



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

SOBRE LA PRACTICA

La sexualidad en enfermas mastectomizadas

Sexual functioning post-mastectomy patients

María Dolores LOPEZ PEREZ (*), Aquilino POLAINO LORENTE (**),
Pilar ARRANZ (*), María Jesús GRANDA (*),
y Francisco CALERO CUERDA (***)

RESUMEN

Se ha realizado un estudio sobre cambios en las relaciones sexuales en 58 pacientes de cáncer de mama con objeto de evaluar: (a) El impacto de la mastectomía sobre sus comportamientos sexuales; y (b) La posible relación de ciertas variables psicológicas (ansiedad, depresión, auto-concepto y lugar de control) con dichos cambios.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios: Hamilton, Beck, Técnica Q de Fierro, la escala adaptada por Reig de Wallston & Wallston y un cuestionario específico para valorar cambios en las relaciones sexuales.

Los resultados obtenidos muestran que un 48% de mujeres experimentan cambios negativos en sus relaciones sexuales. Las correlaciones obtenidas entre las variables psicológicas estudiadas y los cambios en la conducta sexual no superaron el valor crítico (0,26) para un nivel de confianza del 95%. Sin embargo se encontró una correlación significativa ($r=0,46$ entre los cambios encontrados en la conducta sexual y la no aceptación de su imagen corporal post-mastectomía.

ABSTRACT

A study on sexual attitudes and behavioral changes has been conducted in 58 patients diagnosed with breast cancer. The aims consisted in assessing (a) the mastectomy impact in their sexuality and (b) the possible relationship between several psychological variables (anxiety, bereavement, self-concept and locus of control) with the aforementioned changes.

The following questionnaires were used as methods: Hamilton, Beck, Self-Concept (Q Fierro), Reig adapted scale from Wallston & Wallston and specific questionnaire on sexual attitudes and behavioral changes.

The results showed an increase in negative sexual attitudes and behavioral changes in 48% of the patients after their mastectomy. We have not found any significant relationship between

(*) Psicólogas clínicas. Hospital "La Paz". Madrid.

(**) Catedrático de Psicopatología. Universidad Complutense. Madrid.

(***) Jefe de Servicio de Patología de la Mama. Hospital "La Paz". Madrid.

the psychological variables and the sexual behavioral changes studied. However of their patients who have an attitude of non-accepted body image showed an increase in the difficulties regarding their sexuality ($r=0,46$).

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama. Sexualidad. Mastectomía. Ansiedad. Autoconcepto. Depresión. Lugar de Control.

KEY WORDS

Breast cancer. Sexuality. Mastectomy. Anxiety. Self-concept. Depression. Locus of control.

INTRODUCCION

Los estudios que aportan una información precisa sobre las reales implicaciones psico-sexuales de los pacientes con cáncer son muy escasos, si bien, en la mayoría de los trabajos sobre enfermas mastectomizadas por cáncer de mama, se hace referencia a la repercusión de la ablación de la mama sobre las relaciones sexuales (*American Cancer Society, 1978*), dichos estudios suelen ser retrospectivos y estiman que entre el 21 % y el 39 % de estas mujeres sufren algún tipo de problema sexual (*Meyerowitz, 1980*).

Las disfunciones sexuales pueden aparecer como consecuencia tanto del valor funcional del cuerpo, como de su valor estético. En relación al aspecto funcional el embarazo puede incidir desfavorablemente en la evolución de estas pacientes. Esta limitación puede afectar la relación sexual, bien disminuyendo el número de coitos por miedo al embarazo, bien llevando a prácticas anticonceptivas que no satisfagan a la pareja, o psicológicamente, pues la pérdida de la potencialidad creadora puede representar un trauma para algunas mujeres, especialmente para las nulíparas.

En cuanto al valor estético, la mujer con la mama mutilada, se puede sentir diferente y vergonzosa de permanecer así delante de su

pareja, introduciendo cambios en sus relaciones sexuales que pueden ser perjudiciales para la buena comunicación sexual entre ellos (*López Pérez, 1990; Rondon, 1987*).

