

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

CIENCIAS DE LA SALUD

**Deseo, Autoestimulación, Satisfacción y
Fantasías Sexuales en Personas con
Necesidades Especiales.**

Autora: Sonia García González.

Tutora: Rosa Zapata Boluda.

MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA.

Curso Académico 2010/2011.

Trabajo de Fin de Máster.

Índice

I. INTRODUCCIÓN.	
1. Sexualidad. Definición.	3.
2. Sociedad e historia de la discapacidad.	6.
3. Diferencias entre Deficiencia-Discapacidad-Minusvalía.	8.
4. Legislación de la Discapacidad.	10.
5. Clasificación de discapacidades según la CIF.	11.
6. Calificador del constructo de funciones corporales.	11.
7. Calificadores del constructo de actividad y participación.	12.
8. Calificadores del constructo de factores ambientales.	12.
9. Otras clasificaciones. Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).	14.
10. Epidemiología de la discapacidad en España.	16.
11. Enfermedades que pueden provocar una discapacidad.	16.
12. Mitos en sexualidad de personas con necesidades especiales.	17.
13. Deseo sexual y fantasías sexuales.	22.
14. Tipos de Fantasía	26.
II. JUSTIFICACIÓN.	28.
III OBJETIVOS.	29.
1. Objetivos generales.	
2. Objetivos específicos.	
IV.MATERIAL Y MÉTODOS.	29.
1. Tipo de Estudio.	
2. Muestra de Estudio.	
3. Instrumentos.	
4. Análisis Estadístico.	
5. Sesgos.	
V. RESULTADOS.	44.
1. Análisis Univariante.	
2. Análisis Bivariante.	
VI. DISCUSIÓN.	111.
VII. CONCLUSIONES.	115.
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	116.

I-INTRODUCCIÓN.

1. Sexualidad. Definición.

La sexualidad ha sido un tema tabú a lo largo de la historia, se ha definido desde distintos puntos de vista por diversidad de autores, nosotros nos hemos centrado en la definición de la OMS: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive 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 ellas 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, 2.006).

La sexualidad es una evidencia muy clara y se explica desde la evolución filigenética de las especies. La evolución humana ha generado un cambio en la mera búsqueda reproductiva de las especies por una forma más compleja de sexualidad que pretende satisfacer, tanto de forma autoerótica, como de forma compartida, la necesidad de obtener placer.

Este placer se encuentra motivado por el deseo, en la búsqueda de la satisfacción sexual, y este deseo se suele expresar en forma de fantasía sexuales.

El autoerotismo en nuestra cultura es una forma de expresión sexual estigmatizada desde el siglo XVIII, considerada como enfermiza y malsana, inicialmente por los científicos. Hoy llega a nuestros días llena de prejuicios en una sociedad moralmente represiva, a sabiendas que se ha demostrado que científicamente es una forma de obtener placer y satisfacción sexual, puesto que activa la respuesta sexual: deseo, excitación y orgasmo (Máster and Johnson, 1978).

Como seres sexuados que somos todos, la sexualidad no puede quedar lamentablemente reducida al coito, la belleza y la juventud, puesto que muchas personas quedaríamos fuera, y entre ellas se encontrarían las *Personas con Necesidades Especiales* (PNE).

Por otro lado tampoco podemos irnos al extremo y hablar en exclusiva de la sexualidad de los discapacitados, puesto que no existe una normalización y validación de una sexualidad concreta sino que hay tantas sexualidades como personas hay. Con nuestro trabajo tratamos de mostrar las peculiaridades de la sexualidad de los sujetos que nos ocupa y sensibilizar a la población para que tengan presente que todos somos seres sexuados, y que la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos (OMS, 2.000).

Si bien la sexualidad de las personas llamadas “normales” es polémica e incomprendida, lo es mucho más las personas con algún tipo de discapacidad.

Al igual que recomienda A. Ravelo (2.003), nos encontramos en la necesidad de dirigirnos a estas personas y a la sociedad en general; recordándoles que:

- Un pene erecto no hace sólida una relación como tampoco una vagina húmeda.
- La ausencia de sensaciones no significa ausencia de sentimientos.
- La imposibilidad de moverse no representa la imposibilidad de sentir.
- La incontinencia urinaria no significa incompetencia de la respuesta sexual.
- La presencia de deformidades no significa ausencia de deseo.
- La dificultad para realizar el coito no significa incapacidad para disfrutarlo.
- La pérdida de los genitales no representa la pérdida de la sexualidad.

El miedo ha logrado que en la actualidad, a pesar que E. Chigier (1.972) en el Congreso Mundial de Rehabilitación, ya hablara de unos *derechos sexuales de los discapacitados*:

1. Derecho a recibir información sobre sexualidad
2. Derecho a recibir educación sexual.
3. Derecho a expresarse sexualmente.
4. Derecho a la maternidad/paternidad.

Hayan tenido que pasar 30 años para que la declaración aprobada por la *Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología* en el 14º Congreso Mundial de Sexología celebrado en el 1.999 recogiera los derechos sexuales de las personas con discapacidad como derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherente a todos los seres humanos.

Se considera la sexualidad como una dimensión global que mediatiza la totalidad del ser humano con independencia de su dotación intelectual o de sus habilidades motoras.

Pero a pesar de esto aún la afirmación de derechos sexuales de los discapacitados plantea un espinoso dilema entre las familias y la sociedad siendo la sexualidad de las PNE no reconocida, se les niega y se trata de anular (Zapiain, 2.009).

Al hablar de PNE estamos ante una doble categorización etimológica de la palabra normalidad, puesto que debemos diferenciar entre normalidad referida al propio sujeto (personas excluidas e incluidas) y normalidad sexual.

En el reconocimiento de la categorización que hace la sociedad de sus individuos y la relación de fuerzas entre ellos, situaríamos a los reconocidos como “*normales*” frente a los que llevan la marca visible de su “*no-normalidad*” a través de las señales (físicas, conductuales y ortopédicas) con que serían caracterizados dentro del conjunto de conductas, instrumentos y mecanismos que producen un saber que sirve y articula lo que conocemos como “*Discapacidad*”.

Por otro lado hay que dejar claro que “*individuo*” y “*persona*” no son categorías equivalentes. El “*individuo*” o “*ciudadano*” es una construcción política de la modernidad, dotado de unos derechos y deberes cara a la comunidad, siendo sometido e indisolublemente a una categoría moral, “*la norma*”. Ésta dicta: “quien no hace lo que tiene que hacer o quiere hacer lo que no puede hacer, incumpliendo la norma, no es individuo, no es persona... no es “*Normal*” (Ferreira, 2.008). La arbitraria constitución de la categoría moderna de “*individuo*” “señala la condición excluida de muchos colectivos humanos, entre ellos, las personas con discapacidad. Su desajuste de la norma ha sido especificado, definido y aplicado por la ciencia médica: la normalidad que no pueden cumplir es la de la norma (científica) médica de la “salud”. Las personas con discapacidad no son normales porque no son sanos: son enfermos. Su exclusión del régimen de funcionamiento del sistema socio-cultural capitalista, su “inutilidad”, su “improductividad”, se debe a que poseen un substrato biológico “deficiente”, catalogado como tal por la ciencia médica; y lo que es deficiente en términos (científicos) médicos no es sano.

En España los términos empleados para asignar a las personas que son objeto de nuestro estudio han sido modificados con el paso de los años, así desde ser considerados “Anormales” pasaran por: “Aberrantes”-“Subnormales”-“Inválidas”-“Deficientes”-

“Minusválidas”-“Discapacitadas” hasta llegar al término al que se tiende “Personas con Necesidades Especiales o de apoyo (bien sean necesidades físicas, psíquicas o sensoriales).

2. Sociedad e historia de la discapacidad.

Las fronteras culturales se interpretan como mapas de normas y regulaciones construidas históricamente y organizadas socialmente, que limitan y favorecen las identidades particulares, las capacidades individuales y las formas sociales.

Cuando se aplican a los temas de discapacidad, estas fronteras incluyen actitudes hacia la discapacidad que las personas discapacitadas desean deconstruir, así como estructuras institucionales como la educación especial que separan y excluyen de sus semejantes a las personas con “insuficiencias”.

Resulta importante realizar una aclaración previa a los términos de integración y exclusión como opuesta y complementaria, construcción recíproca y dialéctica en la historia. Esta visión reconoce su matriz hegeliana de “unidad de los contrarios”. Por otro lado referirse a personas excluidas, implica la existencia de personas que están incluidas, pero el punto en cuestión es que no se trata de dos órdenes de la realidad sino de un mismo proceso. Con esta concepción dialéctica de la realidad, hace necesario remontarse a los orígenes de las categorías para poder reconstruirlas en su devenir histórico a través de diversas posturas teóricas. Y para lograr esto es necesario realizar una breve conceptualización del contexto histórico a partir del cual surge el reconocimiento de nociones como la integración, exclusión social y discapacidad.

Los sociólogos estadounidenses con su interés por el significado, la identidad y el etiquetado analizaron durante la década de los 60 la relación entre insuficiencia y discapacidad, centrándose en el proceso de estigmatización y en la construcción social de la dependencia. Autores como E. Goffman (1968) y R. Scott (1970), cuestionaron la visión ortodoxa, en la cual los problemas asociados a la discapacidad eran el resultado directo de las insuficiencias y/o las condiciones médicas individuales. Estas explicaciones junto con la radicalización de los jóvenes discapacitados estadounidenses del Movement for independent living, llevaron a Gerben de Jong a iniciar lo que Mike Oliver llamaría más tarde el “*Modelo social de la discapacidad*” (Oliver, 1983) con la

proclamación de que los factores actitudinales y ambientales que son al menos tan importantes como en la insuficiencia en la valoración de la discapacidad (De Jong, 1979).

Por otro lado D. A. Stone (1984) sostiene que todas las sociedades funcionan bajo un complejo sistema de distribución de bienes que cuyo principal motor es el trabajo. Dado que todos no son capaces de trabajar, se desarrollo un segundo sistema que es el de las necesidades; y ella demuestra como el acceso al sistema de necesidades está determinado tanto por las consideraciones médicas como por las políticas. De ahí que la “construcción social de la discapacidad” se explique en la acumulación de poder por parte de la profesión médica y a la necesidad que tiene el estado de limitar el acceso al estado de bienestar que él patrocina. Por otro lado una variante de esta teoría es la propuesta por Wolfensberger que indica la construcción social de la discapacidad y la dependencia por el crecimiento de las industrias de los servicios humanos, a partir de 1945. Sostiene que una “economía de producción posprimaria” como la de Estados Unidos o la de Gran Bretaña, en donde las industrias de servicios humanos han cobrado una importancia cada vez mayor, su función no especificada es la de crear y mantener grandes cantidades de gente dependientes y devaluadas, con el fin de asegurar el trabajo de los demás. Esto está en clara oposición en la rehabilitación de estas personas para la integración en la comunidad.

G. L. Albrecht (1.992) va más allá y nos dice que “*la discapacidad*” está producida por el propio negocio de la discapacidad. Esto se opone a las ideas de discapacidad como una condición médica, política, desviación social o de un grupo minoritario. Por lo que todos estos autores piensan que el término y significado de discapacidad es el resultado inevitable de la evolución de la sociedad industrial.

P. Haunt (1996) un activista discapacitado sostiene que las personas con insuficiencias, debido que son consideradas “*desventuradas, inútiles, diferentes, oprimidas y enfermas*” *representan un desafío a los valores sociales comúnmente aceptados*”. Para él las personas con insuficiencias son desventuradas porque se les consideran que no son capaces de disfrutar de los beneficios materiales y sociales de la sociedad moderna. Dado el carácter prioritario del trabajo en la cultura occidental, estas personas son consideradas inútiles, ya que no son capaces de contribuir con el bien económico de la comunidad.

Una década después la Union of The physically Impaired Against Segregation (UPIAS), de la que Hunt es miembro estableció la distinción fundamental entre insuficiencia y discapacidad, la primera en coincidencia con la visión médica tradicional, está relacionada con las condiciones biofísicas de carácter individual y la segunda se refiere a la exclusión de éstos, por lo que la discapacidad es la desventaja o la limitación de actividad causada por una organización social contemporánea que no tiene en cuenta, a las personas que tienen insuficiencias físicas, y por tanto las excluye de la participación en las actividades sociales generales” (UPIAS,1976, Pag.14) Esta definición la ampliaron más tarde para que abarcaran todas las insuficiencias, introduciendo “insuficiencias físicas, sensoriales e intelectuales”.(Barnes,1991;Oliver 1990).

3. Diferencias entre Deficiencia-Discapacidad-Minusvalía.

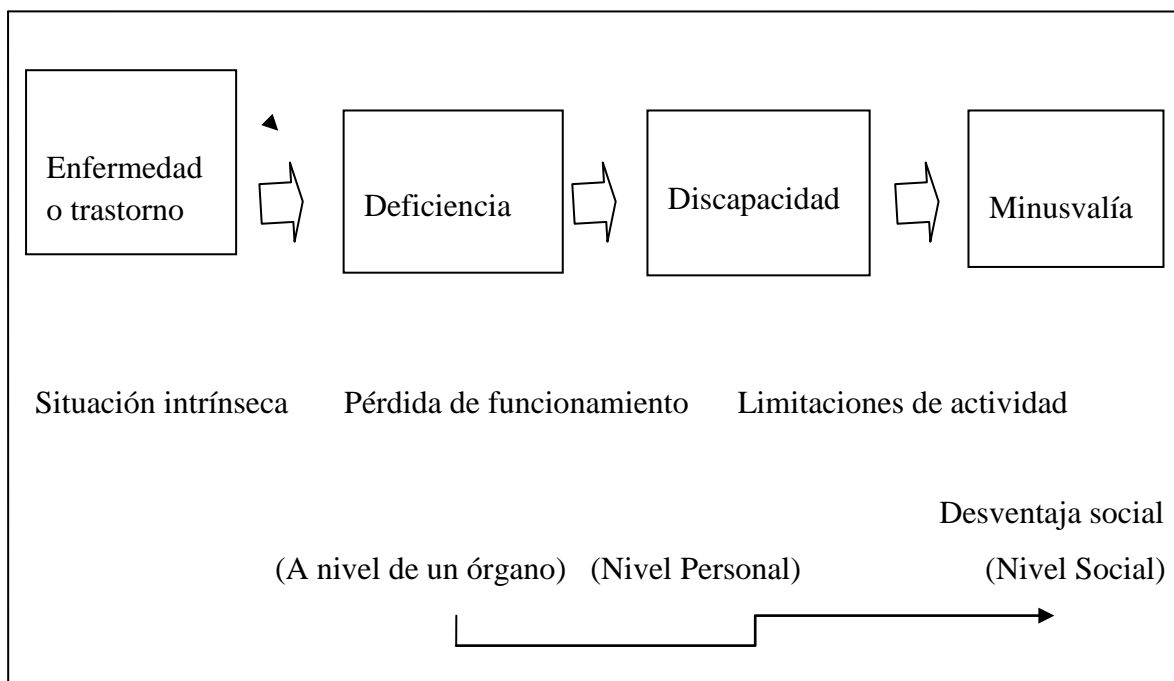


Figura 1. Modelo adoptado en la Clasificación Internacional De Discapacidades.

Deficiencia: en el ámbito de la CIDDM (Clasificación Internacional de discapacidades) el término “deficiencia” hacía referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su

causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como: *“Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica”*.

Discapacidad: La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: *“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”*.

“Resultante de la interacción entre la discapacidad de una persona y la variables ambientales que incluyen el ambiente físico, las situaciones sociales y los recursos” (OMS, 1.997).

Minusvalía: Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: *“Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)”*

Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad (Figura 1). Este modelo instaurado en 1.980 fue utilizado en todo el mundo, sirviendo de base para la legislación en materia de discapacidad. A pesar de su gran utilización no estaba exento de críticas ya que se considera falto de claridad en sus definiciones, demasiado lineal y la presencia de un abordaje negativo en la clasificación del estado de salud de las personas. Por todo esto fue sometido a una exhaustiva revisión, que finalizó con la aprobación en 2.001 de la nueva Clasificación, siendo incluido el concepto de bienestar, las condiciones relacionadas con la salud, la complejidad que abarca la discapacidad, y los factores ambientales y personales.

