



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

INCIDENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL NIVEL  
DE SATISFACCIÓN SEXUAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
FÍSICO- MOTORA Y SIN DISCAPACIDAD

Autor: Isabel Vargas del Pino  
Director: Laura Bermejo Toro

Madrid  
Mayo 2015



**INCIDENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL  
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICO- MOTORA Y SIN DISCAPACIDAD.**

Isabel  
Vargas  
Del Pino

## ÍNDICE

- TÍTULO Y ABSTRACT..... Pág. 1.
- 1. INTRODUCCIÓN..... Págs. 2- 13.
- 2. MÉTODO..... Págs. 13-17.
  - 2.1) Participantes..... Págs. 13 y 14.
  - 2.2) Variables de estudio..... Pág. 14.
  - 2.3) Instrumentos..... Págs. 14 y 15.
  - 2.4) Diseño..... Pág. 15.
  - 2.5) Procedimientos..... Págs. 15 y 16.
  - 2.6) Análisis de datos..... Págs. 16 y 17.
- 3. RESULTADOS..... Págs. 17- 21.
- 4. DISCUSIÓN..... Págs. 22- 31.
- ANEXO I..... Págs. 32 y 33.
- BIBLIOGRAFÍA..... Págs. 34- 39.

# ***INCIDENCIA DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL NIVEL DE SATISFACCIÓN SEXUAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICO-MOTORA Y SIN DISCAPACIDAD***

## **ABSTRACT**

The aim of this study was to examine the impact of demographic variables such as Age, Gender, Birth Disabilities, Family Type, Severity of Disability, Practice and Religious Affiliation Type the psychological variable Sexual Satisfaction, comparing population with physical-motor disabilities and people without disabilities. A sample of 18 people with disabilities and people without disabilities and 31 completed the inventory *New Sexual Satisfaction Scale for social network users (NSS)*, consisting of 20 items. The statistics techniques used for data analysis were T-Student, Anova Unifactorial and Pearson Correlation. Statistically significant differences were found between Sexual Satisfaction (SS) and Sex, between the SS and Disability Possession and, between the SS and Severity of Disability. Also, statistically significant relationship between the SS and the age of the sample was found. However, no statistically significant differences between the level of SS and Type Couple, Practice of Religion and Religious Affiliation type found.

The results show the need to increase further research in order to promote the right to exercise sexuality healthy and pleasant way, making special emphasis on people who suffer from disabilities.

*Keywords:* Sexual Satisfaction, Sociodemographic Variables, Sexuality and physical-motor disabilities.

## **RESUMEN**

El objetivo de este estudio fue examinar la incidencia de variables sociodemográficas como la Edad, el Género, Tener Discapacidad, el Tipo de Pareja, la Severidad de la Discapacidad, la Práctica y Tipo de Afiliación Religiosa con la variable psicológica Satisfacción Sexual, comparando población con discapacidad físico- motora y población sin ningún tipo de discapacidad. Una muestra de 18 personas con discapacidad y 31 personas sin discapacidad completaron el inventario *Nueva Escala de Satisfacción Sexual para usuarios de redes sociales (NSS)*, compuesto por 20 ítems. Las técnicas estadísticas empleadas para el análisis de los datos, fueron T- Student, Correlación de Pearson y Anova Unifactorial. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la Satisfacción Sexual (SS) y el Sexo, entre la SS y la Posesión de Discapacidad y entre la SS y la Severidad de la Discapacidad. También, se encontró relación estadísticamente significativa entre la SS y la Edad de la muestra estudiada. En cambio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de SS y el Tipo de Pareja, la Práctica de la Religión y el Tipo de Afiliación Religiosa.

Los resultados muestran la necesidad de aumentar las investigaciones futuras con el fin de promover el derecho al ejercicio de la sexualidad de forma saludable y placentera, realizando especial énfasis en la población que padece algún tipo de discapacidad.

*Palabras clave:* Satisfacción Sexual, Variables Sociodemográficas, Sexualidad y Discapacidad físico- motora.

## ***1. INTRODUCCIÓN.***

En el presente estudio se quiere estudiar si la discapacidad físico-motora se asocia con el nivel de satisfacción sexual de la población, comparándola con sujetos sin ningún tipo de discapacidad. Además, se pretende analizar si variables de tipo sociodemográfico como la edad, el género, el tipo de pareja, la severidad de la discapacidad, la práctica de religión y el tipo de afiliación religiosa se relacionan con el grado de satisfacción sexual alcanzada por nuestra población objeto de estudio.

Con la finalidad de poder tener una mayor comprensión del tema que vamos a investigar, a continuación se definen los conceptos de Sexualidad, Discapacidad y Satisfacción Sexual, tres conceptos fundamentales para nuestro estudio:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles del género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas éstas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (OMS, 2011, p.2).

Antes de definir el concepto de discapacidad, es considerado fundamental el tener en cuenta que la experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esa condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales de experiencias, antecedentes y bases emocionales, construcciones psicológicas e intelectuales, hasta el contexto físico, social y cultural en el que la persona vive), ello da pie para sugerir la imposibilidad de crear un lenguaje transcultural común para las diferentes modalidades de la discapacidad. Y ello también porque no sólo las experiencias individuales de discapacidad son únicas, sino porque las percepciones y actitudes hacia la discapacidad son muy relativas, ya que están sujetas a

interpretaciones culturales que dependen de valores, contexto, lugar y tiempo sociohistórico, así como de la perspectiva del estatus social del observador. La discapacidad y su construcción social varían de una sociedad a otra y de una a otra época, y van evolucionando con el tiempo dentro de la experiencia de la salud. (Brogná, 2012).

A continuación, para distinguir el concepto de discapacidad de otros cercanos pero no idénticos, se van a definir los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía (OMS, 2013, p. 1).

- Una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Se trata de una disfunción a nivel orgánico.
- Una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Abarca cualquier restricción a nivel personal.
- Una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales). Hace referencia a la situación de desventaja a nivel de sociedad.

Por otra parte, existen diferentes grados de discapacidad y a cada grado se le asigna un determinado porcentaje de la misma. De este modo, queda establecida una orientación uniforme para determinar el nivel de la discapacidad con los siguientes grados (Real Decreto de Reconocimiento, Declaración y Clarificación del Grado de Minusvalía, 2000, p.5):

Grado 1: Discapacidad nula. Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria (AVD).

Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas.

Grado 3: Discapacidad moderada. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado.

Grado 4: Discapacidad grave. Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las AVD, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado.

Grado 5: Discapacidad muy grave. Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las AVD.

Con carácter general se establecen cinco categorías o clases, ordenadas de menor a mayor porcentaje, según la importancia de la deficiencia y el grado de discapacidad que origina (Real Decreto de Reconocimiento, Declaración y Clarificación del Grado de Minusvalía, 2000, p.5).

Estas cinco clases se definen de la forma siguiente:

CLASE I: Se encuadran en esta clase todas las deficiencias permanentes que han sido diagnosticadas, tratadas adecuadamente, demostradas mediante parámetros objetivos (datos analíticos, radiográficos, etc., que se especifican dentro de cada aparato o sistema), pero que no producen discapacidad.

La calificación de esta clase es 0 %.

CLASE II: Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad leve.

A esta clase corresponde un porcentaje de discapacidad comprendido entre el 1 y el 24 %.

CLASE III: Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los sistemas o aparatos, originan una discapacidad moderada.

A esta clase corresponde un porcentaje comprendido entre el 25 y 49 %.

CLASE IV: Incluye las deficiencias permanentes que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada uno de los aparatos o sistemas, producen una discapacidad grave.

El porcentaje que corresponde a esta clase está comprendido entre el 50 y 70 %.

CLASE V: Incluye las deficiencias permanentes severas que, cumpliendo los parámetros objetivos que se especifican en cada aparato o sistema, originan una discapacidad muy grave. Esta clase, por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria.

A esta categoría se le asigna un porcentaje del 75 %. (Real Decreto de Reconocimiento, Declaración y Clarificación del Grado de Minusvalía, 2000, p.5).

En cuanto a las causas o factores que originan la discapacidad, se tiene en cuenta la existencia de múltiples orígenes de la misma, tales como: enfermedades infecciosas adquiridas, lesiones causadas por accidentes de tráfico, lesiones causadas por accidentes laborales, violencia, pobreza, problemas al nacer, edad (vejez)..etc. (Amate y Vásquez, 2006).

A parte de existir diferentes orígenes de la discapacidad, las investigaciones revisadas, se configuran en torno a la clasificación según el criterio anatómico y funcional (Puga y Abellán, 2004), distinguiendo los siguientes tipos de discapacidad:

a) *Discapacidad Intelectual (Mental, Cognitiva.)*, que es una disminución en las habilidades cognitivas e intelectuales del individuo. Aquí encontraríamos discapacidades como el Retraso Mental, Síndrome de Down...

b) *Discapacidad Física (motora, motriz.)*: Quienes la padecen ven afectadas sus habilidades motrices. Algún ejemplo sería la Parálisis Cerebral, Espina Bífida....

c) *Discapacidad Sensorial*: Aquí se encuentran aquellas discapacidades relacionadas con la disminución de uno o varios sentidos. Dentro de esta clasificación, diferenciamos entre: *D. Auditiva, D. Visual o incluso D. Multisensorial*

d) *Discapacidad Psíquica*: Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando la persona presenta trastornos por el comportamiento adaptativo,



previsiblemente permanentes. Puede ser provocada por diversos trastornos mentales como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, de pánico, esquizomorfo y el Síndrome Orgánico. (Sierra, 2012).