Andersen (1986), estima que las mujeres con cáncer de mama, suelen referir la aparición de dificultades sexuales entre el tercer y cuarto mes después de la mastectomía, y que en su mayoría no se han resuelto pasados dos años.

En cuanto al tipo de disfunción, las mujeres con cáncer de mama tienden a disminuir el juego amoroso (*kissing*) lo que parece un rechazo de los contactos íntimos (abrazos y caricias). Paralelamente, los maridos de estas mujeres se sienten inhibidos a la hora de abrazar o besar a su esposa, por miedo a hacerla daño. Aparece una estrecha relación entre su imagen corporal y su vida sexual. El número de coitos no se modifica de forma notable, especialmente porque la mujer manifiesta que para ella es importante tener en cuenta el placer de su pareja; y hay también una disminución del deseo sexual (*Andersen, 1985a; 1985b*).

De lo anteriormente expuesto podemos considerar a las pacientes con cáncer de mama, como un grupo de alto riesgo de padecer disfunciones sexuales. La sexualidad de este colectivo tiene ciertas características propias: la ablación de una mama, con la

repercusión que tiene sobre la imagen corporal; y las consecuencias que se derivan de ella, cambiando la significación que el pecho tiene para la mujer, que de ser una zona erógena, pasa a ser una zona que recuerda la enfermedad y el peligro de muerte.

Para poder valorar adecuadamente la sexualidad en estas mujeres es importante conocer:

1. La valoración que cada mujer hace de su pecho.
2. La afectación de la mutilación sobre su autoestima.
3. El rol del marido dentro de las relaciones sexuales.

Con el objeto de evaluar los cambios que se pueden producir en las actitudes y comportamientos sexuales que con mayor frecuencia aparecen en este tipo de pacientes como consecuencia del diagnóstico y tratamiento oncológico y su posible correlación con ciertas variables psicológicas, nos planteamos el siguiente estudio.

MATERIAL Y METODO

La muestra consta de 58 mujeres con cáncer de mama que acuden a consulta para revisión médica, con edades comprendidas entre 28 y 59 años ($X=42,05$ y $D.T.=6,6$). En el momento del estudio no están recibiendo ningún tipo de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, etc.), no tienen metástasis y presentan signos de evolución favorable. El tiempo transcurrido entre la mastectomía y la entrevista es variable, siendo la media de 2,05 años (rango entre 0,01 y 10,8 años).

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- Autoconcepto (técnica Q de Fierro).
- Depresión (Beck).
- Lugar de control (escala de Wallston & Wallston, adaptada por Reig).
- Ansiedad (escala de Hamilton).
- Específico para valorar cambios en las relaciones sexuales (López).

- Específico para identificar las características sexuales de la población estudiada (López) (viene anexo).

Los datos numéricos obtenidos fueron sometidos a análisis de correlación múltiple siendo el valor crítico de (0,26) con nivel de confianza del 95%.

DISCUSION Y RESULTADOS

Los datos encontrados respecto a las características sexuales de la población estudiada se exponen a continuación.

La información sexual recibida fue muy baja y cuando la hubo, fue proporcionada habitualmente por amigas o hermanas, y muy raramente por los progenitores. Creemos que los datos de este parámetro en la muestra estudiada son muy parecidas a los de cualquier muestra de la población española de mujeres de esa misma edad y procedencia (Tabla 1).

La edad de la *primera menstruación* osciló entre los 12 y 13 años, no constituyendo un grupo demasiado precoz. Algunos autores han relacionado la menarquia con el cáncer, estableciendo la siguiente correlación: a más larga vida reproductiva, mayor posibilidad de padecer cáncer (MacMahon, 1973; Cucick, 1986).

La edad de la primera relación sexual aconteció alrededor de los 23 años. Un 74% de las mujeres estudiadas referían no haber experimentado relaciones satisfactorias en su primer coito y un 19% expresaron no haber mantenido relaciones sexuales (Tabla 2).

La satisfacción en las relaciones que mantienen en la actualidad, referida al tiempo en que tuvo lugar la entrevista, se elevó hasta un 83% (Tabla 3).

Las *relaciones prematrimoniales*, en general carentes de promiscuidad las habían mantenido un 35% y *relaciones extramatrimoniales* un 7,4% (Tabla 4).