4. Legislación de la Discapacidad.

En España con la promulgación de la Constitución de 1978, se inicia una nueva etapa en el tratamiento jurídico y social de las personas con discapacidad. A partir de esta etapa, las políticas sociales destinadas a la mejora de las condiciones generales de vida de las personas con discapacidad experimentan un gran avance. En el *artículo 14* de la Constitución se establece un precepto constitucional que sienta la base para la formulación de todas las políticas sociales que se vayan a desarrollar en adelante. Este precepto establece que todos somos iguales ante la ley y, por lo tanto, ninguna característica personal como en el caso que nos ocupa, la discapacidad, podrá generar un tratamiento jurídico discriminatorio. Las normas jurídicas destinadas a las personas con discapacidad cumplen una función protectora, tendente a la completa normalización e integración de estos ciudadanos en la sociedad.

En cuanto a la antidiscriminación, en España, no existe una legislación específica en esta materia, es más, ni siquiera existe este concepto como tal. Hemos podido encontrar, referencias al concepto de discriminación, más bien de no discriminación, en el artículo 14 de la Constitución Española y en el Código Penal.

La Constitución Española, en su *artículo 49*, establece que los poderes públicos ampararán especialmente a las personas con discapacidad para el disfrute de los derechos que el título primero otorga a todos los ciudadanos españoles. Con este fin nace, la *Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos*, que vino a significar una primera definición de ese amparo especial que la Constitución reconoce a las personas con discapacidad. Se hace por ello imprescindible, un análisis de la Constitución y la Ley 13/82 de 7 de Abril, de Integración Social de los Minusválidos (en adelante LISMI), desde el punto de vista de su implicación con la Seguridad Social.

La LISMI, es la primera Ley en España que establece una serie de derechos sociales para las personas con discapacidad. Esta Ley se configura como una ley marco estableciendo como tal las pautas de actuación en materia de discapacidad y en base a ella se establecen los criterios para calificar a una persona como minusválida. El Real Decreto 1971/99, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía, la definición de discapacidad sólo se encuentra en la LISMI, las demás normas en materia de discapacidad nos remiten

siempre a “recibe la condición de minusválido aquella persona que haya sido reconocido como tal por los órganos administrativos competentes”. Tanto los órganos como los criterios a seguir para la calificación de la minusvalía se encuentran definidos en esta norma.

5. Clasificación de discapacidades según la CIF.

La CIF (Clasificación internacional del funcionamiento) utiliza un sistema de codificación alfanumérico. A cada ítem de cada una de las escalas le corresponde un código que puede ser ubicado en función de la letra y número que aparezcan en él. Así, a cada una de las escalas o componentes de la CIF le corresponde una letra que encabeza el código. Éstas

son:

- b** para la escala de *funciones corporales* (body).
- s** para la escala de *estructuras corporales* (structure).
- d** para la escala de *actividad y participación* (disability). Esta letra puede ser sustituida por **a** o **p** si nos referimos a limitación de actividad o restricción de participación.
- e** para la escala de *factores ambientales* (environment).

Tras la letra, que nos indica a cuál de las escalas de la CIF pertenece el código, pueden aparecer de tres a cinco números, según el nivel de detalle que queramos alcanzar.

6. Calificador del constructo de funciones corporales.

El constructo de funciones corporales posee un único calificador (primer calificador) Se trata de un «*calificador genérico con escala negativa utilizado para indicar la extensión o magnitud de una deficiencia*» funcional. Este calificador se indica mediante un dígito numérico, separado por un punto del ítem al que describe y/o modifica, que significa:

- 0** No hay Deficiencia (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- 1** Deficiencia Ligera (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2** Deficiencia Moderada (media, regular...) 25 a 49%.
- 3** Deficiencia Grave (muchas, extrema...) 50 a 95%.

Éste primer constructo se puede detallarse aún más con 2 subconstructos: un dígito (del 0 al 9) para indicar la naturaleza del cambio de la estructura corporal y un tercer dígito para indicar la localización de la deficiencia estructural.

7. Calificadores del constructo de actividad y participación.

El constructo de actividad y participación lo componen dos grupos de calificadores: primer calificador y segundo calificador. Todos y cada uno de ellos viene representado por un dígito numérico, separado por un punto del código del ítem al que describe y/o modifica.

El primer calificador es el de desempeño/realización, *describe lo que una persona hace en su contexto/entorno actual (real)*. El segundo calificador es el de capacidad, *describe la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción y se mide en un contexto/entorno uniforme o normalizado*. Como ambos calificadores hacen referencia a un contexto/entorno, es recomendable que su codificación venga acompañada del o de los códigos oportunos de la escala de factores ambientales.

Ambos calificadores deben emplearse juntos y son representados, cada uno de ellos, por un número que significa:

- 0 No hay dificultad (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- 1 Dificultad Ligera (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2 Dificultad Moderada (media, regular...) 25 a 49%.
- 3 Dificultad Grave (mucha, extrema...) 50 a 95%.
- 4 Dificultad Completa (total...) 96 a 100%.
- 8 Sin especificar.
- 9 No aplicable.

8. Calificadores del constructo de factores ambientales.

El constructo de factores ambientales utiliza un solo grupo de calificadores: primer calificador. Se representa por un dígito numérico que está separado del ítem al que describe y/o modifica por un punto cuando se trata de una barrera u obstáculo y por el símbolo «+» cuando se trata de un facilitador.

Cada uno de estos dígitos numéricos significa que:

- 0** No hay Barrera (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- 1** Barrera Ligera (poca, escasa...) 5 a 24%.
- 2** Barrera Moderada (media, regular...) 25 a 49%.
- 3** Barrera Grave (muchas, extrema...) 50 a 95%.
- 4** Barrera Completa (total...) 96 a 100%.
- 8** Barrera sin especificar.
- 9** No aplicable.
- +0** No hay facilitador (ninguna, ausencia, insignificante...) 0 a 4%.
- +1** Facilitador Ligero (poca, escasa...) 5 a 24%.
- +2** Facilitador Moderado (media, regular...) 25 a 49%.
- +3** Facilitador Grave (muchas, extrema...) 50 a 95%.
- +4** Facilitador Completo (total...) 96 a 100%.
- +8** Facilitador Sin Especificar.

La verdadera utilidad de la CIF la encontramos en la utilización de los «calificadores» que proporciona para describir los «estados relacionados con la salud», o lo que, en terminología de CIDDM, antes conocíamos como «consecuencias de la enfermedad».

En España en el “Libro blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia en España”. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2.005). A pesar de encontrarse un total de 2.782.590 discapacitados, entre moderados, dependencia severa y gran dependencia, con una proyección de futuro estimada para el 2.015 de unos 3.265.200 (incluyendo personas con ayuda para la realización de actividades de la vida diaria y de tareas domésticas, no se contempla alusión alguna al tema de la sexualidad de dichas personas como una necesidad básica e inherente en el ser humano como indica la OMS.

9. Otras clasificaciones. Índice de Barthel o de Discapacidad de Maryland. Actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland y publicado diez años después en 1.965.

Este índice consta de diez parámetros que miden las ABVD, la elección de las mismas se realizó de forma empírica según la opinión de médicos, enfermeras y fisioterapeutas. En 1979 Granger publicó la modificación del índice de Barthel. El cambio fundamental se encontraba en el parámetro relativo al traslado en silla de ruedas a cama por el de traslado de sillón a cama, siendo esta versión más difundida y utilizada en la mayoría de los países.

Fue validada en 1.988 con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente.

Hoy en día es uno de los instrumentos de medición de las ABVD más utilizada internacionalmente, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda.

En España, es la escala de valoración funcional más utilizada en los servicios de geriatría y de rehabilitación; por lo que nosotros la hemos utilizado en nuestros cuestionarios en el apartado de datos generales para la clasificación de nuestra muestra. Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como son comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/ cama, deambulación y escaleras; y les asigna una puntuación (0, 5, 10, 15) en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo, obteniéndose una puntuación final que varía de 0 a 100. La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los cambios se producen de 5 en 5 y no es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación con un punto de corte en 60 (por encima de 60 implica independencia).

El grado de dependencia según puntuación de la escala:

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99

- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

Indice de Barthel.

Este índice es el utilizado en nuestro cuestionario para medir el grado de dependencia.

Comer	0= Incapaz.
	5= Necesita ayuda para cortar, extender la mantequilla, usar condimentos, etc.
	10= Independiente (la comida está al alcance de la mano).
Trasladarse entre la silla y la cama	0= Incapaz, no se mantiene sentado.
	5= Necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado.
	10= Independiente.
Aseo personal	0= Necesita ayuda con el aseo personal.
	5= Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.
Uso del retrete	0= Dependiente.
	5= Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo.
	10= Independiente (entrar, salir, limpiarse y vestirse).
Bañarse/ ducharse	0= Dependiente
	5= Independiente para bañarse o ducharse.
Desplazarse	0= Inmóvil.
	5= Independiente en silla de ruedas en 50m.
	10= Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
	15= Independiente al menos 50m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.
Subir y bajar escaleras	0= Incapaz.
	5= Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.
	10= Independiente para subir y bajar escaleras.
Vestirse o desvestirse	0= Dependiente.
	5= Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda.
	10= Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.
Control de heces	0= Incontinente (o necesita que le suministren enema).
	5= Accidente excepcional (uno/semana).
	10= Continente.
Control de orina	0= Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa.
	5= Accidente excepcional (máximo uno/24 horas).
	10= Continente.

TOTAL= 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas).

10. Epidemiología en España de la discapacidad.

PROYECCIÓN DEL NÚMERO PERSONAS CON DISCAPACIDAD PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA POR GRADOS DE NECESIDAD DE CUIDADOS (ESPAÑA, 2005-2020).				
	2005	2010	2015	2020
Personas dependientes				
Grado 3 (Gran dependencia)	194.508	223.457	252.345	277.884
Grado 2 (Dependencia severa)	370.603	420.336	472.461	521.065
Grado 1 (Dependencia moderada)	560.080	602.636	648.442	697.277
Total	1.125.190	1.246.429	1.373.248	1.496.226
Personas con necesidad de ayuda para realizar tareas domésticas y/o discapacidad moderada para alguna ABVD				
A (Disc. moderada para alguna ABVD)	798.967	857.378	920.069	979.344
B (Discapacidad para alguna AIVD)	858.433	914.161	971.884	1.028.992
Total	1.657.400	1.771.539	1.891.952	2.008.336
Total personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria				
TOTAL	2.782.590	3.017.968	3.265.200	3.504.562

Tabla1.Epidemiología de la discapacidad en España (Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2.005).

11. Enfermedades que pueden provocar una discapacidad.

Las enfermedades más comunes que pueden provocar una discapacidad bien sea física, psíquica, sensorial, o que pueda englobar más de una, son las siguientes:

- a) **Discapacidad Auditiva:** Hipoacusia profunda, Presbiacusia, Sordera o deficiencia auditiva total, Neurofibromatosis, Síndrome de Alport, Síndrome de Goldenhar Síndrome de Kearns Savre, Síndrome de Pendred, Síndrome de Usher, Síndrome de Waardenburg.
- b) **Discapacidad Visual:** Ceguera, Cataratas, Degeneración macular, Cáncer de retina, Atrofia óptica, Glaucoma, Distrofia Corneal y Retinal, Retinopatía diabética y del prematuro, Uveítis, Retinoblastoma.
- c) **Discapacidad Cognitiva:** Autismo, Alzheimer, Síndrome de Asperger, Síndrome de Down.
- d) **Discapacidad Motora:** ACV, Atrofias musculares, Disonías musculares, Espina Bífida, Osteogénesis imperfecta.
- e) **Discapacidad Neurológica:** ACV, Alzheimer, Ataxia, Corea de Huntington, Esclerosis múltiple o ELA, Lesión medular espinal, Parkinson, Síndrome de Tourette.

- f) **Discapacidad Mental:** Síndrome de Down, Fenilcetonuria, Síndrome de West, Síndrome de frágil, Síndrome de Prader Willi.

12. Mitos en sexualidad de personas con necesidades especiales.

Cuando hablamos de sexualidad en personas con discapacidad debemos tener en cuenta que las posibilidades de tener una vida sexual más o menos amplia, va a depender del grado y tipo de discapacidad (primaria o secundaria), de la atención especializada a nivel sexual, de su familia y de los grupos de apoyo que el individuo posea.

Que en discapacitados psíquicos su razonamiento es deficiente y su juicio social también, originando relaciones afectivo-sociales muy pobres, muestras de afecto indiscriminadas impulsivamente; dificultad para expresar, explicar y verbalizar sentimientos, pensamientos y experiencias; dificultad para distinguir la realidad de la no realidad, los sueños y experiencias fruto de la imaginación y la tendencia a mostrar su cuerpo en cualquier situación.

Las relaciones en discapacitados psíquicos siguen aún sin aceptarse y no todas las personas con discapacidad van a tener la posibilidad de mantener relaciones sexuales compartidas, ya que para que ocurran es necesario un cierto grado de autonomía.

Tampoco debemos olvidar que la homosexualidad es una orientación más de sexualidad compartida, no siendo ésta impuesta por la falta de oportunidades.

Debemos no caer en los mitos más conocidos y erróneos sobre la sexualidad en personas con discapacidad. Entre ellos cabe destacar los citados por Delfín, 1.994:

- *“Los minusválidos son asexuales”.*
- *“Los minusválidos dependen de los demás, son como niños que necesitan que se le proteja”.*
- *“La incapacidad física genera incapacidad sexual”.*
- *“Los minusválidos debería hacer su vida y casarse con personas como ellos”.*
- *“Los padres de los niños minusválidos no quieren educarlos”.*
- *“Es esencial para la satisfacción sexual que el coito termine en orgasmo”.*

- *“Si un minusválido tiene un problema sexual casi siempre es resultado de su padecimiento”.*
- *“Si una persona normal se relaciona con un minusválido es porque el primero no se considera atractiva para nadie”.*

Actualmente continúan siendo mitos los siguientes:

- Las personas discapacitadas no tienen necesidad de expresión sexual.
- Subestiman las fantasías sexuales.
- El cuerpo de una persona con discapacidad no puede ser atractivo y producir placer.
- La única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja.
- Temor a la transmisión genética de la lesión.
- Temor a que la actividad sexual acelere la enfermedad.
- A determinadas personas discapacitadas (según el tipo de discapacidad) se le atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida, desinhibida o depravada.
- La única forma correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito.
- La incontinencia les hace sexualmente desagradables.
- El uso de medios accesorios para el placer es pecado o degradante.
- La masturbación es una enfermedad o vicio.
- Los lesionados medulares no experimentan orgasmos.

Son muchos los mitos existentes pero sin duda el más generalizado es el de la inexistencia de la sexualidad en las personas discapacitadas. Philippe Arès lo llamó en 1.960 el sexo de los ángeles. Los capacitados eran considerados asexuados siendo eternamente niños, provocando un déficit en el proceso de socialización sexual y una limitación de la privacidad por el miedo que las familias otorgaban a la sexualidad, siendo ésta vista como fruto de embarazos no deseados y abusos sexuales.

Tras el concilio de Trento en el siglo XVIII, el puritanismo moderno impone su triple decreto de prohibición, inexistencia y mutismo. Se gesta la idea aún actual para parte de

la sociedad que los niños, los discapacitados como los ángeles carecen de sexo y la masturbación será considerada un peligro no estando dentro de lo irracional.

Buscando bibliografía sobre la masturbación y sus connotaciones nos sorprendió que esta idea del siglo XVIII se encuentre aún vigente, como nos demuestran las palabras de Foucault (2.001):

“Ocúpense de la masturbación de sus hijos, vigilen que no se toquen su sexo...”

Y a pesar de que casi hay consenso en la comunidad sexológica mundial acerca de la inocuidad de la masturbación, aun se escuchan voces opositoras y condenatorias, no sólo de sectores ortodoxos de la iglesia, sino de conocidos miembros del cuerpo médico, que pertenecen a entidades que brindan asistencia y consejería a la comunidad, generando opinión y difundiendo sus ideas. Por ello aun persiste la desinformación, la confusión y contradicción con relación al tema. De ahí la importancia de profundizar la investigación de la masturbación y otros aspectos de la sexualidad.

