igual que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Que era mejor que el de la mayoría de las mujeres de su edad

14.- ¿Qué cree que piensa su pareja respecto de su atractivo físico actualmente?

- Que desde la operación es menos atractiva
 Que sigue siendo igual de atractiva después de la operación
 Que desde la operación es más atractiva

15.- Después de la operación, ¿ha mantenido relaciones sexuales con su pareja (con realización del coito)?

- Sí No

* Si ha contestado Sí, ¿cuanto tiempo pasó hasta que tuvo lugar la primera relación sexual? _____

* Si ha contestado No, ¿por qué motivo? _____

16.- ¿Quién inició esa primera relación sexual tras la operación?

- La paciente
 La pareja de la paciente
 Ambos a la vez
 No recuerda

17.- Durante el tiempo que pasó hasta esa primera relación, ¿estuvo preocupada por tal motivo?

No, nada Algo Bastante Mucho

18.- ¿Tuvo miedo entonces de que su pareja la rechazara?

No, nada Algo Bastante Mucho

19.- ¿Ha disminuido su interés desde la operación en iniciar actividades sexuales?

No, nada Algo Bastante Mucho

20.- ¿Ha disminuido el interés de su pareja desde la operación en iniciar actividades sexuales?

No, nada Algo Bastante Mucho

21.- ¿Cómo ha afectado la enfermedad en la relación afectiva con su pareja?

- Ha supuesto un acercamiento
- Ha supuesto un distanciamiento
- Ha seguido igual que antes

22.- ¿Ha sentido miedo alguna vez antes de la operación a que su pareja pudiera abandonarla?

No, nunca Alguna vez Bastantes veces
 Muchas veces

23.- ¿Ha sentido miedo alguna vez después de la operación a que su pareja pudiera abandonarla?

No, nunca Alguna vez Bastantes veces
 Muchas veces

24.- ¿Cree que su pareja se preocupaba, antes de la operación, más por usted que usted misma?

No, nada Algo Bastante Mucho

25.- ¿Cree que su pareja se preocupa ahora más por usted, que usted misma?

No, nada Algo Bastante Mucho

26.- Antes de la operación, ¿qué apoyo moral le daba su pareja cuando usted tenía problemas o momentos de abatimiento?

Nada Algo Bastante Mucho

36) **¿En todas las situaciones de coito, con qué frecuencia alcanza actualmente el orgasmo con estimulación del clítoris simultánea?**

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

37) **¿En todas las situaciones de coito, con qué frecuencia alcanzaba el orgasmo antes de la enfermedad con estimulación del clítoris simultánea?**

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

38) **¿Con qué frecuencia alcanza actualmente el orgasmo realizando el coito sin estimulación simultánea del clítoris? (definido como presión o manipulación)**

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

39) **¿Con qué frecuencia alcanzaba el orgasmo antes de la enfermedad realizando el coito sin estimulación simultánea del clítoris? (definido como presión o manipulación)**

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

40) ¿Con qué frecuencia alcanza actualmente el orgasmo mediante estimulación del clítoris por Vd. o su pareja, excluyendo el coito?

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

41) ¿Con qué frecuencia alcanzaba el orgasmo antes de la enfermedad mediante estimulación del clítoris por Vd. o su pareja, excluyendo el coito?

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

**ENTREVISTA ESTRUCTURADA SOBRE IMAGEN CORPORAL,
SEXUALIDAD Y RELACIONES AFECTIVAS.**

(GRUPO CONTROL)

- 1.- **¿Tiene problemas para verse a sí misma desnuda?**
 No, ninguno Algunos Bastantes Muchos

- 2.- **¿Se desnuda habitualmente delante de su pareja?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

- 3.- **Si se desnuda delante de su pareja, ¿ésta suele mirarla?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

- 4.- **¿Suele su pareja tocar la zona del pecho de forma habitual, como una caricia?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

- 5.- **¿Suele tocar su pareja la zona del pecho durante las relaciones sexuales?**
 No, nunca Algunas veces Bastantes veces
 Muchas veces

- 6.- **¿Cómo considera que es su atractivo físico?**
 Peor que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Igual que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Mejor que el de la mayoría de las mujeres de su edad

- 7.- **¿Qué cree que piensa su pareja respecto de su atractivo físico?**
 Que es peor que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Que es igual que el de la mayoría de las mujeres de su edad
 Que es mejor que el de la mayoría de las mujeres de su edad

- 8.- **¿Ha sentido miedo alguna vez a que su pareja pudiera abandonarla?**
 No, nunca Alguna vez Bastantes veces
 Muchas veces

10.- ¿Qué apoyo le da su pareja cuando tiene problemas o momentos de abatimiento?

- Nada Algo Bastante Mucho

11.- ¿Qué importancia le da a su actividad sexual?

ninguna importancia mucha importancia
1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

12) ¿Tiene pareja sexual fija? (Ponga una cruz donde proceda)

- Sí No (No implica exclusividad)

13) ¿Qué tipo de relación mantiene con esa pareja?

- Heterosexual Homosexual

14) ¿Cuanto tiempo hace que mantiene esa relación?
(especificar) _____

15) ¿A que edad empezó a practicar el coito? (Definido como la inserción del pene, los dedos, u objetos por parte de la pareja)

- Antes de los 15 años Entre los 15 y los 20 años
 Entre los 20 y los 25 años Después de los 25 años
 No lo he realizado todavía

16) ¿Con qué frecuencia realiza el coito actualmente? (tomando un mes como referencia)

- Ninguna vez De 1 a 3 veces De 4 a 6 veces
 De 7 a 9 veces De 10 a 12 veces De 13 a 16 veces
 De 17 a 20 veces Más de 20 veces al mes

17) **¿En todas las situaciones de coito, con qué frecuencia alcanza el orgasmo con estimulación del clítoris simultánea?** (definida como presión o manipulación)

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

18) **¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo realizando el coito sin estimulación simultánea del clítoris?** (definida como presión o manipulación)

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

19) **¿Con qué frecuencia alcanza el orgasmo mediante estimulación del clítoris por Vd. o su pareja, excluyendo el coito?**

- Casi siempre (90 al 100%)
- La mayor parte de las veces (60 al 89%)
- A menudo (30 al 59%)
- A veces (1 al 29 %)
- Nunca (0%)

SAI
(Excitación - Satisfacción)

Este cuestionario mide la cantidad de *excitación* y *satisfacción*, que se experimenta cuando se inician una serie de conductas sexuales distintas. Usted debe puntuar cada una de las dos preguntas en cada una de las dos escalas (*excitación* y *satisfacción*).

Lea cada pregunta atentamente y después marque con un DÍGITO cuan *excitante* es y cuanta *satisfacción* obtiene para cada una de las preguntas.

A continuación se especifica el significado de cada número de las escalas; por favor léalo detenidamente y vuelva a hacerlo al rellenar el cuestionario.

