

Trabajo Final de Grado

Psicología

SEXUALIDAD Y AUTOESTIMA EN PERSONAS CON DOLOR CRÓNICO

Alumno: Martín Sánchez Gómez

DNI: 53729778-F

Tutor: Rafael Ballester Arnal

Convocatoria: Junio

ÍNDICE

Resumen.....	5
Extended summary	7
Introducción.....	10
Dolor crónico.....	11
Fibromialgia.....	11
Calidad de vida	13
Autoestima y dolor crónico.....	14
Sexualidad en personas con dolor crónico	15
Objetivos e hipótesis.....	18
Método.....	19
Participantes.....	19
Instrumentos.....	21
Procedimiento.....	22
Análisis de datos.....	22
Resultados.....	23
Características médicas.....	23
Análisis de frecuencias y descriptivos de los ítems relacionados con sexualidad	25
Relación entre variables sociodemográficas y médicas con problemas sexuales y autoestima	27
Análisis diferenciales en problemas sexuales y autoestima en función de variables sociodemográficas.....	29
Análisis diferenciales en problemas sexuales y autoestima en función de variables médicas	31
Variables predictoras de la autoestima y problemas sexuales	37
Discusión	39
Conclusiones	42
Bibliografía	44
Anexos.....	49
Anexo 1.....	50
Anexo 2.....	53

Resumen

El estudio de la sexualidad y la autoestima en personas que padecen dolor crónico es de vital importancia a la hora de indagar en la forma en que afrontan sus relaciones sexuales. Por ello, surgió el interés por conocer cómo es la sexualidad y la autoestima de las personas con esta dolencia. Se establecieron como variables independientes diferentes condiciones socio-demográficas y médicas. Nuestro primer objetivo fue analizar la sexualidad de mujeres con dolor crónico y concretamente con fibromialgia. El segundo fue conocer hasta qué punto consideran que su sexualidad está afectada por el dolor crónico. El tercero fue analizar su autoestima, y el último, conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico. Hipotetizamos que las mujeres afectadas por dolencias crónicas presentarían alteración en su sexualidad, considerarían que su sexualidad está afectada por el dolor crónico y tendrían una autoestima reducida.

Se administró una serie de cuestionarios a una muestra de 130 mujeres afectadas con dolor crónico. Evaluamos los Problemas sexuales y la Afectación sexual derivada del dolor mediante el *Cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico* (Ballester y Ruiz, 2010), y la Autoestima mediante el *Rosenberg's Self-esteem Scale* (Rosenberg, 1965).

En primer lugar se extrajo la información acerca de características clínicas y médicas de las 130 participantes en el estudio. Seguidamente se observaron los resultados obtenidos de las respuestas en el cuestionario de forma más precisa, centrándonos ítem a ítem en las respuestas. En tercer lugar se analizó las correlaciones obtenidas entre las variables de estudio. Más tarde son explicados los resultados obtenidos en los análisis diferenciales realizados mediante prueba t de Student y ANOVA. En último lugar se realizó un análisis de regresión para estimar la capacidad predictiva de ciertas variables sobre la autoestima y la sexualidad. Los resultados obtenidos muestran afectación en la sexualidad y la autoestima de mujeres que padecen una dolencia de tipo crónico. En cuanto a los factores sociodemográficos y médicos que guardan relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico se encontró que variables como la edad, el tipo de tratamiento o el tipo de dolor crónico ejercen influencia en las variables dependientes.

Tal y como se hipotetizó, tanto la dimensión Problemas sexuales como la dimensión Afectación sexual derivada del dolor, se muestran afectadas en personas que padecen dolor crónico. Este estudio pretende apoyar la literatura previa con el fin de continuar con la investigación de la sexualidad y la autoestima en personas afectadas por dolencias crónicas.

Palabras clave: Dolor crónico, sexualidad, autoestima y problemas sexuales.

Abstract

After some research about how people with chronic pain were facing their sexual relationships, we became interested in knowing how sexuality and self-esteem of people with this chronic disease were. Different socio-demographic and medical conditions were established as independent variables. Our first goal was to analyse the sexuality of women with chronic pain and specifically fibromyalgia. The second was to analyse how far they consider that their sexuality is affected by chronic pain. The third was to analyse their self-esteem, and finally know what sociodemographic and medical factors are related to sexual health and self-esteem of women with chronic pain. We hypothesized that women affected by chronic conditions would present alteration in their sexuality, would consider that their sexuality is affected by chronic pain and would have reduced self-esteem.

A set of questionnaires were administered to a sample of 130 women affected with chronic pain to know their scores in the variables involved in the research. We evaluated sexual problems and sexual affectation derived from the pain using a questionnaire about the sexuality among patients with chronic pain (Ballester and Ruiz, 2010); then, to evaluate the self-esteem, we used the Rosenberg's Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965).

Firstly, we extracted the information related to clinical and medical characteristics of the 130 respondents. Then we observed more precisely the responses to the questionnaire. Thirdly, we analysed the connection between the study variables. After that, we explained the result of the differential analyses by Student t test and ANOVA. Finally, regression analysis to estimate the relationship between variables was performed.

The results show impairment in sexuality and self-esteem of women who suffer chronic pain. As regards the sociodemographic and medical factors related to sexual health and self-esteem of women with chronic pain, we found that variables such as age, type of treatment or type of chronic pain influence in the dependent variables.

As it was hypothesized, sexuality, both in sexual problems dimension and their respective subscales, and sexual affectation dimension resulting of pain, have shown affected in people with chronic pain. This study aims to support the previous literature in order to continue the investigation of sexuality and self-esteem in people affected by chronic diseases.

Keywords: Chronic pain, sexuality, self-esteem and sexual problems

Extended summary

Research`s objectives

Technically, we considered chronic pain a problem that has been going on for more than six months, and that affects a person's daily life. Chronic pain is a complex problem in which various biological, psychological and social factors are involved and produces lots of problems due to its characteristics. This is a serious health problem with major consequences of distress and impaired quality of life, which affect family, work and social environment; and it also has serious socio-economic and labor impacts on society. The presence of pain is a source of significant psychological disorders that requires specialized attention and treatment. The World Health Organization (WHO) considers chronic pain as the greatest threat to the quality of life. This threat is getting more and more important while, at the same time, the life expectancy is increasing.

After some research about how people with chronic pain were facing their sexual relationships, we became interested in knowing how sexuality and self-esteem of people with this chronic disease were. Therefore the aim of this study is to determine how is the sexuality of people with chronic pain and if this medical condition interferes with it. We also want to evaluate the self-esteem of these people to see if it also affects sexual function. Different socio-demographic conditions such as sex and marital status, and other medical conditions such as the type of treatment were established as independent variables. Our first objective is to analyse the sexuality of women with chronic pain and specifically fibromyalgia. The second is to analyse how far they consider that their sexuality is affected by chronic pain. The third is to analyse their self-esteem, and finally know what sociodemographic and medical factors are related to sexual health and self-esteem of women with chronic pain.

Method

We interviewed a broad group of patients with chronic pain. A set of questionnaires were administered in different partnerships, using paper questionnaires and online support. We asked a sample of 130 women with an average age of 46 years, all of them affected with chronic pain, to know their score in the variables involved in the investigation. We evaluate sexual problems and sexual affectation derived from the pain using a questionnaire about the sexuality among patients with chronic pain (Ballester and Ruiz, 2010); then, to evaluate the self-esteem matter, we used the Rosenberg's Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965). We used an own data protocol for descriptive socio-demographic and medical variables.

Results

Firstly, we extracted the information related to clinical and medical characteristics of the 130 respondents. Then we observed more precisely the responses to the questionnaire. Thirdly, we analysed the connection between the study variables. After that, we explained the result of the differential analyses by Student t test and ANOVA. Finally, regression analysis to estimate the relationship between variables was performed. If two groups were in contention, we used the Scheffé test to know between which groups exist the differences. The level of statistical significance was 5% in all cases ($p < 0.05$).

The results show impairment in sexuality and self-esteem of women who suffer chronic pain. As regards the sociodemographic and medical factors related to sexual health and self-esteem of women with chronic pain, we found that variables such as age, type of treatment or type of chronic pain influence in the dependent variables.

The results obtained also show that sexual problems are related to the age, the number of children, the study level, the marital status, the religion, if there is chronic pain in a couple, the type of pharmacological treatment, the use of alternative treatment, the coexistence of chronic disease and self-esteem. Sexual affectation derived from pain is related to how long the couple has been suffering from chronic pain, the type of secondary chronic pain, the adherence to pharmacological treatment and self-esteem. Finally, self-esteem is related to the socioeconomic status, the adherence to psychological treatment, the sexual affectation derived from pain and sexual problems.

Conclusions

In this research we have tried to analyse the sexuality and self-esteem of women with chronic pain and specifically fibromyalgia, and to know what sociodemographic and medical factors are related to sexual health and self-esteem of women with chronic pain.

After the data was analysed, we can say that the results match with some previous findings in the scientific literature, the sexuality and self-esteem of women with chronic pain is seriously affected. The most important factors that explain its influence on the sexual dimension have proved to be the age, the religion and the self-esteem. For his part, the time that the couple has been suffering a chronic illness is the variable that affects most the sexual dimension due to chronic pain. Finally, self-esteem aspect is influenced more strongly by the sexual problems and by the variable which describes if the patient follows a psychological treatment.

One of the problems we have found during the research was that the sample was comprised only by female population. The few studies carried out in this way shown similar results. However, differences in the conceptualization and measurement of it don't allow definitive conclusions, making it necessary to continue to undertake research in this area. The future studies should try to find gender equality in order to develop results more stable.

Introducción

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define el dolor cómo una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a un daño actual o potencial. La misma organización, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Europea de Secciones de la IASP (EFIC), consideran el dolor crónico como la mayor amenaza para la calidad de vida a nivel mundial, amenaza que va en aumento de forma paralela al aumento de la esperanza de vida (OMS, 1996).

Desde una perspectiva bio-psico-social, se asume que el dolor es un fenómeno complejo y subjetivo. Esta aproximación bio-psico-social enfatiza la importancia de la interacción de múltiples factores en la experiencia del dolor. Uno de los modelos interactivos más relevantes que intentan explicar el dolor es el de Melzack y Casey (1968), que define el dolor como una experiencia multidimensional compuesta por tres dimensiones interrelacionadas: *sensorial/discriminativa* (encargada de los parámetros de localización, intensidad y duración del dolor), *motivacional/afectiva* (que constituye los aspectos subjetivos del dolor) y *cognitivo/evaluativa* (que integra la experiencia de dolor a nivel cortical). El modo en que los pacientes valoran cognitivamente la experiencia y las estrategias de afrontamiento que utilizan frente al dolor, condicionan en gran medida la forma de vivenciar el dolor (Soucase et al., 2004). Diferentes estudios han observado que los pacientes con dolor crónico exhiben una amplia gama de trastornos de personalidad y que éstos precipitan o perpetúan el dolor (Gatchel y Weisberg, 2000). Sin embargo, otros estudios señalan que los rasgos de personalidad tienen poco que ver con la percepción del dolor, pero que sí están relacionadas con los estados emocionales referidos por estos pacientes (Carlsson, 1986).

Lo que parece claro es que el dolor es un problema complejo, en el que intervienen diversos factores biológicos, psicológicos y sociales, poco entendido y en muchas ocasiones sin resolver (IASP, 1986). Se trata de un serio problema sanitario con importantes consecuencias de sufrimiento y deterioro en calidad de vida de los pacientes, consecuencias que afectan a su entorno familiar, laboral y social; y tiene, además, serias repercusiones socioeconómicas y laborales para la sociedad (IASP, 1986). La presencia de dolor es fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado (Wolfe, 1997). Estamos ante un problema de elevada prevalencia, insuficientemente controlado y con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas (Rull, 2004). Y si todo ello es cierto, todavía lo es más cuando el dolor se prolonga a lo largo del tiempo convirtiéndose en una dolencia crónica.

Dolor crónico

Técnicamente se considera dolor crónico aquel que se prolonga durante más de seis meses, y afecta la forma en que una persona lleva a cabo su vida cotidiana (Merskey, 1986).

Desde el punto de vista epidemiológico, el dolor crónico es un problema extenso que afecta a 1 de cada 5 individuos; la prevalencia en España se sitúa en el 19%, alcanzando los 9 millones de afectados (Casals y Samper, 2004). Además de ello, la mitad de los individuos con dolor crónico sufre de dolor severo. Según las mismas fuentes, 1 de cada 3 individuos con dolor crónico son incapaces o tienen muchas limitaciones para llevar una vida independiente. En el 25% de los casos los pacientes consideran que el dolor crónico supone el distanciamiento o la destrucción de las relaciones con familia y amigos (Casals y Samper, 2004). Es por esto que se suele considerar al dolor crónico como "la epidemia silenciosa".