Ya que como Mc Cary sostiene que: *“Probablemente, la forma más fructífera de responder a la máxima capacidad sexual del individuo es mediante la autoestimulación. La masturbación, constituye un acto perfectamente sano y normal en muchachos, muchachas, hombres y mujeres tanto jóvenes como ancianos”(1.983)*

Actualmente los abusos son aún una realidad, según F. López el 20% de la población en general ha sufrido en algún momento alguna forma de abuso, por ello los objetivos en las intervenciones para las conductas sexuales socialmente no aceptadas en el programa de Educación Sexual en Centro de Atención a personas adultas con discapacidad intelectual del Gobierno del Principado de Asturias (2.007), son la erradicación de masturbación individual en público, de realización de gestos obscenos o utilización de lenguaje obsceno, de tocamientos en pareja, de tocamientos a educadores, de desnudez en público, de conductas exhibicionistas y los abusos sexuales. Tratando así de eliminar los mitos a los que discapacitados se encuentran subyugados, debido a la sobre protección y la falta al acceso de los espacios íntimos que siempre se les ha negado.

Por otro lado quienes consideran la sexualidad igual a genitalidad difícilmente pueden imaginar que personas con necesidades especiales puedan tener una sexualidad plenamente satisfactoria. En cambio un estudio de Kennedy (1.990) pone de manifiesto

que los estímulos eróticos de las personas con necesidades físicas especiales (se trataba de una comparativa de personas con lesiones medulares y no lesionados) no son esencialmente distintos que al resto de la población.

Otro de los mitos es que discapacidad es igual a incapacidad sexual y nosotros hablaríamos más bien de dificultad sexual, que la OMS la definiría como *“la imposibilidad del individuo a participar en las relaciones sexuales tal como lo desea”*. Más bien como nos indica Kolodny, Master y Jonhson (1.983) la persona discapacitada queda inmersa en estados depresivos, ansiedad, pérdida de la autoestima y sentimientos de culpabilidad que como consecuencia se encuentran mermadas sus habilidades de seducción que junto a una limitación psíquica, física o sensorial que le dificulta el acceso a otros individuos, hace que sus encuentros sean escasos, pero no por falta de deseo sino por falta de oportunidad, tendiendo al aislamiento social.

Hay que diferenciar el tipo de discapacidad (congénita o adquirida), porque si fue adquirida será diferente, si en ese momento tenía pareja o no, ya que el estrés desencadenado por la situación, las separaciones hospitalarias, el temor por la vida del compañero y la reorganización vital que supone la nueva situación generarán en el miembro de la pareja no discapacitada problemas que harán disminuir el nivel de comunicación, aparecerán conductas de evitación y disminución del deseo sexual (Cardenal, 1.995).

En cambio a pesar de lo que se cree, se observan menos separaciones en parejas discapacitadas, salvo en parejas recién constituidas (Cabello, 2.000) y podría deducirse que las relaciones sexuales entre personas con necesidades especiales son escasas; sin embargo nada más lejano de la realidad, según datos aportados por Pawdaroski (1.992) mantenían relaciones el 35% los discapacitados físicos hospitalizados, el 25% con otros internos, el 5% con pareja externa y 5% con visitantes a la institución. El 65% de los que no mantenían relaciones lo atribuían a la falta de oportunidades y tan sólo un 40% era debido a la inadaptación psicológica.

Otro de los mitos es la despreocupación y falta de interés por la sexualidad de las PNE, a lo que hay que aclarar que no es cierto puesto que según Soto de Lanuza el 96% opinan que es necesario educación sexual para el colectivo, porcentaje muy similar al de los jóvenes en general estudiado por F. Cabello (1.993).

Según el instituto Kinsey (1.995) personas con necesidades físicas especiales poseen actitudes hacia la sexualidad más liberales que la población en general.

Otro de los tópicos a los que son sometidas las PNE, especialmente los discapacitados psíquicos son la hipersexualidad y los asociados a los estigmas de la enfermedad:

- Inhibición de la sexualidad y efectos físicos-psíquicos de los fármacos.
- Falta de estabilidad en la persona para mantener una relación afectiva.
- Incomprensión por parte de los demás de la enfermedad y en especial de la pareja.

Se ha estudiado que las prácticas homosexuales o heterosexuales de los discapacitados mentales no se dan con la exagerada frecuencia que se les atribuye (Navas et al. 1.995). Por otro lado la falta de información refuerza mitos que atemorizan y afectan la calidad de vida coadyuvando a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Pero nosotros pensamos que el peor de los mitos a los que son sometidas las PNE, cuando hablamos de sexualidad es la visión rehabilitatoria-biologicista y androgénica que posiciona las mayoría de las investigaciones, y así corroboramos, ya que la mayoría de los estudios realizados van encaminados a la recuperación de la erección del pene, a la rehabilitación patogénica con pinceladas en la afección sexual de las mismas, o la educación afectivo- sexual que en discapacidad psíquica se debería de realizar para mejorar la salud sexual, generalmente hablando de población infantojuvenil, olvidándose por completo de la población anciana.

Por esto creemos en la necesidad de una ampliación de conocimientos sobre la sexualidad, ya que la falta de información refuerza mitos que atemorizan y afectan la calidad de vida coadyuvando a la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

13. Deseo sexual y fantasías sexuales.

La búsqueda del placer se haya motivada por el deseo, Kaplan (1977, 1979) lo define como las sensaciones que motivan a un individuo a iniciar o ser receptivo a una estimulación sexual; esta autora habla de deseo sexual provocado por estimulación interna y estimulación externa. En cambio, Levine (2003) habla de tres componentes:

componente biológico, mediado por el sistema neuroendocrino; componente social y componente individual (fantasías, ideaciones, vasocongestión genital...)/interpersonal. El deseo sexual se definiría como un estado de *sentimientos subjetivos que se desencadena por una serie de estímulos externos e internos*, manifestándose a nivel conductual siendo esencial un adecuado funcionamiento neuroendocrino para que se experimente este estado y una suficiente estimulación sexual provocada por dos fuentes diferentes (individual y ambiental), estando determinado por procesos sexuales intrapsíquicos e interpersonales (Leiblum y Rosen, 1988).

Fuertes y López (1997) plantean un modelo explicativo multidimensional del deseo sexual en el que se incluyen tres componentes diferentes: *activación neurohormonal, disposición cognitiva-emocional y presencia de estímulos sexuales externos o internos (fantasías sexuales)*. Él nos dice que se necesita la puesta en marcha de las tres dimensiones para que el ser humano tenga la experiencia de deseo sexual, explicándose a partir de complejas interacciones.

Como consecuencia de la multicausalidad del deseo y su dificultad para cuantificarlo y evaluarlo, hace que sea más relevante evaluar el interés por la actividad sexual, frecuencia y las cogniciones sobre aproximación y receptividad de estímulos sexuales (Spector, Carey y Steinberg, 1996), que el propio deseo sexual. Para ello nosotros hemos utilizado el Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters, Johnson y Kolodny, 1994) y el Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS; Golombok y Rust, 1.986).

La activación neurohormonal en discapacitados físicos no suele verse afectado, aunque se ha encontrado una disminución de la testosterona en lesionados medulares (Castañeda, Alonso, 1.981). Mujeres con una desconexión completa médula espinal-cerebro poseen orgasmos sin estimulación externa genital, manteniendo sus niveles de oxitocina (Money, 1.960).

Los estímulos eróticos de las PNFE no son esencialmente distintos que el resto de la población (Kennedy, 1.990), la gama de estímulos podría reducirse dependiendo no tanto de su grado de discapacidad como de la limitación de experiencias vitales que ésta le impone (J. Cáceres, 1.997).

Uno de las mayores motivaciones de las personas con necesidades especiales, es el observar que su pareja tiene deseo (Alexander, Spisky y Fidley, 1.993).

Las influencias sensoriales son importantes para la receptividad de estímulos externos, siendo el sentido del gusto el más relevante en PNFE, ya que las prácticas bucogenitales son más frecuentes que en el resto de la población (Soulie, 1.995).

La disposición cognitiva-emocional va a depender de la personalidad y la imaginación (Farré, 1.983). Esta disposición intrapsíquica del deseo fue definida como un nuevo constructo de personalidad, la erotofobia-erotofilia y sería “la disposición a responder ante los estímulos sexuales a lo largo de una dimensión negativa-positiva de afecto y evaluación” (Fisher et al.1.988).

Así las personas tendentes a la erotofilia responden con emociones positivas ante estímulos sexuales mostrando una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones y estímulos sexuales, en cambio las que tienen tendencia a la erotofobia responden con emociones negativas ante la sexualidad (Rodríguez y Farré, 2004). La erotofilia se correlaciona positivamente con mayor actividad autoerótica, facilidad para las fantasías, mayor número de parejas sexuales y sexualidad más satisfactoria, siendo las mujeres más erotofóbicas que los hombres (Carpintero y Fuertes, 1994; Geer y Robertson, 2005; Lameiras y Failde, 1998; Sierra, Ortega y Gutiérrez-Quintanilla, 2008).

Existen datos de que las actitudes erotofílicas favorecen la vida sexual (Fisher, 1986; Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988; García y Carrigan 1998), la culpabilidad sexual ejerce un efecto negativo sobre el comportamiento sexual (Mosher, 1973; Mosher y Abrahamson, 1977; Trierweiler, 1996) y los estados emocionales caracterizados por elevados niveles de ansiedad y depresión interfieren en la satisfacción sexual (Barlow, Sakheim y Beck, 1983; Basson, 2001; Beggs, Calhoun y Wolchick, 1987; Labrador y Crespo, 2001; Minnen y Kampman, 2000).

Por otro lado esta disposición a responder a los estímulos sexuales de forma positiva o negativa se aprende y se desarrolla durante los procesos de socialización (Fisher et al.1.988).

Los individuos de la muestra elegida para nuestro estudio se encuentran aún sometidos a los vestigios de antiguas creencias y a pesar de que la sociedad ya reconozca los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres con discapacidad, el interés sigue siendo teórico y no se refleja en la práctica educativa diaria, observándose una carencia curricular.

Según Berta Sáez (1.997) las actitudes de la familia, las instituciones y la comunidad social, es la exclusión de dicho colectivo, un silencio o miedo a sus vivencias sexuales y un escaso soporte para poder desarrollar programas de educación al respecto.

Actualmente estas carencias curriculares continúan; fueron ampliamente especificadas y demandadas en los cursos de verano impartidos por la Universidad de Zaragoza:

“Sexualidad y discapacidad 2.009”.

Corroboramos esta situación de miedo, vergüenza o falta recursos por parte de las asociaciones, familias y centros de asistencia directa a las PNE, ésta ha sido palpada muy directamente por nosotros durante la búsqueda de la muestra. Cuando nos hemos dirigido directamente a un colectivo de individuos con NE se nos ha acogido sin problemas y sin prejuicios en cambio cuando estas personas necesitaban que se le ayudara a la realización de los test utilizado para nuestro estudio, la negativa nos ha venido del intermediario que no se encontraba preparado para ayudarles, y nos relataban como excusa que sus internos, pacientes, amigos o familiares no se encontraban en condiciones físicas o psíquicas preparados para llevar a cabo dichos test.

Otro elemento para la activación sexual son los estímulos externos y los internos donde tenemos que destacar *las fantasías*. Éstas son un elemento de suma importancia para la activación sexual, teniendo un papel tan relevante como la estimulación física. Éstas pueden incrementar la actividad genital, estableciéndose un mecanismo de doble retroalimentación positiva entre la excitación sexual, el deseo y el comportamiento sexual y afectivo (Cáceres, 2001).

Las fantasías podrían definirse como *cualquier tipo de imagen mental que cobra un significado sexual o erótico para la persona* (Leitenberg y Henning, 1995). La mayoría de los individuos admite el uso de fantasías sexuales durante su actividad sexual (Nutter y Condrón, 1983; Zimmer, Borchardt y Fischle, 1983) y su ausencia suele estar asociada frecuentemente a disfunciones sexuales (Nutter y Condrón, 1985; Sierra, Zubeidat, Carretero- Dios y Reina, 2003).

En cambio hay estudios que nos indican que determinados pensamientos sexuales pueden experimentarse como algo displacentero (Byers, Purdon y Clark, 1998; Little y Byers, 2000; Renaud y Byers, 1999; Zubeidat, Ortega y Sierra, 2004), de manera que puede hablarse de fantasías funcionales frente a fantasías disfuncionales, adoptando estas últimas un carácter inaceptable, displacentero y egodistónico (Sierra, Ortega y Zubeidat, en prensa).

Por lo tanto tendremos que tener en cuenta no sólo la frecuencia de fantasías sino también la actitud del individuo ante estas fantasías. Por otro lado cabe destacar el papel que juegan las fantasías sexuales en la manifestación cognitiva de la conducta sexual, ya que estas fantasías configuran un factor prioritario en la explicación de la satisfacción sexual (Zubeidat et al, 2004).

Las fantasías están construidas en base a una experiencia y dependiendo del estado afectivo elegiremos una imagen, considerada como la más representativa para reequilibrar el impulso. Esta motivación sexual está directamente relacionada con la calidad y la cantidad de fantasías, siendo consideradas de gran importancia para el proceso de reeducación sexual en personas con NFE (F .Cabello, 1.994).

Masters y Johnson (1979), distinguen entre fantasías de fluctuación libre y fantasías a corto plazo, las primeras son de aparición espontánea mientras las segundas son una especie de "muletilla" que viene a incrementar nuestra motivación cuando la sexualidad está apagada o bien para incrementar la excitación. Existe una diferencia entre parejas heterosexuales y homosexuales, que en PNE no existe actualmente constancia.

En hombres heterosexuales en orden serían:

1. Reemplazo de las parejas establecidas.
2. Ataque sexual.
3. Observación de la actividad sexual.
4. Encuentros de preferencia cruzada.
5. Experiencias sexuales grupales.

En mujeres heterosexuales en orden serían:

1. Reemplazo de las parejas establecidas.
2. Ataque sexual.
3. Observación de la actividad sexual.
4. Idilios con varones desconocidos.
5. Encuentros de preferencia cruzada.

En cuanto a los escasos estudios con PNE acerca de sus fantasías se detecta una variabilidad mínima entre hombres y mujeres, casi de forma monográfica suelen representar una relación de pareja ideal heterosexual sin dispositivos de apoyo y con personas exentas de hándicap alguno. Nosotros pretendemos con este estudio dar a conocer la existencia de otras fantasías y las variaciones entre hombres y mujeres.

Entre las medidas de autoinforme elaboradas en los últimos años para la evaluación de las fantasías sexuales destaca la *Sexual Daydreaming Scale* (SDS) (Giambra, 1980), el *Male Sexual Fantasy Questionnaire* (MSFW) (Smith y Over, 1991), el *Female Sexual Fantasy Questionnaire* (FSFQ) (Meuwissen y Over, 1991). Pero el más relevante y el utilizado en nuestro estudio es el *Sex Fantasy Questionnaire* (SFQ) (Wilson, 1988; Wilson y Lang, 1981).

Wilson elaboró un cuestionario obteniendo las cuatro grandes categorías:

exploratorias, basadas en experimentar situaciones más o menos insólitas en el contexto del sujeto, **íntimas**, basadas en encuentros con matices más idílicos, sosegados, afectivos y privados, **impersonales**, que son los que más se acercan a estímulos “desviados” y parafilicos y sadomasoquistas.

14. Tipos de Fantasías.

Las fantasías, intensifican el placer sexual, economizan la realidad, sustituyéndola; realizan los deseos insatisfechos y sacian la necesidad de crear e imaginar (Tordjman, 1978). Estas fantasías sexuales producidas en cualquier situación erótica, las vamos a clasificar en:

- 1) Fantasías de triangulación.
- 2) Fantasías sadomasoquistas.
- 3) Fantasías homosexuales.
- 4) Fantasías parafilicas: exhibicionistas, voyeristas, zoófilas, fetichistas, transvestistas, pedoflicas, necroflicas.
- 5) Fantasías complejas: ser seducido/a, prostitución, sexo grupal, obediencia, huída, adoración, gula, mamaria, promiscuidad, poliginia o poliandria.