Excitación

- 1 Afecta negativamente a la *excitación*; repulsivo, inimaginable.
- 0 No afecta a la *excitación* sexual.
- 1 Posiblemente causa *excitación* sexual.
- 2 A veces causa *excitación* sexual; ligeramente *excitante*.
- 3 Habitualmente provoca *excitación*, moderadamente *excitante*.
- 4 Casi siempre es sexualmente *excitante*; muy *excitante*.
- 5 Siempre provoca *excitación* sexual; extremadamente *excitante*.

Satisfacción

- 1 No encuentro *satisfacción* en esta conducta.
- 0 Ni satisfecha ni molesta con esta conducta.
- 1 Posiblemente algo satisfecha con esta conducta.
- 2 A veces satisfecha con esta conducta, ligeramente satisfecha.
- 3 Habitualmente satisfecha con esta conducta; moderadamente.
- 4 Casi siempre satisfecha con esta conducta; muy satisfecha.
- 5 Siempre satisfecha con esta conducta; extremadamente satisfecha.

EXCITACIÓN	nada	-1	0	1	2	3	4	5	extremadamente
SATISFACCIÓN	nada	-1	0	1	2	3	4	5	extremadamente

COMO SE SIENTE O PIENSA QUE SE SENTIRÍA SI ESTUVIESE
VIVIENDO ESTA EXPERIENCIA:

A) Cuando una persona querida estimula sus genitales con la boca o lengua.

EXCITACION SATISFACCION

B) Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos.

EXCITACION SATISFACCION

C) Cuando ve a una persona querida desnuda.

EXCITACION SATISFACCION

D) Cuando una persona querida recorre su cara con la mirada.

EXCITACION SATISFACCION

E) Cuando una persona querida acaricia sus genitales con sus dedos.

EXCITACION SATISFACCION

F) Cuando una persona querida le toca la parte interna de los muslos.

EXCITACION SATISFACCION

G) Cuando acaricia los genitales de una persona querida con sus dedos.

EXCITACION SATISFACCION

H) Cuando lee un libro verde o pornográfico.

EXCITACION SATISFACCION

I) Cuando una persona querida la desnuda.

EXCITACION SATISFACCION

J) Cuando baila con una persona querida.

EXCITACION SATISFACCION

K) Cuando realiza el coito con una persona querida.

EXCITACION SATISFACCION

L) Cuando una persona querida toca o besa su/s pezon/es.

EXCITACION SATISFACCION

LL) Cuando acaricia el cuerpo de una persona querida (genitales no).

EXCITACION SATISFACCION

- M) Cuando está viendo películas o fotos pornográficas.
EXCITACION SATISFACCION
- N) Cuando está en la cama con una persona querida.
EXCITACION SATISFACCION
- Ñ) Cuando la persona querida le besa apasionadamente.
EXCITACION SATISFACCION
- O) Cuando oye expresiones de placer durante la relación sexual.
EXCITACION SATISFACCION
- P) Cuando la persona querida le besa introduciendo la lengua en su boca.
EXCITACION SATISFACCION
- Q) Cuando lee poesía insinuante o pornográfica.
EXCITACION SATISFACCION
- R) Cuando ve un espectáculo de strep-tease (destape).
EXCITACION SATISFACCION
- S) Cuando estimula los genitales de su pareja con su boca o lengua.
EXCITACION SATISFACCION
- T) Cuando la persona querida la acaricia (no genitales).
EXCITACION SATISFACCION
- U) Cuando ve una película pornográfica para hombres.
EXCITACION SATISFACCION
- V) Cuando desnuda a una persona querida.
EXCITACION SATISFACCION
- W) Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua.
EXCITACION SATISFACCION
- X) Cuando hace el amor en un sitio nuevo e inhabitual.
EXCITACION SATISFACCION
- Y) Cuando se masturba.
EXCITACION SATISFACCION
- Z) Cuando su pareja alcanza el orgasmo.
EXCITACION SATISFACCION

ANEXO II:

**ESTUDIO SOBRE LA VALIDEZ DE
LAS ESCALAS DEL SAI-E.**

ESTUDIO SOBRE LA VALIDEZ DE LAS ESCALAS DEL SAI-E.

1.- JUSTIFICACIÓN TEÓRICA.

Originalmente el "Sexual Arousability Inventory", creado por Hoon, Hoon y Winzce en 1.976 (cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990), constaba de una serie de ítems, referidos a situaciones y conductas sexuales, ante los cuales los sujetos tenían que contestar el grado de excitación sexual subjetivo experimentado. Los autores estudiaron la validez del instrumento correlacionando las puntuaciones en excitación con medidas fisiológicas de la respuesta sexual, con la satisfacción y con la frecuencia de coito.

Dos años más tarde, Hoon (cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990) amplía el cuestionario añadiendo dos escalas más, de forma que ante los mismos ítems, los sujetos deben contestar, no sólo sobre el grado de excitación suscitado, sino sobre la cantidad de ansiedad sexual y de satisfacción experimentadas. De este modo, se constituye el SAI-E donde se incluyen tres escalas: Excitación, Ansiedad y Satisfacción.

Chambless y Lifshitz (1.984, cit. por Aluja, Torrubia y Gallart, 1.990) realizan el estudio de validación del SAI-E, el cual posteriormente ha sido replicado en nuestro país por Aluja, Torrubia y Gallart (op. cit.). En ambos trabajos se estudió la validez partiendo de los siguientes constructos, propuestos por Chambless y Lifshitz:

- 1.- A más experiencia sexual y frecuencia de orgasmos mayor excitación sexual.
- 2.- A más experiencia sexual y frecuencia de orgasmos menor ansiedad sexual.

En el trabajo de investigación de la presente tesis doctoral se utilizaron como instrumentos de evaluación las escalas de Excitación y de Satisfacción del SAI-E. Por tanto, es necesario estudiar si la eliminación de la escala de Ansiedad del cuestionario afecta, por un lado, a la validez de constructo (definida como plantearon los autores anteriores) de las otras dos escalas y, por otro, a las puntuaciones totales obtenidas en las mismas. Asimismo, podemos hacer extensivo este estudio al cuestionario original (SAI), el cual se sigue utilizando como instrumento para la evaluación cognitivo-conductual de la respuesta sexual.

2.- OBJETIVO DEL ESTUDIO.

- 1) Estudiar si la utilización de las diferentes formas del cuestionario "Sexual Arousbability Inventory" afecta la validez de constructo de las escalas que las componen.
- 2) Comprobar si la utilización de las diferentes formas del cuestionario "Sexual Arousbability Inventory" afecta a la puntuación total de las escalas que las componen.

3.- MATERIAL Y MÉTODO.

3.1.- SUJETOS.

El estudio se llevó a cabo con 110 mujeres estudiantes de 4º Curso de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, las cuales se dividieron en tres grupos muestrales en función de la forma del cuestionario que se iba a aplicar.

El primer grupo (al que nos referiremos como Grupo SAI-E) estuvo compuesto por 35 mujeres a las que se le administró el SAI-E con sus tres escalas de evaluación, la de Excitación, la de Ansiedad y la de Satisfacción. La edad media de estas mujeres era de 22.1 años, con una desviación típica de 1.3 (Tabla 1 - Anexo II). El 97.1% estaba soltera y un 2.9% cohabitaba con su pareja (Tabla 2 - Anexo II).