Se sabe que de los trastornos emocionales, la depresión y la ansiedad, se presentan con bastante frecuencia entre los pacientes con dolor crónico. Se considera que la cronicidad y el dolor facilitan la aparición de estos síntomas y que al mismo tiempo, los estados emocionales influyen de manera negativa sobre el nivel del dolor, en el grado de incapacidad de los pacientes y en la propia evolución de la enfermedad (Pérez-Pareja et al., 2004).

El dolor crónico cambia por completo la vida de las personas que lo sufren y sigue siendo un problema de salud sin resolver. Así se desprende del estudio ITACA que ha seguido la vida diaria de pacientes con dolor crónico (Casals y Samper, 2004). En este estudio 6 de cada 10 enfermos crónicos declaran que el dolor controla su vida y que los analgésicos no son capaces de paliar sus molestias. De hecho, muchos de ellos manifiestan dificultad para caminar, levantarse o vestirse. El 73% confirma que tiene problemas para realizar actividades domésticas, familiares, de ocio e, incluso, dormir. Además, el dolor causa depresión y ansiedad en dos tercios de los pacientes y el 50% afirma que, en ocasiones, su dolor es "tan horrible que desearía morir". Todo ello también tiene su reflejo en la esfera laboral. De acuerdo con este estudio, el 65% de los afectados tiene miedo a perder su empleo, una tercera parte se ha visto obligado a modificar el modo en que trabaja y una cifra similar ha tenido que reducir sus horas de trabajo. Resulta evidente a partir de todos estos datos que el dolor crónico tiene un elevado impacto en la vida de quien lo padece, en sus familias y en la sociedad.

Fibromialgia

La Fibromialgia es un trastorno de la modulación del dolor caracterizado por un dolor crónico generalizado, donde hay una afectación muscular predominante y sensibilidad en distintos puntos del cuerpo que se asocia con fatiga, trastornos del sueño, alteraciones cognitivas y otros

síntomas somáticos variables (De Gracia, 2001). Su etiología y patogénesis no es clara todavía. Estudios clásicos lo han relacionado con aspectos que tienen que ver con una baja actividad MAO plaquetaria (Almay, 1987), déficit de serotonina (Van Houdenhove, 1994), trastornos afectivos (Hudson y Pope, 1989), y alteraciones del sueño (Harding, 1998). Otros más recientes proponen que el dolor generalizado de los pacientes con fibromialgia es de origen neurogénico debido a desequilibrios neuroquímicos en el sistema nervioso central que dan lugar a una “amplificación central” de la percepción dolorosa caracterizada por alodinia, aumento de la sensibilidad a estímulos que normalmente no son dolorosos, e hiperalgesia, aumento de la respuesta a estímulos dolorosos (Clauw, 2011). Utilizando datos de 26 países, y en su mayor parte con los criterios de 1990 de la *American College of Rheumatology* (ACR), la prevalencia mundial de la fibromialgia se ha estimado en un 2,7% (Queiroz, 2013). Los datos en España se sitúan en cifras muy similares, con un 2,3-2,4% de prevalencia (Branco et al, 2010). Esta enfermedad es más frecuente en mujeres, mayores de 50 años, con nivel socioeconómico bajo, que viven en áreas rurales, y, posiblemente, obesas (Queiroz, 2013).

En líneas generales, el síndrome se caracteriza por dolor constante, rigidez muscular, fatiga, sueño poco reparador y dolor articular (Álvarez-Lario et al., 1996). La investigación de Ubago-Linares et al. (2005) describe el perfil sociodemográfico, clínico y psicosocial de las y los afectados por fibromialgia: la fatiga está presente en más del 90% de los pacientes, y puede ser más incapacitante que el dolor contribuyendo a la alteración funcional; el sueño es no reparador, ya que está fragmentado y los pacientes se quejan de dificultad para quedarse dormidos, frecuentes despertares nocturnos y de despertarse cansados por la mañana. La alteración del sueño afecta negativamente a la fatiga, al estado de ánimo y al dolor, que mejoran cuando se trata específicamente este problema. La disfunción cognitiva incluye problemas de concentración y memoria. Los síntomas psicológicos como la baja autoestima, depresión y ansiedad, están presentes hasta en tres cuartas partes de los pacientes (Ubago-Linares et al., 2005).

La fibromialgia presenta una elevada comorbilidad con otros síndromes de sensibilización central que incluye entidades como el síndrome del intestino irritable, la disfunción temporomandibular, el dolor de espalda idiopático, el síndrome de sensibilidad química múltiple, la cistitis intersticial, la cefalea, la migraña, el síndrome doloroso miofascial y el síndrome de fatiga crónica. Entre la fibromialgia y estos síndromes parece existir una relación bidireccional (Aaron, 2001).

En pacientes con fibromialgia es frecuente la coexistencia de trastornos psicopatológicos tales como la depresión mayor y los trastornos de ansiedad que pueden estar presentes en más del 60% de los enfermos (Arnold et al, 2006). Por último, la enfermedad tiene también un impacto

negativo en las relaciones personales, el desarrollo profesional y la salud mental, aunque el seguimiento de tratamiento psicológico atenúa los problemas en diferentes variables psicológicas (Bernard, 2000).

Desde este trabajo se presta especial atención a esta enfermedad crónica, ya que resulta ser nuestra población objetivo dentro de las dolencias crónicas. No por ello dejaremos de lado otras afectaciones como la espondilitis o la artrosis, las cuales atañen a nuestra sociedad e interesan a sus numerosos afectados, bien directa o indirectamente.

Calidad de vida

El interés por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemoriales aunque la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. En la década de los 60 comienza a generalizarse el concepto calidad de vida hasta llegar a ser utilizado en diferentes ámbitos, como son: la salud, la salud mental, la salud sexual, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.

La salud, según la definición de la OMS (1948), es un “estado de bienestar completo, físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o incapacidad”. La salud tal como aparece definida por la OMS, sería un estado inalcanzable, más un motivo a lograr que una situación que se da de un modo perfecto, Estamos pues ante un concepto difícil de operativizar, quizás demasiado general e idealista. Ante las deficiencias de esta concepción, de algún modo surge el concepto de calidad de vida, cada vez más utilizado en detrimento del concepto más global de salud (Anguita, 2001).

Este concepto se encuentra implícito en la filosofía de la Medicina de Rehabilitación cuyo objetivo final es mejorar la calidad de vida del enfermo discapacitado. Además es uno de los instrumentos más importantes para medir el impacto de los programas de rehabilitación en padecimientos crónicos progresivos y en los que su cura es aún limitada (Montes, 2006).

El concepto calidad de vida se ha relacionado con dolor crónico y cada vez está recibiendo mayor atención por parte de los clínicos e investigadores. Estudios como el realizado en Brasil (Pereira et al., 2014) señalan que a menor intensidad y menor número de episodios de dolor crónico se encontraba una mejor autopercepción de la salud y una mayor satisfacción con la vida en aquellas personas que lo padecían.

La depresión siempre ha ido muy ligada al concepto calidad de vida, ya que resultan términos antagónicos difícilmente separables si pretendemos entender ambos de forma global. Se ha estudiado la depresión en pacientes crónico a fin de relacionar la presencia de uno con la

imposibilidad de coexistencia con el otro. Es especialmente interesante el estudio de Haley (1985). En él se estudian las variables que diferencian al paciente con dolor crónico deprimido de los pacientes con dolor crónico no deprimidos. Se extrajo en conclusión que la depresión está relacionada con factores como el género, el informe de dolor y la actividad. Se encontraron diferencias de género en los patrones de las relaciones de la depresión, la actividad, y el dolor. Para las mujeres, la depresión estaba estrechamente relacionada con el informe del dolor, mientras que para los hombres la depresión fue más fuertemente relacionada con la reducción de la actividad (Haley, 1985). Gracias a este estudio, los investigadores comenzaron a considerar las diferencias de género en sus investigaciones con pacientes con dolor crónico.

La salud sexual también constituye una dimensión importante de la calidad de vida general, y es en esa dimensión concreta en la que centramos este TFG. Diferentes estudios han evaluado a personas con afectación de próstata (Calais et al., 1996) e incontinencia urinaria (Herrera Pérez et al., 2008) entre otras afectaciones relacionadas directamente con la sexualidad y han encontrado un importante deterioro en la calidad percibida de sus relaciones además de un descenso en la calidad de vida general. Por tanto, para mantener una buena calidad de vida resulta importante no dejar de prestar atención a los aspectos sexuales de las personas.

Autoestima y dolor crónico

La autoestima es un sentimiento valorativo dirigido hacia nosotros mismos y nuestro conjunto de rasgos que se construye a través de la influencia de múltiples factores y experiencias que se van dando a lo largo de la vida (Bonet, 1997).

La baja autoestima se ha asociado con muchas condiciones de salud crónicas, además de mostrar una indirecta pero fuertemente implicación negativa en el pronóstico clínico (Hegarty, 2014). Esto podría deberse a que la baja autoestima ejerce interferencia en las actividades de los enfermos y limita ciertas esferas de su vida.

El incremento o deterioro de la misma está íntimamente ligado al concepto de Comparación Social (Terol, 2012). El efecto de la Comparación Social (CS) se plantea desde tres *direcciones*: comparación lateral, cuando la persona se compara con otros iguales o similares; comparación ascendente, cuando lo hace con personas que considera en mejor situación; y la comparación descendente, cuando se fija en personas que considera en peor estado (Buunk y Gibbons, 1999; Festinger, 1954). De modo que, la dirección de la comparación produce diferentes efectos sobre el estado emocional. La *comparación lateral* reduce la ansiedad y el sentimiento de anormalidad o unicidad (Buunk y Gibbons, 1997), la *comparación ascendente* provoca sentimientos negativos y de frustración (Wills, 1981) y la *comparación descendente* produce sentimientos

positivos, permite sentirse mejor con uno mismo y/o produce una sensación de alivio (Wills, 1981).

Los resultados muestran, que aquellos pacientes, tanto oncológicos como con dolor crónico, que utilizan con más frecuencia la comparación social ascendente de identificación o descendente de contraste tienen mejor bienestar emocional y calidad de vida. Por el contrario, los pacientes que utilizan con mayor frecuencia la comparación ascendente de contraste o descendente de identificación obtuvieron peores puntuaciones en el estado emocional y calidad de vida (Terol, 2012).

Kreitler (1999) propone que el dolor continuo es dos veces más frecuente que el intermitente, aumenta con la edad y correlaciona con un mayor uso de servicios de salud y baja autoestima.

Otra muestra de la importancia del dolor crónico en la autoestima la encontramos en el estudio llevado a cabo por Diana Elton (Elton, 1978) en que las puntuaciones de autoestima de veinte pacientes con dolor crónico se compararon con los resultados de veinte pacientes con dolor 'orgánico' agudo y otros dos grupos de veinte personas, un grupo control de un adultos, y otro control de estudiantes. Los resultados arrojaron que las puntuaciones de autoestima de los pacientes con dolor crónico fueron significativamente inferiores a los de los otros tres grupos, que no mostraron diferencias significativas entre sí.

Sexualidad en personas con dolor crónico

La sexualidad humana se reconoce cada vez más por médicos y responsables de las políticas sanitarias como un aspecto importante de la salud y la calidad de vida a lo largo del ciclo vital (Lindau, 2010). Estudios en distintos países utilizando muestras de población general y muestras clínicas han puesto de manifiesto que la mayoría de los hombres y las mujeres consideran de gran importancia el bienestar sexual (Basson, 2007). La respuesta sexual se refiere a la secuencia de cambios físicos y emocionales que surgen cuando una persona se excita sexualmente y participa en actividades sexualmente estimulantes como el coito o la masturbación. Masters y Johnson establecieron las distintas fases del ciclo de la respuesta sexual en su obra *Respuesta Sexual Humana* (1966), excepto la de deseo que fue añadida por Helen Kaplan (1980). Los cuatro estadios del ciclo de la respuesta sexual actualmente aceptados son el deseo, la excitación, el orgasmo y la resolución.

La disfunción sexual es, con frecuencia, la primera manifestación de una enfermedad física (Rico-Villademoros, 2014). De acuerdo a una revisión reciente de la epidemiología de la disfunción sexual, este problema es muy prevalente a nivel mundial y aumenta, tanto en hombres como en mujeres, con la edad (Derogatis, 2008). Es importante señalar, no obstante,

que si bien la frecuencia de aparición de los síntomas de disfunción sexual aumenta con la edad, la afectación personal respecto a esos síntomas disminuye con ésta (Moore et al., 2003).

Numerosos estudios indican que la disfunción sexual es muy prevalente en la población general. El estudio global más recientemente realizado, el *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*, que incluyó más de 29 países y 27.500 individuos, mostró cifras de disfunción sexual prácticamente idénticas con un 39% de las mujeres y un 28% de los hombres que comunicaron tener al menos una disfunción sexual (Nicolosi, 2004). Las disfunciones sexuales más frecuentes en este estudio fueron la eyaculación precoz (14%) y la disfunción eréctil (10%) en los hombres, y la falta de interés sexual (21%), la incapacidad para alcanzar el orgasmo (16%) y las dificultades de la lubricación (16%) en las mujeres.