En las fantasías de triangulación hacen que irrumpa como un acto voluntario o no, la imagen de una tercera persona en plena actividad sexual de la pareja: un ex novio, amante, esposo, o simplemente otra persona conocida o desconocida por la cual la persona fantaseante experimenta atracción sexual. La fantasía puede abarcar desde el cuerpo desnudo en actividad coital, desde diferentes ángulos o el registro de partes del

cuerpo como los genitales, las piernas, la cara iluminada por el placer, o barbas, bigotes, mamas, pies, miradas o sonidos. El psicoanálisis afirma que la presencia del tercero obedece a la necesidad de revivir el triángulo edípico. Se puede fantasear con la persona amada, duplicando el estímulo de la presencia con la de la creación imaginaria. Para algunos autores (Kinsey 1954, 1967), fantasear con la propia pareja es una de las más frecuentes en la vida cotidiana.

La mayor parte de las personas tienen fantasías mientras se autoestimulan. El 75% de los varones y el 80% de las mujeres fantasean con el contacto con la persona amada, y esto es aun mayor entre los más jóvenes. Kinsey (1954,1967) había considerado que la fantasía jugaba un papel menor en la masturbación femenina que masculina, pero Hunt (1977) demostró que ello se debía a motivaciones culturales y no neurológicas como se había supuesto.

Las fantasías sexuales masoquistas se fantasea con múltiples formas de ser humillado como ser orinado, defecado, obligado a arrastrarse, a imitar animales, a suplicar, a vestirse con ropa del otro sexo, ser vendado y encapuchado que implica sumisión sensorial, ser tratado como un niño, o que le efectúen perforaciones en la piel o los genitales.

Las fantasías sádicas son parecidas a las masoquistas, pero practicadas sobre una víctima: inmovilizarla físicamente, atarla con los ojos vendados a la cama o contra un objeto firme, darle una paliza, azotarla, pincharla o perforar el cuerpo con objetos punzantes, quemarla con cigarrillos, aplicarle descargas eléctricas, efectuarle cortes, intentos de estrangulación, obligar a la víctima a arrodillarse, a comer excrementos, encerrarla en una jaula y finalmente, el homicidio. Las fantasías de violación con penetraciones anales y vaginales violentas, donde se provoquen lesiones sangrantes. Las fantasías sexuales sádicas suelen comenzar en la infancia y los actos comienzan a la edad adulta joven. El curso suele ser estable, pero los periodos de estrés o depresión pueden hacer que se incremente el deseo de avanzar en imágenes cada vez más violentas hasta la muerte del partner.

En nuestro trabajo se describirán las fantasías de las personas con necesidades especiales demostrando que no difieren por su situación del resto de la población, sino que éstas van a estar sometidas a diferencias de género y cultural

II. JUSTIFICACIÓN.

La sexualidad de las PNE no es reconocida, se les niega y se trata de anular (Zapiain, 2.009).

Para evaluar los estudios previos que existen sobre la sexualidad en PNE, se ha realizado una revisión bibliográfica, para evaluar el estado actual de conocimientos en materia de sexualidad, centrándonos en deseo, masturbación y fantasías sexuales de la población discapacitada, encontrando un vacío bibliográfico al respecto, sobre todo en materia de fantasías.

Por otro lado los estudios encontrados no diferencian entre sexos, considerando siempre al grueso de la población discapacitada, tan sólo hacen referencia a las mujeres en los estudios de esclerosis múltiple.

Dada la dificultad para la obtención de la muestra, por los prejuicios que presentan tanto las instituciones como las familias cuidadoras de individuos con grandes y moderadas discapacidades, uno de los objetivos principales de nuestro trabajo es dar a conocer la situación en la que se encuentran, de forma global éstas personas en materia de sexualidad.

Especificar en cada uno de los ámbitos sexuales es casi imposible, tanto por la negativa de participación de dicha población, como por la dificultad que entraña la no adaptación de las encuestas validadas para la recogida de datos de personas con necesidades especiales, que si aceptan ser muestra de campo.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Describir y caracterizar la vivencia sexual en individuos que presentan una discapacidad, bien sea física, psíquica o sensorial.

Objetivos Específicos:

1. Describir la satisfacción sexual.
2. Relacionar la satisfacción con las actitudes hacia la masturbación y la presencia de fantasías sexuales.
3. Establecer la caracterización de la sexualidad en nuestra población de estudio.
4. Evaluar el interés por la actividad sexual, frecuencia y las cogniciones sobre aproximación y receptividad de estímulos sexuales.
5. Conocer las relaciones sexuales de nuestra muestra (no sensualidad, evitación, insatisfacción, no comunicación, infrecuencia).
6. Evaluar y dar a conocer la actitud de la población discapacitada sobre la autoestimulación.
7. Analizar la presencia o ausencia, así como el tipo de fantasías de la población de nuestra muestra.
8. Analizar la relación existente entre las actitudes hacia la estimulación, la presencia de fantasías y la satisfacción sexual de la muestra.
9. Describir las diferencias entre sexos.

IV.MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Tipo de estudio.

- Estudio descriptivo trasversal.

4.2 Muestra de Estudio.

La población de este estudio son discapacitados, tanto físicos, psíquicos como sensoriales de la provincia de Almería; con independencia de su grado de discapacidad y vinculados a alguna asociación de discapacitados de dicha provincia.

4.3 Criterios de Selección.

Los criterios de selección de la muestra fueron: individuos de cualquier edad que presenten una discapacidad, bien sea física, psíquica o sensorial, que estuvieran dispuestos en participar con nosotros, independientemente del grado de dependencia. Se recogieron 56 cuestionarios, de los cuales descartamos 3 por incumplimentación total de todos los ítems, quedando un total de 53 cuestionarios.

Para la obtención de la muestra enviamos un anteproyecto a las asociaciones de discapacitados con las que contactamos (ONCE, FAAM, VERDIBLANCA, ASALSIDO, ASOAL, TALLERES DE EMPLEO DE FAAM, ASPAPROS, CERNEP); Datos les presentamos el proyecto, indicándoles quiénes éramos, qué pretendíamos con el presente estudio y cuáles eran nuestras herramientas para el mismo, los cuestionarios validados utilizados y requerimos su autorización para acceder a la población de la muestra, de manera anónima y sin vulnerar la Ley Orgánica 15/1.999, de 13 de diciembre de Protección de datos.

Los trabajadores sociales con los que contactamos, expusieron nuestro estudio a las juntas directivas de dichas asociaciones, siendo nuestra propuesta aceptada por unas y rechazada por otras.

Las que nos rechazaron alegaron no poder incluir nuestro proyecto por falta de tiempo en la programación semestral ya instaurada y otras por la inadecuación de los test utilizados con las características de los individuos asociados pertenecientes.

Las que nos aceptaron acordaron que lleváramos los cuestionarios, se los entregáramos a los respectivos trabajadores sociales en un sobre cerrado y los recogiéramos en la fecha acordada. Nos dijeron que ellos mismos se encargarían de divulgarlos y ayudarían a su cumplimentación, ya que por ser un tema íntimo y personal, la población seleccionada se sentiría mejor con gente a la que están habituados a contactar.

4.4 Instrumentos.

Para la recogida de datos hemos utilizado una encuesta (anexo 1), voluntaria, anónima y confidencial para conocer variables independientes, pertenecientes a las variables descriptivas personales (sexo, edad, pareja, edad de la pareja, número de hijos, situación laboral, religión, tipo de discapacidad, momento de aparición de discapacidad, grado de

autonomía y grado de deseabilidad) y puntuaciones relacionadas con el interés sexual, actitudes sexuales hacia la autoestimulación, satisfacción sexual y fantasías sexuales de la muestra.

La encuesta consta de cuatro cuestionarios (Anexo1):

-*Test del Deseo Sexual Inhibido de Masters et al. (1994)*; compuesto de 15 ítem y se puntúan en una escala tipo Likert desde 1 (Totalmente falso) hasta 9 (Totalmente Verdadero) según la forma de valorar e interpretar los mismos. No se conoce ningún dato psicométrico de la escala. La versión utilizada en la presente investigación es la traducción de la versión original realizada por Grijalbo, 1996.

Dada la multicausalidad del deseo y su dificultad para cuantificarlo y evaluarlo, hace que sea más relevante evaluar el interés por la actividad sexual, por lo que debemos hablar de deseo sexual Hipoactivo antes denominado deseo sexual inhibido, que se define como inhibición persistente y profunda del deseo sexual (Flores, 2.000).

Las personas hipoactivas no son atraídas por la posibilidad de tener contacto sexual alguno, su impulso sexual es bajo, muchas de ellas no tienen fantasías de contenido erótico o sexual (Labrador, 1994).

Este instrumento considera los siguientes factores biosicosociales: disposición positiva para las relaciones sexuales, iniciativa sexual, autoestima, percepción de pasión, diferencias de impulso sexual, fantasías sexuales, desacuerdos en la frecuencia de las relaciones.

- *Test de satisfacción sexual G.R.I.S.S (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, 1.983)*. Hemos utilizado la validación experimental en lengua española de A. Aluja y J.M Farré. Consta de 28 ítems que evalúa 12 dimensiones, 6 de las cuales corresponden a disfunciones sexuales recogidas en el DSM (evitación, anorgasmia, vaginismo, eyaculación precoz, disfunción eréctil) y otras 6 que permiten evaluar conductas(falta de sensualidad, insatisfacción, escasa frecuencia e incomunicación). Cada ítem es respondido mediante una escala Likert de 5 opciones de respuesta, donde 1 corresponde a nunca y 5 a siempre. Las puntuaciones en cada escala deben ser transformadas y pueden variar entre 1 y 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problemas en esa dimensión.

Se ha estudiado sus propiedades psicométricas, y ha demostrado poseer adecuada fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest, así como adecuada validez convergente/divergente.

Los ítems que se van a evaluar van a ser los que corresponden a: No comunicación, Infrecuencia, Insatisfacción, Evitación y No sensualidad.

En las siguientes tablas se exponen los ítems que componen cada escala, la forma de puntuarla, así como la transformación de la puntuación obtenida en los valores del 1 al 9.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 2M. ¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?	4	3	2	1	0
Ítem 2H ¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?	0	1	2	3	4
Ítem 9H ¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?	4	3	2	1	0
Ítem 16M. ¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?	0	1	2	3	4

Tabla 2. Corrección escala No comunicación (Hombre-Mujer). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Juntos	Separados	Transformación
15-16	8	9
14	7	8
12-13	6	7
10-11	5	6
9	4	5
6-8	3	4
4-5	2	3
2-3	1	2
0-1	0	1

Tabla 3. Transformación puntuación tabla anterior. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 1H. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?	4	3	2	1	0
Ítem 3M. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?	0	1	2	3	4
Ítem 15M. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?	4	3	2	1	0
Ítem 17H. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?	0	1	2	3	4

Tabla 4. Corrección escala Infrecuencia (Hombre-Mujer). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Juntos	Separados	Transformación
14-16	8	9
12-13	7	8
11	6	7
10	5	6
7-9	4	5
5-6	3	4
3-4	2	3
1-2	1	2
0	0	1

Tabla 5. Transformación puntuación tabla 4. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5H. ¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en su vida sexual con su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 11H. ¿Considera que existe una falta de amor y afecto en las relaciones con su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 15H. ¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?	4	3	2	1	0
Ítem 21H. ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?	4	3	2	1	0

Tabla 6. Corrección escala Insatisfacción (Hombre). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
14-16	9
13	8
12	7
10-11	6
8-9	5
6-7	4
4-5	3
3	2
0-2	1

Tabla 7. Transformación puntuación tabla 6. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5M ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedican a juegos previos al coito?	4	3	2	1	0
Ítem 10M. ¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?	4	3	2	1	0
Ítem 18M. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 22M. ¿Se siente insatisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?	0	3	2	3	4

Tabla8. Corrección escala Insatisfacción (Mujer). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
15-16	9
14	8
12-13	7
10-11	6
8-9	5
6-7	4
4-5	3
2-3	2
0-1	1

Tabla 9. Transformación puntuación tabla 8. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7H. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?	0	1	2	3	4
Ítem 14H. ¿Intenta evitar tener relaciones con su pareja?	0	1	2	3	0
Ítem 12H ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia el pene?	0	1	2	3	4
Ítem 28H ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?	0	1	2	3	4

Tabla 10. Corrección escala Evitación (Hombre). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
12-16	9
10-11	8
8-9	7
6-7	6
4-5	5
3	4
2	3
1	2
0	1

Tabla 11. Transformación puntuación tabla 10. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7M ¿Evita tener relaciones con su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 13M ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones?	0	1	2	3	0
Ítem 20M ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 23M ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?	0	1	2	3	4

Tabla 12. Corrección escala Evitación (Mujer). : Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
14-16	9
10-11	8
8-9	7
6-7	6
4-5	5
3	4
2	3
1	2
0	1

Tabla 13. Transformación puntuación tabla 12. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 6H ¿Le disgusta frotar y acariciar los genitales de su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 12H. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia el pene?	4	3	2	1	0
Ítem 20H ¿Le disgusta ser abrazado o acariciado por su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 25H ¿Disfruta acariciando y abrazando el cuerpo de su pareja?	4	3	2	1	0

Tabla 14.No sensualidad (Hombre). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
16	9
15	8
14	7
13	6
12	5
10-11	4
8-9	3
6-7	2
0-5	1

Tabla 15. Transformación puntuación tabla 14. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 9M. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?	4	3	2	1	0
Ítem 12M. ¿Le disgusta frotar y acariciar el pene de su pareja?	0	1	2	3	4
Ítem 19M. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?	4	3	2	1	0
Ítem 25M ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?	0	1	2	3	4

Tabla16.No sensualidad (Mujer). Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

RAW	Transformación
16	9
15	8
14	7
13	6
12	5
10-11	4
8-9	3
6-7	2
0-5	1

Tabla 17. Transformación puntuación tabla 16. Fuente: Corrección GRISS, Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

- *Test de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (Abramson y Mosher, 1.975).*

Empleamos la versión de Mosher (1998) formada por 30 ítems contestados en una escala de respuesta con formato tipo Likert desde 1 (*Totalmente falso*) hasta 5 (*Totalmente verdadero*). Una vez invertidas las respuestas a 10 de sus ítems (3, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 29), su puntuación total oscila entre 30 y 150, indicando puntuaciones elevadas mayor presencia de actitudes negativas hacia la masturbación. Sus propiedades psicométricas fueron descritas con anterioridad. La versión en español empleada aparece en el Anexo1.

Sin invertir la respuesta los ítems que indican afectos negativos en experiencias personales con la masturbación son 14 ítems en total(10,12,15,16,18,19,20,21,23,24,25,26,28,30). Los ítems que indican actitudes negativa hacia aspectos positivos de la masturbación son 10 en total (3,5,8,11,13,14,17,22,27,29) y los ítems que indican falsas creencias de la naturaleza nociva de la masturbación son 6 en total (1,2,4,6,7,9). Todos estos ítems serán estudiados con nuestra muestra de campo.

- *Cuestionario de Fantasías sexuales de Wilson (SFQ) (Wilson, 1988) (Adaptación española de Sierra, Ortega y Zubeidat, 2005).*

Informan de una consistencia interna de 0,90 para la escala total, oscilando entre 0,66 y 0,79 para las diferentes subescalas. El cuestionario incluye 28 ítems agrupados en cuatro

Subescalas (fantasías sexuales exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas). Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) a 3 (a menudo). Cada subescala permite tener una puntuación que oscila entre 0 a 18 puntos. Cada subescala permite conocer las siguientes fantasías sexuales:

- 1) *fantasías sexuales exploratorias*. Puntuaciones altas indican una libido muy fuerte. Los ítems que lo indican son 6 en total (**1**.- Participación en una orgía, **2** -Actividad homosexual, **3**- Intercambio de parejas, **4**- Promiscuidad, **5**.- Acto sexual con otras dos personas y **6** - Acto sexual con alguien de diferente raza).
- 2) *fantasías sexuales íntimas*. Puntuaciones altas indican la búsqueda y disfrute de un compromiso profundo con un número limitado de parejas. Los ítems son 6 en total (**7**- Practicar un coito con una pareja amada, **8**- Practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales, **9** -Sexo oral activo, **10**- Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (ej: cocina), **11**- Ser desnudado/a, **12**- Ser masturbado hasta el orgasmo por su pareja).
- 3) *fantasías sexuales impersonales*. Puntuaciones altas muestran un interés por los fetiches, las ropas, las películas y otras representaciones sexuales indirectas. Son 6 los ítems que lo indican (**13**- Observar el acto sexual de otros, **14**- Sentirse excitado por el látex o el cuero, **15**- Contemplar imágenes o películas pornográficas, **16**- Utilizar objetos estimuladores (ej: vibrador), **17**- Sentirse excitado por la seda o las pieles, **18**- Utilizar prendas de vestir del sexo opuesto).
- 4) *fantasías sexuales sadomasoquistas*. Puntuaciones altas se asocian a la excitación sexual mediante la humillación y el dolor, bien sea sobre uno mismo o sobre otra persona. Los ítems son también 6 en total (**19**-Ser azotado o golpeado en el trasero, **20**-Ser azotado o golpeado en el trasero, **21**-Ser atado, **22**- Exhibirse provocativamente, **23**-Obligar a alguien a hacer algo, **24**- Ser obligado a hacer algo).