Un segundo grupo (Grupo SAI-(E+S)) lo conformaron otras 35 mujeres, a quienes se les aplicaron dos de las escalas del SAI-E, la de Excitación y la de Satisfacción. Estas mujeres tenían una edad media de 22.8 años, con una desviación típica de 4.5. El 91.3% estaba soltera, una mujer estaba casada, otra separada y otra cohabitaba con la pareja.

Al tercer grupo (Grupo SAI), que estuvo formado por 40 mujeres, se le administró la forma original del "Sexual Arousalability Inventory", es decir, contestaron únicamente a la escala de Excitación. La media de la edad de estas mujeres era de 22.6 años, con una desviación típica de 2.4. El 95% estaba soltera, mientras que el resto manifestó que convivía con su pareja.

Tabla 1 (Anexo II): Medias y Desviaciones Típicas de la variable EDAD en cada grupo y comparación estadística.

EDAD	SAI-E	SAI (E+S)	SAI	G ^o SIG. (F)
Media	22.1	22.8	22.6	0.6209 (1)
Desv. Típica	1.3	4.5	2.4	

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

(1) Los análisis a posteriori, realizados con el método de la diferencia mínima significativa, no revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tomados dos a dos.

Tabla 2 (Anexo II): Distribución de frecuencias y porcentajes en los diferentes grupos según el ESTADO CIVIL y comparación estadística.

ESTADO CIVIL	SAI-E	SAI (E+S)	SAI	X ² / G ^o SIG.
Soltera	34 (97.1)	32 (91.3)	38 (95)	4.7
Casada	0	1 (2.9)	0	
Separada	0	1 (2.9)	0	0.5869
En cohabit.	1 ₍₁₎ (2.9) ₍₂₎	1 (2.9)	2 (5)	

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

(1) Número de sujetos. (2) Porcentaje de sujetos.

3.2.- INSTRUMENTOS.

El SAI-E consta de 28 ítems, referidos a estímulos y conductas sexuales diversos, ante los que el sujeto debe contestar, en una escala del -1 al 5, el grado de excitación, de ansiedad y de satisfacción que experimenta ante tales situaciones o que experimentaría si las viviera. Cuando se aplican las escalas de Excitación y Satisfacción -SAI (E+S)-, el sujeto tiene que responder ante los mismos ítems el grado de excitación y de satisfacción sexuales que le provoca cada una de las situaciones sexuales a las que se refieren. Por último, el SAI solamente incluye la escala de Excitación, por lo que los sujetos

deben responder el nivel de excitación que sienten antes las mismas situaciones.

En todos los grupos, además de la forma correspondiente del SAI que se aplicó, incluimos una serie de preguntas basadas en el Cuestionario sobre Sexualidad Femenina, creado por Chambless en 1.978, referidas a:

- * Tenencia de pareja sexual fija
- * Experiencia sexual: realización del coito en alguna ocasión y frecuencia actual con que se practica el mismo (tomando un mes como referencia).
- * Edad en que se empezó a practicar el coito.
- * Frecuencia de orgasmos conseguidos a través de tres formas diferentes de estimulación sexual (coito con estimulación simultánea del clítoris, coito sin estimulación del clítoris y estimulación directa del clítoris excluyendo el coito).
- * Práctica de la masturbación.

3.3.- PROCEDIMIENTO.

Los instrumentos anteriormente descritos estaban incluidos en una investigación más amplia destinada al estudio del comportamiento sexual en la población universitaria.

Solicitamos a los alumnos la participación voluntaria en este estudio. Aquellos que colaboraron contestaron de forma autoaplicada a las distintas pruebas que conformaban la batería de la investigación. Para repartir de una forma aleatoria a los participantes en tres grupos, de manera que cada uno de ellos

contestara a una forma diferente del SAI, solicitamos la última cifra del Documento Nacional de Identidad y en función del número que fuese se le asignaba a uno de los grupos (por ejemplo, los que tenían D.N.I. que acabara en 1, 2 o 3 contestaban al SAI-E).

Para la realización de este estudio de validación eliminamos de los grupos a los varones, para conseguir una mayor control de variables extrañas dependientes del sexo.

El tratamiento estadístico de los datos se realizó a través del paquete SPSS, utilizando la prueba Chi-Cuadrado, para la comparación de frecuencias, la prueba ONEWAY, para el análisis de la varianza cuando se cumplieron los supuestos paramétricos y la prueba de Kruskal-Wallis, cuando no se daba esta condición.

4.- RESULTADOS.

En relación a las variables sociodemográficas consideradas, edad y estado civil (Tablas 1 y 2 - Anexo II), los análisis comparativos realizados mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, por lo que puede considerarse que proceden de la misma población.

Por lo que respecta a las variables sexuales referidas a la experiencia sexual (realización del coito y frecuencia actual del mismo) y a la frecuencia de orgasmos, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Tampoco observamos diferencias entre los mismos en relación a la tenencia de pareja sexual fija, edad del primer coito y práctica de la masturbación (Tabla 4-Anexo II). Por tanto, en lo que a las variables sexuales estudiadas respecta, los tres grupos son comparables entre sí.

Tabla 3 (Anexo II): Distribución de frecuencias y porcentajes según las VARIABLES SEXUALES en los diferentes grupos y comparación estadística.

VARIABLE SEXUAL		SAI-E	SAI (E+S)	SAI	χ^2 / G^2 SIG.
Pareja sexual fija	No	14 (40)	14 (40)	14 (35.9)	0.18
	Sí	21 (60)	21 (60)	25 (64.1)	/ 0.9148
Realización del coito	No	10 (28.6)	9 (25.7)	11 (27.5)	0.07
	Sí	25 (71.4)	26 (74.3)	29 (72.5)	/ 0.9638
Edad del primer coito	Antes 15 a.	3 (12)	0	1 (3.4)	4.73
	Entre 15-20	16 (64)	20 (83.3)	21 (72.4)	/ 0.3150
	Más 20 años	6 (24)	4 (16.7)	7 (24.1)	
Frecuencia actual de coito	Ninguna vez	12 (34.3)	12 (35.3)	14 (35)	6.02
	1-3 veces	10 (28.6)	8 (23.5)	8 (20)	/ 0.4210
	4-6 veces	5 (14.3)	10 (29.4)	6 (15)	
	Más 7 veces	8 (22.8)	4 (11.8)	12 (30)	
Frecuencia orgasmo (coito con estimulac. simultánea del clítoris)	Nunca	2 (8)	1 (4)	0	4.04
	A veces	2 (8)	2 (8)	4 (13.8)	/
	A menudo	4 (16)	3 (12)	3 (10.3)	0.8535
	Mayor parte	8 (32)	8 (32)	12 (41.4)	
	Casi siempre	9 (36)	11 (44)	10 (34.5)	
Frecuencia orgasmo (coito sin estimulac. simultánea del clítoris)	Nunca	5 (20)	3 (12)	6 (20.7)	2.44
	A veces	5 (20)	5 (20)	6 (20.7)	/
	A menudo	10 (40)	10 (40)	9 (31)	0.9643
	Mayor parte	3 (12)	6 (24)	6 (20.7)	
	Casi siempre	2 (8)	1 (4)	2 (6.9)	
Frecuencia orgasmo (estimulac. del clítoris)	Nunca	1 (3.6)	1 (3.6)	0	7.8
	A veces	4 (14.3)	4 (14.3)	5 (16.1)	/
	A menudo	7 (25)	2 (7.2)	2 (6.4)	0.4536
	Mayor parte	4 (14.3)	8 (28.6)	8 (25.8)	
	Casi siempre	12 (42.8)	13 (46.4)	16 (51.6)	
Práctica de masturbac.	No	2 (5.7)	2 (5.7)	6 (15)	3.42
	Sí	28 (80)	28 (80)	31 (77.5)	/ 0.4892
	No contesta	5 (14.3)	5 (14.3)	3 (7.5)	