A pesar de la elevada prevalencia de disfunción sexual, los sujetos son reticentes a discutir sus dificultades sexuales con los médicos u otros profesionales. Así, entre los individuos que comunicaron dificultades sexuales en el estudio *Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors*, menos de un 20% de los 27.500 individuos evaluados habían buscado ayuda o consejo profesional (Moreira, 2005). La razón más frecuentemente esgrimida para no buscar ayuda era considerarlo un tema embarazoso (Nicolosi, 2006).

Pero la disfunción sexual es un tema que puede afectar especialmente a pacientes crónicos, con niveles de afectación todavía mayores a los estudiados en población general. Esto no hace más que dificultar el, ya de por sí, complicado transcurrir de una enfermedad crónica, afectando además a la pareja de forma muy directa.

En una encuesta telefónica realizada en EEUU en 442 mujeres con fibromialgia y 205 mujeres sin la enfermedad para evaluar el impacto de la fibromialgia en la salud general y la salud reproductiva, se observó que las mujeres con fibromialgia tenían significativamente menos excitación, más dolor durante el coito, menos orgasmos y menos actividad sexual que aquellas sin fibromialgia (Shaver et al., 2006).

En el estudio de Ryan et al. (2008) el 63% de las mujeres encuestadas señalaron que la fibromialgia había alterado sus relaciones sexuales y el 71% que la enfermedad limitaba de alguna manera la realización del coito. El 80% de las mujeres consideraban que el sexo era un aspecto importante de sus vidas.

Orellana et al. (2008) realizaron un estudio en España para evaluar la prevalencia de disfunción sexual en mujeres con fibromialgia (n=31) en comparación con la de mujeres con artritis reumatoide (n=26) y controles sanas (n=20) utilizando para ello el Cuestionario de Cambios en la Función Sexual (CSFQ). Las pacientes con fibromialgia debían cumplir los criterios del ACR de 1990 y no presentar ninguna enfermedad que afectara a la función sexual. Este grupo de

investigadores encontró que el 97% de las mujeres con fibromialgia y el 84% de aquellas con artritis reumatoide presentaban disfunción sexual de acuerdo al punto de corte del CSFQ, en comparación con un 55% de las mujeres del grupo control.

En otro estudio más reciente (González et al., 2014), se evaluó a un grupo de pacientes sometidas a cirugía y tratamiento oncológico por cáncer de mama con una sobrevida superior a un año para conocer si lograban, globalmente, una vida sexual satisfactoria. Se demostró que las pacientes logran, globalmente, una vida sexual satisfactoria, aunque presentaron afectaciones del deseo y la excitación, así como una disminución de la frecuencia del acto sexual con su pareja, su satisfacción respecto a niveles anteriores a la enfermedad y sus niveles de autoestima. Al compararlo con un grupo control de mujeres se observó una satisfacción significativamente menor, por lo que podemos concluir que la enfermedad no ha impedido el mantenimiento de relaciones sexuales, aunque si ha reducido la satisfacción que éstas producen.

Todos estos estudios muestran que los pacientes con dolor crónico, en especial fibromialgia, presentan una elevada frecuencia de disfunción sexual y ciertas deficiencias en su satisfacción sexual. De todas formas, estos datos deben ser tomados con cautela y su generalización está limitada, ya que presentaban limitaciones; ningún estudio incluyó hombres y la mayoría fueron realizados en mujeres premenopáusicas o en poblaciones muy seleccionadas. Respecto a la fibromialgia, cabe señalar que se ha investigado más en mujeres por cuestiones de prevalencia de la enfermedad; en España, el estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, señaló una prevalencia, sobre el total de la población, de 3,4% en mujeres y 0,6% en hombres (Carmona,2001).

El dolor crónico no ha recibido toda la atención que debería, ni por parte de los propios profesionales de la salud ni de las autoridades sanitarias, de forma que es urgente responder de forma coordinada a las necesidades y demandas de este colectivo de pacientes. Y todavía han recibido menos atención algunas dimensiones fundamentales para la calidad de vida de estas personas como su vivencia de la sexualidad. Por todo ello, esta investigación pretende conocer cómo es la sexualidad de las personas con dolor crónico y si esta condición médica interfiere en la misma.

Objetivos e hipótesis

El primer objetivo de este trabajo es analizar la sexualidad de las mujeres con dolor crónico y concretamente con fibromialgia, evaluada a través de distintas dimensiones como Relaciones sexuales, Afectividad, Comunicación, Satisfacción y Respuesta sexual.

El segundo es analizar hasta qué punto estas mujeres consideran que su sexualidad está afectada por el dolor crónico.

El tercero objetivo de la investigación es analizar la autoestima de las mujeres afectadas por dolencias crónicas.

El cuarto y último objetivo es conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico.

En cuanto a lo que respecta a las hipótesis nos planteamos las siguientes:

Hipótesis 1. Las mujeres afectadas por dolor crónico presentarán afectación en diferentes dimensiones de su sexualidad.

Hipótesis 2. Las mujeres afectadas por dolor crónico considerarán que su sexualidad está afectada por el dolor crónico.

Hipótesis 3. La autoestima de mujeres afectadas por dolor crónico estará en niveles bajos.

Hipótesis 4. Diferentes factores sociodemográficos estarán en relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico.

Hipótesis 5. Diferentes factores médicos estarán en relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico.

Método

Participantes

La recogida de datos original nos dejó una muestra de 172 sujetos, pero tras eliminar del estudio todas aquellas personas que no habían realizado correctamente el cuestionario se obtuvo una muestra final de 161 pacientes con algún tipo de dolor crónico. De estos 161, consideramos adecuado seleccionar sólo a las mujeres, ya que la diferencia entre sexos era muy desigual y tradicionalmente en los estudios sobre sexualidad se analizan separadamente hombres y mujeres por las grandes diferencias que se suelen dar en su vivencia de la sexualidad. Por tanto, la muestra final estuvo compuesta por 130 sujetos, todas ellas mujeres procedentes de distintas asociaciones de enfermos crónicos de la Comunidad Valenciana (n=75), de la Comunidad de Andalucía (n=40) y el País Vasco (n=15). Todos los participantes aceptaron colaborar voluntariamente en el estudio.

El rango de edad estaba comprendido entre 20 y 67 años, con una media de edad de 46,1 años (DT=9,82). El estado civil de las mujeres participantes era mayoritariamente el de casada (66,9%), el 73,8% tenía al menos un hijo, y la edad media de éstos era de 20.4 años (DT=9,03). El 77,7% de la muestra indicó tener estudios más allá del título de graduado escolar. El 30,7% de la muestra declaró estar en activo, mientras que el 69,3% restante estaba compuesto por incapacitados (26,2%), desempleados (23,8%), amas de casa (13%), jubilados (4,6%) y estudiantes (1,6%). En cuanto al nivel socio-económico, el 66,9% declaró situarse en un nivel medio. En el ámbito de las creencias religiosas, el grupo más abundante fue aquel en que las participantes se declararon católicas no practicantes (45,4%). Por último, en lo relativo a las variables médicas, el 86,1% padecía fibromialgia, en término medio, desde hace 11 años (DT=7,88) mientras que el 13,9% restante padecía otro tipo de enfermedades crónicas como (espondilitis, enfermedades cardíacas y respiratorias, etc.) desde hace una media de 11 años y medio (DT=8,67). Toda la información detallada sobre las características de la muestra se encuentra en la Tabla 1.

Tabla 1. *Características sociodemográficas de las participantes*

Variable	
Sexo (%)	
- Mujer	100
Edad (Media, DT)	46.1, 9.82
Estado civil (%)	
- Casada	66,9
- Soltera	16,9
- Divorciada	14,6
- Viuda	1,6
Número de hijos (%)	
- 0	26,2
- 1	32,3
- 2	35,4
- 3	5,3
- 4	0,8
Edad hijos (Media, DT)	20.4, 9.03
Nivel de estudios (%)	
- Primarios	6,9
- Graduado escolar	15,4
- FP Media	22,3
- FP Superior	24,6
- Diplomatura	13,8
- Licenciatura	10,8
- Doctorado o máster	6,2
Religión (%)	
- Católica no practicante	45,4
- Atea o agnóstica	30
- Católica practicante	15,4
- Creyente no practicante en otras religiones	7,7
- Practicante en otras religiones	1,5
Situación laboral actual (%)	
- En activo	30,8
- Desempleo	23,8
- Incapacidad transitoria	13,8
- Ama de casa	13,1
- Incapacidad permanente	12,3
- Jubilada	4,6
- Estudiante	1,6
Nivel socio-económico (%)	
- Bajo	31,8
- Medio	67,4
- Alto	0,8
Dolor crónico (%)	
- Fibromialgia	86,2
- Otro	13,8

Instrumentos

Protocolo de datos

Para la obtención de la información descriptiva utilizamos un protocolo de datos *ad hoc* dividido en dos partes. En la primera (10 ítems) se preguntó sexo, edad estado civil, número de hijos y edad de los mismos, nivel de estudios, religión, profesión, situación laboral actual y nivel socio-económico. En la segunda parte (18 ítems) se obtuvieron los datos referentes a la enfermedad y el tratamiento de cada persona (Anexo 1). Además se utilizó los siguientes dos cuestionarios.

Cuestionario de sexualidad para pacientes de dolor crónico (Ballester, R. y Ruiz, E., 2010)

Utilizamos este cuestionario para evaluar la sexualidad en personas que padecen dolor crónico. Desarrollado en 2010, se divide en dos bloques: el primero (30 ítems, $\alpha=.94$) evalúa las subdimensiones de relaciones sexuales ($\alpha=.87$), afectividad ($\alpha=.90$), comunicación ($\alpha=.92$), satisfacción ($\alpha=.91$) y problemas en la respuesta sexual ($\alpha=.89$); el segundo (8 ítems, $\alpha=.91$) evalúa la atribución que los sujetos le dan al dolor en sus problemas sexuales. El cuestionario consta de 38 ítems, 10 de los cuales son inversos (Anexo 2). El α de Cronbach general obtenido en nuestro estudio fue de .93.

RSES. Rosenberg's Self-esteem Scale (Rosenberg, 1965).

Evalúa la autoestima general con 10 afirmaciones que aluden a sentimientos globales de autovaloración (en general estoy satisfecho conmigo mismo), 5 de los cuales están redactados en sentido positivo y 5 en sentido negativo. El evaluado debe leer las afirmaciones e informar en qué medida pueden ser aplicadas a él mismo, haciendo la valoración sobre una escala de tipo Likert con 4 categorías de respuesta (desde muy de acuerdo, a muy en desacuerdo). La fiabilidad de la prueba ha sido ampliamente documentada en la literatura. McCarthy y Hoge (1982) han informado de coeficientes de consistencia (alpha de Cronbach) que se sitúan en .77, y de fiabilidad test-retest de .63 (intervalo de 7 meses) y de .85 (intervalo de 2 semanas). La validez de la escala como medida unidimensional de la autoestima ha sido también comprobada en varios estudios (Garaigorodobil et al., 2008; Rosenberg, 1965). La fiabilidad y validez de la adaptación española de la escala de autoestima de Rosenberg confirma una alta consistencia interna y una satisfactoria estabilidad temporal. Asimismo los datos apoyan la validez (de constructo y de grupos conocidos) del instrumento (Vázquez-Morejón, García-Bóveda & Jiménez, 2004). La fiabilidad obtenida en nuestro estudio evaluada a través de la consistencia interna también es buena ($\alpha=.89$).

Procedimiento

Tras un primer contacto con más de 30 asociaciones españolas de pacientes crónicos, pudimos contactar en segunda instancia a través del correo electrónico y del teléfono con los responsables de diferentes centros (AVAFI, ADEC, AVAFAS, APAFIMA y AFIBROSE) donde explicamos detalladamente el objetivo del estudio y pudimos llevar a cabo la administración del cuestionario incluyendo las pruebas arriba descritas. Obtuvimos datos de manera presencial (36 respuestas) en AVAFI tras una sesión informativa a la que acudieron miembros de la asociación, y de manera virtual (94 respuestas) por medio de un cuestionario online que respondieron los miembros del resto de asociaciones. Para asegurarnos de que el formato online resultaba tan fiable como el de papel medimos la fiabilidad de ambos formatos y obtuvimos un alfa de .91 para la administración en papel y un .89 en el procedimiento online. A través del cuestionario, las participantes declaraban su consentimiento para participar en esta investigación y se les hacía saber que los datos iban a ser utilizados de manera anónima y confidencial.