La duración de la pareja, por término medio, oscilaba entre 16 y 17 años, y la frecuencia media de realización del acto sexual fue de dos veces por semana.

El método anticonceptivo más utilizado fue el coitus interruptus, seguido de la utilización del preservativo. La ligadura de trompas y la vasectomía habían sido efectuadas en su mayoría, con posterioridad al diagnóstico de cáncer (Tabla 5).

Tabla 1
Información sexual recibida (N = 58)

	Sí	No
Total	22%	78%

Tabla 2
Satisfacción primera relación (N = 47)

	Sí	No
Total	26%	74%

Tabla 3
Satisfacción relaciones actuales (N = 47)

	Sí	No
Total	83,33%	16,77%

Tabla 4
Tipo de relaciones sexuales (N = 47)

	Prematrimoniales		Extramatrimoniales	
	Sí	No	Sí	No
Total	35,18%	64,82%	7,4%	92,6%

Tabla 5
Métodos anticonceptivos empleados (N = 47)

	Total
Ligadura de Trompas	9,26%
Esterilidad	7,41%
Coito interruptus	24,07%
Diafragma	14,81%
Preservativo	18,51%
Píldora	16,68%
Vasectomía	3,71%
Ninguno	5,55%

Los resultados obtenidos en el cuestionario sobre los cambios en las relaciones sexuales se describen a continuación: (Tabla 6).

Tabla 6
Cambios en las relaciones sexuales (N = 58)

Sin cambios	(4)	6,90%
Leves	(15)	25,86%
Moderados	(17)	29,32%
Graves	(11)	18,96%
Sin relaciones	(11)	18,96%

Si agrupamos los resultados en dos categorías: (a) las mujeres que no experimentaron cambios, o estos fueron muy leves después de su mastectomía (32,76%), y (b) aquellas mujeres que tuvieron cambios importantes en sus relaciones sexuales, después de la ablación de la mama (48,28%), la diferencia entre ambos grupos no es significativa.

En un trabajo realizado en nuestro país por Augusto-César (1985) en 80 mastectomizadas, encontró que se produjo una mejoría en la conducta sexual en un 6,25%, un empeoramiento en un 32,5%, desapareció en un 15%, y no experimentó cambios en un 17,5%. Estas cifras reflejan que más de un 45% de las pacientes refieren unas relaciones sexuales menos gratificantes que antes de la cirugía, resultados comparables a los obtenidos en este estudio.

Otro de los objetivos planteados que consideramos de especial relevancia consistió en comparar estos dos grupos respecto de las

cuatro variables psicológicas que mayor relación parecen tener con los cambios en las relaciones sexuales (Tabla 7).

Tabla 7

Comparación entre los cambios en las relaciones sexuales y variables psicológicas [puntuaciones directas] (N=30)

Grupos	Sin cambios	Graves
Autoconcepto	70,2%	66,6%
Depresión	4,1%	5,6%
Lugar de control	49,7%	48,9%
Ansiedad	8,3%	11,8%

Tabla 8

Retraso en reanudar las relaciones sexuales (N=47)

	Sí	No
Total	46%	54%

No existen diferencias significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables estudiadas, aunque se puede observar que si bien el lugar de control permanece prácticamente invariable, hay una ligera tendencia a que las pacientes que experimentan más cambios negativos en sus relaciones sexuales puntúen más alto en depresión y ansiedad y más bajo en autoconcepto.

La correlación más significativa la encontramos entre los cambios en las relaciones sexuales y los cambios en la imagen corporal ($r=0,46$). Aquellas mujeres que tienen un mayor rechazo de su imagen corporal coinciden con las que presentan mayores cambios negativos en sus actitudes y comportamientos sexuales. Nuestros resultados están en línea con los obtenidos por Andersen (1986), quien refiere la estrecha relación existente entre la imagen corporal alterada y las dificultades sexuales.