La presente investigación estará dirigida a población con discapacidad física con diversos porcentajes de discapacidad o diversos grados de la misma: leve, moderada o grave.

Por otro lado, respecto a la prevalencia de discapacidad en la población española, si atendemos a los datos estadísticos que nos ofrece El Instituto Nacional de Estadística:

El número de personas con discapacidad alcanza los 3,8 millones, lo que supone el 8,5% de la población; un total de 608.000 personas con discapacidad viven solas en su hogar; 1,39 millones de personas no pueden realizar alguna de las actividades básicas de la vida diaria sin ayuda; 269.000 personas que residen en centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos tienen alguna discapacidad; cuatro de cada 10 personas de seis y más años con discapacidad tienen deficiencias en huesos y articulaciones” (INE, 2008).

Según datos del INE del año 2008, la discapacidad física afecta en España a 1,55 millones de personas y su incidencia es mayor en mujeres. Las otras discapacidades más comunes son las del oído (23,8% de las discapacidades), las visuales (21%) y las mentales (19%).

Por último respecto a los conceptos fundamentales del estudio, definimos Satisfacción Sexual como “una respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales”. Carroble y Sanz (1991) la consideran como la última fase de la respuesta sexual, que seguiría a las de deseo, excitación y orgasmo, estando asociada a la frecuencia y variedad de las actividades sexuales llevadas a cabo.

Por otra parte, Parish *et al.* (2007) señalan cinco factores diferentes que pueden afectar a la satisfacción sexual: a) *prácticas sexuales*, como una mayor variedad de técnicas sexuales, mayor frecuencia de intercambio y orgasmo, y la participación en actividades sexuales no coitales. b) *aspectos socio-emocionales de la relación con la pareja*, la satisfacción sexual se relacionaría de forma directa con el deseo sexual. c) *conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad*, como fuertes valores religiosos, actitudes sexuales conservadoras, escasos conocimientos acerca de la sexualidad y poca asertividad sexual se asocian con baja satisfacción. d) *salud física y vitalidad*, como las enfermedades coronarias, o la depresión, así como una baja salud física y escasa vitalidad, también se relacionan con baja satisfacción sexual; y e) *barreras ambientales*, como la falta de intimidad, disminuyen la satisfacción sexual.

Finalmente, y teniendo como referencia el modelo de respuesta sexual de Carrobbles y Sanz (1991), hay que señalar que la excitación sexual también se relaciona con la satisfacción, ya que se ha encontrado que las personas con trastornos de la excitación muestran menores niveles de satisfacción sexual, sobre todo física. (Graziottin, 2004).

Continuando con la revisión de la literatura científica que estudia los factores influyentes en la satisfacción sexual, Sánchez- Fuentes, Santos- Iglesias y Sierra (2014) realizaron una revisión sistemática de investigaciones publicadas, en las que la satisfacción sexual es la variable dependiente. A parte de comprobar la complejidad y relevancia de la SS, los autores ponen de manifiesto la importancia de la satisfacción sexual ligada a variables individuales como las sociodemográficas y las características psicológicas, así como el estado de salud física y psicológica. Estarían hablando pues, de variables asociadas con relaciones íntimas y la respuesta sexual; factores relacionados con el apoyo social y las relaciones familiares y creencias culturas y valores como la religión. Los resultados de este estudio encuentran que cuando la salud física y psicológica está dañada, la satisfacción sexual empeora. Del mismo modo, sus conclusiones revelan que el factor religiosidad se relaciona con la disminución de satisfacción sexual en hombres y mujeres de raza blanca. Además, concluyen que la satisfacción sexual, es un factor clave en la salud sexual de los individuos y el bienestar general.

En otro estudio compuesto por una muestra de 1869 personas entre 14 y 60 años, de Bogotá- Colombia y a quienes se le aplicaron tres instrumentos de evaluación (escala de

SS, escala de ansiedad de Taylor y un cuestionario de prácticas sexuales), se encontraron asociaciones positivas entre variables emocionales como la ansiedad y la satisfacción sexual con relación a características sociodemográficas.

Por tanto, no solamente las variables sociodemográficas influirían en el grado de satisfacción sexual alcanzada, sino también el estado emocional de la persona dependiendo del momento vital en el que se encuentre. De este modo, se encuentran diferencias en satisfacción sexual a partir de características como el género, tener pareja estable, la orientación sexual, la importancia del amor en las prácticas sexuales, la religión que se profesa, el estado civil y el no tener hijos o no estar seguro de tenerlos. El estudio encuentra mayores puntuaciones en satisfacción sexual en el género masculino respecto al femenino; en quienes no profesan ninguna religión frente a personas católicas; en quienes presentan unión libre y estado de soltería frente a los casados; en aquellos que no tienen hijos a diferencia de los que si los tienen o piensan tenerlos y para los que carece de importancia el amor en las prácticas sexuales. Las menores puntuaciones en disfrute de la vida sexual se localizan en las personas heterosexuales si las comparamos con las personas bisexuales o con otra orientación y en el tipo de relaciones estables frente las esporádicas. (Rodríguez, 2010).

Por ello en nuestro estudio, queremos comprobar la existencia de éstas relaciones con nuestra muestra seleccionada.

Si nos centramos en las diferencias entre mujeres con o sin discapacidad, otro estudio aporta que las mujeres con discapacidad tienen una actitud de rechazo hacia la sexualidad, menos conocimientos sexuales y menos experiencias con las relaciones sexuales; están menos satisfechas con su experiencia sexual. A pesar de esto, no se encontraron diferencias respecto al deseo y fantasía sexual. Ambos grupos comparten la motivación sexual igual cuando viven activamente en una relación sexual. (Vansteenwegen, Jans y Revell, 2003).

Continuando con la temática estudiada, Moin, Duvdeyany y Mazor (2009), resaltan que las mujeres con discapacidad física poseen las mismas necesidades y deseos sexuales que las mujeres sin discapacidad, pero a diferencias de éstas, su satisfacción con la imagen corporal, la autoestima sexual y su satisfacción sexual y vital es significativamente menor. También, las diferencias son fuertes respecto a la edad, obteniendo puntuaciones más altas en satisfacción vital y sexual las mujeres adultas

jóvenes respecto a las más maduras. Además, estos autores también encontraron que la satisfacción sexual es un factor relevante en explicar la varianza en la satisfacción de vida y las relaciones entre la satisfacción sexual y la satisfacción con la vida son bidireccionales.

Los resultados de otra investigación, se inclinan a evidenciar el no tener pareja y el tipo de estado civil con la gravedad de la discapacidad física; concluyendo que a mayor severidad de la discapacidad, las personas con discapacidad están solteras y sin casar. A su vez, estando este hecho fuertemente relacionado con el bienestar sexual en personas con o sin discapacidad y resultando que las personas solteras poseen menores niveles de satisfacción sexual, autoestima sexual y de actividad sexual mutua. (Taleporos y McCabe, 2003).

Además, las investigaciones proporcionan información sobre los factores más relevantes asociados con mayores niveles de satisfacción sexual y ponen de manifiesto la importancia de satisfacción sexual y valoración positiva del propio cuerpo en relación con el bienestar psicológico y subjetivo. (Carrobles, Gómez- Guadix y Almendros, 2011). En relación a este hecho, la literatura nos dice que las personas con discapacidad física más grave experimentan niveles más bajos de estima corporal a diferencia de las personas con discapacidad física más leve. Además, la duración de la discapacidad no está asociada con los niveles de estima corporal y a excepción de la cara, las personas con discapacidad devaluaron todos los aspectos del cuerpo más que las personas sin discapacidad. Por tanto, las personas con discapacidad física, particularmente aquellos con discapacidad grave, pueden ser más vulnerables a los problemas asociados con su estima al propio cuerpo. (Taleporos y McCabe, 2005).

A todo lo anterior, es necesario añadir que el reconocimiento de que las personas que viven con discapacidad son seres sexuales es relativamente nuevo. Históricamente las personas que viven con discapacidad física han sido percibidas como asexuales o potencialmente desviadas y además en muchas ocasiones, pueden experimentar una falta de información así como angustia en torno a sus relaciones personales y sexuales. Es frecuente que presenten obstáculos para maximizar su potencial sexual y puedan internalizar los supuestos y actitudes negativas de la sociedad acerca de su sexualidad. Es por ello, que en muchos casos el ejercicio de la sexualidad se realice mediante el servicio de asistencia personal, viéndose afectados sus niveles de expresión sexual y por

tanto influyendo en la decadencia de su satisfacción sexual. (O' Dea, Shuttleworth y Wedgwood, 2012).