4.5 Análisis estadístico.

Hemos utilizado el paquete informático SPSS para Windows, versión 18 utilizando pruebas paramétricas y no paramétricas

Las variables cuantitativas fueron analizadas con medidas de tendencia central: media, moda, mediana, máximo, mínimo y desviación típica; y las variables cualitativas se calcularon en frecuencias absolutas, expresadas en porcentajes.

En el análisis bivariante hemos utilizado el test de Chi-Cuadrado para variables cualitativas con un intervalo de confianza al 95% y una significación estadística de $p < 0.05$.

La estimación del riesgo se determinará a través de la razón de prevalencia (PR). Para la comparación de medias se utilizarán test paramétricos (T de Student) ó test no paramétricos (U de Mann Whitney) previa comprobación de si la población de estudio sigue una distribución normal ó no normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

4.6 Sesgos.

Los errores sistemáticos que se cometen en las investigaciones epidemiológicas reciben el nombre de sesgos, su importancia radica en que pueden conducir a la invalidez de los resultados obtenidos. Sesgos más importantes:

- *Sesgos de Definición*, son los que se pueden cometer en el planteamiento y preparación del trabajo.
- *Sesgos de Muestreo*, debidos a la falta de representatividad de la muestra, es decir, a que la muestra no es una reproducción correcta de la población, o no se ha tomado al azar dicha población. Este sesgo creemos que ha sido cometido por nuestro estudio debido al reducido número de encuestas obtenidas con respecto a la población total discapacitada en la provincia de Almería. Por otro lado aunque

ha sido cogida al azar, en verdad ha sido una población voluntaria que ha aceptado a participar, por lo que aquella con prejuicios en materia de sexualidad no se encuentra incluida en la muestra, es decir las conclusiones que se obtengan son extrapolables únicamente a la población estudiada y no a la total.

- *Sesgos durante la toma de datos*, son los que se producen durante el proceso de recolección de la información, ya sea por la obtención de información incompleta o errónea o por la modificación de la muestra (o parte de ella) durante la realización del trabajo. Éstos pueden estar presentes en nuestro trabajo por la dificultad que ha añadido al estudio la inadaptación de las encuestas tanto para invidentes, discapacidad auditiva, como para grandes discapacidades físicas o psíquicas que hacen que los encuestados necesiten intérpretes y condicionen las respuestas, bien por incompreensión, pudor o falta de comunicación. Por otro lado eliminamos para los cuestionarios la pregunta “llave” ¿Tiene Vd. Pareja?; indicándoles que en caso negativo nos rellenaran los test según les había ido con sus últimas parejas o encuentros fortuitos, puesto que desechar encuestas suponía quedarnos sin muestra.

V.RESULTADOS.

Análisis Univariante.

1. Análisis de Persona.

1.1 Edad.

El número de discapacitados que han participado en la muestra es de 53, la edad mínima ha sido de 21 años y la máxima de 63, siendo la media de edad de 38,13 años.

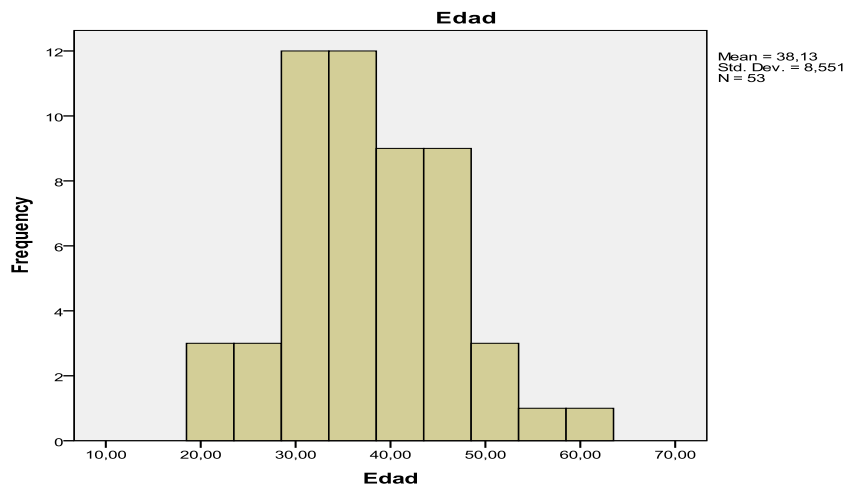


Gráfico 1. Distribución por edad.

1.2 Sexo

Respecto al sexo de los encuestados, 27 de ellos eran hombres y 26 mujeres, esto implica que el 50,9% de los participantes eran hombres y el 49,1% eran mujeres.

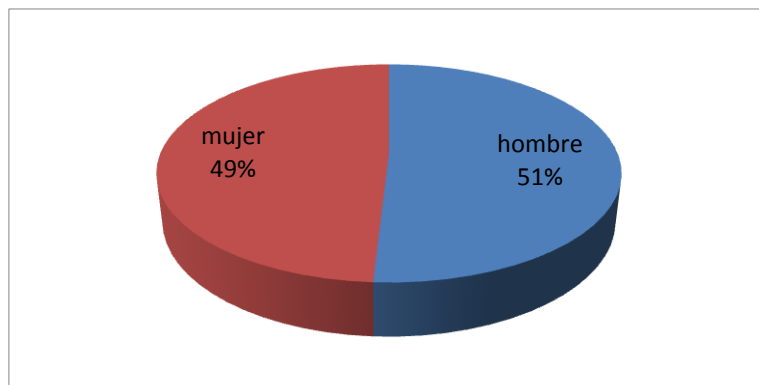


Gráfico 2. Distribución por sexo.

1.3 Parejas de los encuestados.

De los 53 encuestados 25 no tienen pareja actualmente, aunque sí la han tenido alguna vez y 28 actualmente dicen tener pareja, esto supone un 52,8% con pareja actual y un 47,2% sin pareja actual. La edad de estas parejas oscila entre los 23 años y 56 años.

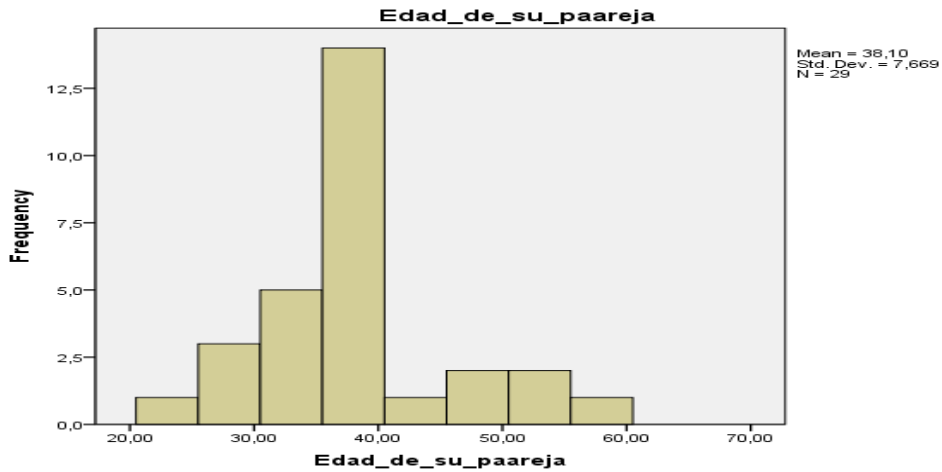


Gráfico 3. Distribución por edad de sus parejas.

1.4 Número de hijos.

De los 53 encuestados se observa una media de hijos de 0,71%, con un valor mínimo de ausencia de hijos y un valor máximo de 6. El valor que más se repite es el de 0 hijos seguido de 1 hijo, siendo la desviación típica de 1.27.

1.5 Situación laboral.

La ocupación de los encuestados es de un 39,6% en activo, el 41,5% desempleados, el 1,9% son amos/as de casa y un 17,0% están jubilados/as.

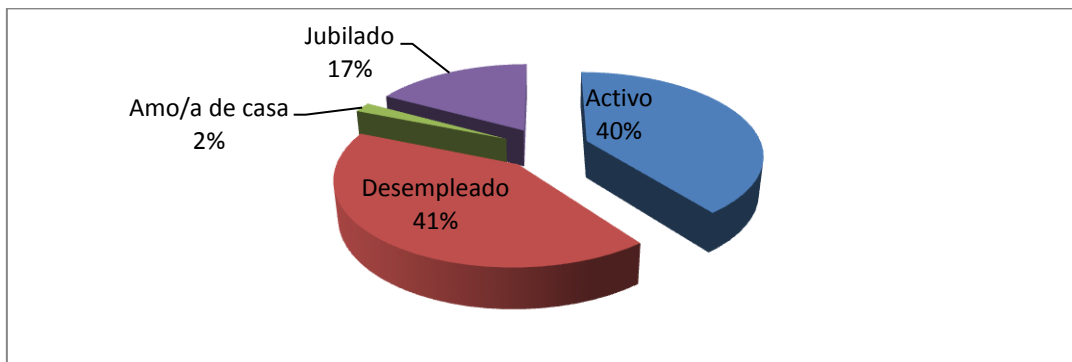


Gráfico 4. Distribución de la situación laboral

1.6 Religión.

De los 53 encuestados, 5 de éstos manifestaron ser creyentes practicantes (9,4%), 34 creyentes no practicantes (64,2%) y 14 no creyentes (26,4%). Los encuestados no especificaron la religión que profesaban.

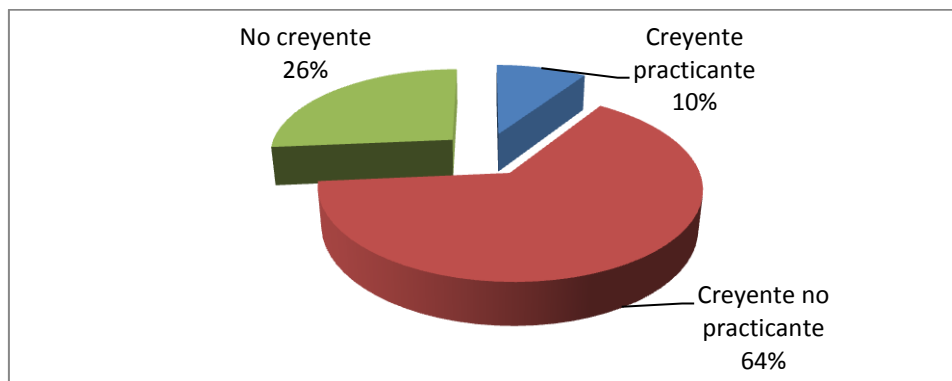


Gráfico 5. Distribución del credo de los encuestados.

1.7 Tipo de discapacidad.

De los 53 encuestados resultaron tener una discapacidad física 30 individuos (56,6%), una discapacidad psíquica 14(26,4%) y sensorial 9(17,0%). Claramente vemos que la accesibilidad de los encuestados tiene mucho que ver con la distribución de esta clasificación, observándose gran dificultad en sordos e invidentes.

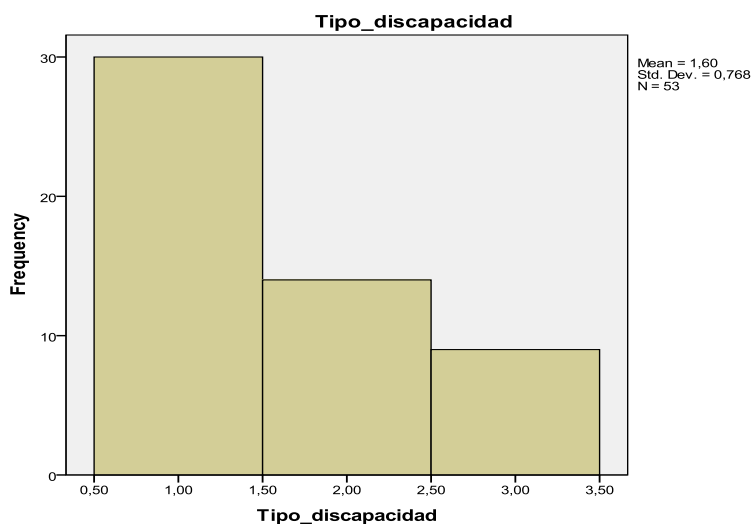


Gráfico 6. Distribución por tipo de discapacidad.

1.8 Momento de aparición de la discapacidad.

De los 53 encuestados un 49,1% (26) son congénitas y el 50,9% (27) son adquiridas.

1.9 Grado de Autonomía.

Al pasar las encuestas les especificamos que el grado de autonomía era el que nos indica el índice de Barthel así un 58,0% nos dijeron ser independientes, un 22,6% dijeron poseer una dependencia de primer grado o dependencia moderada, un 13,2% segundo grado o dependencia severa y un 5,7% un tercer grado o gran dependencia. (Gráfico 7)

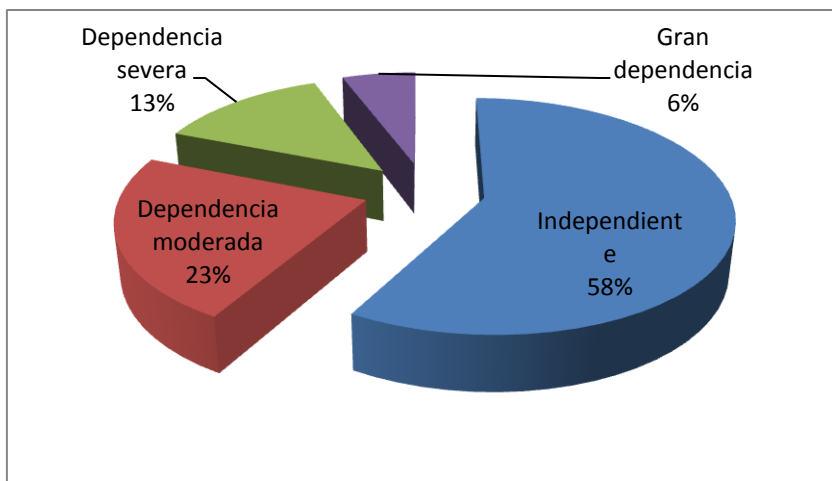


Gráfico 7. Distribución del Grado de Autonomía.

1.10 Grado de Deseabilidad.

De los 53 encuestados, el 5,7% (3) dijeron encontrarse nada deseados, el 24,5% (13) poco deseados, el 54,7% (29) bastante deseado, el 13,2% (7) muy deseado y el 1,9% (1) superdeseado.

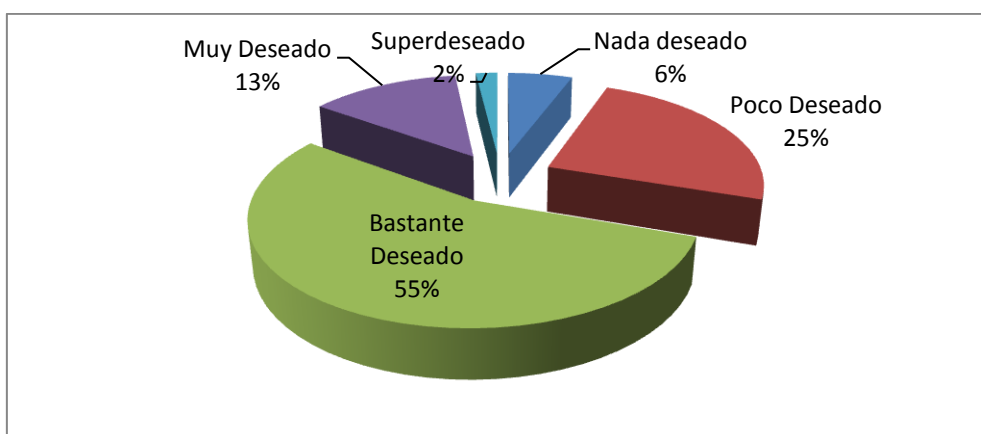


Gráfico 8. Distribución del Grado de Deseabilidad

4.1.2. Análisis del Cuestionario “Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters et al., 1.994)”

La puntuación media para la escala del DSI fue de 56,43, obteniendo una puntuación mínima de 16 puntos y una puntuación máxima de 131 puntos.