Análisis de datos

Una vez obtenidas las respuestas se procedió a almacenar los datos en la base estadística y posteriormente a su análisis mediante el programa estadístico SPSS (versión 21.0). Efectuamos análisis de fiabilidad para conocer la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach; obtuvimos correlaciones bivariadas mediante la r de Pearson; la diferencia de medias mediante la t de Student para muestras independientes y ANOVA en el caso que hubiera más de dos variables implicadas en cada caso. En último lugar realizamos un análisis de regresión para conocer qué porcentaje de la varianza se podía explicar con cada variable implicada. El nivel de significación estadística fue del 5% en todos los casos ($p < 0,05$).

Resultados

A lo largo de este apartado vamos a detallar de forma pormenorizada todos los resultados obtenidos. En primer lugar trataremos la información acerca de características clínicas y médicas de las 130 participantes en el estudio. En segundo lugar analizaremos las correlaciones obtenidas entre las variables de estudio. Seguidamente veremos los resultados obtenidos en el cuestionario de forma más precisa, centrándonos ítem a ítem en las respuestas. Por último, explicaremos los resultados obtenidos en los análisis diferenciales realizados mediante prueba t de Student y ANOVA. En el caso de que haya más de dos grupos en liza nos serviremos de la prueba de Scheffé para realizar la comparación múltiple de las medias de grupos y así conocer entre qué grupos existen las diferencias, si es que las hay.

Características médicas

El apartado del cuestionario referente a protocolo de datos nos ofreció la posibilidad de conocer en profundidad las características médicas de las 130 participantes. Esto es realmente útil para conocer de qué muestra disponemos además de para establecer las variables interés del estudio a partir de las cuales establecer correlaciones o análisis diferenciales. La tabla 2 muestra de forma detallada qué características clínicas definen a nuestra muestra. Partiendo de la base de que todas las participantes estaban afectadas por un dolor crónico, el 86,2 % de ellas padecían fibromialgia, mientras que el 13,8% restante sufría otro tipo de dolencia crónica. El tiempo medio desde que este dolor comenzó se sitúa en los 11 años (DT=7.88). De entre todas estas mujeres, existe un 66,2% que declara padecer otro dolor crónico de forma secundaria al dolor principal, la duración promedio de este dolor se sitúa en 11 años (DT=8.67). Dentro de este 66,2% más de la mitad (59,3%) padece un dolor de tipo reumático. Por otra parte, se le preguntó a las participantes si sus parejas sentimentales padecían algún tipo de enfermedad crónica, a lo cual contestaron afirmativamente el 10,8 % del total y dentro de este porcentaje el 71,4 eran afectaciones reumáticas, mientras que el 28,6% restante pertenecía a afectaciones musculares; el tiempo medio desde el comienzo es de 9 años (DT=10.92).

En cuanto al tratamiento, el 80% de la muestra declaró tomar fármacos, destacando que de esta proporción, el tipo más usado son los analgésicos (52,4). En lo que respecta al aspecto psicológico, el 47,7 % de las participantes están inmersas en algún tipo de tratamiento; de ellas un 66,1 utilizan psicofármacos para paliar los problemas referentes al estado de ánimo, mientras que el 33,9% restante acude regularmente a terapia clínica de tipo psicológico. El 25,4% de la muestra total lleva a cabo otro tratamiento complementario, el 58,1% de ésta recurre a la medicina alternativa/natural y el 41,9 hace uso de la fisioterapia. En cuanto a la coexistencia de la enfermedad crónica con otra aguda, un 50,8% de la muestra declaró estar viviendo esta situación, el 38,4% de los cuales sufría una enfermedad músculo-esquelética (ver tabla 2).

Tabla 2. *Características médicas de las participantes*

Variable	
Dolor crónico (%)	
- Fibromialgia	86,2
- Otro	13,8
Tiempo dolor crónico (Media, DT)	11.39 años, 7.88
Dolor crónico secundario (%)	
Tiempo dolor crónico secundario (Media, DT)	11.63 años, 8.67
Tipo de dolor crónico secundario (%)	
- Reumático	59,3
- Muscular	25,7
- Intestinal	15
Dolor crónico pareja (%)	
Tiempo dolor pareja (Media, DT)	9.86 años, 10.92
Tipo de dolor crónico pareja (%)	
- Reumático	71,4
- Muscular	28,6
Tratamiento farmacológico (%)	
Tipo de tratamiento farmacológico (%)	80
- Analgésico	52,4
- Ansiolítico	15,5
- Antidepresivo	14,6
- Hipotensivo	5,8
- Control intestinal	5,8
Tratamiento psicológico (%)	
Tipo de tratamiento psicológico (%)	47,7
- Farmacológico	66,1
- Terapia	33,9
Otro tratamiento (%)	
Tipo de tratamiento (%)	25,4
- Medicina alternativa	58,1
- Fisioterapia	41,9
Enfermedad actual no crónica (%)	
Tipo de enfermedad actual no crónica (%)	50,8
- Musculo-esquelética	34,8
- Intestinal	29
- Pulmonar	21,7
- Estado de ánimo	14,5

Análisis de frecuencias y descriptivos de los ítems relacionados con sexualidad

La Tabla 3 hace referencia los datos obtenidos para cada ítem del cuestionario sobre afectación sexual. A lo largo de la tabla se observan los porcentajes de respuesta obtenidos, lo cual permite apreciar datos clínicamente relevantes. Una alta puntuación en la media del ítem muestra mayor nivel de afectación, mientras que un valor más bajo indica menor afectación en la dimensión evaluada. Los ítems en que se han encontrado puntuaciones medias más extremas, indicando de esta forma mayor afectación, han sido el 2 (Tengo relaciones sexuales más de una vez por semana, estando el 63.8% “nada de acuerdo” con la afirmación), el 1 (Considero que mi vida sexual es activa, con un 46.2% nada de acuerdo con la afirmación), y el 20 (Estoy satisfecha con mi vida sexual, estando el 45.4% nada de acuerdo). Si atendemos al lado opuesto, las puntuaciones medias más bajas se han dado en los ítems 18 (Creo que mi pareja solo está interesado/a en su propio placer, con el 72.3% “nada de acuerdo” con la afirmación), ítem 30 (Cuando tengo relaciones sexuales siento con frecuencia asco o desagrado, donde el 70% no está “nada de acuerdo”), ítem 26 (Tengo pensamientos negativos mientras hago el amor, con un 53.8% “nada de acuerdo”), ítem 7 (Considero las relaciones sexuales un aspecto muy importante en la relación de pareja, 81.2% “nada de acuerdo”), seguido por el ítem 17 (Pienso que mi pareja no me entiende cuando hablamos de temas sexuales, 42,3% “nada de acuerdo”).

Por su parte, la tabla 4, al igual que acabamos de ver en la tabla 3, detalla los resultados de la muestra ítem a ítem en la segunda parte del cuestionario donde se mide la Afectación sexual atribuida al dolor, lo cual nos aporta datos clínicos más precisos acerca de qué problemas son los que afectan a nuestra muestra en este constructo. Si revisamos las medias en los diferentes ítems observamos puntuaciones bastante equilibradas destacando algo por encima, lo cual viene a constatar alta afectación, los ítems 35 (A causa del dolor la frecuencia de mis relaciones sexuales ha disminuido,) con el que un 36.9% de las participantes declara estar muy de acuerdo y el ítem 36 (A causa del dolor la calidad de mis relaciones se ha deteriorado, un 34.6% muy de acuerdo). Por su parte, el ítem 32 (A causa del dolor mis relaciones son menos satisfactorias) sería el menos afectado de los correspondientes a la afectación sexual debida al dolor (Tabla 4).

Tabla 3. *Porcentajes de respuesta para cada ítem de Problemas sexuales*

Problemas sexuales						
Ítem	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Media	Desv.Típ
1	46,2	27,7	19,2	6,9	2,09	,976
2	63,8	20	10	6,2	2,39	,928
3	28,5	35,4	20,8	15,4	1,77	1,031
4	26,9	35,4	14,6	23,1	1,30	1,111
5	26,2	32,3	20,8	20,8	1,32	1,087
6	38,5	27,7	13,8	20	1,14	1,146
7	3	7,1	9,7	81,2	,70	,846
8	43,8	21,5	20	14,7	1,01	1,110
9	37,7	26,2	16,9	19,2	1,15	1,142
10	40,8	28,5	16,9	13,8	1,02	1,067
11	31,5	21,5	24,6	22,3	1,35	1,159
12	26,2	24,6	17,7	31,5	1,42	1,193
13	11,5	23,1	23,1	42,3	1,00	1,049
14	42,3	25,4	15,4	16,9	1,03	1,113
15	31,5	34,6	13,1	20,8	1,20	1,110
16	48,5	25,4	8,5	17,7	,91	1,110
17	51,5	26,2	12,3	10	,78	,988
18	72,3	16,2	5,4	6,2	,45	,854
19	54,6	20	13,1	12,3	,81	1,057
20	45,4	26,2	16,2	12,3	2,02	1,067
21	39,2	28,5	19,2	13,1	1,92	1,064
22	31,5	40	10	18,5	1,13	1,059
23	29,2	26,2	16,9	27,7	1,41	1,179
24	38,5	23,1	15,4	23,1	1,21	1,186
25	18,5	24,5	23,1	33,8	1,23	1,110
26	53,8	29,2	11,5	5,4	,64	,854
27	19,2	26,2	16,9	37,7	1,64	1,175
28	33,1	30	11,5	25,4	1,21	1,166
29	15,4	30	30	24,6	1,28	,998
30	70	15,4	6,9	7,7	,45	,846

Tabla 4. *Porcentaje de cada ítem en la afectación sexual debida al dolor*

Afectación sexual debida al dolor						
Ítem	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Media	Desv.Típ
31	13,8	45,4	20,8	20	1,38	,976
32	26,2	33,1	21,5	19,2	1,25	1,050
33	19,2	40,8	18,5	21,5	1,35	1,063
34	20,8	33,1	16,9	29,2	1,45	1,135
35	10	33,1	20	36,9	1,75	1,072
36	10,8	33,1	21,5	34,6	1,69	1,070
37	23,8	23,8	13,8	38,6	1,58	1,225
38	23,8	27,7	19,2	29,2	1,44	1,168

Relación entre variables sociodemográficas y médicas con problemas sexuales y autoestima

En la tabla 5 podemos observar la correlación relativa a las variables socio-demográficas (del número 1 al 5), variables médicas (6, 7 y 8) y las variables dependientes del estudio: problemas sexuales (de 9 a 10) y autoestima (11).

Para resumir el grueso de información disponible en la tabla 3 destacaremos únicamente las correlaciones observadas en las variables dependientes del estudio. En primer lugar, la puntuación total de “Problemas sexuales” correlaciona positiva y significativamente con Edad (.21), Número de hijos (.19) y Afectación sexual atribuida al dolor (.61), además de hacerlo con todas las subdimensiones sexuales evaluadas en el cuestionario (variables 9.1, 9.2, 9.3, 9.4 y 9.5), mientras que correlaciona significativa y negativamente con Nivel de estudios (-.18) y Autoestima (-.36). En segundo lugar, la puntuación total en “Afectación sexual atribuida al dolor” correlaciona positiva y significativamente con Tiempo desde que la pareja tiene dolor crónico (.55), con el constructo Problemas sexuales (.61) y todas sus respectivas subdimensiones, además de hacerlo significativa y negativamente con Autoestima (-.23). Por último, la autoestima además de correlacionar negativa y significativamente como ya se ha dicho con Problemas sexuales (-.36) también lo hace con todas las correspondientes subdimensiones y con la dimensión Afectación sexual atribuida al dolor (-.23).

Tabla 5
Correlación de las variables de estudio (Pearson)

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9.1	9.2	9.3	9.4	9.5	10
1. Edad															
2. Número de hijos	.44***														
3. Edad hijos	.25*	-.40**													
4. Nivel de estudios	-.08	-.15	-.13												
5. Nivel socioeconómico	.02	-.05	.09	.29**											
6. Enfer. Crónica Tiempo	.36***	.06	.02	-.05	.12										
7. Otro Dolor Tiempo	.26*	.02	.18	-.06	.01	.33**									
8. Dolor Pareja Tiempo	.33*	-.28	-.09	-.26	.12	.11	.67*								
9. Problemas sexuales	.21*	.19*	.11	-.18*	-.11	-.06	-.12	.23							
- 9.1 Rel. sexuales	.31**	.34**	.14*	.04	.06	.08	-.08	.10	.78***						
- 9.2 Afectividad	.32***	.36**	.11	-.17*	-.20*	-.01	-.13	-.13	.60***	.39**					
- 9.3 Comunicación	.20*	.19*	0.2	-.22*	-.09	-.01	-.11	.06	.74***	.42**	.53***				
- 9.4 Satisfacción	.11	.18*	.06	-.10	-.16	.05	-.05	.17	.71***	.34**	.49***	.67***			
- 9.5 Respuesta Sex	.20*	.10	.27*	-.11	-.04	-.03	-.05	.20	.84***	.27**	.31***	.47***	.55***		
10. Afectación por Dolor	.17	.10	.01	-.13	-.05	-.01	.01	.55*	.61***	.34**	.18*	.30***	.34***	.71***	
11. Autoestima	.16	-.08	.15	.17	.15	.23	.26	-.03	-.36**	-.33**	-.29**	-.20*	-.25**	-.32**	-.23**

*** La correlación es significativa en el nivel 0.00

** La correlación es significativa en el nivel 0.01

* La correlación es significativa en el nivel 0.05

Análisis diferenciales en problemas sexuales y autoestima en función de variables sociodemográficas

Continuamos ahora con los análisis diferenciales realizados mediante el procedimiento de Pruebas T o de Análisis de Varianza Univariados (ANOVA) en función del tipo de variable implicado en cada caso.