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

En la siguiente tabla se detallan las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de Excitación y Ansiedad según la experiencia sexual y la frecuencia de orgasmos en los diferentes grupos muestrales.

Tabla 4 (Anexo II): Medias y Desviaciones Típicas de la EXCITACIÓN y la ANSIEDAD según la EXPERIENCIA SEXUAL y LA FRECUENCIA DE ORGASMO en los diferentes grupos.

VARIABLE SEXUAL		SAI-E		SAI (E+S)	SAI
		EXCITAC.	ANSIEDAD	EXCITAC.	EXCITAC.
Realizac. del coito	No	58.7 (23.3)	58.9 (16.3)	59.2 (20.3)	65.9 (11.7)
	Sí	93.1 (13.3)	19.9 (18.1)	88.5 (19.6)	96.5 (14)
Frecuencia actual de coito	Ninguna vez	62 (24.2)	55.4 (16.6)	62.3 (21.1)	68.1 (11.2)
	1-3 veces	84.2 (7.3)	25.6 (13.4)	81.5 (14.9)	85.5 (8.2)
	4-6 veces	93 (6.5)	-2.2 (14.4)	93 (22.3)	97.3 (7.8)
	Más 7 veces	108 (9.3)	21.6 (16.3)	101.7 (4.9)	108.5 (8.6)
Frecuencia orgasmo (coito con estimulac. simultánea del clítoris)	Nunca	92.5 (9.2)	13.5 (6.3)	----	----
	A veces	84 (15.5)	31.5 (4.9)	75 (2.8)	92.7 (13.1)
	A menudo	87.7 (9.9)	12.7 (26)	93.6 (38.2)	91.3 (15.7)
	Mayor parte	84.6 (7.5)	18.1 (21.1)	92.4 (11.7)	100 (14)
	Casi siempre	105 (11.5)	23.4 (15.6)	93.2 (16.4)	95.4 (15.1)
Frecuencia orgasmo (coito sin estimulac. simultánea del clítoris)	Nunca	92.4 (5.6)	22.2 (9.2)	85 (14.5)	98 (12.1)
	A veces	87.2 (10.9)	21.6 (19.8)	92.2 (16.4)	91.2 (12.6)
	A menudo	86.5 (9.3)	14.6 (23.6)	93.9 (21.1)	94.9 (16.4)
	Mayor parte	113.6 (6)	20.7 (3.1)	85.8 (20.2)	97.8 (15.3)
	Casi siempre	112 (14.1)	35 (12.7)	----	111.5 (0.7)
Frecuencia orgasmo (estimul. del clítoris)	Nunca	----	----	----	----
	A veces	85.2 (7.1)	16.2 (23)	95.7 (25.5)	98.4 (12.1)
	A menudo	92.1 (14.4)	21.3 (23.7)	----	98.5 (14.8)
	Mayor parte	89.7 (22.9)	28 (2.8)	86.6 (19.4)	96.7 (19.6)
	Casi siempre	95.2 (12.1)	19.9 (16.9)	92.4 (16.7)	92 (14.8)

Las mujeres que habían realizado el coito en alguna ocasión obtuvieron puntuaciones superiores en la escala de Excitación, que aquellas mujeres que no tenían experiencia de coito (Tabla 4-Anexo II). Los análisis de varianza realizados mostraron, que en los tres grupos muestrales, las diferencias en excitación entre las mujeres con experiencia sexual de coito y las que no tenían dicha experiencia, eran estadísticamente significativas (Tabla 5-Anexo II).

Respecto a la frecuencia de coito, observamos en la Tabla 4-Anexo II que a medida que aumenta la frecuencia con la que las mujeres practicaban el coito se incrementan las puntuaciones medias obtenidas en la escala de excitación, lo cual sucede en los tres grupos muestrales. Las diferencias en excitación según la frecuencia de coito fueron estadísticamente significativas en los tres grupos (Tabla 5-Anexo II).

Cuando consideramos las puntuaciones en excitación en función de la frecuencia con que se consigue el orgasmo, no observamos una tendencia de las primeras a variar en función de dicha frecuencia (Tabla 4-Anexo II). Los análisis de varianza realizados demostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de excitación entre las mujeres con diferente frecuencia de orgasmos (Tabla 5-Anexo II), lo cual se observó en los tres grupos muestrales y en las tres formas diferentes de conseguir el orgasmo.

Tabla 5 (Anexo II): Comparación de las medias de EXCITACIÓN según la EXPERIENCIA SEXUAL y la FRECUENCIA DE ORGASMO en los diferentes grupos.

VARIABLE SEXUAL	SAI-E G ^o SIG. (K-W)	SAI (E+S) G ^o SIG. (K-W)	SAI G ^o SIG. (K-W)
Realización del coito	0.0001 (***)	0.0007 (***)	0.0001 (***)
Frecuencia actual de coito	0.0001 (***)	0.0020 (**)	0.0001 (***)
Frecuencia orgasmo (coito con estimulac. simultánea del clítoris)	0.0125	0.2494	0.7020
Frecuencia orgasmo (coito sin estimulac. simultánea del clítoris)	0.0144	0.9204	0.4217
Frecuencia orgasmo (estimul. del clítoris)	0.6429	0.2733	0.8643

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

Respecto a las puntuaciones en la escala de Ansiedad, decir que estas fueron superiores entre las mujeres que no tenían experiencia de coito y entre aquellas que en la actualidad no realizaban el coito en ninguna ocasión, siendo aquellas que lo practicaban con una frecuencia de 4 a 6 veces al mes las que manifestaron que sentían menos ansiedad (Tabla 4-Anexo II). Los análisis de varianza mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de ansiedad en función de la experiencia y la frecuencia de coito (Tabla 6-Anexo II).

La frecuencia de orgasmos, conseguidos a través de diferentes formas de estimulación, no estableció diferencias estadísticamente significativas en relación a las puntuaciones obtenidas en la escala de Ansiedad (Tabla 6-Anexo II).

Tabla 6 (Anexo II): Comparación de las medias de ANSIEDAD según la EXPERIENCIA SEXUAL y la FRECUENCIA DE ORGASMO en el grupo SAI-E.