Los ítems que con mayor frecuencia reflejan cambios son los siguientes: disminución de frecuencia en las relaciones sexuales ($r=0,80$), descenso en la mujer de la libido sexual ($r=0,70$) y sentimiento de ser menos

deseada ($r=0,61$). En cuanto al deseo sexual del varón, solamente en un caso, claramente, la mujer verbalizó que hubiese rechazo; el resto manifestaba no haber percibido cambios evidentes en el deseo sexual de su pareja, por lo que eran inferidos de otras conductas; correlacionaban positivamente con disminución de la frecuencia ($r=0,46$) y cambios en sentirse deseada ($r=0,49$).

Aquellas pacientes que habían introducido ciertas modificaciones en el curso de sus relaciones, como apagar la luz o no dejarse acariciar el pecho, correlacionaban con aquellas que tenían relaciones sexuales sin llegar a desnudarse ($r=0,50$) verbalizando que se percibían como menos deseables.

Un 46% de las pacientes mostraron un retraso en reanudar la actividad sexual (Tabla 8). Hemos podido observar que las mujeres que dentro de los quince primeros días, después de la operación, reanudan sus relaciones sexuales, no tienen o tienen menos problemas sexuales y aceptan mejor la mastectomía, que aquellas pacientes que las retardan.

Estos resultados pueden obedecer a diferentes causas como prescripción o consejo del médico, miedo a sentir daño o dolor etcétera.

Sutherland (1981), considera que en muchos cancerosos existe la creencia de que el lugar operado es incapaz de soportar el más leve trauma y que podrían derivarse serias consecuencias de cualquier contacto físico un poco brusco, lo que constituye una de las razones por la que un gran número de mastectomizadas expresan miedo a reanudar las relaciones sexuales con sus maridos, alegando tener miedo a que la herida se abra. Otras mujeres tienen miedo a practicar una inspiración profunda por el mismo motivo (Manchon, 1977). Con frecuencia el marido suele reforzar o desencadenar estos miedos, temiendo hacer daño a su pareja, lo que suele ser interpretado por la esposa como rechazo hacia su cuerpo mutilado.

La disminución del deseo sexual en el 57,5% de las pacientes y la contestación afirmativa al ítem relativo a los cambios de apa-

gar la luz y no dejarse acariciar el pecho (56,5%), están en línea con los hallazgos comunicados por Andersen (1986), en cuanto a la disminución del juego amoroso.

Aunque un 74% de las pacientes, presentan cambios en la relación sexual sólo aparecen auténticas dificultades sexuales en un 32%, resultado similar al obtenido en otros grupos de patología, como el 36% encontrado en pacientes que habían sufrido un infarto de miocardio (López Pérez, 1980), o el 41% encontrado en pacientes hemofílicos con sida VIH positivos (Arranz, 1986), e inferior al 50% encontrado en el caso de los pacientes con cáncer de testículo (Germá, 1984).

A la mayor parte de las mujeres les ocupa la reacción de sus cónyuges ante la mastectomía. La operación puede constituir una amenaza para el matrimonio (Holland, 1982). Por regla general, las relaciones maritales después de la cirugía, dependen del "status" del matrimonio previo al diagnóstico. Si éste se ha basado en una relación de apoyo mutuo, en el que existía un buen nivel de comunicación y una adecuada adaptación sexual, el matrimonio tiene grandes probabilidades de que no se deteriore. Pero si ha predominado la tensión, rechazo o desconfianza e incompatibilidad sexual, la relación tiene muchas más probabilidades de deteriorarse después de la mastectomía (Bard y Sutherland 1955; Derogatis, 1980; Maguire, 1984). Los cambios en las relaciones sexuales, principalmente, dependerán de cómo sean los dos miembros de la pareja, de su capacidad para adaptarse a la nueva situación, de cómo superen sus miedos y de cómo hagan frente a la nueva realidad.

Es muy importante la actitud de la pareja, que puede extinguir, suscitar o acrecentar ciertas actitudes fóbicas en la mujer.

Se ha observado que la participación del cónyuge en la toma de decisiones, la frecuencia de sus visitas al hospital, la reanudación de las relaciones sexuales y el hecho de que el hombre contemple el cuerpo de su pareja tras la cirugía, son aspectos fundamentales para mantener una buena relación entre ellos (Wellisch, Jamison y Pasnau, 1978).