En la Tabla 6 encontramos la primera prueba t de Student para muestras independientes, con el fin de analizar si aparecían diferencias significativas en las variables dependientes relacionadas con la sexualidad y la autoestima en función del **nivel socioeconómico** de las participantes. En ella se comparan las puntuaciones medias entre el grupo de participantes que declararon pertenecer al nivel bajo y medio. La única persona que declaró situarse en un nivel alto no fue tomada en cuenta a la hora de comparar la diferencia de medias entre grupos, ya que tener grupos tan desequilibrados suponía una posible fuente de error. Como se puede observar en la tabla 6, los análisis únicamente han encontrado diferencias significativas entre grupos en la variable autoestima ($t = -2.04$, $p < 0.5$) con un tamaño del efecto pequeño ($d = 0.38$).

Tabla 6. Análisis diferenciales en función del nivel socioeconómico

Variable	Bajo (n=41)		Medio (n=88)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	39,09	17,46	35,11	16,55	1,25	,211	
- Rel. Sexuales	16,07	6,48	15,06	6,38	,82	,404	
- Afectividad	4,51	2,01	3,79	2,03	1,86	,063	
- Comunicación	3,60	2,42	3,34	2,23	,61	,533	
- Satisfacción	5,75	3,12	5,12	2,59	1,21	,223	
- Respuesta Sex	10,75	6,15	9,88	6,07	,75	,454	
Afectación por Dolor	12,70	7,00	12,43	7,15	,20	,835	
Autoestima	26,14	6,43	28,55	6,13	-2,04	,047	.38

La **situación laboral** quede detallada en la Tabla 7. Se comparan las puntuaciones medias entre el grupo de participantes que se encuentran en activo frente a las que están desempleadas. Según se puede apreciar, no existen diferencias significativas, al nivel de confianza del 95%, entre ambos grupos en ninguna de las variables implicadas.

Tabla 7. Análisis diferenciales en función de la situación laboral

Variable	En activo (n=59)		Desempleo (n=71)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Problemas sexuales	36,03	17,04	36,92	16,88	-,30	,761
- Rel. Sexuales	15,49	7,04	15,42	5,91	,06	,952
- Afectividad	3,89	1,91	4,12	2,14	-,63	,523
- Comunicación	3,62	2,42	3,22	2,18	,99	,324
- Satisfacción	5,23	2,66	5,40	2,83	-,35	,725
- Respuesta Sex	10,10	5,75	10,40	6,55	-,28	,783
Afectación por Dolor	12,54	7,43	12,66	6,93	-,09	,924
Autoestima	27,76	6,36	27,77	6,26	-,01	,995

En la Tabla 8 encontramos el ANOVA correspondiente al **estado civil** (soltera, casada y separada). Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los tres grupos en la dimensión Problemas sexuales ($F = 2,50$, $p < .05$) y en su subdimensión Afectividad ($F = 3,98$, $p < .02$). La prueba de Scheffe nos permite conocer con precisión entre qué grupos se establecen diferencias; en la variable Problemas sexuales encontramos que el grupo de solteras tiene significativamente menos problemas que los otros dos grupos; del mismo modo, en la variable Afectividad es el grupo de solteras el que muestra puntuaciones significativamente más bajas en cuanto a problemas en afectividad.

Tabla 8. Análisis diferenciales en función del estado civil

Variable	1.Soltera (n=22)		2.Casada (n=87)		3.Separada (n=21)		F	p	Scheffé
	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	28,31	16,62	38,20	16,43	37,09	17,90	2,50	,049	1<2,3
- Rel. Sexuales	12,63	6,09	16,01	6,44	15,04	6,71	1,25	,282	
- Afectividad	2,95	2,14	4,18	1,92	4,47	1,88	3,98	,023	1<2,3
- Comunicación	3,18	2,28	3,43	2,17	3,52	2,85	,13	,876	
- Satisfacción	4,86	2,67	5,48	2,64	5,19	3,35	,47	,624	
- Respuesta Sex	8,27	5,47	10,80	6,20	10,14	6,63	1,47	,236	
Afectación por Dolor	10,36	6,44	13,24	7,00	12,33	8,10	1,45	,236	
Autoestima	28,40	6,19	27,97	5,83	26,23	8,08	,78	,466	

En la Tabla 9 encontramos el ANOVA correspondiente a **Religión** (practicante, no practicante y atea). Se han encontrado diferencias significativas entre las medias de los tres grupos en la dimensión Problemas sexuales ($F = 3,65$, $p < .02$) y la subdimensión Relaciones sexuales ($F = 3,78$, $p < .02$). Mediante Scheffé conocemos que el grupo de ateas ha obtenido una puntuación significativamente inferior a la del resto de grupos en la variable Problemas sexuales. Por otra parte encontramos que en la variable Relaciones sexuales el grupo de ateas tiene significativamente menos problemas que el

grupo de no practicantes, el cual, a su vez, también tiene menos problemas que el grupo de religiosas practicantes.

Tabla 9. Análisis diferenciales en función de la religión

Variable	1. Practicante (n=42)		2. No practicante (n=36)		3. Ateo (n=52)		F	p	Scheffé
	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	40,04	15,81	38,76	17,82	30,56	14,48	3,65	,021	3< 2, 1
- Rel. Sexuales	18,04	7,21	15,72	6,18	13,51	5,92	3,78	,023	3<2<1
- Afectividad	4,13	2,16	4,21	2,11	3,61	1,81	1,12	,326	
- Comunicación	3,59	2,35	3,73	2,36	2,71	2,03	2,61	,078	
- Satisfacción	5,86	2,55	5,36	2,95	4,97	2,46	,74	,478	
- Respuesta Sex	10,95	5,81	11,18	6,62	8,25	5,15	3,05	,067	
Afectación por Dolor	14,68	6,66	13,07	7,27	10,61	6,81	2,66	,079	
Autoestima	26,50	7,39	28,11	6,15	27,87	5,91	,55	,577	

Análisis diferenciales en problemas sexuales y autoestima en función de variables médicas

A continuación presentamos los resultados referentes a los análisis diferenciales en función de variables de tipo médico. La tabla 10 corresponde a la prueba t de Student en referencia al **tipo de dolor crónico**. En ella se comparan las puntuaciones medias entre el grupo de participantes que padecen fibromialgia y las que sufren otro tipo de enfermedad crónica distinto. Como se puede observar, los análisis no han encontrado diferencias significativas entre grupos en ninguna de las variables implicadas.

Tabla 10. Análisis diferenciales en función del tipo de dolor

Variable	Fibromialgia (n=112)		Otro dolor crónico (n=18)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Problemas sexuales	37.85	15.61	31.78	18.66	-1,30	.192
- Rel. Sexuales	15.21	5.65	13.86	6.79	-1,31	.193
- Afectividad	3.47	2.59	3.28	2.65	,072	.944
- Comunicación	3.48	2.34	2.94	1.98	-,92	.356
- Satisfacción	5.47	2.68	4.44	3.03	-1,48	.145
- Respuesta Sex	10.58	6.19	8.33	5.96	-1,43	.151
Afectación por Dolor	13.06	7.25	9.89	7.60	-1,03	.301
Autoestima	27.58	6.24	28.94	6.63	,85	.394

La Tabla 11 corresponde a la **presencia o no de un dolor crónico secundario**. En ella se comparan las puntuaciones medias entre el grupo de participantes que padecen una afectación crónica secundaria frente a las participantes que no. Se observan diferencias entre grupos pero no resultan estadísticamente significativas en ninguna de las variables implicadas.

Tabla 11. Análisis diferenciales en función del dolor crónico secundario

Variable	No (n=44)		Si (n=86)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Problemas sexuales	35,98	17,00	37,56	16,83	-,50	,616
- Rel. Sexuales	14,86	6,37	16,61	6,44	1,437	,145
- Afectividad	4,10	2,09	3,86	1,93	,636	,524
- Comunicación	3,25	2,20	3,70	2,46	-1,05	,292
- Satisfacción	5,05	2,78	5,86	2,62	-1,59	,117
- Respuesta Sex	10,32	6,25	10,15	6,11	,14	,888
Afectación por Dolor	11,93	6,75	13,93	7,71	1,52	,171
Autoestima	28,22	6,13	26,88	6,55	1,14	,295

Continuando con la línea del dolor crónico secundario, en la Tabla 12 encontramos el ANOVA correspondiente a los **diferentes tipos de dolor crónico secundario** hallados en la muestra (reumático, muscular e intestinal). Existen diferencias significativas en las puntuaciones medias de los tres grupos en la dimensión Afectación sexual atribuida al dolor ($F = 3,07$, $p < .04$) y la subdimensión Relaciones sexuales ($F = 3,32$, $p < .04$) y La prueba de Scheffé nos permite conocer que en Relaciones sexuales el grupo con problemas intestinales tiene significativamente una media más alta que los otros dos grupos. La misma situación encontramos en la dimensión Afectación sexual debida al dolor, ya que es el grupo con dolor intestinal el que presenta las puntuaciones más elevadas, sin que el grupo 1 y 2 difieran entre ellos.

Tabla 12. Análisis diferenciales en función del tipo de dolor crónico secundario

Variable	1. Reumático (n=32)		2. Muscular (n=36)		3. Intestinal (n=18)		F	p	Scheffé
	Media	DT	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	37,17	15,99	31,39	17,70	39,75	19,48	1,26	,285	
- Rel. Sexuales	15,11	5,79	12,56	6,95	18,16	6,60	3,32	,046	3>1,2
- Afectividad	4,11	2,00	4,30	2,05	3,66	2,43	,36	,696	
- Comunicación	3,29	2,21	2,82	1,99	3,91	2,53	,98	,377	
- Satisfacción	5,31	2,81	4,39	2,60	5,25	2,98	,90	,419	
- Respuesta Sex	10,82	6,58	8,91	5,50	10,91	6,27	,79	,455	
Afectación por Dolor	11,74	6,63	10,21	6,82	16,00	5,89	3,07	,046	3>2,1
Autoestima	28,31	5,58	27,47	7,59	29,25	5,59	,33	,712	

La Tabla 13 corresponde a la presencia o no de **dolor crónico en la pareja sentimental**. Existen diferencias en las puntuaciones medias entre el grupo de participantes en que su pareja padece una afectación crónica frente a las participantes que no. Observando la tabla 13 vemos que existen diferencias significativas entre grupos en la dimensión Problemas sexuales ($t = 1,18, p < .04$) y la subdimensión Afectividad ($t = 1,77, p < .05$) En ambos casos el tamaño del efecto es moderado ($d = 0,57$) y es el grupo sin dolor crónico en la pareja el que presenta puntuaciones menos afectadas.

Tabla 13. Análisis diferenciales en función del dolor crónico en la pareja

Variable	Si (n=16)		No (n=114)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	44,98	15,93	35,62	16,97	1,18	,040	.57
- Rel. Sexuales	18,21	6,05	14,24	6,46	1,08	,282	
- Afectividad	4,92	2,01	3,61	2,02	1,77	,050	.57
- Comunicación	3,50	2,44	3,39	2,28	,15	,840	
- Satisfacción	5,14	2,21	4,35	2,81	-,27	,743	
- Respuesta Sex	13,21	7,08	10,03	6,06	1,24	,211	
Afectación por Dolor	12,64	7,27	12,60	7,14	0,01	,982	
Autoestima	26,07	5,53	27,97	6,36	-1,07	,240	

En la Tabla 14 encontramos los resultados de la prueba t con respecto al **seguimiento o no de tratamiento**. Encontramos diferencias significativas entre ambos grupos en lo que respecta a las subdimensión Relaciones sexuales ($t = 1,85, p < .04$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .58$) y la dimensión Afectación sexual debida al dolor ($t = 1,79, p < .05$) y un tamaño del efecto también moderado ($d = 0.49$). El grupo que no sigue tratamiento muestra puntuaciones, en promedio, más bajas en ambas variables. Esto indica la presencia de menos problemas en las relaciones además de una menor afectación derivada del dolor.