VARIABLE SEXUAL	SAI-E G ² SIG. (K-W)
Realización del coito	0.0001 (***)
Frecuencia actual de coito	0.0001 (***)
Frecuencia orgasmo (coito con estimulac. simultánea del clítoris)	0.0125
Frecuencia orgasmo (coito sin estimulac. simultánea del clítoris)	0.0144
Frecuencia orgasmo (estimul. del clítoris)	0.6429

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

En la Tabla 7-Anexo II, se detallan las puntuaciones medias obtenidas por cada grupo muestral en las diferentes escalas que contestaron. Las medias en la escala de Excitación, aplicada a los tres grupos, fueron bastante similares, pese a que la media del Grupo SAI era ligeramente superior a la de los otros dos grupos. Los análisis mostraron que no existían diferencias estadísticamente significativas en excitación entre los grupos del estudio.

Las puntuaciones en la escala de Satisfacción, que se aplicó al Grupo SAI-E y al Grupo SAI-(E+S), fueron algo superiores en el primero de ellos, pero la comparación estadística de ambas puntuaciones medias no reveló la existencia de diferencias significativas (Tabla 7-Anexo II).

Tabla 7 (Anexo II): Medias y Desviaciones Típicas obtenidas por cada grupo en las diferentes escalas y comparación estadística entre los grupos.

ESCALAS		SAI-E	SAI (E+S)	SAI	G ^o SIG. (F)
EXCITACIÓN	Media	83.3	81	88.1	0.3567 ⁽¹⁾
	D.T.	23.3	23.4	19.2	
SATISFACCIÓN	Media	82.9	76	-----	0.2699
	D.T.	27.4	24.7	-----	
ANSIEDAD	Media	31.8	-----	-----	-----
	D.T.	26.1	-----	-----	

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

(1) Los análisis a posteriori, realizados con el método de la diferencia mínima significativa, no revelaron la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tomados dos a dos.

5.- DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

La experiencia sexual, considerada como experiencia de coito y frecuencia del mismo, se asoció positivamente a la excitación sexual; esta observación se realizó independientemente de la forma del cuestionario "Sexual Arousalability Inventory" aplicado. La frecuencia de orgasmo no resultó ser una variable relacionada con la excitación sexual en ninguno de los tres grupos muestrales. Por tanto, la validez de constructo de la escala de Excitación, tal y como la definieron Chambless y Lifshitz en 1.984, se confirmó solo parcialmente. Es decir, a medida que aumenta la experiencia sexual mayores son los niveles de excitación sexual experimentados ante los estímulos sexuales y eróticos; sin embargo, los aumentos en la frecuencia de orgasmos no se asocian a variaciones significativas en la excitación sexual.

Nuestros datos vendrían a confirmar los estudios de validación realizados con anterioridad, puesto que tanto Chambless y Lifshitz como Aluja, Torrubia y Gallart (1.990), sólo demostraron la asociación de la excitación con la experiencia sexual y no con la frecuencia orgásmica. A pesar de ello, estos autores consideraron suficientemente justificada la validez de la escala y valoraron los resultados como aceptables.

Por tanto, siguiendo las consideraciones de los anteriores autores, podemos concluir que este estudio proporciona datos suficientes a favor de la validez de la escala de Excitación del "Sexual Arousalability Inventory" (SAI) y del "Sexual Arousalability Inventory - Expanded" (SAI-E) y que dicha validez no se ve alterada cuando se elimina de este último cuestionario la escala de Ansiedad.

De otro lado, observamos que a medida que aumentaba la experiencia sexual de las mujeres disminuía la ansiedad ante los estímulos sexuales, de igual forma que habían puesto de manifiesto Chambless y Lifshitz en 1.984 y Aluja, Torrubia y Gallart en 1.990. No obstante, no encontramos relación entre la frecuencia de orgasmos y el nivel de ansiedad sexual, cuestión que tampoco demostraron los autores mencionados. Del mismo modo que ocurrió con la escala de Excitación, los autores consideraron que sus resultados apoyaban suficientemente la validez de la escala de Ansiedad del SAI-E, por lo que nuestros resultados vendrían a confirmar sus conclusiones.

Por último, decir que la utilización de las diferentes formas del cuestionario no afectó a las puntuaciones totales obtenidas en las escalas de Excitación y Satisfacción, lo cual viene a apoyar la independencia de las mismas. Este dato puede tener gran interés cuando dispongamos de un baremo tipificado en la población general, con el que podamos comparar las puntuaciones obtenidas por los sujetos estudiados, independientemente de la forma del cuestionario administrada.

ANEXO III: TABLAS.

Tabla 76: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS DE LA SUBESCALA DEL SÍ MISMO FÍSICO en los grupos muestrales.

ÍTEMS SÍ MISMO FÍSICO		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
1.- Tengo un cuerpo sano	Falso	7 ₍₁₎ (23.3) ₍₂₎	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)
3.- Me considero fofa	Falso	25 (83.3)	18 (60)	19 (63.3)	60 (66.7)
	Neutro	5 (16.7)	7 (23.3)	8 (26.7)	20 (22.2)
	Verdadero	2 (6.7)	5 (16.7)	3 (10)	10 (11.1)
4.- Me gusta mostrarme siempre arreglada y aseada	Falso	0	0	0	0
	Neutro	1 (3.3)	3 (10)	3 (10)	7 (7.8)
	Verdadero	29 (96.7)	27 (90)	27 (90)	83 (92.2)
5.- Siempre tengo dolores y molestias físicas	Falso	17 (56.7)	16 (53.3)	16 (53.3)	49 (54.4)
	Neutro	7 (23.3)	2 (6.7)	8 (26.7)	17 (18.9)
	Verdadero	6 (20)	12 (40)	6 (20)	24 (26.7)
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)
7.- No soy ni muy gorda ni muy delgada	Falso	3 (10)	6 (20)	2 (6.7)	11 (12.2)
	Neutro	6 (20)	5 (16.7)	8 (26.7)	19 (21.1)
	Verdadero	21 (70)	19 (63.3)	20 (66.7)	60 (66.7)
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)

(1) Número de sujetos (2) Porcentaje de sujetos.

CONTINÚA EN LA PAG. SIGUIENTE ...