Queda pendiente un aspecto muy importante por tratar. Si con frecuencia se da un alto porcentaje de mujeres que presentan problemática sexual después de la mastectomía, ¿a quién piden información, o acuden para resolver sus problemas? Lief (1978), refleja que sólo un 10% de las mujeres hablan con su médico de sus preocupaciones sexuales y que por lo tanto, el mayor porcentaje de mujeres se quedan sin poder hablar con nadie de sus preocupaciones o dificultades sexuales. Estos resultados merecen tenerse en cuenta a la hora de la intervención del médico con estas pacientes, pues podría serles muy beneficioso hablar de su conflictividad sexual, teniendo en todo momento una actitud abierta y sin mostrar prisa y permitiendo que la paciente pueda abrirse o incluso, en ocasiones, tomando el propio médico la iniciativa. En segundo lugar teniendo la información y formación suficientes para resolver las cuestiones que se le planteen y, por último, teniendo un canal adecuado para remitir aquellos casos que sea por su complejidad o por el excesivo tiempo que requieren deban ser derivados a un experto (Polaino-Lorente, 1987).

No es suficiente la argumentación del médico, de que si la paciente no pregunta es que no le preocupa el tema; debe ser el propio médico el que aborde esta cuestión de forma sistemática.

Se ha comprobado que la información oportuna sobre el tipo de actividad sexual aconsejable, suministrada por el médico, evita que se establezcan determinadas dificultades sexuales que luego son más difíciles de resolver (Ortuño y López, 1979).

CONCLUSIONES

1. Un 74% de las pacientes mastectomizadas aquí estudiadas presentan en sus actitudes y comportamientos sexuales, cambios negativos importantes convirtiéndose el 32% de ellas en una disfunción sexual.

2. Estos cambios se mantienen a lo largo del tiempo, a no ser que se realice una intervención específica.

3. Existe una estrecha relación entre los cambios en la sexualidad y la no aceptación de la nueva imagen corporal post-mastectomía ($r=0,46$).

4. Se observa una débil relación entre depresión, ansiedad y deterioro de la sexualidad.

5. El principal cambio sexual que se produce en los resultados obtenidos en nuestra muestra es la disminución de la frecuencia del número de coitos, seguido del descenso del deseo sexual.

6. La mujer con dificultades sexuales y rechazo de su imagen corporal post-mastectomía suele referir, en la mayoría de los casos, una mejor aceptación de la realidad, por parte de sus parejas.

7. Se insiste y pone de manifiesto, lo importante que es el intento de orientar a la paciente y su cónyuge para tratar de solucionar estos problemas y trastornos de su conducta sexual.