Tabla 14. Análisis diferenciales en función del tratamiento farmacológico

Variable	Si (n=104)		No (n=26)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	38,05	16,40	34,38	18,95	,72	,472	
- Rel. Sexuales	16,97	6,47	13,38	5,91	1,85	,040	.58
- Afectividad	4,00	2,00	4,07	2,22	-,15	,880	
- Comunicación	3,41	2,26	3,38	2,46	,05	,951	
- Satisfacción	5,24	2,68	5,69	2,99	-,74	,451	
- Respuesta Sex	10,47	5,97	9,46	7,03	,74	,454	
Afectación por Dolor	13,86	7,02	10,38	7,23	1,79	,050	.49
Autoestima	27,80	6,24	27,61	6,59	,13	,897	

La Tabla 15 detalla el ANOVA correspondiente a los **diferentes tipos de tratamientos farmacológicos (analgésico, ansiolítico e hipotensor)**. Existen diferencias significativas en las puntuaciones medias de los tres grupos en la dimensión Problemas sexuales ($F = 2,05$, $p < .02$) y la subdimensión Problemas en la respuesta sexual ($F = 2,48$, $p < .05$). Mediante Scheffé conocemos que en la variable Problemas sexuales el grupo tratado con hipotensores tiene puntuaciones significativamente más altas que los otros dos. La misma situación encontramos en la variable Problemas en la respuesta sexual, ya que el grupo consumidor de hipotensores es el que presenta las puntuaciones más elevadas, sin que el grupo 1 y 2 difieran entre ellos.

Tabla 15. Análisis diferenciales en función del tipo de tratamiento farmacológico

Variable	1.		2.		3.		F	p	Scheffé
	Analgésico (n=49)		Ansiolítico (n=33)		Hipotensor (n=21)				
	M	DT	M	DT	M	DT			
Problemas sexuales	37,5	17,2	36,2	14,9	41,2	14,5	2,05	,020	3 > 2,1
- Rel. Sexuales	15,7	6,6	16,5	6,0	18,4	6,5	,12	,090	
- Afectividad	3,9	1,9	4,0	2,1	5,9	2,7	,53	,243	
- Comunicación	3,5	2,2	3,2	2,2	3,2	2,2	,21	,455	
- Satisfacción	5,4	2,6	4,8	2,8	4,8	2,2	,49	,395	
- Respuesta Sex	10,6	6,2	10,1	5,3	12,1	5,9	2,48	,050	3 > 2,1
Afectación por Dolor	12,7	7,2	14,8	6,6	14,2	6,0	,93	,147	
Autoestima	27,7	6,4	27,7	5,9	27,1	5,4	,13	,715	

Con respecto al **seguimiento o no de tratamiento para sus problemas psicológicos**, la Tabla 16 detalla los resultados obtenidos en la prueba t. Se evidencian diferencias que alcanzan cotas significativas en la dimensión Autoestima ($t = -2,76$, $p < .00$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .49$). El grupo que sigue tratamiento muestra puntuaciones más altas, lo cual viene a indicar mayor nivel de autoestima.

Tabla 16. Análisis diferenciales en función del tratamiento psicológico

Variable	Si (n=62)		No (n=68)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
	Problemas sexuales	37,88	15,76	35,27			
- Rel. Sexuales	16,14	5,70	14,82	7,00	1,17	,242	
- Afectividad	4,04	2,12	4,00	1,97	,13	,864	
- Comunicación	3,50	2,35	3,32	2,24	,43	,665	
- Satisfacción	5,35	2,67	5,30	2,82	,09	,925	
- Respuesta Sex	10,82	5,92	9,76	6,41	,97	,334	
Afectación por Dolor	11,60	7,10	13,70	7,05	1,69	,096	
Autoestima	29,19	6,47	26,20	5,80	-2,76	,000	.49

La Tabla 17 muestra los resultados correspondientes a los diferentes tipos de tratamientos para sus problemas psicológicos (mediante psicoterapia y psicofarmacológico). Sólo se aprecian diferencias significativas en las puntuaciones de los grupos en la subdimensión Problemas en la respuesta sexual ($t = 1,01$, $p < .05$) con un tamaño del efecto pequeño ($d = .43$). Es el grupo que toma fármacos para tratar sus problemas psicológicos el que muestra puntuaciones más altas en lo relativo a estos problemas, lo cual indica mayor afectación en cuanto a respuesta sexual.

Tabla 17. Análisis diferenciales en función del tipo de tratamiento psicológico

Variable	Terapia (n=23)		Fármacos (n=41)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	37,40	14,36	38,13	16,25	,75	,450	
- Rel. Sexuales	15,28	6,09	16,34	5,27	-,71	,471	
- Afectividad	4,23	2,12	3,92	2,10	,54	,582	
- Comunicación	3,66	2,49	3,29	2,23	,59	,551	
- Satisfacción	5,71	2,2	5,06	2,67	,87	,348	
- Respuesta Sex	9,48	4,76	11,85	6,19	1,01	,047	.43
Afectación por Dolor	14,42	7,39	13,34	7,01	,56	,578	
Autoestima	26,71	5,91	25,63	6,45	,64	,525	

La Tabla 18 detalla los resultados de la prueba t con respecto al **seguimiento o no de un tratamiento alternativo**. Se evidencian diferencias que alcanzan cotas significativas y con un tamaño del efecto pequeño ($d = .44$) en la dimensión Problemas sexuales ($t = -1,89$, $p < .05$). El grupo que sigue algún tipo de tratamiento alternativo muestra puntuaciones más bajas en Problemas sexuales.

Tabla 18. Análisis diferenciales en función del tratamiento alternativo

Variable	Si (n=33)		No (n=97)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	30,75	16,82	38,14	16,70	-1,89	,050	0.44
- Rel. Sexuales	14,09	5,47	15,91	6,68	-1,41	,150	
- Afectividad	3,28	2,20	4,11	1,98	-,76	,441	
- Comunicación	2,84	1,56	3,59	2,47	-,72	,472	
- Satisfacción	4,13	2,55	5,56	2,77	-1,63	,104	
- Respuesta Sex	9,21	6,28	10,62	6,14	-1,69	,097	
Afectación por Dolor	11,41	7,14	13,00	7,11	-1,13	,258	
Autoestima	26,65	5,53	28,14	6,50	-1,07	,286	

En la Tabla 19 se detallan los resultados en la prueba t correspondiente a los **diferentes tipos de tratamientos alternativos** (medicina natural y fisioterapia). No se aprecian diferencias significativas entre grupos en ninguna de las puntuaciones.

Tabla 19. Análisis diferenciales en función del tipo de tratamiento alternativo

Variable	Medicina natural (n=18)		Fisioterapia (n=13)		t	p
	Media	DT	Media	DT		
Problemas sexuales	28,88	17,75	35,69	16,46	-1,09	,285
- Rel. Sexuales	14,00	6,47	14,53	4,40	-,25	,791
- Afectividad	3,33	1,97	4,46	2,56	-1,38	,174
- Comunicación	2,55	1,42	3,30	1,70	-1,33	,149
- Satisfacción	4,00	2,70	5,46	2,25	-1,58	,127
- Respuesta Sex	8,16	6,81	10,61	5,91	-1,03	,308
Afectación por Dolor	10,38	8,03	13,18	6,06	-1,04	,308
Autoestima	27,16	6,17	26,46	4,96	,34	,736

En la Tabla 20 encontramos los resultados correspondientes a la prueba t donde se compara la **coexistencia o no, de otra enfermedad no crónica**. Encontramos diferencias significativas entre grupos en lo que respecta a la dimensión Problemas sexuales ($t = 1,77$, $p < .05$) y su correspondiente subdimensión Problemas en la respuesta sexual dolor ($t = 2,07$, $p < .05$) con tamaño de efecto pequeño ($d = .38$). El grupo que sufre otra enfermedad no crónica muestra puntuaciones, en promedio, más altas en ambas variables.

Tabla 20. Análisis diferenciales en función de la coexistencia de otra enfermedad no crónica

Variable	Si (n=66)		No (n=64)		t	p	d
	Media	DT	Media	DT			
Problemas sexuales	40,09	17,60	33,87	15,84	1,77	,050	.38
- Rel. Sexuales	17,15	6,60	14,73	6,21	1,26	,210	
- Afectividad	4,09	2,23	3,95	1,83	,38	,701	
- Comunicación	3,48	2,48	3,32	2,10	,38	,690	
- Satisfacción	5,34	2,93	5,31	2,56	,07	,943	
- Respuesta Sex	11,36	6,69	9,14	5,44	2,07	,048	
Afectación por Dolor	12,92	7,55	12,28	6,70	,51	,604	
Autoestima	27,24	6,82	28,31	5,68	-,97	,334	

Sabiendo que la coexistencia de una enfermedad no crónica ejerce influencia en lo relativo a problemas sexuales y problemas en la respuesta sexual, llevamos a cabo un análisis ANOVA para conocer si existían diferencias significativas dependiendo del tipo de afectación que se padece (del estado de ánimo, muscular, pulmonar e intestinal). Como se observa en la tabla 21, no se aprecian diferencias significativas.

Tabla 21. Análisis diferenciales en función del tipo de enfermedad no crónica

Variable	Estado de ánimo (n=10)		Muscular (n=24)		Pulmonar (n=15)		Intestinal (n=20)		F	p
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
Problemas sexuales	45,5	17,5	40,3	18,2	40,6	19,3	33,9	14,2	1,13	,346
- Rel. Sexuales	18,3	6,3	17,1	7,2	16,8	5,9	13,0	6,2	1,39	,259
- Afectividad	4,8	2,3	4,0	2,2	4,0	2,2	3,9	2,0	,39	,769
- Comunicación	3,7	2,6	3,7	2,6	3,4	2,3	3,0	2,4	,33	,809
- Satisfacción	5,8	2,1	5,5	3,2	5,0	2,9	5,0	2,7	,27	,849
- Respuesta Sex	13,0	6,4	11,7	6,3	13,0	8,5	8,9	4,7	1,71	,177
Afectación por Dolor	16,9	7,7	13,7	7,5	12,3	7,9	10,2	6,4	1,99	,125
Autoestima	25,1	5,8	26,0	7,8	27,6	6,1	28,9	5,9	1,03	,384

Variables predictoras de la autoestima y problemas sexuales

Después de conocer que variables independientes tenían una relación significativa con las variables dependientes del estudio, decidimos realizar un análisis de regresión mediante el método de pasos sucesivos con el fin de conocer cuáles de estas variables significativas son las que aportan más peso a la hora de explicar la varianza total de la variable dependiente.

En la Tabla 22 nos encontramos el primer análisis de regresión correspondiente a la dimensión Problemas sexuales. En él observamos las tres variables capaces de explicar más varianza para esta dimensión: Autoestima, Edad y Religión explicando las tres juntas un 20,6% de la varianza en problemas sexuales. La primera explica por sí sola un 10,9% del total, Edad es capaz de explicar un 6,9% adicional, mientras que Religión otro 2,8% (Tabla 22).

Tabla 22. Regresión prediciendo problemas sexuales

Variable	B	Beta	Error estándar	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estimación
Autoestima	-.843	-.343	.229	.343	.118	.109	14.514
Edad	.450	.281	.146	.441	.194	.178	13.940
Religión	-1.865	-.189	.882	.479	.229	.206	13.703

El segundo análisis de regresión corresponde a la dimensión Problemas sexuales atribuidos al dolor. Aquí es una única variable la que es capaz de explicar más varianza para esta dimensión: Tiempo desde que la pareja sufre dolor crónico. Esta variable médica es capaz de explicar por si sola un 30,4% del total de la dimensión (Tabla 22).

Tabla 23. Regresión prediciendo atribución de problemas sexuales al dolor

Variable	B	Beta	Error estándar	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estimación
Dolor Pareja Tiempo	.386	.606	.160	.606	.367	.304	5.919

El último análisis de regresión corresponde a la dimensión Autoestima. La dimensión Problemas sexuales explica un 12.1% de la varianza, mientras que la variable Tratamiento psicológico es capaz de explicar un 4.6% del total, el resto de variables tienen una menor carga sobre la dimensión de Autoestima. Ambas juntas explican el 16% de la varianza de autoestima.

Tabla 24. Regresión prediciendo autoestima

Variable	B	Beta	Error estándar	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estimación
Problemas Sexuales	-.140	-.358	.032	.358	.128	.121	5.91339
Tratamiento Psicológico	-2.689	-.214	1.021	.417	.174	.160	5.77995

Discusión

La salud sexual también constituye una dimensión importante de la calidad de vida general. Diferentes estudios han intentado evaluar a personas con afectación de próstata (Calais et al., 1996) e incontinencia urinaria (Herrera Pérez et al., 2008) entre otras afectaciones relacionadas directamente con la sexualidad y han encontrado un importante deterioro en la calidad percibida de sus relaciones además de un descenso en la calidad de vida general. Por tanto, como hemos encontrado durante la investigación, para mantener una buena calidad de vida resulta importante no dejar de prestar atención a los aspectos sexuales de las personas.