La interpretación de los valores del cuestionario serán los siguientes puesto que no existe escala psicométrica:

- El intervalo de 15 puntos a 75 puntos indicará Deseo Sexual No inhibido.
- El intervalo de 76 puntos a 135 puntos indicará Deseo Sexual Inhibido.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
DSI	53	56,43	16,00	131,00	30,56

Tabla 18. Distribución Test Deseo Sexual Inhibido.

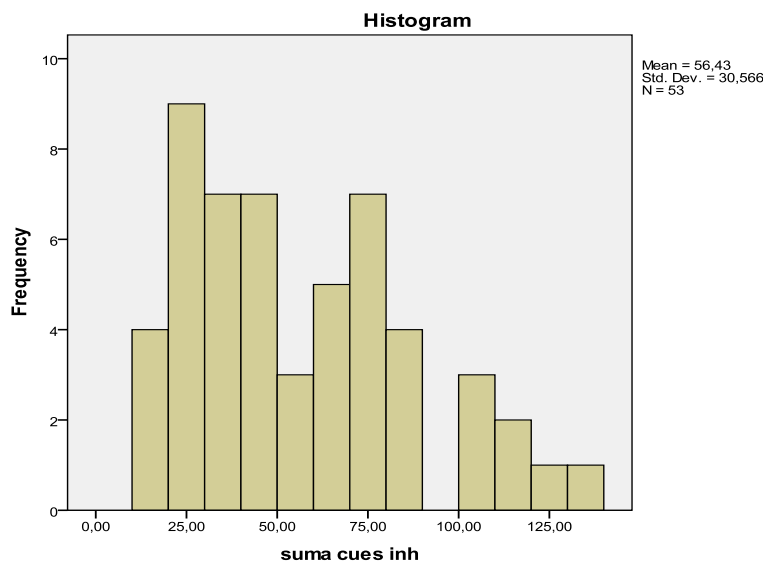


Gráfico 9. Distribución Test Deseo Sexual Inhibido

A continuación se muestran las puntuaciones de cada uno de los ítems de la escala DSI:

- 1) DSI Ítem 1. No pienso en el sexo a menudo.

El 39,6% (21) contestaron que era totalmente falso, el 5,7% (3) falso, el 13,2% (7) moderadamente falso, el 1,9%(1) poco falso, el 13,2% (7) mostraron indecisión, el 9,4% (5) contestaron poco verdadero, el 9,4% (5) moderadamente verdadero, el 3,8% (2) verdadero y el 3,8% (2) totalmente verdadero (Gráfico 9).

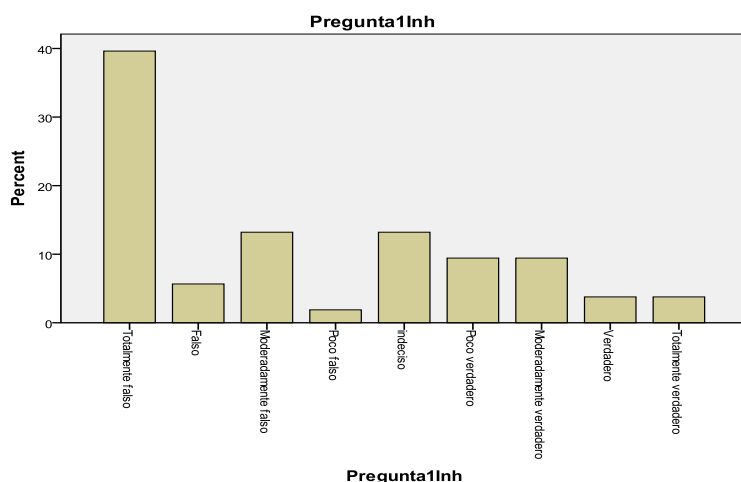


Gráfico 10. No pienso en el sexo muy a menudo.

2) DSI Ítem 2. El sexo en general no me resulta muy satisfactorio.

El 30,2% (16) contestaron que era totalmente falso, el 17,0% (9) falso, el 18,9% (10) moderadamente falso, el 3,8%(2) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 3,8% (2) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 11,3% (6) verdadero y el 3,8% (2) totalmente verdadero.

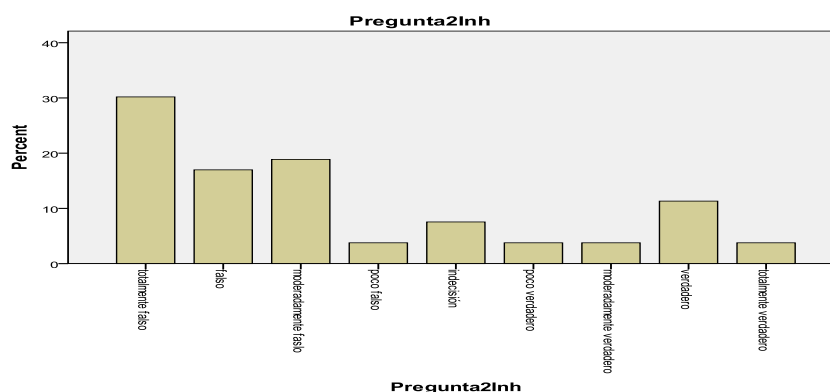


Gráfico 11. El sexo en general no me resulta muy satisfactorio.

3) DSI Ítem 3. Nunca inicio las relaciones sexuales.

El 32,1% (17) contestaron que era totalmente falso, el 9,4% (5) falso, el 9,4% (5) moderadamente falso, el 7,5%(4) poco falso, el 13,2% (7) mostraron indecisión, el 5,7% (3) contestaron poco verdadero, el 1,9% (1) moderadamente verdadero, el 7,5% (4) verdadero y el 13,2% (7) totalmente verdadero.

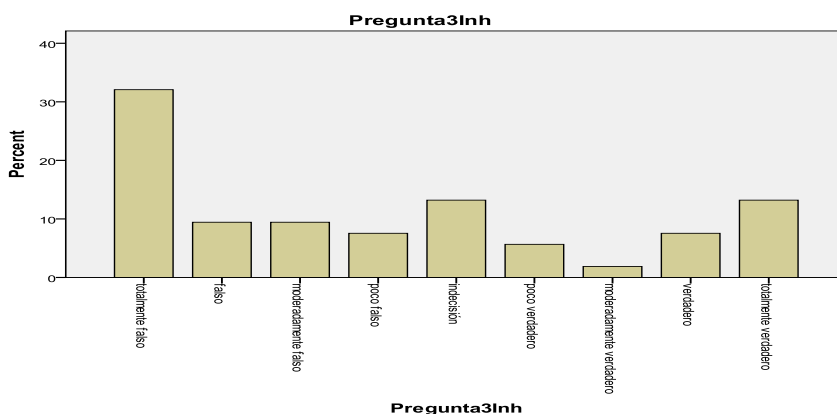


Gráfico 12. Nunca inicio las relaciones sexuales.

4) DSI Ítem 4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.

El 37,7% (20) contestaron que era totalmente falso, el 11,3% (6) falso, el 7,5% (4) moderadamente falso, el 5,7%(3) poco falso, el 13,2% (7) mostraron indecisión, el 7,5% (4) contestaron poco verdadero, el 1,9% (1) moderadamente verdadero, el 5,7% (3) verdadero y el 9,4% (5) totalmente verdadero.

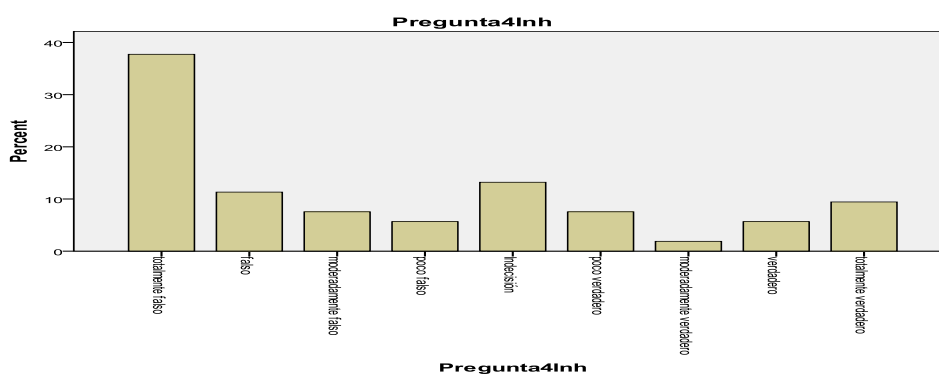


Gráfico 12. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.

5) DSI Ítem 5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico/a, me resulta difícil estar de humor para el sexo.

El 34,0% (18) contestaron que era totalmente falso, el 22,6% (12) falso, el 5,7% (3) moderadamente falso, el 11,3% (6) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 0% (0) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 5,7% (3) verdadero y el 9,4% (5) totalmente verdadero.

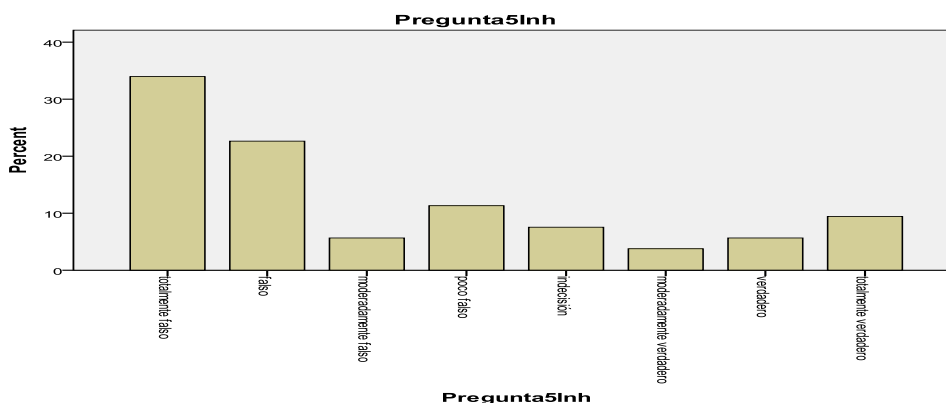


Gráfico 13. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico/a, me resulta difícil estar de humor para el sexo.

6) DSI Ítem 6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.

El 37,7% (20) contestaron que era totalmente falso, el 13,2% (6) falso, el 11,3% (6) moderadamente falso, el 3,8% (2) poco falso, el 5,7% (3) mostraron indecisión, el 3,8% (2) contestaron poco verdadero, el 5,7% (3) moderadamente verdadero, el 3,8% (2) verdadero y el 15,1% (8) totalmente verdadero.

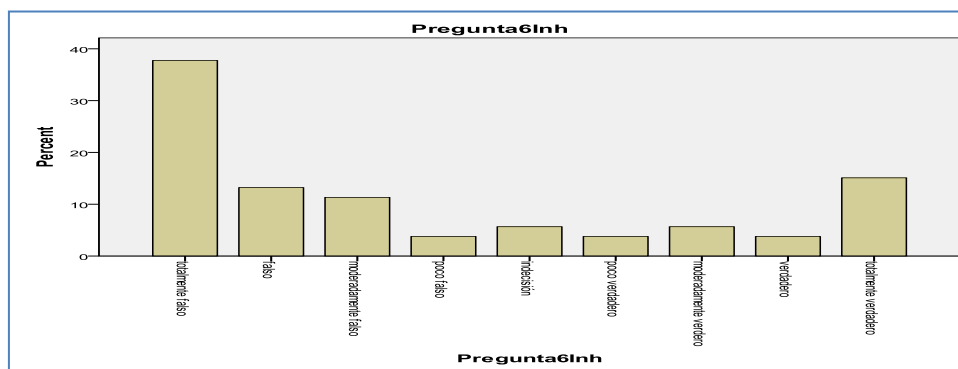


Gráfico 14. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.

7) DSI Ítem 7. Nunca me masturbo.

El 39,6% (21) contestaron que era totalmente falso, el 7,5% (4) falso, el 3,8% (2) moderadamente falso, el 5,7% (3) poco falso, el 5,7% (3) mostraron indecisión, el 7,5% (4) contestaron poco verdadero, el 7,5% (4) moderadamente verdadero, el 7,5% (4) verdadero y el 15,1% (8) totalmente verdadero.

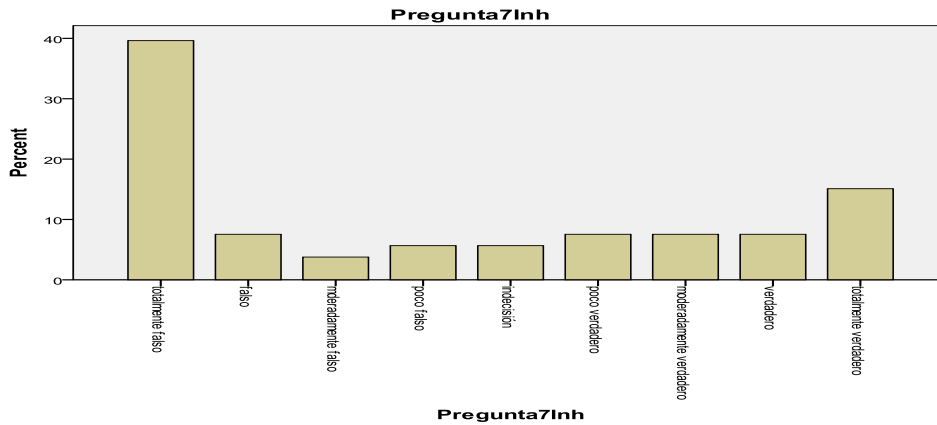


Gráfico 15. Nunca me masturbo.

8) DSI Ítem 8. Quando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraído/a y distante

El 17,0% (9) contestaron que era totalmente falso, el 32,1% (17) falso, el 15,1% (8) moderadamente falso, el 5,7% (3) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 5,7% (3) contestaron poco verdadero, el 5,7% (3) moderadamente verdadero, el 7,5% (4) verdadero y el 3,8% (2) totalmente verdadero.

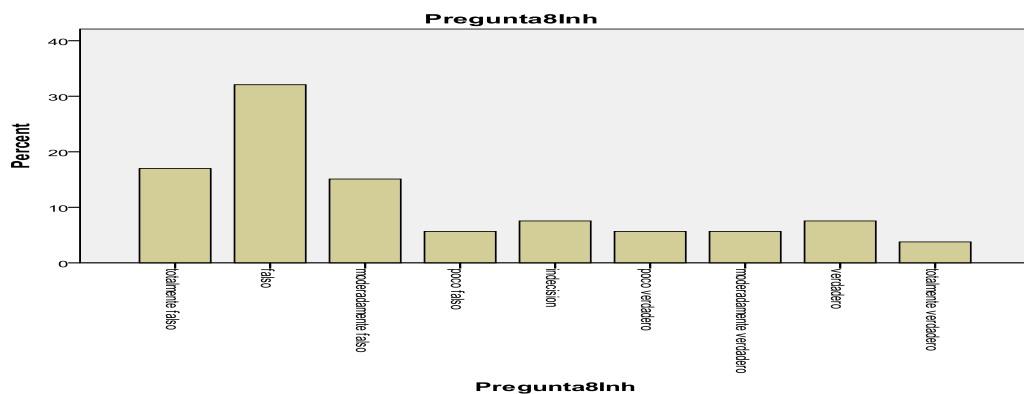


Gráfico 16. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraído/a y distante.

9) DSI Ítem 9. No soy una persona muy apasionada.