REFERENCIAS

- American Cancer Society (1978): *Cancer Facts and Figures*. New York: The American Cancer Society, 31.
- Andersen, B. L., y Jochimsen, P. R. (1985a): Sexual functioning among breast cancer, gynecologic cancer, and healthy women. *Journal of Consulting and clinical psychology*. 53 (1), 25-33.
- Andersen, B. L. (1985b): Sexual functioning morbidity among cancer survivors. *Cancer* 55, 1835-1842.
- Andersen, B. L. (1986): Sexual difficulties for women following cancer. En: B. Anderson (ed) *Women with cancer. Psychological Perspectives*. New York: Springer-Verlag.
- Arranz, P.; Martín-Villar, J.; López, M. D., y Granda, M. J. et al. (1986): Los hemofílicos como grupo de riesgo: modelo de intervención psicosocial. *Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*. 17 (8) 485-498.
- Augusto-César Blanco, A. (1985): *La sexualidad en las pacientes con cáncer de mama*. Tesis de Licenciatura. Madrid: Universidad Complutense de Medicina.
- Bard, M., y Sutherland, A. M. (1955): Psychological impact of cancer and its treatment. Adaptation to mastectomy. *Cancer* 8, 656-672.
- Barreto, P., y Forner, E. (1986): Introducción a la psicología oncológica. En: *Psicología clínica: trastornos bio-psicosociales*. Valencia: Promolibro.
- Cuzick, J.; Wang, D. Y., y Bulbrook, R. D. (1986): La prevención del Cáncer de Mama. *The Lancet (Ed. Esp.)* 8. (5), 328-331.
- Derogatis, L. (1980): Breast and Gynecologic Cancers *Front. Radiat. Ther. Onc.*, 14, 1-11.
- Germá, J. R., y Arcusa, M. A. (1984): Comportamiento sexual tras el diagnóstico y tratamiento del cáncer de testículo. *Medicina Clínica* 83, 567-571.
- Holland, J. C. (1982): Psychologic aspects of cancer. En: JF Holland y E. Freii (Ed.) *Cancer and Medicine*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- Lief, H. (1978): Sexual Concerns of mastectomy patients *Med. Aspects Hum. Sex.* 12, 1.
- López Pérez, M. D. (1980): *Aspectos psicosociales del paciente con un infarto de miocardio*. Tesis de Licenciatura. Madrid: Universidad Complutense de Psicología.
- López Pérez, M. D. (1988): *Aspectos psicológicos relacionados con la Imagen Corporal y la reconstrucción mamaria*. Madrid: Interlook-88.
- López Pérez, M. D. (1990): *Variables psicológicas en el cáncer de mama: Estudio y seguimiento*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- MacMahon, B.; Cole, P., y Brown, J. (1973): Etiology of Human Breast Cancer: A review. *Journal of the National Cancer Institute* 50. (1), 21-42.
- Maguire, G. P. (1984): The recognition and treatment of affective disorder in cancer patients. *International review of applied psychology* 33. (4), 479-493.
- Manchon, A. (1977): *Características psicológicas de un grupo de enfermas mastectomizadas. (MMPI)*. Tesis de Licenciatura. Madrid: Universidad Complutense.
- Masterson, J. (1984): Coping with mastectomy. The behavioral approach. *Psychology Today* 18. (12), 17-18.
- Meyerowitz, B. E. (1980): Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bull* 87, 108-131.
- Ortuño, F., y López Pérez, M. D. (1979): *La sexualidad del post-infartado, estudio del coste energético mediante Holler*. Barcelona: I Symposium Internacional de Holter.
- Polaino-Lorente, A. (1987): *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.
- Reznikoff, M. (1990): Breast cancer and psyche. A comprehensive psychological measurement of the correlates of breast cancer. *Journal of nervous and mental disease*. 178. 4.
- Rondon, J. A. (1987): Adaptación familiar y conyugal de pacientes con cáncer de mama. *Rev. del Hospital Psiquiátrico de "La Habana"* 28, (2), 289-295.
- Sutherland, A. M. (1981): Psychological impact of cancer and its therapy, CA-A. *Journal For Clinicians*. 31, 159-171.
- Wellisch, D. J.; Jamison, K. R., y Pasnau, R. O. (1978): Psychosocial aspects of mastectomy. II The man's perspective. *Amer. Journ. of Psychiat.* 135, (5), 543-546.

CUESTIONARIO PARA MEDIR CAMBIOS EN LAS RELACIONES SEXUALES

López Pérez, M. D. (1990): Ed. Experimental

RELACIONES SEXUALES

Fecha de la primera menstruación.

Información sexual recibida.

Primera relación sexual: edad satisfactoria

Relaciones prematrimoniales.

Relaciones extramaritales.

Relaciones con su pareja: frecuencia satisfactorias

Duración del matrimonio.

Métodos anticonceptivos.

1. Después de la mastectomía, ¿Cuánto tiempo tardó en volver a tener relaciones sexuales? ¿Por qué?
2. Cambios en sentirse deseada.
3. Cambios en la postura, caricias, etc.
4. Cambios en la frecuencia.
5. Cambios en el deseo sexual post-mastectomía.
6. Cambios en el deseo sexual de la pareja.
7. Hace el acto sexual con ropa.
8. Cambios en dejarse acariciar en el pecho.

RESULTADOS

0	1	2	3
Sin cambios	Leves	Moderados	Graves

CORRECCION

Más de 15 días:	1 punto	
Menos de 15 días:	0 puntos	
2, 3, 4, 5, 6, 7 u 8 días:	— Sí: 1 punto	— No: 0 puntos

Aceptación:	menos de 3 puntos
Leve:	de 3 o 4 puntos
Moderada:	de 5 o 6 puntos
Grave:	de 7 o 8 puntos