ÍTEMS SÍ MISMO FÍSICO		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
10.- No soy ni muy alta ni muy baja	Falso	7 (23.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	12 (13.3)
	Neutro	1 (3.3)	4 (13.3)	4 (13.3)	9 (10)
	Verdadero	22 (73.3)	22 (73.3)	25 (83.3)	69 (76.7)
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)
13.- Me cuido muy bien físicamente	Falso	4 (13.3)	10 (33.3)	11 (36.7)	25 (27.8)
	Neutro	3 (10)	3 (10)	11 (36.7)	17 (18.9)
	Verdadero	23 (76.7)	17 (56.7)	8 (26.7)	48 (53.3)
14.- Trato de ser cuidadosa con mi apariencia	Falso	1 (3.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	3 (3.3)
	Neutro	1 (3.3)	4 (13.3)	1 (3.3)	6 (6.7)
	Verdadero	28 (93.3)	25 (83.3)	28 (93.3)	81 (90)
15.- A menudo actúo como si fuera una manazas	Falso	20 (66.7)	20 (66.7)	15 (50)	55 (61.1)
	Neutro	4 (13.3)	3 (10)	9 (30)	16 (17.8)
	Verdadero	6 (20)	7 (23.3)	6 (20)	19 (21.1)
16.- Me encuentro físicamente bien	Falso	4 (13.3)	5 (16.7)	2 (6.7)	11 (12.2)
	Neutro	11 (36.7)	8 (26.7)	7 (23.3)	26 (28.9)
	Verdadero	15 (50)	17 (56.7)	21 (70)	53 (58.9)
17.- Soy mala en deportes y en juegos	Falso	7 (23.3)	11 (36.7)	10 (33.3)	28 (31.1)
	Neutro	7 (23.3)	7 (23.3)	8 (26.7)	22 (24.4)
	Verdadero	16 (53.3)	12 (40)	12 (40)	40 (44.4)
18.- Duermo con dificultad	Falso	13 (43.3)	11 (36.7)	18 (60)	42 (46.7)
	Neutro	6 (20)	5 (16.7)	7 (23.3)	18 (20)
	Verdadero	11 (36.7)	14 (46.7)	5 (16.7)	30 (33.3)

Tabla 77: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE EXCITACIÓN DEL S.A.I.-E. en los grupos muestrales.

ÍTEMS EXCITACIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
A.- Cuando la persona querida estimula sus genitales con la boca o lengua	Afecta neg.	3 (10)	2 (6.7)	2 (6.7)	7 (7.8)
	Nunca/casi n.	6 (20)	5 (16.7)	2 (6.7)	13 (14.4)
	A veces	3 (10)	3 (10)	6 (20)	12 (13.3)
	Habit/casi s.	18 (60)	20 (66.7)	20 (66.7)	58 (64.4)
B.- Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos	Afecta neg.	1 (3.3)	2 (6.7)	0	3 (3.3)
	Nunca/casi n.	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 s.	16 (53.3)	16 (13.3)	21 (70)	53 (58.9)
C.- Cuando ve a una persona querida desnuda	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	11 (36.7)	14 (46.7)	12 (40)	37 (41.1)
	A veces	7 (23.3)	5 (16.7)	9 (30)	21 (23.3)
	Habit/casi s.	12 (40)	11 (36.7)	9 (30)	32 (35.6)
D.- Cuando una persona querida recorre su cara con la mirada	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	14 (46.7)	12 (40)	15 (50)	41 (45.6)
	A veces	8 (26.7)	7 (23.3)	4 (13.3)	19 (21.1)
	Habit/casi s.	8 (26.7)	11 (36.7)	11 (36.7)	30 (33.3)
E.- Cuando una persona querida acaricia sus genitales con sus dedos	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	4 (13.3)	3 (10)	2 (6.7)	9 (10)
	A veces	3 (10)	4 (13.3)	3 (10)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	23 (76.7)	23 (76.7)	25 (83.3)	71 (78.9)
F.- Cuando una persona querida le toca la parte interna de los muslos	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	4 (13.3)	6 (20)	5 (16.7)	15 (16.7)
	A veces	7 (23.3)	5 (16.7)	6 (20)	18 (20)
	Habit/casi s.	19 (63.3)	19 (63.3)	19 (63.3)	57 (63.3)
G.- Cuando acaricia los genitales de una persona querida con sus dedos	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	4 (13.3)	6 (20)	5 (16.7)	15 (16.7)
	A veces	4 (13.3)	6 (20)	5 (16.7)	15 (16.7)
	Habit/casi s.	22 (73.3)	18 (60)	20 (66.7)	60 (66.7)

CONTINÚA EN LA PAG. SIGUIENTE ...

ÍTEMS EXCITACIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
H.- Cuando lee un libro verde o pornográfico	Afecta neg.	4 (13.3)	2 (6.7)	1 (3.3)	7 (7.8)
	Nunca/casi n.	17 (56.7)	20 (66.7)	15 (50)	52 (57.8)
	A veces	4 (13.3)	1 (3.3)	4 (13.3)	9 (10)
	Habit/casi s.	5 (16.7)	7 (23.3)	10 (33.3)	22 (24.4)
I.- Cuando una persona querida la desnuda	Afecta neg.	2 (6.7)	0	0	2 (2.2)
	Nunca/casi n.	5 (16.7)	8 (26.7)	5 (16.7)	18 (20)
	A veces	9 (30)	3 (10)	7 (23.3)	19 (21.1)
	Habit/casi s.	14 (46.7)	19 (63.3)	18 (60)	51 (56.7)
J.- Cuando baila con una persona querida	Afecta neg.	1 (3.3)	0	0	1 (1.1)
	Nunca/casi n.	11 (36.7)	15 (50)	13 (43.3)	39 (43.3)
	A veces	8 (26.7)	5 (16.7)	5 (16.7)	18 (20)
	Habit/casi s.	10 (33.3)	10 (33.3)	12 (40)	32 (35.6)
K.- Cuando realiza el coito con una persona querida	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	2 (6.7)	3 (10)	0	5 (5.6)
	A veces	2 (6.7)	2 (6.7)	6 (20)	10 (11.2)
	Habit/casi s.	25 (83.3)	25 (83.3)	24 (80)	74 (83.1)
L.- Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es	Afecta neg.	2 (6.7)	2 (6.7)	0	4 (4.4)
	Nunca/casi n.	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 s.	20 (66.7)	21 (70)	24 (80)	65 (72.2)
LL.- Cuando acaricia el cuerpo de una persona querida (genitales no)	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	4 (13.3)	4 (13.3)	4 (13.3)	12 (13.3)
	A veces	7 (23.3)	9 (30)	7 (23.3)	23 (25.6)
	Habit/casi s.	19 (63.3)	17 (56.7)	19 (63.3)	55 (61.1)
M.- Cuando esta viendo películas o fotos pornográficas	Afecta neg.	5 (16.7)	3 (10)	1 (3.3)	9 (10)
	Nunca/casi n.	16 (53.3)	13 (43.3)	11 (36.7)	40 (44.4)
	A veces	4 (13.3)	4 (13.3)	9 (30)	17 (18.9)
	Habit/casi s.	5 (16.7)	10 (33.3)	9 (30)	24 (26.7)