El presente estudio partió del interés por conocer cómo es la sexualidad y la autoestima de aquellas personas afectadas por una dolencia crónica. Posteriormente quisimos conocer qué variables son las que más afectan al ámbito sexual y la autoestima. A partir de la muestra de 130 mujeres recogida a lo largo del territorio nacional, ha sido posible conocer en qué estado se encuentra la sexualidad y la autoestima de estas personas, además de indagar en qué factores afectan significativamente sobre las variables objeto de estudio y en qué medida lo hacen. Concretamente, las variables estudiadas en este estudio pueden ser comprendidas dentro de dos grandes campos: las sociodemográficas y las referentes a aspectos médicos. Los demás factores pueden explicar su influencia sobre las relaciones sexuales y la autoestima a través de su incidencia sobre estos dos grandes grupos de variables.

Tras analizar los datos recogidos, se observó un importante deterioro tanto en la sexualidad como en la autoestima de las mujeres evaluadas. En lo que respecta al ámbito de la sexualidad encontramos importantes problemas en la subdimensión de Relaciones sexuales donde el 63.8% de las participantes declara no tener relaciones sexuales más de una vez por semana, el 46.2% considera que su vida sexual es completamente inactiva, y el 45.4% dice estar completamente insatisfecha con su vida sexual. A nivel del resto de subdimensiones (Afectividad, Comunicación, Satisfacción y Respuesta sexual) encontramos afectación aunque en menor medida). En cuanto a la autoestima, la puntuación media de la muestra nos indica que se encuentra en un nivel de autoestima inferior al encontrado en mujeres de la misma edad que no afectadas por dolor crónico. La baja autoestima ya ha sido asociada con muchas condiciones de salud crónicas (Hegarty, 2014). Los hallazgos obtenidos en esta investigación nos permiten constatar que a pesar de los avances científicos y tecnológicos, aún existe una alta proporción de pacientes que sufren a causa de la presencia de dolor.

Una vez llevadas a cabo las correlaciones y los análisis diferenciales observamos que la dimensión Problemas sexuales estaba relacionada con: edad, número de hijos, nivel de estudios, estado civil, pareja con dolor crónico, el tipo de tratamiento farmacológico, el uso de tratamiento alternativo, la coexistencia de enfermedades crónicas religión, las cinco subdimensiones que forman parte del propio constructo Problemas sexuales (relaciones sexuales, afectividad, comunicación, satisfacción y

respuesta sexual), además de con las dimensiones Autoestima y Afectación derivada del dolor. Tras realizar los respectivos análisis de regresión, se encontró como principal variable causante de la dimensión Problemas sexual la Autoestima, lo cual coincide con lo reportado por Moore et al. (2003) quienes encontraron que la Autoestima es el principal causante de la reducción en la satisfacción sexual. Las siguientes variables que mejor explicaban los problemas en esta dimensión fueron la edad, algo ya propuesto en 2003 (Moore et al., 2003), y la religión, una variable no descubierta antes por la literatura científica en estos pacientes.

Por su parte, la dimensión Afectación sexual derivada del dolor está relacionada con: tiempo desde que la pareja sufre dolor crónico, el tipo de dolor crónico secundario, adherencia al tratamiento farmacológico, autoestima y la dimensión Problemas sexuales junto a sus cinco respectivas subdimensiones. La presencia de dolor es fuente de trastornos psicológicos importantes que precisan atención y tratamiento especializado (Wolfe, 1997). Estamos ante un problema de elevada prevalencia, insuficientemente controlado y con importantes repercusiones sanitarias y socioeconómicas (Rull, 2004). En consonancia con nuestros resultados, Kreitler (1999) propone que el dolor aumenta con la edad y correlaciona con un mayor uso de servicios de salud y baja autoestima. Es importante señalar, no obstante, que si bien la frecuencia de aparición de los síntomas de disfunción sexual aumenta con la edad, la afectación personal respecto a esos síntomas disminuye con ésta (Moore et al., 2003). Tras realizar el análisis de regresión encontramos que el tiempo desde que la pareja sufre una dolencia crónica es la condición que mejor explica esta dimensión; este hallazgo tampoco había sido documentado en la literatura científica anterior, lo cual podría, en el caso de ser contrastado en posteriores investigaciones, ser una variable a tener en cuenta. Este descubrimiento nos lleva a pensar que posiblemente sea adecuado prestar más atención a los aspectos relacionales que van asociados al sexo, ya que no se trata de una práctica que implique aislamiento social, lo cual queda demostrado con estos datos, ya que el tiempo desde que la persona evaluada sufre dolor crónico no ejerce tanta influencia a la hora de explicar esta dimensión como lo hace el tiempo desde que la pareja está afectada.

Por último, la autoestima está relacionada con el nivel socioeconómico, la adherencia al tratamiento psicológico, la dimensión Afectación sexual derivada de dolor y la dimensión Problemas sexuales junto a sus cinco subdimensiones. Otra demostración que apoya la importancia del dolor crónico en la autoestima la encontramos en el estudio llevado a cabo por Elton (1978) en que las puntuaciones de autoestima de veinte pacientes con dolor crónico se compararon con los resultados de veinte pacientes con dolor 'orgánico' agudo y otros dos grupos de veinte personas, un grupo control de un adultos, y otro control de estudiantes y se observó que las puntuaciones en autoestima de los pacientes con dolor crónico fueron significativamente inferiores a los de los otros tres grupos, que no mostraron diferencias significativas entre sí. El análisis de regresión correspondiente a la dimensión Autoestima arroja que esta dimensión puede ser explicada principalmente por dos variables: Problemas sexuales y

tratamiento psicológico. Que los problemas sexuales afectan en la autoestima de la persona es algo que ha quedado demostrado en anteriores estudios (Basson, 2007; Gonzales et al. 2014). De la misma forma, la presencia de tratamiento psicológico también ha sido asociada a mayores niveles de autoestima en personas afectadas con dolor crónico (Bernard, 2000).

Todos estos estudios muestran que los pacientes con dolor crónico, en especial fibromialgia, presentan una elevada frecuencia de disfunción sexual y niveles de autoestima bajos. De todas formas, estos datos deben ser tomados con cautela y su generalización está limitada, ya que la generalización de datos queda sesgada por la no inclusión de hombres en la muestra final; además, la gran mayoría de muestra fue obtenida a partir de mujeres premenopáusicas y en un marco contextual hispano-europeo. Respecto a esta limitación, cabe señalar que, al menos en fibromialgia, se ha investigado más con mujeres por cuestiones de prevalencia de la enfermedad.

Es evidente la necesidad de que las investigaciones futuras en este campo se enmarquen en un mismo modelo, para de esta forma poder corroborarlo, modificarlo, ampliarlo, y en definitiva mejorarlo en pos de aumentar la calidad de vida de los afectados. Creemos útil que los hallazgos encontrados en la investigación científica sirvan en su utilización como guía durante el diseño de terapias. La relación entre los modelos teóricos y las técnicas terapéuticas siempre debe ser bidireccional (Keefe, Lumbley, Anderson, Lynch y Carson, 2001).

Conclusiones

El primer objetivo de este trabajo era analizar la sexualidad de las mujeres con dolor crónico y concretamente con fibromialgia, evaluada a través de distintas dimensiones como Relaciones sexuales, Afectividad, Comunicación, Satisfacción y Respuesta sexual. Los resultados obtenidos muestran que la esfera sexual de las participantes se halla afectada de forma importante, especialmente la subdimensión referente a las relaciones sexuales. Los problemas sexuales encontrados están en relación con la edad, número de hijos, nivel de estudios, estado civil, religión, pareja con dolor crónico, el tipo de tratamiento farmacológico, el uso de tratamiento alternativo, la coexistencia de enfermedades crónicas y la autoestima. Los factores más importantes respecto a la dimensión Problemas sexuales han demostrado ser la edad, la religión y la autoestima

El segundo era analizar hasta qué punto estas mujeres consideran que su sexualidad está afectada por el dolor crónico. Los datos han mostrado que las participantes consideran el dolor crónico como limitante en el ámbito de sus relaciones sexuales. La Afectación sexual derivada del dolor está relacionada con el tiempo desde que la pareja sufre dolor crónico, el tipo de dolor crónico secundario, adherencia al tratamiento farmacológico y la autoestima. El análisis de regresión ha señalado que el tiempo que la pareja ha estado sufriendo una enfermedad crónica es la variable que más afecta a la dimensión de la afectación sexual debido al dolor crónico.

El tercero objetivo de la investigación era analizar la autoestima de las mujeres afectadas por dolencias crónicas. Los resultados señalan que la autoestima de estas mujeres se encuentra en niveles por debajo de lo que cabría esperar en mujeres de su edad. Esta problemática está relacionada con el nivel socioeconómico, la adherencia al tratamiento psicológico, afectación sexual derivada del dolor y problemas sexuales. La dimensión Problemas sexuales y la variable Seguimiento de tratamiento psicológico son las que influyen más fuertemente la dimensión autoestima.

El cuarto y último objetivo era conocer qué factores sociodemográficos y médicos guardan relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico. Como más arriba hemos detallado, se ha demostrado que tanto factores sociodemográficos (edad, nivel de estudios, religión) como médicos (seguimiento de un tratamiento farmacológico, psicológico y alternativo; tiempo desde que comenzó su dolencia y la de su pareja; existencia y modalidad de un dolor crónico secundario, y la coexistencia de otra enfermedad no crónica) influyen directamente en las relaciones sexuales y la autoestima.

Tras haber analizado los resultados de forma pormenorizada podemos decir que se encuentran en consonancia con las hipótesis planteadas al principio del trabajo. Las mujeres afectadas por dolor crónico presentan afectación en diferentes dimensiones de su sexualidad; las mujeres afectadas por

dolor crónico considerarán que su sexualidad está afectada por el dolor crónico; la autoestima de mujeres afectadas por dolor crónico se encuentra en niveles bajos; diferentes factores sociodemográficos se relacionan con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico y, por último, diferentes factores médicos están en relación con la salud sexual y la autoestima de las mujeres con dolor crónico.

Uno de los problemas encontrados durante el estudio fue que la muestra estaba compuesta únicamente por población femenina. Esto se debe a razones propias de la enfermedad estudiada de manera que los estudios futuros deben tratar de encontrar la igualdad de género con el fin de encontrar resultados más estables, de esta manera será posible generalizar los datos a toda la población afectada, y no sólo a las mujeres.

Para finalizar solamente queremos resaltar que, aunque existe bastante literatura sobre las condiciones de vida a las que se enfrentan las personas que padecen algún tipo de dolor crónico, desgraciadamente la aplicación de tratamientos auténticamente interdisciplinarios debe seguir mejorando (Loeser y Melzack, 1999). Dado que no existe cura para la fibromialgia, el objetivo final del tratamiento debe ser mejorar los síntomas y la funcionalidad del paciente para terminar mejorando su calidad de vida, incluyendo por supuesto la dimensión sexual.

Bibliografía

Aaron, L. A., y Buchwald, D. (2001). A review of the evidence for overlap among unexplained clinical conditions. *Annals of Internal medicine*, 134, 868-881.

Almay, B. G. (1987). Clinical characteristics of patients with idiopathic pain syndromes. Depressive symptomatology and patient pain drawings. *Pain*, 29(3), 335-346.

Alonso, L. A. M., García, F. J. C., y Franco, L. R. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 331-339.

Lario, B., Valdivieso, J. L., y López, J. (1996). Síndrome de fibromialgia: características clínicas de las pacientes españolas. *Revista Española de Reumatología*, 23, 76-82.

Anguita, J. C., Labrador, J. R., y Candel, J. P. (2001). Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Medicina clínica*, 116(20), 789-796.

Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., y Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(8), 1219-1225.

Basson, R. (2007). Sexuality in chronic illness: no longer ignored. *The Lancet*, 369(9559), 350-352.

Bernard, A. L., Prince, A., y Edsall, P. (2000). Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care & Research*, 13(1), 42-50.

Bonet, J. V. (1997). *Sé amigo de ti mismo: manual de autoestima*. Editorial Sal Terrae.

Branco, J. C., Bannwarth, B., Failde, I., Carbonell, J. A., Blotman, F., Spaeth, M., y Matucci-Cerinic, M. (2010). Prevalence of fibromyalgia: a survey in five European countries. *Seminars in arthritis and rheumatism*, 39(6), 448-453.

Calais, D. S. F., Marquis, P., Deschaseaux, P., Gineste, J. L., Cauquil, J., y Patrick, D. L. (1996). Relative importance of sexuality and quality of life in patients with prostatic symptoms. Results of an international study. *European urology*, 31(3), 272-280.