Bartolozzi, Ribeirp y Rennes (2010), encontraron en sus estudios que existen diversos prejuicios con respecto a la **sexualidad** de las personas con discapacidad tales como: *a) las personas con discapacidad son asexuales: no tienen sentimientos, pensamientos ni necesidades sexuales; b) sus deseos son incontrolables y exacerbados; c) son menos atractivos, indeseables e incapaces de amar y tener relaciones; d) no son capaces de disfrutar del sexo normal y tienen disfunciones relacionadas con el deseo, la excitación y el orgasmo; e) la reproducción es siempre problemática porque son estériles, tienen hijos con discapacidad o no pueden hacerse cargo de ellos.*

La creencia de estos mitos revela una comprensión sesgada de la sexualidad de las personas con discapacidad vistas como desviadas a partir de los estándares normales. Esta es una barrera para el afecto y la satisfacción sexual para aquellos que están estigmatizados. Aclarar éstos mitos es una forma de superar la discriminación social y sexual que dificulta el ideal de una sociedad inclusiva.

Un ejemplo de esto, es demostrado en el estudio realizado por Modupe (2012), en el que queda manifiesto que los adolescentes con discapacidad se enfrentan a numerosos problemas de salud reproductiva, escaso acceso a información sexual y a servicios de salud reproductiva. Es sobresaliente su falta de acceso a la información sobre sexualidad, su menor capacidad de gestionar dificultades sexuales, el poco compromiso en las relaciones sexuales sin protección, siendo su fuente principal de información principalmente los pares y teniendo en cuenta que sus padres y maestros carecen de los conocimientos y habilidades para proporcionar información y orientación necesaria sobre cuestiones sexuales.

No obstante, como se puede observar, existe en este tipo de población la necesidad de reconocimiento de sus necesidades sexuales, reproductivas y de sus derechos. Ésta falta de valoración es una de las causas que provoca que su exploración sexual sea experimentada como negativa. (Modupe, 2012).

A pesar de que las personas con discapacidad tienen derecho a la misma salud sexual, salud reproductiva, a los mismos servicios y por su puesto al ejercicio de la sexualidad (Porat, Heruti, Navon- Porat y Hardoff, 2012), en esta población existe un predominio

de sentimientos de negatividad junto con la creencia de ser “sexualmente menos deseables” que una persona sana y que “tener una discapacidad limita su expresión sexual” (Taleporos & McCabe, 2001). A esta realidad, hay que añadir, que desde la adolescencia los jóvenes con algún tipo de discapacidad física están desinformados o mal informados sobre el conocimiento sexual en general, tienen muchos conceptos erróneos sobre la sexualidad y la discapacidad, es obvio que deben depender de la educación sexual de los padres y de los profesionales de la salud (Berman et al, 1999).

Estos impedimentos pueden influir en la disminución de las puntuaciones sobre su calidad de vida, desarrollando una actitud personal negativa que acabe siendo desfavorable para esta población (Zheng et al, 2014).

Por otra parte, en otros análisis se expone la carencia de reconocimiento como personas con derecho a ejercer su sexualidad debido a poseer algún tipo de discapacidad y de la escasez de información acerca de la sexualidad en este colectivo, ya que en la mayoría ocasiones, la información proporcionada no va más allá de los aspectos fisiológicos y neurológicos. (Parker y Yau, 2012).

Esta realidad, puede explicar el hecho de que las investigaciones científicas nos muestran que existe menor conocimiento sobre sexualidad y una actitud más negativa hacia la sexualidad en la población de personas con discapacidad física. (Díaz, Noris, Guerra y Pulido, 1998).

A pesar de éstos inconvenientes y sobre todo del hecho de que cualquier discapacidad puede afectar directamente a la vida sexual, no tiene porqué impedir la expresión de la sexualidad (Bartolozzi, 2012).

Como muestra la bibliografía recogida en este estudio, las personas con discapacidad, sea cual sea el grado de su severidad, tienen derecho a disfrutar de su vida sexual como cualquier ser humano, pero la realidad es que se encuentran con impedimentos a nivel físico y psíquico provocándoles serias dificultades. Por ello, es importante indagar sobre el tema con el objetivo final de mejorar su bienestar y calidad de vida a nivel de sexualidad y general.

Según nuestra fundamentación biográfica, la satisfacción sexual se encuentra relacionada con la satisfacción vital y también existen variables que pueden contribuir a disminuir o aumentar la satisfacción sexual y repercutir directamente en el sentimiento

de satisfacción con la vida de las personas, como es el caso de los aspectos sociodemográficos (como el género, la edad, la orientación sexual, las creencias religiosas, el estado civil, el no tener hijos o no estar seguro de tenerlos, el tener o no discapacidad física y la severidad de la misma) y emocionales (estado anímico, autoconcepto...). Pero, a pesar de que existan investigaciones que apuntan en esta dirección, aún es escaso el número de estudios sobre el tema.

Por este motivo, el presente trabajo, focalizará su estudio sobre las variables sociodemográficas género, edad, posesión de discapacidad física, el tipo de afiliación religiosa, la práctica de la religión, el tipo de relación de pareja y la variable psicológica satisfacción sexual.

Para poder llevarlo a cabo, queremos estudiar el modo en el que se relacionan dichas variables con la satisfacción sexual en una muestra seleccionada de personas con discapacidad físico- motora y sin ningún tipo de discapacidad. Se ha elegido población con discapacidad, debido a que las limitaciones físicas y los prejuicios sociales sobre la temática pueden influir en su grado de satisfacción sexual y vital en comparación con personas que no poseen ningún tipo de discapacidad.

De este modo, se podrá contribuir a realizar programas de prevención para disminuir la insatisfacción, promover el disfrute de la sexualidad y de la vida de este colectivo que tantas barreras tiene que atravesar en su cotidianidad, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida y bienestar general.

También, la realización del estudio podría a ayudar a proporcionar apoyos a nivel de recursos sociales que de tanta necesidad son para la población estudiada, así como suplir la carencia de información sobre sexualidad de la que disponen los jóvenes discapacitados, siendo este hecho otro elemento que contribuye a su insatisfacción en todos los niveles.

Por último, la presente investigación, proporcionará información científicamente validada para los estudiosos españoles de esta temática, ya que la mayoría de la documentación científica encontrada procede de Portugal e Inglaterra.

Para culminar, las hipótesis que se procederán a contrastar con este trabajo serán las siguientes:

Como hipótesis principal de trabajo se analizará la posibilidad de existencia de diferencias estadísticamente significativas en el nivel de satisfacción sexual (SS) entre la población con discapacidad y sin discapacidad.

También se confirmarán o anularán las siguientes hipótesis:

- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo de la severidad de la discapacidad.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo del género.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo del tipo de pareja.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo de la afiliación religiosa.
- Existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo de la práctica de la religión.
- Existe relación estadísticamente significativa en el nivel de SS y la edad.

## **2. MÉTODO.**

### **2.1) Participantes.**

La muestra fue seleccionada mediante procedimiento incidental entre población general y con discapacidad físico- motora. Está constituida por 49 participantes, 18 de los cuales fueron personas con discapacidad físico- motora y 31 personas sin ningún tipo de discapacidad. Sus edades estaban comprendidas entre 24 y 60 años, siendo la edad media de la muestra 32.94 años. Todos ellos mantenían una relación de pareja estable o esporádica teniendo actividad sexual dentro de la misma.

Si no se hubiera producido el fenómeno conocido como “mortalidad experimental”, hubieras podido contar con una muestra de 52 sujetos, pero dos cuestionarios de la muestra Sin Discapacidad no fueron contestados de modo completo. Añadiendo a esta pérdida de muestra otro sujeto más de la muestra Con Discapacidad que en este caso, optó por no participar en la investigación.



Se excluyeron del estudio personas con inmovilidad total, ya que suponemos su imposibilidad para mantener relaciones sexuales y personas con algún tipo de discapacidad intelectual por sus dificultades para comprender y contestar el test así como sus condiciones de vida diferentes.

Respecto al sexo de la población se intentó conservar el equilibrio entre hombres y mujeres de ambas poblaciones, contando con 25 mujeres y 24 hombres.

## **2.2) Variables de estudio.**

Las variables objeto de estudio han sido las siguientes: Los niveles de satisfacción sexual como variable dependiente y como variables independientes la *edad*, el *género* (varón o mujer), *tener discapacidad* (sí o no), la *severidad de la discapacidad* (nula, leve, moderada o grave), *tipo de relación de pareja* (estable/ esporádica), *práctica de religión* (sí/no/un poco) y *afiliación religiosa* (católica, musulmana, evangélica, protestante, judía, mormona, ninguna u otra).

La información sobre éstas variables se recogió mediante un cuestionario sociodemográfico elaborado para tal efecto.

## **2.3) Instrumento.**

*Nueva Escala de Satisfacción Sexual* (NSS), (Pérez, 2013), compuesta por 20 ítems que evalúan el grado de satisfacción sexual con pareja, y se responden en una escala de tipo Likert de 1 (Nada satisfecho) a 5 (Extremadamente satisfecho), considerando la puntuación 3 el punto medio entre ambos extremos.

El instrumento tiene en cuenta la dimensión personal y relacional de la persona, abarcando aspectos fundamentales de la satisfacción sexual tales como: sensaciones sexuales, concienciación sexual, intercambio sexual, apego emocional y actividad sexual. Se presentará el instrumento en el apartado ANEXO I.