El 32,1% (17) contestaron que era totalmente falso, el 7,5% (4) falso, el 11,3% (6) moderadamente falso, el 9,4%(5) poco falso, el 5,7% (3) mostraron indecisión, el 3,8% (2) contestaron poco verdadero, el 9,4% (3) moderadamente verdadero, el 7,5% (4) verdadero y el 3,2% (7) totalmente verdadero.

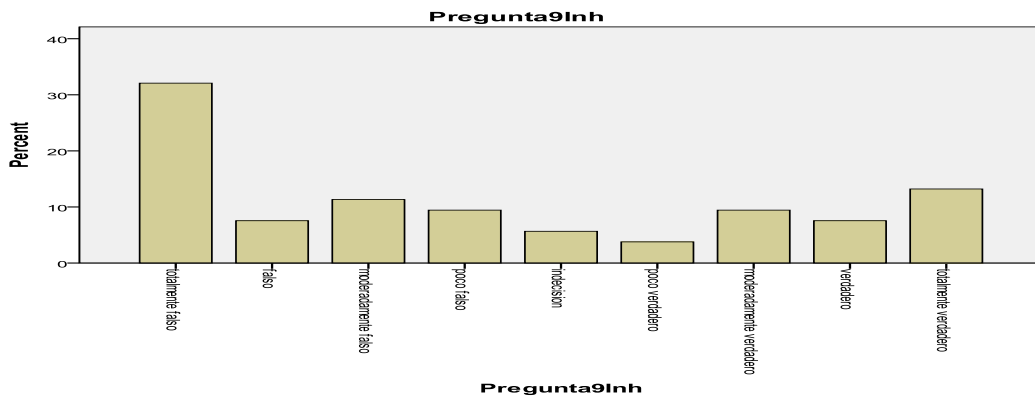


Gráfico 17. No soy una persona muy apasionada.

10) DSI Ítem 10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.

El 17,0% (9) contestaron que era totalmente falso, el 5,7% (3) falso, el 15,1% (8) moderadamente falso, el 3,8%(2) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 5,7% (3) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 15,1% (8) verdadero y el 26,4% (14) totalmente verdadero.

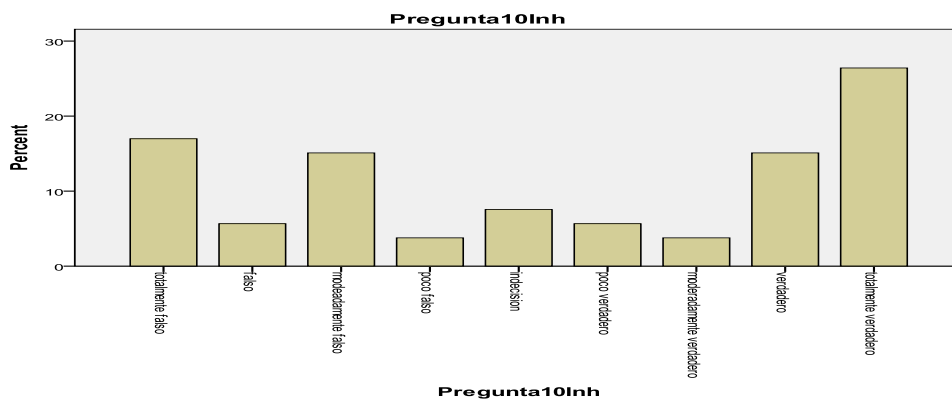


Gráfico 18. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.

11) DSI Ítem 11. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío.

El 17,0% (9) contestaron que era totalmente falso, el 5,7% (3) falso, el 15,1% (8) moderadamente falso, el 3,8% (2) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 5,7% (3) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 15,1% (8) verdadero y el 26,4% (14) totalmente verdadero.

El ítem 10 y 11, son ítems control, ambos son el mismo por lo que el resultado es el mismo. (Gráfico 18)

12) DSI Ítem 12. Nunca tengo fantasías sexuales.

El 41,5% (22) contestaron que era totalmente falso, el 11,3% (6) falso, el 13,2% (7) moderadamente falso, el 5,7% (3) poco falso, el 9,4% (5) mostraron indecisión, el 5,7% (3) contestaron poco verdadero, el 5,7% (3) moderadamente verdadero, el 0% (0) verdadero y el 7,5% (4) totalmente verdadero.

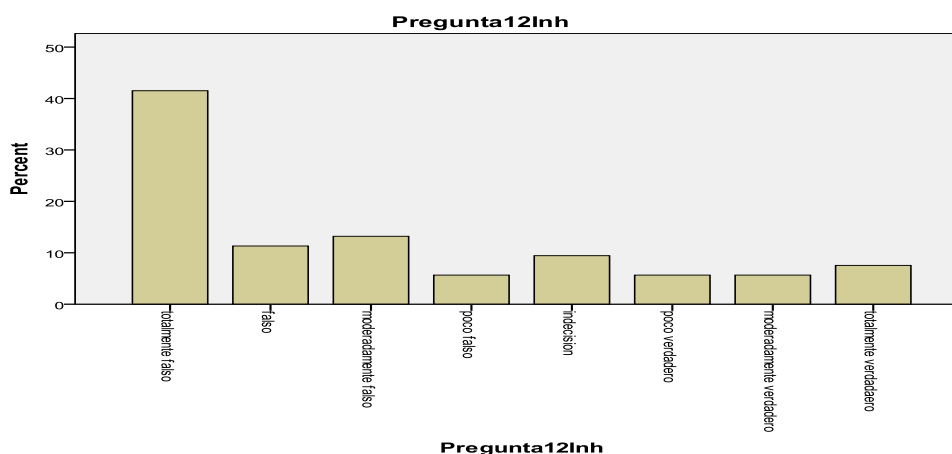


Gráfico 19. *Nunca tengo fantasías sexuales.*

13) DSI Ítem 13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.

El 28,3% (15) contestaron que era totalmente falso, el 22,6% (12) falso, el 9,4% (5) moderadamente falso, el 9,4% (5) poco falso, el 11,3% (6) mostraron indecisión, el 3,8% (2) contestaron poco verdadero, el 5,7% (3) moderadamente verdadero, el 3,8% (2) verdadero y el 5,7% (3) totalmente verdadero. (Gráfico 19).

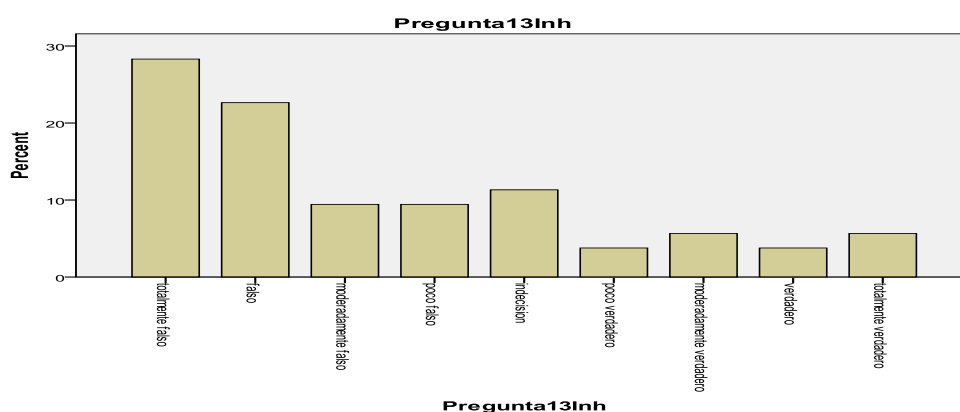


Gráfico 19. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.

14) DSI Ítem 14. No es infrecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.

El 45,3% (24) contestaron que era totalmente falso, el 15,1% (8) falso, el 7,5% (4) moderadamente falso, el 5,7% (3) poco falso, el 5,7% (3) mostraron indecisión, el 1,9% (1) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 5,7% (3) verdadero y el 9,4% (5) totalmente verdadero.

15) DSI Ítem 15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no Intente hacerme el amor.

El 54,7% (29) contestaron que era totalmente falso, el 9,4% (5) falso, el 5,7% (3) moderadamente falso, el 7,5%(4) poco falso, el 7,5% (4) mostraron indecisión, el 0% (0) contestaron poco verdadero, el 3,8% (2) moderadamente verdadero, el 1,9 % (1) verdadero y el 9,4% (5) totalmente verdadero.

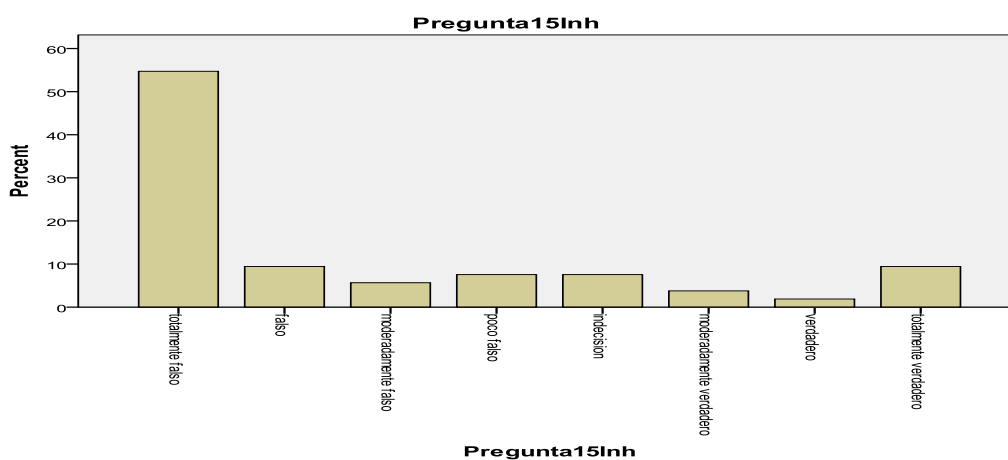


Gráfico 20. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.

En general podíamos afirmar que en el 56,43% de los encuestados no presentan Deseo Sexual inhibido en cambio sí en el 43,57%. Tenemos que hacer distinción entre sexos; siendo la mujer la que tiene un porcentaje más alto que el hombre, ésta puntúa más alto en prácticamente todos los ítems del cuestionario.

En cuanto a otros factores a tener en cuenta y que hace modificar la puntuación en DSI van a ser la presencia o ausencia de pareja estable, la edad de la pareja y el grado de discapacidad, en cambio otros factores como la edad del encuestado, el número de hijos, la situación laboral, la religión y el grado de autonomía nos sorprendieron que no modificaran puntuaciones en DSI. Estos datos serán ampliados en el estudio.

4.1.3. Análisis del Cuestionario de Satisfacción Sexual, *G.R.I.S.S (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, 1.983)*.

Para el análisis de los datos que nos aporta este cuestionario será necesario la agrupación en diferentes dominios, de éstas vamos a analizar las siguientes: no sensualidad, evitación, insatisfacción, no comunicación e infrecuencia.

Las puntuaciones de cada uno de los ítems de este cuestionario han sido transformadas, como se explicaba en el apartado de instrumentos y método.

Se han transformado en puntuaciones del 1 al 9, indicando una puntuación igual o superior a 5 la existencia de problema en el dominio evaluado.

Dominio1- No sensualidad.

Se han analizado los ítems 6, 12, 20 y 25 para los encuestados de sexo masculino; y los ítems 9, 12,19 y 25 para los de sexo femenino.

-No sensualidad en el hombre

6) *¿Le disgusta frotar y acariciar los genitales de su pareja?*

12) *¿Le disgusta frotar y acariciar los genitales de su pareja?*

20) *¿Le disgusta frotar y acariciar los genitales de su pareja?*

25) *¿Disfruta acariciando y abrazando el cuerpo de su pareja?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 6	63%	11,1%	0%	11,1%	14,8%
Ítem 12	0%	3,7%	11,1%	18,5%	66,7%
Ítem 20	63%	18,5%	3,7%	3,7%	11,1%
Ítem 25	7,4%	0%	3,7%	14,8%	74,1%

Tabla 19. Respuestas Masculinas. Dominio: No sensualidad.

-No sensualidad en la mujer.

9) *¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?*

12) *¿Le disgusta frotar y acariciar el pene de su pareja?*

19) *¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?*

25) *¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 9	3,8%	11,5%	11,5%	15,4%	57,7%
Ítem 12	19,2%	50%	19,2%	7,7%	3,8%
Ítem 19	11,5%	7,7%	15,4%	34,6%	30,8%
Ítem 25	57,7%	11,%	3,8%	3,8%	23,1%

Tabla 20. Respuestas Femeninas. Dominio: No sensualidad

Sometidos los datos a la transformación propia del cuestionario, del 1 al 9, como se explica en la instrumentación, los resultados finales para el dominio: No sensualidad es el siguiente:

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	39	6	3	1	1	1	0	1	1
Porcentajes	73,6%	11,3%	5,7%	1,9%	1,9%	1,9%	0,0%	1,9%	1,9%

Tabla 21. Resultado del Dominio: No sensualidad de los encuestados.



Gráfico 22. Resultado del Dominio: No sensualidad de los encuestados.

En este dominio el valor que más se repite es el valor 1 lo que indica un porcentaje muy bajo de individuos que se siente no sensuales entre los encuestados, aproximadamente el 92,5% no presenta ningún problema frente a un 7,6%, siendo las mujeres las que puntúan más alto que los hombres como ya veremos en el análisis bivalente.

Dominio 2- Evitación.

Se han analizado los ítems 7, 14, 22 y 28 para los encuestados de sexo masculino; y los ítems 7, 13,20 y 23 para los de sexo femenino.

-Evitación en el hombre.

7) *¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?*

14) *¿Intenta evitar tener relaciones con su pareja?*

12) *¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia el pene?*

28) *¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7	59,3%	18,5%	14,8%	3,7%	3,7%
Ítem 14	55,26%	29,6%	7,4%	3,7%	3,7%
Ítem 12	0%	3,7%	18,5%	11,1%	66,7%
Ítem 28	74,1%	14,8%	7,4%	3,7%	0%

Tabla 22. Respuestas Masculinas. Dominio: Evitación.

-Evitación en la mujer.

7) *¿Evita tener relaciones con su pareja?*

13) *¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones?*

20) *¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?*

23) *¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7	23,1%	26,9%	26,9%	15,4%	7,7%
Ítem 13	34,6%	26,9%	19,2%	11,5%	7,7%
Ítem 20	23,1%	42,3%	19,2%	3,8%	11,5%
Ítem 23	34,6%	26,9%	23,1%	7,7%	7,7%

Tabla 23. Respuestas Femeninas. Dominio: Evitación.

Resultados finales para éste dominio:

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Puntuación transformada									
Frecuencia	14	3	7	5	9	6	4	2	3
Porcentajes	26,4%	5,7%	13,2%	9,4%	17,0%	11,3%	7,5%	3,8%	5,7%

Tabla 24. Resultado del Dominio: Evitación de los encuestados.

A pesar de que el valor que más se repite es el 1, la frecuencia acumulada da un total de 54,7% que no tienen problema de evitación, frente a un 45,3% que sí los presenta.

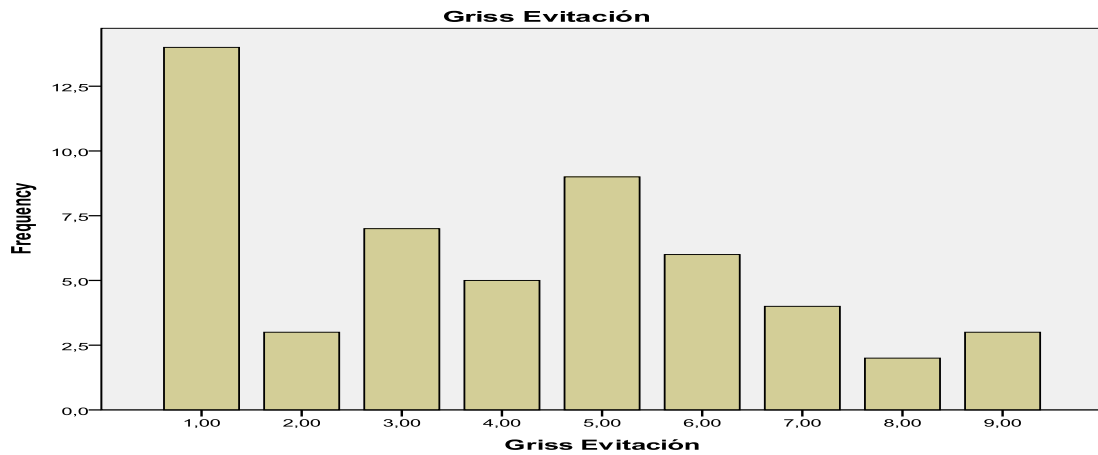


Gráfico 23. Resultado del Dominio: Evitación de los encuestados.