ÍTEMS EXCITACIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
N.- Cuando está en la cama con una persona querida	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	9 (30)	10 (33.3)	10 (33.3)	29 (32.2)
	A veces	9 (30)	8 (26.7)	11 (36.7)	28 (31.1)
	Habit/casi s.	12 (40)	12 (40)	9 (30)	33 (36.7)
Ñ.- Cuando la persona querida le besa apasionadamente	Afecta neg.	1 (3.3)	0	0	1 (1.1)
	Nunca/casi n.	3 (10)	1 (3.3)	2 (6.7)	6 (6.7)
	A veces	1 (3.3)	4 (13.3)	5 (16.7)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	25 (83.3)	25 (83.3)	23 (76.7)	73 (81.1)
O.- Cuando oye expresiones de placer durante la relación sexual	Afecta neg.	0	1 (3.3)	0	1 (1.1)
	Nunca/casi n.	3 (10)	5 (16.7)	5 (16.7)	13 (14.4)
	A veces	3 (10)	4 (13.3)	4 (13.3)	11 (12.2)
	Habit/casi s.	24 (80)	20 (66.7)	21 (70)	65 (72.2)
P.- Cuando la persona querida le besa introduciendo la lengua en su boca	Afecta neg.	1 (3.3)	0	1 (3.3)	2 (2.2)
	Nunca/casi n.	6 (20)	5 (16.7)	3 (10)	14 (15.6)
	A veces	5 (16.7)	8 (26.7)	6 (20)	19 (21.1)
	Habit/casi s.	18 (60)	17 (56.7)	20 (66.7)	55 (61.1)
Q.- Cuando lee poesía insinuante o pornográfica	Afecta neg.	3 (10)	2 (6.7)	1 (3.3)	6 (6.7)
	Nunca/casi n.	20 (66.7)	21 (70)	16 (53.3)	57 (63.3)
	A veces	3 (10)	1 (3.3)	4 (13.3)	8 (8.9)
	Habit/casi s.	4 (13.3)	6 (20)	9 (30)	19 (21.1)
R.- Cuando ve un espectáculo de strep-tease (destape)	Afecta neg.	4 (13.3)	1 (3.3)	1 (3.3)	6 (6.7)
	Nunca/casi n.	21 (70)	22 (73.3)	19 (63.3)	62 (68.9)
	A veces	3 (10)	3 (10)	4 (13.3)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	2 (6.7)	4 (13.3)	6 (20)	12 (13.3)
S.- Cuando estimula los genitales de su pareja con su boca o lengua	Afecta neg.	6 (20)	4 (13.3)	3 (10)	13 (14.4)
	Nunca/casi n.	6 (20)	6 (20)	9 (30)	21 (23.3)
	A veces	4 (13.3)	5 (16.7)	5 (16.7)	14 (15.6)
	Habit/casi s.	14 (46.7)	15 (50)	13 (43.3)	42 (46.7)

ÍTEMS EXCITACIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
T.- Cuando la persona querida la acaricia (no genitales)	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	5 (16.7)	3 (10)	3 (10)	11 (12.2)
	A veces	3 (10)	5 (16.7)	8 (26.7)	16 (17.6)
	Habit/casi s.	22 (73.3)	22 (73.3)	19 (63.3)	67 (70)
U.- Cuando ve una película pornográfica para hombres	Afecta neg.	4 (13.3)	4 (13.3)	3 (10)	11 (12.2)
	Nunca/casi n.	18 (60)	19 (63.3)	19 (63.3)	56 (62.2)
	A veces	6 (20)	4 (13.3)	5 (16.7)	15 (16.7)
	Habit/casi s.	2 (6.7)	3 (10)	3 (10)	8 (8.9)
V.- Cuando desnuda a una persona querida	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	7 (23.3)	9 (30)	12 (40)	28 (31.1)
	A veces	8 (26.7)	7 (23.3)	1 (3.3)	16 (17.8)
	Habit/casi s.	15 (50)	14 (46.7)	17 (56.7)	46 (51.1)
W.- Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua	Afecta neg.	1 (3.3)	2 (6.7)	0	3 (3.3)
	Nunca/casi n.	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 s.	19 (63.3)	22 (73.3)	23 (76.7)	64 (71.1)
X.- Cuando hace el amor en un sitio nuevo o inhabitual	Afecta neg.	0	0	2 (6.7)	2 (2.2)
	Nunca/casi n.	7 (23.3)	6 (20)	2 (6.7)	15 (16.7)
	A veces	7 (23.3)	2 (6.7)	2 (6.7)	11 (12.2)
	Habit/casi s.	16 (53.3)	22 (73.3)	24 (80)	62 (68.9)
Y.- Cuando se masturba	Afecta neg.	7 (23.3)	7 (23.3)	3 (10)	17 (18.9)
	Nunca/casi n.	12 (40)	12 (40)	12 (40)	36 (40)
	A veces	3 (10)	1 (3.3)	1 (3.3)	5 (5.6)
	Habit/casi s.	8 (26.7)	10 (33.3)	14 (46.7)	32 (35.6)
Z.- Cuando su pareja alcanza el orgasmo	Afecta neg.	0	0	0	0
	Nunca/casi n.	4 (13.3)	5 (16.7)	5 (16.7)	14 (15.6)
	A veces	2 (6.7)	3 (10)	1 (3.3)	6 (6.7)
	Habit/casi s.	29 (96.7)	22 (73.3)	24 (80)	70 (77.8)

Tabla 78: Distribución de Frecuencias y Porcentajes según los ÍTEMS DE LA ESCALA DE SATISFACCIÓN DEL S.A.I.-E. en los grupos muestrales

ÍTEMS SATISFACCIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
A.- Cuando una persona querida estimula sus genitales con la boca o lengua	Nunca/casi n.	8 (26.7)	8 (26.7)	4 (13.3)	20 (22.2)
	A veces	2 (6.7)	3 (10)	8 (26.7)	13 (14.4)
	Habit/casi s.	20 (66.7)	19 (63.3)	18 (60)	57 (63.3)
B.- Cuando una persona querida acaricia su pecho con las manos	Nunca/casi n.	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 s.	16 (53.3)	20 (66.7)	23 (76.7)	59 (65.6)
C.- Cuando ve a una persona querida desnuda	Nunca/casi n.	9 (30)	10 (33.3)	13 (43.3)	32 (35.6)
	A veces	10 (33.3)	6 (20)	3 (10)	19 (21.1)
	Habit/casi s.	11 (36.7)	14 (46.7)	14 (46.7)	39 (43.3)
D.- Cuando una persona querida recorre su cara con la mirada	Nunca/casi n.	12 (40)	10 (33.3)	8 (26.7)	30 (33.3)
	A veces	3 (10)	5 (16.7)	2 (6.7)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	15 (50)	15 (50)	20 (66.7)	50 (55.6)
E.- Cuando una persona querida acaricia sus genitales con sus dedos	Nunca/casi n.	4 (13.3)	6 (20)	2 (6.7)	12 (13.3)
	A veces	2 (6.7)	4 (13.3)	4 (13.3)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	24 (80)	20 (66.7)	24 (80)	68 (75.6)
F.- Cuando una persona querida le toca la parte interna de los muslos	Nunca/casi n.	3 (10)	3 (10)	7 (23.3)	13 (14.4)
	A veces	7 (23.3)	7 (23.3)	3 (10)	17 (18.9)
	Habit/casi s.	20 (66.7)	20 (66.7)	20 (66.7)	60 (66.7)
G.- Cuando acaricia los genitales de una persona querida con sus dedos	Nunca/casi n.	4 (13.3)	7 (23.3)	5 (16.7)	16 (17.8)
	A veces	4 (13.3)	4 (13.3)	4 (13.3)	12 (13.3)
	Habit/casi s.	22 (73.3)	19 (63.3)	21 (70)	62 (68.9)
H.- Cuando lee un libro verde o pornográfico	Nunca/casi n.	24 (80)	23 (76.7)	18 (60)	65 (72.2)
	A veces	2 (6.7)	1 (3.3)	3 (10)	6 (6.7)
	Habit/casi s.	4 (13.3)	6 (20)	9 (30)	19 (21.1)

CONTINUAN EN LA PAG. SIGUIENTE ...