Respecto a las propiedades psicométricas de la *Nueva Escala de Satisfacción Sexual* (Pérez, 2013), su fiabilidad es de 0.93 (Alfa de Cronbach), por lo que podemos deducir que la escala elegida posee una alta fiabilidad y por tanto una elevada cohesión interna.

Por lo que respecta a su validez, se puede comprobar que es aplicable a otros contextos y que los ítems que la componen miden lo mismo y no se desvían de la temática que queremos estudiar, por tanto los ítems son congruentes entre ellos.

#### **2.4) *Diseño.***

Para el logro de los objetivos de esta investigación se determinó realizar un estudio exploratorio, descriptivo, transversal, no experimental.

#### **2.5) *Procedimiento.***

Para realizar nuestro estudio, primeramente se recopiló información validada empíricamente de estudios anteriores sobre dicha temática. Seguidamente, se han definido las variables objeto de estudio, principalmente sexualidad, satisfacción sexual y discapacidad físico motora. Además, para poder realizar los análisis estadísticos se eligió la variable dependiente del estudio y las variables independientes (especificadas en el punto anterior).

Más tarde, hemos elegido nuestra población objeto de estudio mediante un muestreo de conveniencia. Teniendo en cuenta las dificultades para encontrar población con algún tipo de discapacidad física y con pareja estable o esporádica y los impedimentos para expresar aspectos de su vida íntima, finalmente han participado en el estudio 18 personas con discapacidad. Como, además se ha querido estudiar si hay diferencias en los niveles de satisfacción sexual entre la población con discapacidad y sin discapacidad, se ha aplicado el instrumento a otras 31 personas sin discapacidad. (No ha habido impedimentos para acceder a la población no clínica, pero no se ha podido aplicar el cuestionario a un mayor número de personas para no descompensar el tamaño muestral de ambas poblaciones de estudio y de este modo tener mayor probabilidad de obtener resultados fiables y válidos, así como el cumplimiento de los criterios de normalidad de la población y de homogeneidad de varianzas)

A continuación, se pasó a la elección del instrumento de medida. Se ha escogido *Nueva Escala de Satisfacción Sexual* (NSS; Pérez, 2013), por su precisión y validez en la medida y por su brevedad (parte de nuestra muestra cuenta con complicaciones en su

vida cotidiana debido a su discapacidad y no se ha querido “desgastar psicológicamente” al universo muestral seleccionado.

Para poder contactar con los protagonistas de nuestro estudio se ha contado con una evaluadora y se ha colgado el instrumento en foros de personas con algún tipo de discapacidad físico motora y en los casos con mayor dificultad de contacto y accesibilidad, el cuestionario ha sido administrado por vía telefónica. En cuanto a la muestra sin discapacidad, dicha evaluadora aplicó el instrumento personalmente a los evaluados (conocidos personales de la evaluadora). Para ello sobre todo, se pidió a la muestra su contestación del test a modo personal, ya que se pretende conseguir que los resultados se acerquen en la mayor medida posible a la realidad. Además, en todas las ocasiones se ha advertido a la población elegida que el cuestionario será totalmente anónimo y los resultados de su ejecución serán estrictamente confidenciales, cuya finalidad principal está destinada a la investigación científica del departamento de Psicología de la facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia de Comillas.

## ***2.6) Análisis de datos.***

Para poder llevar a cabo el presente estudio, se analizó la fiabilidad de la escala, los estadísticos descriptivos y los resultados de los análisis de datos a partir del cálculo de las puntuaciones totales del test, tomando como referencia la puntuación 3 (Grado de Satisfacción sexual Media), las puntuaciones 1 y 2 como Bajas en grado de SS y las puntuaciones 4 y 5 como Altas.

En el análisis estadístico y su correspondiente interpretación, se tomó como valor crítico de significación .05; es decir se trabajó con un nivel de confianza del 95%, considerándose significativos los valores de probabilidad menores a .05 ( $p < .05$ ). En cambio para asumir los Supuestos de Homogeneidad y de Normalidad, se tomaron como valores significativas valores de probabilidad mayores a .05 ( $p > .05$ ).

También, se comprobaron los supuestos de Homogeneidad de Varianzas y se realizaron las pruebas de Normalidad correspondientes.

Para todos estos procedimientos, se utilizó el programa estadístico Spss, seleccionando las técnicas de análisis estadísticos siguientes: Correlación de Pearson, T- Student para muestras independientes y Anova Unifactorial, dependiendo del tipo de variables de estudio y sus niveles correspondientes.

- Para analizar la comprobación de existencia de diferencias en el nivel de *Satisfacción Sexual* en relación a las variables *Género*, *Tener Discapacidad* y *Tipo de Relación de Pareja*, se ha empleado la técnica estadística conocida como T- Student para muestras independientes.
- Para comprobar si existe o no relación entre el nivel de *Satisfacción Sexual* y la *Edad* de nuestra muestra, se ha utilizado la prueba llamada Correlación de Pearson.
- Para calcular la existencia o ausencia de relación entre el nivel de *Satisfacción Sexual* y las variables *Severidad de Discapacidad*, la *Práctica de Religión* y la *Afiliación Religiosa*, se ha empleado el procedimiento estadístico conocido como Anova Unifactorial.

Se han discutido y se han extraído las conclusiones fundamentales de la investigación. Por último han sido expuestas las limitaciones encontradas a lo largo de todo el procedimiento y se han planteado nuevas líneas de investigación futura relacionadas con la temática objeto de estudio.

### **3. RESULTADOS.**

En cuanto al análisis de la fiabilidad de la escala de Satisfacción Sexual utilizada, el valor de consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala global fue 0,95.

Los resultados de los análisis descriptivos de la muestra y variables estudiadas, se muestra a continuación en las siguientes tablas:

**Tabla 1. Análisis Descriptivo En Porcentajes**

VARIABLE	PORCENTAJES POBLACIÓN			
<b>Edad</b>	Entre 20-30 años→ 56% (N=26)			
	Entre 31-40 años→ 23,4% (N=14)			
	Entre 41-50 años→ 14,2% (N=6)			
	Entre 51-60 años→ 6,4% (N=3)			
<b>Género</b>	51% Mujeres		49% Hombres	
	(N=25)		(N=24)	
<b>Tener Discapacidad</b>	63,3% No		36,7% Sí	
	(N=31)		(N=18)	
<b>Severidad Discapacidad</b>	59,2% Sin	18,4% Grave	18,4% Moderada	4,1% Leve
	(N=29)	(N=9)	(N=9)	(N=2)
<b>Tipo de Relación de Pareja</b>	26,5% Esporádica		73,5% Estable	
	(N=13)		(N=36)	
<b>Práctica de Religión</b>	28,6% Sí	34,7% Un poco	36,7% No	
	(N=14)	(N=17)	(N=18)	
<b>Afiliación Religiosa</b>	75,5% Catolicismo	2% Evangélica	22,4% No creyente	
	(N=37)	(N=1)	(N=11)	

Los resultados de las puntuaciones medias en la variable objeto de estudio, Satisfacción Sexual (SS), obtenidas tras la aplicación del test a nuestra muestra, fueron las siguientes:

**Tabla 2. Grado de SS y Número de Sujetos Correspondientes a cada Grado.**

	<b>SS. Baja</b>	<b>SS. Moderada</b>	<b>SS. Alta</b>
<b>Sujetos Sin Discapacidad</b>	3 (6%)	5 (10%)	23 (47%)
<b>Sujetos Con Discapacidad</b>	13 (27%)	4 (8%)	1 (2%)

A pesar de que en este caso no es necesario explorar la Homogeneidad de Varianzas y las Pruebas de Normalidad por tener una muestra mayor de 30 sujetos, para afianzar nuestro estudio hemos realizado los respectivos análisis para cada una de las variables, obteniendo como resultados:

Para la variable Sexo, utilizando como referencia la prueba Shapiro Wilk, se cumple la normalidad de la muestra, ya que  $p > .05$  (para las mujeres  $p = .114$  y para los hombres  $p = .113$ ). La homogeneidad de varianzas para esta variable también es significativa  $p > .05$ . En cambio la distribución de la muestra en esta variable no equivale a la distribución normal ( $p < .001$ ).

Respecto a la variable Edad apoyándonos en los resultados de la prueba Shapiro Wilk, se cumple el criterio de normalidad,  $p > .05$ , siendo las probabilidades de cada edad .106, .119, .195, .316, 1, 1, .067, .664 y .384. También las varianzas son homogéneas,  $p > .05$  (.939, .887, .887 y .914).

Para la variable Tener Discapacidad y basándonos en el estadístico Shapiro Wilk, la distribución es normal,  $p > .05$  (Para no tener discapacidad  $p = .1$  y para poseer discapacidad  $p = .1$ ).

Para la variable Severidad de la Discapacidad, la muestra no se asemeja a la distribución normal ( $p < .001$ ).

En cuanto a la variable Práctica Religiosa, la distribución tampoco es normal ( $p < .001$ ).

La muestra tampoco se distribuye normalmente en la variable Tipo de Relación de Pareja. Ocurre lo mismo en la variable Afiliación Religiosa y en nuestra variable dependiente: Satisfacción Sexual.