Carmona, L. (2001). Proyecto EPISER 2000: Prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. Metodología, resultados del reclutamiento y características de la población. *Revista Española de Reumatología*, 28(1), 18-25.

Carlsson, A. M. (1986). Personality characteristics of patients with chronic pain in comparison with normal controls and depressed patients. *Pain*, 25(3), 373-382.

- Casals, M., y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico: Estudio ITACA. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(5), 260-269.
- Clauw, D. J., Arnold, L. M., y McCarberg, B. H. (2011). The science of fibromyalgia. *Mayo Clinic Proceedings*, 86(9), 907-911
- De Gracia, M., Marcó, M., Ruiz, J., y Garabieta, F. (2001). Evaluación de los aspectos psicológicos de la fibromialgia. *Análisis y modificación de conducta*, 27(116), 959-980.
- De Rogatis, L. R., y Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The journal of sexual medicine*, 5(2), 289-300.
- Elton, D., Stanley, G. V., y Burrows, G. D. (1978). Self-esteem and chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, 22(1), 25-30.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human relations*, 7(2), 117-140.
- Gatchel, R. J., y Weisberg, J. N. (2000). *Personality characteristics of patients with pain*. American Psychological Association.
- Gibbons, F. X., y Buunk, B. P. (1999). Individual differences in social comparison: development of a scale of social comparison orientation. *Journal of personality and social psychology*, 76(1), 129.
- González, M. I., Rodríguez, B. T., González, M., y Haza, U. J. (2014). Sexualidad en un Grupo de Mujeres Cubanas con Cáncer de Mama. *Revista Sexología y Sociedad*, 13(34).
- Haley, W. E., Turner, J. A., y Romano, J. M. (1985). Depression in chronic pain patients: relation to pain, activity, and sex differences. *Pain*, 23(4), 337-343.
- Harding, S. M. (1998). Sleep in fibromyalgia patients: subjective and objective findings. *The American journal of the medical sciences*, 315(6), 367-376.
- Hegarty, D., y Wall, M. (2014). Prevalence of stigmatization and poor self-esteem in chronic pain patients. *Journal of Pain & Relief*, 3(2), 3-6. doi:10.4172/2167-0846.1000136.
- Pérez, A., Hernández, J., Espinoza, C., Zamora, J., y Neira, F. (2008). Calidad de vida y función sexual en mujeres postmenopáusicas con incontinencia urinaria. *Actas urológicas españolas*, 32(6), 624-628.
- Hudson, J. I., y Pope, H. G. (1989). Fibromyalgia and psychopathology: is fibromyalgia a form of affective spectrum disorder? *The Journal of rheumatology*, 19, 15-22.
- International Association for the Study of Pain (1986). Classification of chronic pain. *Pain*, 3, 19-32.

- Kaplan, H. S. (1980). *The new sex therapy* (pp. 363-377). Springer US.
- Keefe, F. J., Lumley, M., Anderson, T., Lynch, T., y Carson, K. L. (2001). Pain and emotion: new research directions. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 587-607.
- Kreitler, S. (1999). Denial in Cancer Patients: Psychosocial Issues. *Cancer investigation*, 17(7), 514-534.
- Lindau, S. T., y Gavrilova, N. (2010). Sex, health, and years of sexually active life gained due to good health: evidence from two US population based cross sectional surveys of ageing. *BMJ*, 340.
- Loeser, J. D., y Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, 353(9164), 1607-1609.
- Masters, W. H., y Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response* (pp. 223-276). Boston: Little, Brown & Co.
- Melzack, R., y Casey, K. L. (1968). Sensory, motivational, and central control determinants of pain. *The skin senses* (pp. 423-439).
- Merskey, H. E. (1986). Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, 226-238.
- Montes, M. L. (2006). Calidad de vida. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 18(1), 5-16.
- Moore, T. M., Strauss, J. L., Herman, S., y Donatucci, C. F. (2003). Erectile dysfunction in early, middle, and late adulthood: Symptom patterns and psychosocial correlates. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29(5), 381-399.
- Moreira, E. D., Brock, G., Glasser, D. B., Nicolosi, A., Laumann, E. O., Paik, A. y Gingell, C. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Clinical Practice*, 59(1), 6-16.
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., y Jiménez, R. V. M. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira, E. D., Paik, A., y Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.

Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Brock, G., King, R., y Gingell, C. (2006). Sexual activity, sexual disorders and associated help-seeking behavior among mature adults in five Anglophone countries from the Global Survey of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 32(4), 331-342.

Organización Mundial de la Salud (1948). World Health Organization Constitution. Ginebra, Suiza.

Orellana, C., Casado, E., Masip, M., Galisteo, C., Gratacós, J., y Larrosa, M. (2008). Sexual dysfunction in fibromyalgia patients. *Clinical & Experimental Rheumatology*, 26(4), 663.

Pereira, L. V., Vasconcelos, P. P., Souza, L. A. F., Araújo, G., Nakatani, A., y Bachion, M. (2014). Prevalencia, intensidad de dolor crónico y autopercepción de la salud entre ancianos: estudio de base poblacional. *Revista Latino-América Enfermagem*, 22(4), 662-9.

Pérez-Pareja, J., Borrás, C., Palmer, A., Sesé, A., Molina, F., y Gonzalvo, J. (2004). Fibromialgia y emociones negativas. *Psicothema*, 16(3), 415-420.

Queiroz, L. P. (2013). Worldwide epidemiology of fibromyalgia. *Current pain and headache reports*, 17(8), 1-6.

Rico-Villademoros, F. (2014). Evaluación de la función sexual en mujeres y hombres con fibromialgia. Tesis doctoral. Universidad de Granada.

Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rull, M. (2004). Abordaje multidisciplinar del dolor de espalda. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(3), 119-121.

Ryan, S., Hill, J., Thwaites, C., y Dawes, P., (2008). Assessing the effect of fibromyalgia on patients. *Nurs Stand*, 23, 35-41.

Shaver, J. L., Wilbur, J., Robinson, F. P., Wang, E., y Buntin, M. S. (2006). Women's health issues with fibromyalgia syndrome. *Journal of Women's Health*, 15(9), 1035-1045.

Soucase, B., Monsalve, V., Soriano, J. F., y De Andrés, J. (2004). Estrategias de afrontamiento ante el dolor y calidad de vida en pacientes diagnosticados de fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(6), 353-369.

Terol, M., Neipp, M., Lledó-Boyer, A., Pons, N., y Bernabé, M. (2012). Comparación Social y variables psicosociales relacionadas: una revisión de cáncer y dolor crónico.

Terol, C., Neipp, C., y Lledó-boyer, A. (2012). Comparación social y variables psicosociales relacionadas : una revisión de cáncer y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 28, 327–337.

Van Houdenhove, B., Vasquez, G., y Neerinckx, E. (1994). Tender points or tender patients? The value of the psychiatric in-depth interview for assessing and understanding psychopathological aspects of fibromyalgia. *Clinical rheumatology*, 13(3), 470-474.

Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological bulletin*, 90(2), 245.

Wolfe, F. (1997). The relation between tender points and fibromyalgia symptom variables: evidence that fibromyalgia is not a discrete disorder in the clinic. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 56(4), 268-271.

World Health Organization. (1996). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability.

Anexos



Protocolo de datos

Sexo:

- Varón Mujer

Edad: _____

Estado civil:

- Soltero/a Separado/a o divorciado/a
 Casado/a Viudo/a

Número de hijos/as: _____

Edades de los hijos/as: _____

Nivel de estudios:

- Sin estudios FPII
 Estudios primarios Diplomado
 Graduado escolar Licenciado
 FPI Doctorado o máster

Religión:

- Católico practicante
 Católico no practicante
 Practicante en otras religiones
 Creyente no practicante en otras religiones
 Ateo o agnóstico

Profesión: _____

Situación laboral actual:

- En activo
- Estudiante
- En desempleo
- Amo/a de casa
- Incapacidad transitoria
- Incapacidad permanente
- Jubilado/a

Nivel socio-económico:

- Bajo
- Medio
- Alto

¿Tiene fibromialgia?

- SI
- NO

¿Desde hace cuánto tiempo?: _____

¿Y otro dolor de tipo crónico distinto a la fibromialgia?

- SI
- NO

En caso afirmativo, especifique cuál: _____

¿Desde hace cuánto tiempo?: _____

¿Tiene su pareja fibromialgia u otro tipo de dolor crónico? _____

En caso afirmativo, especifique cuál: _____

¿Desde hace cuánto tiempo?: _____

¿Sigue algún tratamiento farmacológico? _____

Especifique cuál:

¿Sigue algún tratamiento psicológico? _____

Especifique cuál:

¿Sigue otro tipo de tratamientos? _____

Especifique cuál:

¿Actualmente, padece algún tipo de enfermedad diferente a éstas?

- SI
- NO

En caso afirmativo, indique cuál y desde hace cuánto tiempo; _____

¿Ha tenido en el pasado alguna enfermedad que considere importante?

- SI
- NO

En caso afirmativo, indique cuál y cuándo la tuvo; _____

Anexo 2

CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD PARA PACIENTES DE DOLOR CRÓNICO *(Ballester, R. y Ruiz, E., 2010)*

Marque con una cruz el grado en que está de acuerdo con cada afirmación que aparece a continuación.

No hay respuestas buenas o malas. Simplemente se trata de que sea lo más sincero/a posible acerca de cómo experimenta su sexualidad.

POR FAVOR, ES IMPORTANTE NO DEJAR NINGUNA PREGUNTA EN BLANCO. Excepto en aquellas cuestiones en las que sea imposible contestar por no tener pareja en la actualidad.

RELACIONES SEXUALES	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
1) Considero que mi vida sexual es activa.				
2) Tengo relaciones sexuales más de una vez por semana.				
3) Realizo otras prácticas sexuales diferentes al coito (penetración).				
4) Con frecuencia cuando mi pareja me propone tener relaciones, le digo que no me apetece.				
5) Cambiaría muchas cosas de mis relaciones sexuales.				
6) Me pongo tenso/a y nervioso/a cuando mi pareja quiere tener relaciones sexuales.				
7) Considero las relaciones sexuales un aspecto muy importante en la relación de pareja.				
8) Pienso que mi cuerpo no tiene suficiente atractivo sexual para mi pareja.				
9) Temo decepcionar a mi pareja en las relaciones sexuales.				
10) Cuando hacemos el amor estoy deseando que se acabe.				
11) A veces tengo relaciones sexuales por mi pareja.				

AFECTIVIDAD	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
12) A lo largo del día compartimos contactos físicos (caricias, abrazos,...) que me hacen sentir bien.				
13) Disfruto abrazando, acariciando,... a mi pareja.				
14) Creo que no recibo todo el afecto que quiero por parte de mi pareja.				

COMUNICACIÓN	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
15) Me gustaría cambiar la forma en que nos comunicamos mi pareja y yo				
16) Me resulta difícil explicar a mi pareja lo que me gusta o disgusta de las relaciones sexuales				
17) Pienso que mi pareja no me entiende cuando hablamos de temas sexuales				

SATISFACCIÓN	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
18) Creo que mi pareja solo está interesado/a en su propio placer				
19) En ocasiones las relaciones sexuales no me dejan satisfecha pero temo decírselo a mi pareja				
20) Estoy satisfecho/a con mi vida sexual				
21) Me siento satisfecho/a con la cantidad de tiempo que dedicamos mi pareja y yo al juego previo / juegos sexuales				

PROBLEMAS EN LA RESPUESTA SEXUAL	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
22) Evito tener relaciones sexuales con mi pareja				
23) Siento falta de interés hacia el sexo				

24) Considero que tengo problemas para excitarme				
25) Soy capaz de alcanzar el orgasmo				
26) Tengo pensamientos negativos mientras estoy haciendo el amor con mi pareja				
27) Noto que mi vagina lubrica (se humedece) menos que antes				
28) Siento dolor cuando realizo el coito con mi pareja				
29) Me siento excitado/a durante las caricias previas (juegos previos)				
30) Cuando tengo relaciones sexuales siento con frecuencia asco o desagrado				

Por favor, conteste solo en caso que sufra algún tipo de dolor crónico, marcando con una cruz el grado en que está de acuerdo con cada afirmación que aparece a continuación.

DOLOR	Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo
31) El dolor me impide tener las relaciones sexuales				
32) A causa del dolor mis relaciones sexuales son insatisfactorias				
33) Si tengo dolor en mi cuerpo cuando estoy teniendo relaciones sexuales no puedo pensar en otra cosa				
34) A causa del dolor rechazo tener relaciones sexuales con mi pareja				
35) A causa del dolor la frecuencia de mis relaciones sexuales ha disminuido				
36) A causa del dolor la calidad de mis relaciones sexuales se ha deteriorado				
37) A causa del dolor, normalmente no tengo ganas de hacer el amor				
38) Por culpa de mi dolor mi pareja no disfruta más las relaciones sexuales				