ÍTEMES SATISFACCIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
I.- Cuando una persona querida la desnuda	Nunca/casi n.	5 (16.7)	6 (20)	6 (20)	17 (18.9)
	A veces	10 (33.3)	6 (20)	6 (20)	22 (24.4)
	Habit/casi s.	15 (50)	18 (60)	18 (60)	51 (56.7)
J.- Cuando baila con una persona querida	Nunca/casi n.	10 (33.3)	8 (26.7)	8 (26.7)	26 (28.9)
	A veces	4 (13.3)	5 (16.7)	1 (3.3)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	16 (53.3)	17 (56.7)	21 (70)	54 (60)
K.- Cuando realiza el coito con una persona querida	Nunca/casi n.	3 (10)	2 (6.7)	0	5 (5.6)
	A veces	1 (3.3)	3 (10)	4 (13.3)	8 (8.9)
	Habit/casi s.	26 (86.7)	25 (83.3)	26 (86.7)	77 (85.6)
L.- Cuando una persona querida toca o besa su/s pezón/es	Nunca/casi n.	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 s.	18 (60)	22 (73.3)	24 (80)	64 (71.1)
LL.- Cuando acaricia el cuerpo de una persona querida (genitales no)	Nunca/casi n.	2 (6.7)	4 (13.3)	3 (10)	9 (10)
	A veces	6 (20)	2 (6.7)	3 (10)	11 (12.2)
	Habit/casi s.	22 (73.3)	24 (80)	24 (80)	70 (77.8)
M.- Cuando está viendo películas o fotos pornográficas	Nunca/casi n.	23 (76.7)	21 (70)	17 (56.7)	61 (67.8)
	A veces	1 (3.3)	3 (10)	5 (16.7)	9 (10)
	Habit/casi s.	6 (20)	6 (20)	8 (26.7)	20 (22.2)
N.- Cuando está en la cama con una persona querida	Nunca/casi n.	8 (26.7)	6 (20)	9 (30)	23 (25.6)
	A veces	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (13.3)	8 (8.9)
	Habit/casi s.	20 (66.7)	22 (73.3)	17 (56.7)	59 (65.6)
Ñ.- Cuando la persona querida le besa apasionadamente	Nunca/casi n.	5 (16.7)	1 (3.3)	1 (3.3)	7 (7.8)
	A veces	0	2 (6.7)	2 (6.7)	4 (4.4)
	Habit/casi s.	25 (83.3)	27 (90)	27 (90)	79 (87.8)
O.- Cuando oye expresiones de placer durante la relación sexual	Nunca/casi n.	2 (6.7)	6 (20)	6 (20)	14 (15.6)
	A veces	5 (16.7)	2 (6.7)	2 (6.7)	9 (10)
	Habit/casi s.	23 (76.7)	22 (73.3)	22 (73.3)	67 (74.4)
P.- Cuando la persona querida le besa introduciendo la lengua en su boca	Nunca/casi n.	9 (30)	7 (23.3)	5 (16.7)	21 (23.3)
	A veces	4 (13.3)	3 (10)	3 (10)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	17 (56.7)	20 (66.7)	22 (73.3)	59 (65.6)

ÍTEMS SATISFACCIÓN		MAST<1AÑO	MAST>1AÑO	CONTROL	TOTAL
Q.- Cuando lee poesía insinuante o pornográfica	Nunca/casi n.	25 (83.3)	22 (73.3)	17 (56.7)	64 (71.1)
	A veces	2 (6.7)	1 (3.3)	4 (13.3)	7 (7.8)
	Habit/casi s.	3 (10)	7 (23.3)	9 (30)	19 (21.1)
R.- Cuando ve un espectáculo de strep-tease (destape)	Nunca/casi n.	24 (80)	22 (73.3)	24 (80)	70 (77.8)
	A veces	3 (10)	5 (16.7)	4 (13.3)	12 (13.3)
	Habit/casi s.	3 (10)	3 (10)	2 (6.7)	8 (8.9)
S.- Cuando estimula los genitales de su pareja con su boca o lengua	Nunca/casi n.	11 (36.7)	12 (40)	14 (46.7)	37 (41.1)
	A veces	3 (10)	3 (10)	4 (13.3)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	16 (53.3)	15 (50)	12 (40)	43 (47.8)
T.- Cuando la persona querida la acaricia (no genitales)	Nunca/casi n.	3 (10)	0	4 (13.3)	7 (7.8)
	A veces	1 (3.3)	4 (13.3)	3 (10)	8 (8.9)
	Habit/casi s.	26 (86.7)	26 (86.7)	23 (76.7)	75 (83.3)
U.- Cuando ve una película pornográfica para hombres	Nunca/casi n.	24 (80)	24 (80)	24 (80)	72 (80)
	A veces	3 (10)	4 (13.3)	3 (10)	10 (11.1)
	Habit/casi s.	3 (10)	2 (6.7)	3 (10)	8 (8.9)
V.- Cuando desnuda a una persona querida	Nunca/casi n.	7 (23.3)	7 (23.3)	11 (36.7)	25 (27.8)
	A veces	8 (26.7)	5 (16.7)	0	13 (14.4)
	Habit/casi s.	15 (50)	18 (60)	19 (63.3)	52 (57.8)
W.- Cuando la persona querida acaricia su/s pecho/s con su boca o lengua	Nunca/casi n.	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 s.	19 (63.3)	23 (76.7)	23 (76.7)	65 (72.2)
X.- Cuando hace el amor en un sitio nuevo e inhabitual	Nunca/casi n.	8 (26.7)	5 (16.7)	3 (10)	16 (17.8)
	A veces	5 (16.7)	2 (6.7)	5 (16.7)	12 (13.3)
	Habit/casi s.	17 (56.7)	23 (76.7)	22 (73.3)	62 (68.9)
Y.- Cuando se masturba	Nunca/casi n.	21 (70)	18 (60)	16 (53.3)	55 (61.1)
	A veces	1 (3.3)	2 (6.7)	4 (13.3)	7 (7.8)
	Habit/casi s.	8 (26.7)	10 (33.3)	10 (33.3)	28 (31.1)
Z.- Cuando su pareja alcanza el orgasmo	Nunca/casi n.	3 (10)	3 (10)	1 (3.3)	7 (7.8)
	A veces	0	3 (10)	3 (10)	6 (6.7)
	Habit/casi s.	27 (90)	24 (80)	26 (86.7)	77 (85.6)