El análisis para comprobar la existencia de diferencias entre los niveles de SS y la variable Género, Tener Discapacidad y Tipo de Pareja ha sido T- Student para Muestras Independientes.

Los resultados obtenidos se han agrupado en la siguiente tabla:

**Tabla 3. Medias ( $\mu$ ), Desviaciones Típicas ( $\sigma$ ) y T- Student.**

Variable					Prueba T- Student		
Sexo	Hombre	$\mu$	$\sigma$	Mujer	$\mu$	$\sigma$	T= 2,082 GL=46,92 p=.043**
		64.46	15.48		73.68	15.52	
Discapacidad	Sí	$\mu$	$\sigma$	No	$\mu$	$\sigma$	T= 7,51 GL=47 p<.001****
		53.78	8.38		78.10	12.2	
Pareja	Estable	$\mu$	$\sigma$	Esporádica	$\mu$	$\sigma$	T= 1,85 GL=33,7 p=.073*
		67.11	17.18		74.85	10.95	

\*valores no significativos  $p>.05$ ; \*\*valores significativos  $p<.05$ ; \*\*\*valores muy significativos  $p<.01$ ; valores altamente significativos  $p<.001$ .

Para calcular el tamaño del efecto de estas variables, se ha calculado la D Cohen, obteniendo los siguientes resultados:

**Tabla 4. Tamaño del efecto de variables.**

VARIABLES	D Cohen	Tamaño del efecto
SS y Sexo	.594	.285*
SS y Tener Discapacidad	2,3	.759***
SS y Tipo Pareja	.537	.259*

\* Valores alrededor de 0,2 se consideran pequeños; \*\* Valores alrededor de 0,5 se consideran moderados; \*\*\*Valores alrededor 0,8 se consideran grandes

En cuanto a análisis de la relación entre el nivel de SS y la variable Edad, los resultados del cálculo de la Correlación de Pearson, obteniendo un coeficiente de Pearson con valor  $-.509$  (Pearson,  $N=49$ ;  $r=-.509$ ;  $p<.001$ ).

La media de edad es 32.94 años, siendo su desviación típica 8.027. La media de Satisfacción Sexual alcanzada es 69.16 (sobre 100 puntos) y su desviación típica es 16.03.

Para calcular el coeficiente de determinación, utilizamos la fórmula  $r^2$  y en este caso el valor del coeficiente sería 0.259, obteniendo una varianza común entre nivel de SS y Edad del 25,9%.

Para los siguientes análisis se ha empleado el procedimiento estadístico Anova Unifactorial y las pruebas post- hoc conocidas como Sheffé y Tukey.

**Tabla 4. Anova Unifactorial Y Pruebas Post- Hoc.**

Variables	F	Probabilidad <sup>a</sup>	Eta <sup>2</sup>	Homogeneidad <sup>b</sup> Varianzas
Nivel de SS y Severidad discapacidad <sup>c</sup>	31,295	$p<.001$	.676	NO ( $p<.001$ )
Nivel de SS y Práctica de Religión	1,492	$p=.236$	.061	NO ( $p=.033$ )
Nivel de SS y Afiliación Religiosa	1,443	$p=.247$	.059	SÍ ( $p=.059$ )

<sup>a</sup> El valor de probabilidad es significativo cuando  $p<.05$ .

<sup>b</sup> Se asume homogeneidad de varianza cuando  $p>.05$ .

<sup>c</sup> Las diferencias en el nivel de SS se producen en el grupo de severidad de discapacidad moderada ( $\mu=53,44$ ) y grave ( $\mu=51,778$ ).



#### 4. DISCUSIÓN.

El objetivo de nuestro trabajo fue comprobar la existencia de asociación entre la variable psicológica nivel de *Satisfacción Sexual* (SS) y las variables sociodemográficas: *edad*, *género* (varón o mujer), *tener discapacidad* (sí o no), *severidad de la discapacidad* (leve, moderada o grave), *tipo de relación de pareja* (estable/ esporádica), *práctica de religión* (sí/no/un poco) y *afiliación religiosa* (católica, musulmana, evangélica, protestante, judía, mormona, ninguna u otra).

La obtención de resultados y la posterior interpretación de los datos estadísticos, nos permitieron obtener las conclusiones expuestas a continuación y confirmar o negar las hipótesis de trabajo planteadas inicialmente.

Se ha teniendo siempre en cuenta que debido al pequeño universo muestral del que se ha dispuesto, dificulta la extrapolación de los resultados y conclusiones a nivel de población general.

En primer lugar, la fiabilidad de la escala *Nueva Escala de Satisfacción Sexual* (NSS; Pérez, 2013), posee un Alfa de Cronbach de 0,95, es decir la fiabilidad del instrumento utilizado se encuentra en un 95%, por tanto el cuestionario es fiable y sus ítems poseen una elevada consistencia interna entre sí.

En cuanto al análisis estadístico T- Student realizado con la variable Satisfacción Sexual y la variable Género, Tener Discapacidad y Tipo de Pareja, se pudieron concluir la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de SS y ser varón o mujer ( $T= 2,082$ ;  $GL= 46,926$ ;  $p=.043$ ), por tanto podemos decir que los niveles de SS varían dependiendo de la variable Género/Sexo. Concretamente en nuestro estudio, son las mujeres las que alcanzan mayor nivel de SS (Media SS mujeres=73,68 > Media SS hombres= 64,46).

El análisis posterior del tamaño del efecto para la prueba T- Student corresponde al cálculo del coeficiente D Cohen, y el resultado para ambas variables ha sido de 0,285; que nos indica que el tamaño de las diferencias entre éstas variables es pequeño. Este resultado puede ser debido a que el universo muestral, como se ha comentado anteriormente, no es grande.

Si interpretamos los resultados del análisis T- Student, para estudiar la confirmación o negación de las diferencias entre el nivel de SS y la variable Tener Discapacidad, concluimos que a partir del análisis, podemos confirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS alcanzado dependiendo de tener o no discapacidad físico- motora ( $T=7,517$ ;  $GL=47$ ;  $p<.01$ ).

El tamaño del efecto obtenido para estas dos variables ha sido de 0,759; por tanto el tamaño de las diferencias se puede considerar de magnitud grande.

Refiriéndonos a la prueba T- Student para el nivel de SS y el Tipo de Relación de Pareja (Estable o Esporádica), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $T= 1,854$ ;  $GL=33,698$ ;  $p=.073$ ), es decir poseer pareja estable o esporádica no influye en el nivel de SS alcanzado.

En este caso el tamaño de las diferencias suponemos que al no existir diferencia entre dichas variables es pequeño, lo cual queda comprobado mediante el cálculo del tamaño del efecto con un valor de .259, por lo que interpretamos que las diferencias entre ambas variables son muy pequeñas.

Los resultados de las medias, nos indican que puntúan más alto las mujeres en SS ( $\mu=73,68$ ) respecto a los hombres ( $\mu=64,46$ ) desviándose de la media un grupo y otro prácticamente con el mismo valor ( $\sigma=15,518$  en mujeres y  $\sigma=15,486$  en hombres). Que puntúen más alto las mujeres que los hombres en SS se podría explicar porque la muestra está formada porque hay más mujeres que hombres, aunque solo hablamos de una mujer más.

Para la variable Tener discapacidad, los resultados muestran que poseen mayores niveles de SS el grupo de personas sin discapacidad ( $\mu=78,10$ ) respecto a las personas que tienen algún tipo de discapacidad físico- motora ( $\mu=53,78$ ). En este caso las puntuaciones de las medias son muy dispares y por tanto se pudo afirmar de forma contundente que la variable Tener discapacidad incide en percibir mayor o menor SS, obteniendo puntuaciones más altas las personas que no la poseen. Las puntuaciones se desvían más de la media en el grupo Sin Discapacidad ( $\sigma=12,120$ ), alejándose menos de la puntuación media el grupo Con Discapacidad ( $\sigma=8,385$ ). Éstos resultados son los que han permitido confirmar la hipótesis principal del estudio.

Por último, del análisis de las medias y desviaciones típicas para la variable Tipo de Pareja, podemos concluir que las personas encuestadas con un tipo de relación de pareja estable obtuvieron menor grado de SS ( $\mu=67,11$ ) comparándolas con el grupo de personas con relación de pareja esporádica ( $\mu=74,85$ ). La diferencia entre las medias es pequeña, por tanto el tipo de relación de pareja no influye en obtener mayor o menor nivel de SS.

Los resultados obtenidos de la prueba Correlación de Pearson para evaluar si existe relación entre la variable SS y la edad de los sujetos que componen nuestra muestra. El coeficiente de correlación calculado tuvo un valor de  $r=-.509$ . Se trata de un valor negativo y por tanto deducimos de esto que a mayor edad, menor grado de satisfacción sexual y a la inversa. Para calcular el porcentaje de varianza común entre ambas variables, se calculó el coeficiente de determinación y su valor fue  $.259$ , calculado en porcentaje el 25,9%; por tanto la variable SS y la Edad en nuestra muestra comparten un 25,9 % de varianza.

Respecto al estudio de las diferencias entre la variable Nivel de SS y la variable de Severidad de la Discapacidad, los resultados obtenidos de la técnica Anova ( $F=31,295$ ;  $p<.001$ ) nos permitieron corroborar otra de las hipótesis más relevantes del estudio: “la existencia de diferencia estadísticamente significativa en los niveles de SS dependiente del grado de severidad de la discapacidad”. En este caso las diferencias en los grados de SS se producen entre los grupos Sin Discapacidad ( $\mu=79,862$ ), Discapacidad Moderada ( $\mu=53,44$ ) y Discapacidad Grave ( $\mu=51,778$ ), obteniendo la puntuación mayor en SS como era esperable, en el grupo Sin Discapacidad. El tamaño del efecto reveló que las diferencias entre las medias de éstos tres grupos era de magnitud “moderada con tendencia a grande” ( $Eta^2=.676$ ), puesto que se consideran los valores  $\geq .2$  como diferencia entre medias de magnitud “pequeña”, valores  $\geq .5$  como diferencias de magnitud “moderada” y valores  $\geq .8$  como diferencias entre medias de magnitud “grande”.

En éstos dos grupos las varianzas entre las medias son heterogéneas, es decir no asumimos que haya homogeneidad de varianza entre ambas ( $p=.388$ ).

Al calcular la diferencia en los niveles de SS y la Práctica de Religión, los resultados del cálculo de Anova ( $F=1,429$ ;  $p=.236$ ) se interpretan como la negación de la existencia de

diferencias en el grado de SS y la Práctica de Religión. Al no existir diferencias entre los grupos, no hizo falta calcular el tamaño de las diferencias.

El cálculo de la Homogeneidad de Varianzas, mostró que las varianzas entre ambos grupos no eran iguales ( $p=.033$ ).

Por último, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de SS y la Afiliación Religiosa ( $F=1,443$ ;  $p=.247$ ) al igual que con las variables anteriores, al no existir diferencias entre las medias de los grupos, tampoco se calculó el tamaño de las diferencias entre ellos.

Entre éstos grupos las varianzas también fueron heterogéneas ( $p=.052$ ).

Por tanto, quedaron confirmadas las hipótesis iniciales del trabajo, existiendo diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS y el género; los datos muestran que poseen mayor nivel de SS las mujeres ( $\mu=73,68$ ). También, existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS dependiendo de si se posee o no discapacidad; los resultados han mostrado que poseen mayor nivel de SS las personas sin discapacidad ( $\mu=78,10$ ). Por otra parte, existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de SS y la edad ya que los datos ilustran que a mayor edad, menor nivel de SS ( $r= -.509$ ). Además, los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de SS y la severidad de la discapacidad; se percibe menor nivel de SS cuando la población posee discapacidad moderada ( $\mu=53,44$ ) y grave ( $\mu=51,778$ ).

Por otro lado, las hipótesis que no se han podido confirmar puesto que los resultados obtenidos no han sido estadísticamente significativos, han sido las siguientes: No existen diferencias estadísticamente significativas en el nivel de SS y el tipo de pareja. Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de SS percibido y la práctica de la religión, así como con el tipo de afiliación religiosa.

En esta investigación, *poseer o no discapacidad físico- motora* se encuentra relacionado con el nivel de satisfacción sexual, de modo que cuando se tiene algún tipo de discapacidad física, el grado de satisfacción sexual puede disminuir principalmente por las dificultades en la salud física, al igual que ocurre en la población general (Parish et al, 2007; Sánchez- Fuentes, Santos- Iglesias y Sierra, 2014). Esto puede indicar que los mensajes de prevención, información que desmiente mitos sobre sexualidad, campañas

que promueven la sexualidad saludable...etc. no han calado en nuestra sociedad, especialmente en la población con alguna discapacidad y por ello habría que continuar realizando estudios con mayor especificidad y promover la no divulgación de información que continúe favoreciendo el mantenimiento de prejuicios y actitudes negativas ante esta área de la dimensión humana.

En torno a la variable *severidad de la discapacidad*, los resultados corroboran los hallazgos encontrados en la bibliografía estudiada. En este caso, el estudio encuentra diferencias estadísticamente significativas entre la muestra sin discapacidad y la muestra con discapacidad (concretamente entre los grupos de discapacidad de severidad *moderada* y *grave*). Por tanto, los resultados concuerdan con otras investigaciones que demuestran que la SS está ligada estrechamente al estado de salud física, la vitalidad y barreras ambientales; por ello, cuanto más deteriorada esté esta, mayor nivel de insatisfacción sexual se alcanzará. (Parish et al, 2007; Sánchez- Fuentes, Santos-Iglesias y Sierra, 2014). Una vez más, esta coincidencia con los datos bibliográficos, ha podido ser debido a la escasa influencia que han tenido los sesgos a la hora de contestar el test y por tanto, a la veracidad de las respuestas.

Por otra parte, respecto a la variable *género*, apuntamos en la misma dirección que algunos autores (Rodríguez, 2010), al concluir que hay diferencias en el nivel de satisfacción sexual dependiendo del género, alcanzando mayor nivel de satisfacción sexual los hombres que las mujeres. En nuestro estudio, también se ha encontrado que el nivel de satisfacción sexual varía dependiendo del sexo, pero al contrario que en la investigación de Rodríguez (2010), hemos encontrado mayor nivel de satisfacción sexual en las mujeres respecto a los hombres. Esta discrepancia se puede explicar a nivel metodológico, ya que la mayor puntuación en satisfacción sexual la han alcanzado las mujeres y en esto, ha podido influir que el grupo de varones contaba con un sujeto menos respecto al de mujeres.

Tampoco los resultados obtenidos con la variable *tipo de pareja* se corresponden con estudios que encuentran relación entre el estado civil y el nivel de SS; obteniendo mayor nivel de satisfacción sexual las personas solteras o con pareja esporádica (Rodríguez, 2010; Taleporos y McCabe, 2003). En nuestro caso, los resultados no son estadísticamente significativos y por tanto, no se encuentran diferencias entre el tipo de pareja y la SS. Podemos explicar éstos resultados, principalmente a que en nuestra

muestra de personas con discapacidad no ha sido posible encontrar población con pareja esporádica y en la muestra de personas sin discapacidad, también el predominio se ha encontrado en personas con pareja estable.

En cuanto a la variable *edad*, los resultados están orientados en la misma dirección que la de otros autores (Sánchez- Fuentes, Santos- Iglesias y Sierra, 2014), revelando la influencia de variables sociodemográficas como la edad en el nivel de SS y ofreciendo datos sobre las discrepancias en SS entre mujeres adultas y jóvenes menos maduras, obteniendo éstas últimas mayores puntuaciones en SS. En nuestro estudio, los resultados coinciden con esta investigación ya que indican que existe una correlación negativa entre la edad y la SS; es decir cuanto mayor edad se tiene, menor nivel de SS se alcanza y a modo inverso se produce el mismo fenómeno. A los resultados obtenidos, ha podido contribuir el rango de edad tan amplio del que hemos contado con nuestra muestra: abarcando desde los 24 años hasta los 60 años.

En cambio, nuestro estudio, se contradice con lo aportado por otra investigación llevada a cabo con mujeres mayores de 50 años, evaluando su vida sexual como muy satisfactoria a pesar de que reclamen mayor frecuencia y pasión en sus relaciones sexuales (Luque, 2014).

En lo que concierne a las variables *práctica religiosa* y *afiliación religiosa*, nuestros resultados no han podido verificar las conclusiones de otras investigaciones que ligan fuertemente la satisfacción sexual con creencias culturales y valores como la religión, aportando que la religiosidad es un elemento que se encuentra asociado con la disminución del nivel de satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres (Sánchez- Fuentes, Santos- Iglesias y Sierra, 2014). Tampoco coinciden con los resultados del estudio de Rodríguez (2010) que muestran que quien no profesa ninguna religión, alcanza mayor satisfacción sexual en contraposición de los que profesan el catolicismo. Esta contraposición en nuestro análisis, se puede explicar por el escaso porcentaje de varianza obtenido, ya que la afiliación religiosa predominante en nuestra muestra ha sido la “católica” o “ninguna” y solo se ha conseguido un sujeto de religión evangélica.

Éstos resultados nos llevan sobre la pista de que la sexualidad es un área peculiar y plenamente idiosincrática; pero lo que sí es cierto cómo indican multitud de estudios que las personas con algún tipo de discapacidad tienen mayor predisposición a tener

nivel de satisfacción sexual más bajos, principalmente por la influencia de factores como: el tipo de prácticas sexuales; aspectos socio- emocionales; conocimientos, actitudes y valores hacia la sexualidad; salud física y vitalidad y por la existencia de las barreras ambientales. (Parish et al, 2007).

Por otra parte, las limitaciones encontradas a la hora de realizar el presente estudio se encontraron relacionadas con el siguiente tipo de dificultades:

La bibliografía para fundamentar nuestro trabajo de procedencia española resultó muy escasa y por tanto el proceso de búsqueda de documentación fue tedioso. Finalmente, el trabajo a nivel teórico resultó sustentado principalmente por bibliografía de procedencia Portuguesa e Inglesa.

La imposibilidad de encontrar estudios sobre la edad y la satisfacción sexual en el género masculino, causando dificultades a la hora de contrastar resultados para ambas variables.

Fue prácticamente imposible acceder a ninguna Asociación de discapacidad de tipo físico-motora. Las directivas de organizaciones se negaban a participar en la investigación. Por lo que la autora tuvo que pasar a realizar un estudio de conveniencia de manera personal e individualizada a cada miembro de la muestra. Además, en algunos casos las personas no participaban en los foros ni contestaban los correos electrónicos y por ello, se tuvo que pedir que el cuestionario fuera contestado por vía telefónica.

Por otra parte no debemos olvidar que el tema principal de estudio es la Satisfacción Sexual y al ser una esfera de la vida íntima de las personas y cargada de prejuicios, se produjo mortalidad experimental. La mayoría de las personas tanto de muestra clínica como no clínica que decidieron no participar argumentaban que se trata de un tema muy personal y por tanto se negaban a compartirlo con los demás.

Curiosamente, ha sido la temática la que más dificultó la realización del estudio, sobre todo con la muestra no clínica a diferencia de las expectativas de la investigación iban dirigidas a las barreras para acceder a población con discapacidad y no tanto al foco temático estudiado.

Otro inconveniente a la hora de analizar los datos obtenidos, se refirió a la descompensación entre el tamaño muestral del grupo de personas Sin Discapacidad (N=31) y el grupo Con Discapacidad (N=18). A pesar de no tratarse de una descompensación extremadamente grande, hubiera sido preferible que los dos grupos hubieran tenido idéntico tamaño muestral, o al menos parecido, ya que contribuye a obtener mayor fiabilidad y validez en los resultados. Además, nos hubiera gustado contar con mayor número de sujetos que hubieran accedido a participar en la investigación.

Por otro lado, a la hora de elegir el instrumento para medir los niveles de Satisfacción Sexual, a pesar de existir variedad, fue costoso encontrar un instrumento que abarcara las dimensiones personal y relacional de la persona, fuera breve, altamente fiable y válido. La importancia de la brevedad fue primordial en este estudio al tener en cuenta las dificultades reales con las que cuentan las personas con discapacidad.

Respeto al instrumento, también fue complicado encontrar su corrección, por lo que tuvo que optarse por corregir como cualquier escala tipo Likert, teniendo en cuenta que la mayor puntuación de cada ítem era 5, la menor 1 y la puntuación intermedia 3, así como la existencia de ítems inversos que justo en este test ya estaban invertidos siendo todos directos.

Hay que añadir que no se han podido controlar variables personales de los encuestados que podrían haber influido en los resultados, tales como: la existencia de algún tipo de enfermedad actual de tipo orgánico así como el nivel socio- económico que pudiera influir en su calidad y frecuencia de las relaciones sexuales, variables relacionadas con el estado psicológico de la muestra (por ejemplo existencia de algún tipo de psicopatología), la forma de administración del test (vía e-mail, foro, telefónicamente o de manera personal) que también puede influir en los resultados, el momento vital de cada persona....etc.

Por cuestiones de falta de tiempo, no se pudo relacionar el tipo de autoconcepto (negativo o positivo), así como variables emocionales como la ansiedad y depresión con el grado de Satisfacción Sexual.



También, fue imposible encontrar población discapacitada con tipo de pareja “esporádica”, por lo que todos los análisis con este grupo de sujetos se tuvieron que realizar con tipo de pareja “estable”.

Respecto a las repercusiones del presente trabajo, señalamos primeramente, que se trata de un estudio en un tema escasamente analizado y por lo tanto, puede contribuir a aumentar la investigación y profundización en el análisis de esta área

Por otro lado, de algún modo puede contribuir a concienciar a las personas a las que sea accesible el documento, sobre el hecho de que la población con algún tipo de discapacidad tienen las mismas necesidades sexuales y el derecho a ejercer la sexualidad de una manera saludable y placentera. El ejercicio de esta concienciación, puede ser una manera beneficiosa para la puesta en marcha y mejora de todos los recursos disponibles con el objetivo del disfrute de la vida sexual tanto en población con discapacidad como en población general.

Además, puede tratarse de una manera de difundir y ampliar información verídica sobre la sexualidad, contribuyendo así al aumento de materiales informativos disponibles tanto en población joven y adulta, así como a la eliminación de mitos, falacias y prejuicios existentes en torno a esta temática.

Por último se espera que los profesionales clínicos y no clínicos estén informados de los aspectos negativos y positivos que abarca el área de la sexualidad, con el fin de prestar la mayor y mejor ayuda posible a toda la población.

Como líneas de investigación futura, sería recomendable primeramente contar con la posibilidad de poder ampliar la muestra, incidiendo en el grupo de personas con discapacidad y de esta manera poder extrapolar con mayor amplitud los resultados a la población general.

Por otra parte, resultaría interesante estudiar si existen diferencias entre la afección de extremidades superiores e inferiores y el nivel de Satisfacción Sexual. Otra alternativa que podríamos explorar, estaría orientada a la comparación del nivel de SS entre población con discapacidad que cuente con un asistente sexual personal y por el contrario, que carezca de esta prestación, con el fin de conocer si este tipo de servicio de asistencia produce efectos beneficiosos para la Satisfacción Sexual de las personas con

discapacidad y puede llegar a acercarse o igualarse con el nivel de satisfacción sexual de la población no clínica.

Además, sería de gran interés poder estudiar la relación entre auto-imagen corporal y variables emocionales como ansiedad y depresión con la satisfacción sexual de personas con o sin discapacidad físico- motora.

Debido a la escasez de estudios y falta de investigación en este tema, serán de gran relevancia investigaciones venideras, ya que además, de algún tipo de discapacidad en nuestra población general, no hay que dejar atrás el hecho verídico acerca de que la discapacidad es parte de la condición humana. Casi todas las personas tendrán una discapacidad temporal o permanente en algún momento de sus vidas, y los que sobrevivan y lleguen a la vejez experimentarán cada vez más dificultades de funcionamiento. La mayoría de los grupos familiares tienen algún integrante discapacitado, y muchas personas que no lo son asumen la responsabilidad de apoyar y cuidar a sus parientes y amigos con discapacidad. Por tanto, este problema se agudizará a medida que cambien las características demográficas de las sociedades y aumente la cantidad de personas que lleguen a la vejez. (Collado, 2013).

Entre todos debemos encontrar la mejor forma a nivel moral, social, espiritual y político de incluir y de apoyar a las personas con discapacidad con el fin de alcanzar su mayor integración a la sociedad y bienestar general.

## ANEXO I:

### NUEVA ESCALA DE SATISFACCIÓN SEXUAL PARA USUARIOS DE REDES SOCIALES (NSS).

AUTORA: **Fátima Pérez Triviño (2013).**

Con el presente instrumento se valora la satisfacción sexual sobre los siguientes aspectos:

Previamente se marca con una X el grado de satisfacción:

- Nada satisfecho/a.
- Poco satisfecho/a.
- Satisfecho/a.
- Muy satisfecho/a.
- Extremadamente satisfecho/a.

MUJER/ HOMBRE	Nada satisfecho/a	Poco satisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a	Extremadamente satisfecho/a
1. La intensidad de su excitación sexual. 2. La calidad de sus orgasmos. 3. Su desinhibición y entrega al placer sexual durante sus relaciones sexuales. 4. Su concentración durante la actividad sexual. 5. La manera en la que reacciona sexualmente ante su pareja. 6. El Funcionamiento sexual de su cuerpo. 7. Su apertura emocional durante sus relaciones sexuales. 8. Su estado de humor después de la actividad sexual. 9. La frecuencia de sus orgasmos. 10. El placer que proporciona a su pareja. 11. El equilibrio entre					

<p>lo que da y lo que recibe en el sexo.</p> <p>12. La apertura emocional de su pareja durante la relación sexual.</p> <p>13. La iniciativa de su pareja ante la actividad sexual.</p> <p>14. La habilidad de su pareja para llegar al orgasmo.</p> <p>15. La entrega de su pareja al placer.</p> <p>16. La forma en que su pareja tiene en cuenta sus necesidades sexuales.</p> <p>17. La creatividad sexual de su pareja.</p> <p>18. La disponibilidad sexual de su pareja.</p> <p>19. La variedad de sus actividades sexuales.</p> <p>20. La frecuencia de su actividad.</p>					
---	--	--	--	--	--

## BIBLIOGRAFÍA.

- Aguado A.L., Alcedo, M y García, L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención psicosocial*, 17 (2), 125- 141.
- Amate, E y Vásquez, A. (2006). *Discapacidad: lo que todos debemos saber*. Panamá: Organización Panamericana de Salud.
- Bahner, J. (2012). Legal rights or simply wishes? The struggle for sexual recognition of people with physical disabilities using personal assistance in Sweden. *Sexuality and disability*, 30, 337- 356.
- Berman, H., et al. (1999). Sexuality and the adolescent with a physical disability: understandings and misunderstandings. *Issues in comprehensive pediatric nursing*, 22, 183- 196.
- B.O.E. (2000). Real Decreto 1971/1999 de Reconocimiento, Declaración y Clarificación del Grado de Minusvalía. Recuperado el 3 de abril de 2015 de <http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/26/pdfs/A03317-03410.pdf>.
- Brogna, P. (2012). *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Byers, S., Demmons, S y Lawrance, K (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 257-267.
- Carrera, M.V, Lameiras, M y Rodriguez, Y. (2012). Hacia una educación sexual que todavía es posible. *Información Psicológica*, 103 (En- Jun), 4- 14.
- Carrobbles, J.A y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa (UNED).
- Carrobbles, J.A, Gómez- Guadix, M y Almendros, C. (2011). Funcionamiento sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *Anales de psicología*, 27 (1), 27- 34.

- Collado, H. (2013). *Situación mundial de la discapacidad*. Recuperado del sitio web del departamento de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, de <http://www.bus.hn/Honduras/Discapacidad/Docentes/Situación%20de%20la%20Discapacidad.pdf>.
- Díaz, M., Noris, R., Guerra, P y Pulido, M.A. (1998). Valoración empírica de los conocimientos y actitudes de personas con discapacidad motriz hacia la sexualidad. *Psicología Iberoamericana*, 6 (2), 46- 50.
- Di Givlio, G. (2003). Sexuality and people living with physical or developmental disabilities: a review of key issues. *The Canadian journal of human sexuality*, 12 (1), 53- 68.
- Graziottin, A. (2004). Sexual arousal: Similarities and differences between men and women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 1, 215-223.
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). Recuperado el 27 de Noviembre de 2014, de <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>.
- Kedde, H., Van de Wiel, H.B.M., Weijmar, W.C.M, Vanwesenbeek, W.M.A y Bender, J.L. (2010). Efficacy of sexological healthcare for people with chronic diseases and physical disabilities. *Journal of sex and marital therapy*, 36, 282- 294.
- López, F. (2006). La educación sexual de personas con discapacidad. *Revista Española sobre discapacidad*, 37 (1), 5- 22.
- Littig, P., Cardia, D., Reis, L y Ferrao, E. (2012). La sexualidad en la discapacidad intelectual: un análisis de las percepciones de las madres de las madres de los adolescentes especiales. *Revista brasileña de educación especial*, 18 (3), 469- 486.
- Luque, B. (2014). Aging and women's sexuality. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4 (3), 279- 287.
- Maia, A.C y Ribeiro, P. (2010). Acabando con los mitos para minimizar el prejuicio sobre la sexualidad de personas con discapacidad. *Revista Brasileña de Educación Especial*, 16 (2), 159- 176.
- Maia y Bartolozzi. (2012). La sexualidad después de la lesión medular: un análisis cualitativo-descriptivo de una narración biográfica. *Interacción en psicología*, 16 (2), 227- 237.

- Martínez, R.S. (2014). Discapacidad motora y resiliencia: análisis en función de la edad, grado y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Siglo cero*, 45 (250), 6- 18.
- McCabe, M.P., Cummins, R.A y Deeks, A.A. (2000). Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality and disability*, 18 (2), 115- 123.
- Modupe, T. (2012). Access to sexuality information among adolescence with disability. *Ife psychology*, 20 (2), 142- 149.
- Moin, V., Duvdeyany, I & Mazor, D. (2009). Sexual identity body image and without physical disability. *Sexuality and disability*, 27, 83- 95.
- Moira, T. (2012). Sexuality and physical disability. Exploring the barriers and solutions in healthcare .*Sexuality and disability*, 30, 247- 255.
- Moretín, R., Arias, B., Rodríguez, J.M y Aguado, J.M. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo- sexual en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 37 (217), 41- 58.
- Navarro, E., Barberá, E y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15 (3), 395- 400.
- Navarro, Y. (2012). Percepción de la sexualidad y el amor en una muestra de personas con discapacidad intelectual: aportaciones para la elaboración de programas de educación sexual de calidad. *Información Psicológica*, 103 (Enero- Junio), 15- 30.
- O´ Dea, S., Shuttleworth, R y Wedgwood, N. (2012). Disability, doctors and sexuality: do healthcare providers influence the sexual wellbeing of people living with a neuromuscular disorder? *Sexuality and disability*, 30, 171- 185.
- Olavarrieta, S., Darín, L., Suárez, P., Tur, N., Besteiro, B y Gómez- Jarabo, G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad, paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. *Siglo Cero*, 44 (248), 55- 69.
- OMS. (2011).Sexualidad, qué es. OMS. Recuperado el 3 de abril de 2015, de **¡Error! Referencia de hipervínculo no válida..**

- OMS. (2013). Conceptos básicos de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Recuperado el 3 de abril de 2015, de <http://www.asociaciondeostomizados.com/pdf/documentos/diferencia-y-minusvalia.pdf>.
- Ortiz- Antón, G. (2011). Acciones socioeducativas sobre sexualidad para la familia de infantes con parálisis cerebral en el centro internacional de restauración neurológica. *Revista chilena de neuropsicología*, 6 (2), 108- 117.
- Parish, WL., Luo, Y., Stolzenberg, R., Laumann, E.O., Farrer, G y Pan, S (2007). Sexual practices and sexual satisfaction: A population based study of Chinese urban adults. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 5-20.
- Parchomivk, M. (2012). Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sexuality and disability*, 30, 407- 419.
- Parker, M y Yau, M. (2012). Sexuality identity and women with spinal cord injury. *Sexuality and disability*, 30, 15- 27.
- Pérez, F. (2013). *Nueva Escala de Satisfacción Sexual (NSSS) en usuarios de redes sociales*. Tesis de máster no publicada. Universidad de Almería, Almería, España.
- Porat, O., Heruty, R., Navon- Porat, H y Hardoff. (2012). counseling young people with physical disabilities regarding relationships and sexuality issues: utilization of a novel service. *Sexuality and disability*, 30, 311- 317.
- Puga, M.D & Abellán, A. (2004). *El proceso de discapacidad. Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de Salud* [en línea]: documento electrónico de internet. 2004 [fecha de consulta: 3 de Diciembre 2014]. Disponible en: [http://www.fundacionpfizer.org/default/files/pdf/ESTUDIO\\_DISCAPACIDAD\\_DEF.pdf](http://www.fundacionpfizer.org/default/files/pdf/ESTUDIO_DISCAPACIDAD_DEF.pdf).
- Real Decreto de Reconocimiento, Declaración y Clasificación del Grado de Minusvalía*. (2000). Recuperado el 29 de Diciembre 2014, de <http://www.boe.es>BOE>26/01/2000>.
- Rodríguez, O. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento psicológico*, 7 (14), 41- 52.



- Sánchez- Fuentes, M.M., Santos- Iglesias, P y Sierra. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*, 14 (1), 67- 75.
- Santos, P., Sierra, J.C., Garcia, M., Martinez, A., Sanchez, A y Tapia, M.I. (2009). Índice de satisfacción sexual (ISS): un estudio sobre fiabilidad y validez. *International journal of psychology and psychological therapy*, 9 (2), 259- 273.
- Sherry, J y Donald, J.L. (2008). Relationship between physical disabilities or long- term health problems and health risk behaviors or conditions among us high school students. *Journal of school health*, 78 (5), 252- 257.
- Sierra, J.C., Vera- Villarroel, P y Martín- Ortiz, J.D. (2002). Conductas sexuales, satisfacción sexual y fantasías sexuales: diferencias por género y nacionalidad. *Avances en psicología clínica latinoamericana*, 20, 57- 62.
- Sierra, Olga. Discapacidad: tipos y características [en línea]: documento electrónico de internet. 2012 [fecha de consulta: 3 de Diciembre 2014]. Disponible en: <http://www.atendiendonecesidades.blogspot.com.es/2012/11/distintos-tipos-dediscapacidad-y-sus-características.html>.
- Taleporos, G y McCabe, M.P. (2001). Physical disability and sexual esteem. *Sexuality and disability*, 19 (2), 131- 148.
- Taleporos, G y McCabe, M. (2003). Relationships, sexuality and adjustment among people with physical disability. *Sexual and relationship therapy*, 18 (1), 25- 43
- Taleporos, G y McCabe, M. (2005). The relationship between the severity and duration of physical disability and body esteem. *Psychology and health*, 20 (5), 637- 650.
- Tang, N., Bensman, L y Hatfield, E. (2013). Culture and sexual self- disclosure in intimate relationships. *Interpersona*, 7 (2), 227- 245.
- Valoración de las situaciones de minusvalía. (s.f). Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de [http://www.juntadeandalucia.es/export/dropaljda/valoracion\\_discapacidades.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/dropaljda/valoracion_discapacidades.pdf).
- Vansteenwegen, A., Jans, I y Revell, A.T. (2003). Sexual experience of women with a physical disability: a comparative study. *Sexuality and disability*, 21 (4), 283- 290.

Walter, L.J., Nosek, M.A y Langdon, K. (2001). Understanding of sexuality and reproductive health among woman with and without physical disabilities. *Sexuality and disability*, 19 (3), 167- 176.

Zayas, E y Guanche, H. (1999). Factores psico- fisiológicos en la sexualidad del adulto mayor. *Geriátrica*, 15 (10), 25- 28.

Zheng Q.L., et al. (2014).The role of quality of care and attitude towards disability in the relationship between severy of disability and quality of life: findings from a cross-sectional survey among people with physical disability in China. *Health and Quality of life*, 12- 25.