Dominio 3- Insatisfacción.

Se han analizado los ítems 5, 11, 15 y 21 para los encuestados de sexo masculino; y los ítems 5, 10,18 y 22 para los de sexo femenino.

-Insatisfacción en el hombre.

5) *¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en su vida sexual con su pareja?*

11) *¿Considera que existe una falta de amor y afecto en las relaciones con su pareja?*

15) *¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?*

21) *¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5	29,6%	14,8%	18,5%	29,6%	7,4%
Ítem 11	37,0%	11,1%	14,8%	29,6%	7,4%
Ítem 25	7,4%	0%	3,7%	14,8%	74,1%
Ítem 21	25,9%	22,2%	22,2%	25,9%	3,7%

Tabla 25. Respuestas Masculinas. Dominio: Insatisfacción.

-Insatisfacción en la mujer.

5) *¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedican a juegos previos al coito?*

10) *¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?*

18) *¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?*

22) *¿Se siente insatisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5	19,2%	23,1%	23,1%	23,1%	11,5%
Ítem 10	3,8%	11,5%	19,2%	34,6%	30,8%
Ítem 18	42,3%	19,2%	11,5%	11,5%	15,4%
Ítem 22	11,5%	26,9%	30,8%	15,4%	15,4%

Tabla 26. Respuestas Femeninas. Dominio: Insatisfacción.

Resultados finales para este dominio:

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	7	3	10	12	8	8	3	0	2
Porcentajes	13,2%	5,7%	18,9%	22,6%	15,1%	15,1%	5,7%	0,00%	3,8%

Tabla 27. Resultado del. Dominio: Insatisfacción.



Gráfico 24. Resultado del Dominio: Insatisfacción de los encuestados.

Aunque el valor que más se repite se encuentra sin problemas de insatisfacción sexual, hay un 39,7% que presentan este problema frente a un 60,4% que carece de él.

Dominio 4- No comunicación.

Se han analizado los ítems 2 y 9 para los encuestados de sexo masculino; y los ítems 2 y 16 para los de sexo femenino.

-No comunicación en el hombre.

2) *¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?*

9) *¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 2	25,9%	25,9%	18,5%	14,8%	14,8%
Ítem 9	11,1%	18,5%	7,4%	25,9%	37,0%

Tabla 28. Respuestas Masculinas. Dominio: No comunicación.

-No comunicación en la mujer.

2) *¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?*

16) *¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 2	19,2%	23,1%	30,8%	7,7%	19,2%
Ítem 16	15,4%	38,5%	15,4%	19,2%	11,5%

Tabla 29. Respuestas Femeninas. Dominio: No comunicación.

Resultados finales para este dominio:

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	6	6	6	6	15	5	5	3	1
Porcentajes	11,3%	11,3%	11,3%	11,3%	28,3%	9,4%	9,4%	5,7%	1,9%

Tabla 30. Resultado del. Dominio: No comunicación.



Gráfico25. Resultado del Dominio: No comunicación.

Aunque los porcentajes son bastante igualitarios en este dominio, un 54,7% con problemas de comunicación frente a un 45,2 sin problemas, el valor que más se repite es el 5 que indica problema en este dominio.

Dominio5- Infrecuencia.

Se han analizado los ítems 1 y 17 para los encuestados de sexo masculino; y los ítems 3 y 15 para los de sexo femenino.

-Infrecuencia en el hombre.

11) *¿Realiza el coito más de dos veces por semana?*

17) *¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?*

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 11	37,0%	11,1%	14,8%	29,6%	7,4%
Ítem 17	25,9%	14,8%	18,5%	25,9%	14,8%

Tabla 31. Respuestas Masculinas. Dominio: Infrecuencia.

-Infrecuencia en la mujer.

3) *¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?*

15) *¿Realiza el coito más de dos veces por semana?*

(Tabla 14)

	Nunca	Casi Nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 3	11,5%	15,4%	26,9%	34,6%	11,5%
Ítem 15	19,2%	42,3%	26,9%	7,7%	3,8%

Tabla 32. Respuestas Femeninas. Dominio: Infrecuencia.

Resultados finales para este dominio:

Puntuación transformada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Frecuencia	1	1	7	9	9	10	9	6	1
Porcentajes	1,9%	1,9%	13,2%	17,0%	17,0%	18,9%	17,0%	11,3%	1,9%

Tabla 33. Resultado del. Dominio: Infrecuencia.

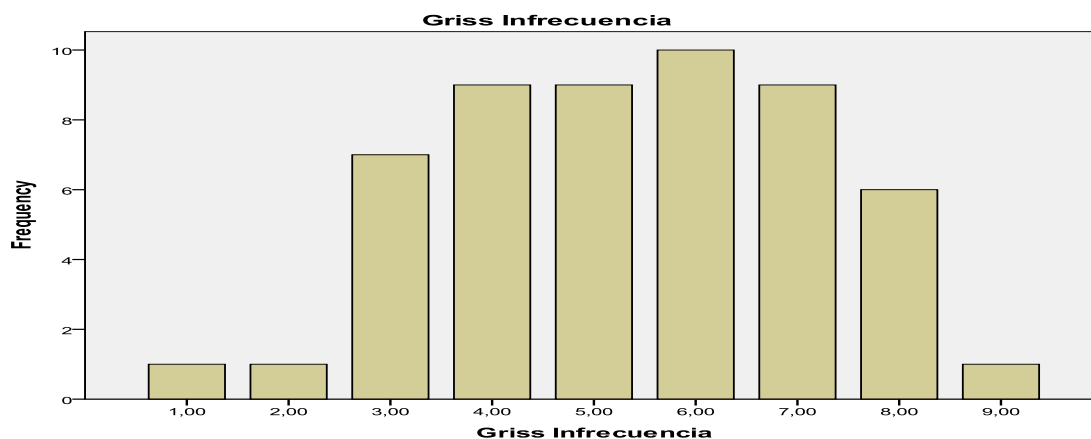


Gráfico26. Resultado del Dominio: Infrecuencia.

En este dominio hay una clara diferencia entre los encuestados con problemas de infrecuencia y los que no. Tenemos un 66,9% de encuestados que no están de acuerdo con la frecuencia de sus encuentros sexuales, ellos hablan de falta de oportunidades frente a los que están cómodos con sus frecuencias, que representan el 34%.

En resumen los dominios en los que se encuentran problemas son: No Comunicación e Infrecuencia, el resto a pesar de tener unos % altos no superan la media.

4.1.4. Test Versión española del Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (IANM , Abramson y Mosher, 1.975).

Empleamos la versión de Mosher (1998) formada por 30 ítems contestados en una escala de respuesta con formato tipo Likert desde 1 (*Totalmente falso*) hasta 5 (*Totalmente verdadero*).

Una vez invertidas las respuestas a 10 de sus ítems (3, 5, 8, 11, 13, 14, 17, 22, 27 y 29), su puntuación total oscila entre 30 y 150. Puntuaciones superiores a 90 e inclusive nos muestran la presencia de problemas hacia la masturbación, en cambio puntuaciones entre los valores 30 y 89 ambos inclusive indican no tener problemas con la masturbación.

La puntuación media para este test es de 69,54 puntos, la puntuación mínima es de 32,00 y la puntuación máxima de 108,00.

	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica
Test Masturbación	53	69,54	32,00	108,00	17,98

Tabla 34. Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

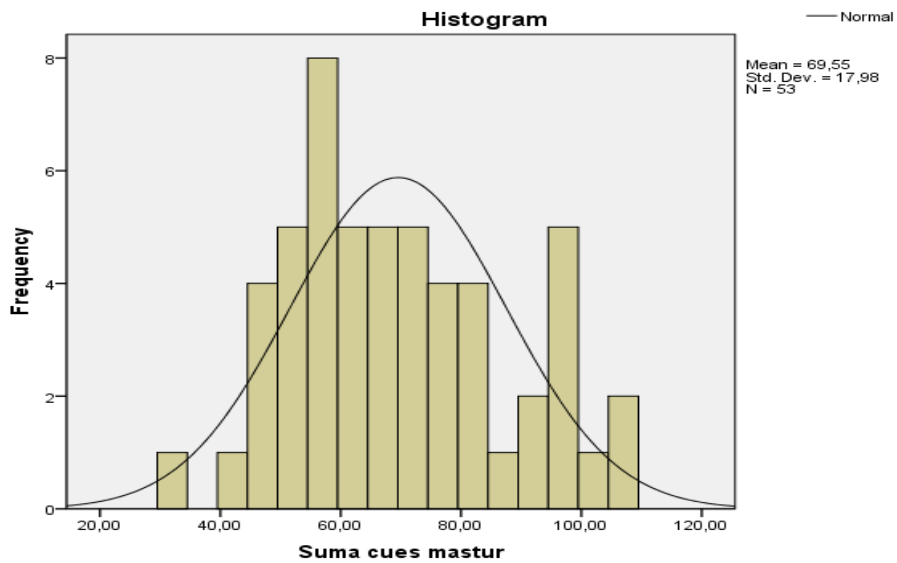


Gráfico27. Distribución del Cuestionario Actitudes Negativas Masturbación (IANM).

A continuación vamos a detallar los gráficos de cada uno de los ítems de este cuestionario:

Ítem 1: *La gentes se masturba para escapar de los sentimientos de tensión e inquietud.*

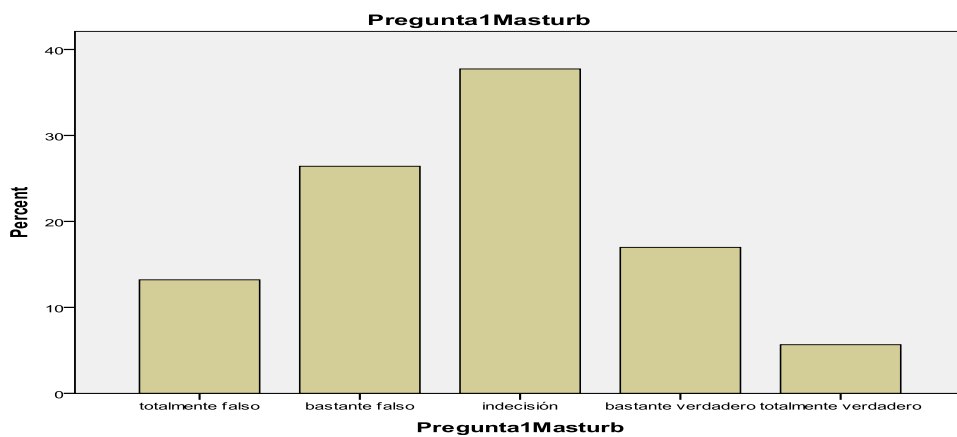


Gráfico28. Ítem 1 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El mayor porcentaje de los encuestados se encuentran indecisos ante esta pregunta aproximadamente un 37,7%, lo que indica una falta clara de conocimientos acerca de la masturbación.

Ítem 2: La gente que se masturba no disfruta tanto del coito.

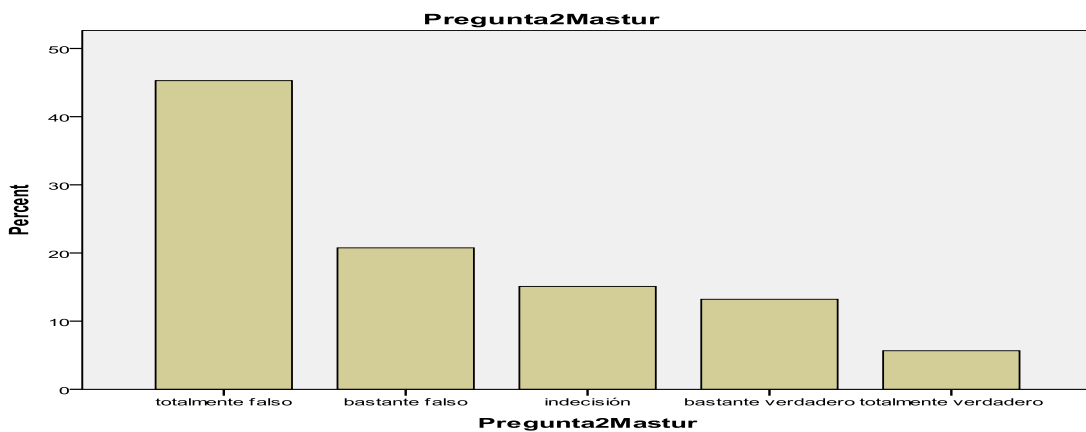


Gráfico29. Ítem 2 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Nuestro encuestados parecen tener claro que una cosa es el coito y otra la masturbación, y que la mayoría ha contestado a esta pregunta como totalmente falsa, aproximadamente el 45,3%.

Ítem 3: *La masturbación es un asunto privado que ni ofende ni importa a los demás.*

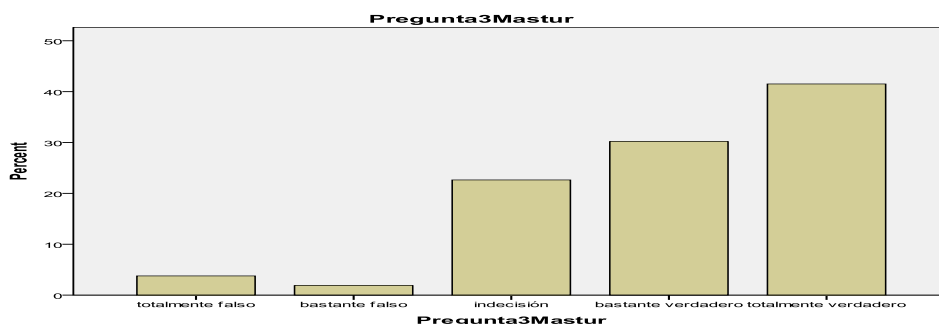


Gráfico30. Ítem 3 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la masturbación.

El 41,5% de los encuestados piensan que la masturbación es un asunto privado, lo que nos indica un alto porcentaje de gente que le cuesta hablar abiertamente de ella, es algo que les incomoda y prefieren que quede en el marco de la privacidad.

Ítem 4: *La masturbación es un pecado contra uno mismo.*

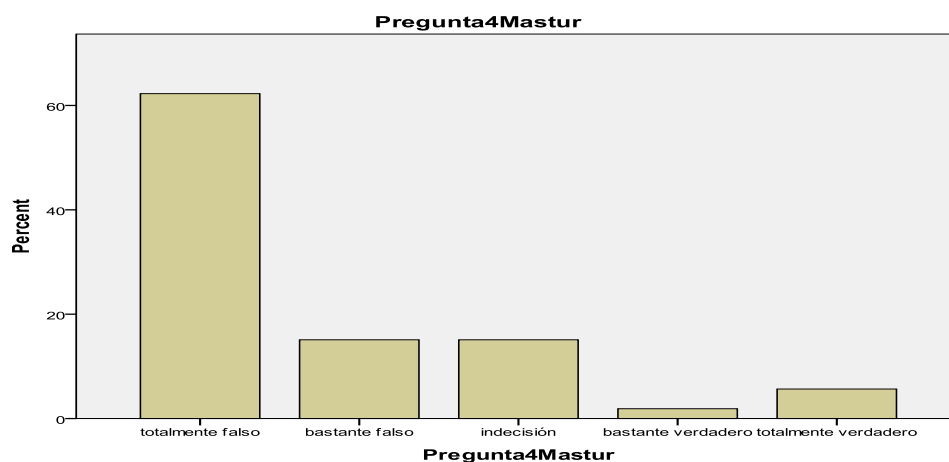


Gráfico31. Ítem 4 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El 62,3% tienen claro que no es un pecado, pero posteriormente veremos que aún no nos hemos despojado de nuestra cultura judeocristiana. Veremos como la religión influye en las respuestas de algunos ítems.

Ítem 5: *La masturbación en la niñez puede ayudar a desarrollar una actitud saludable y natural hacia el sexo.*

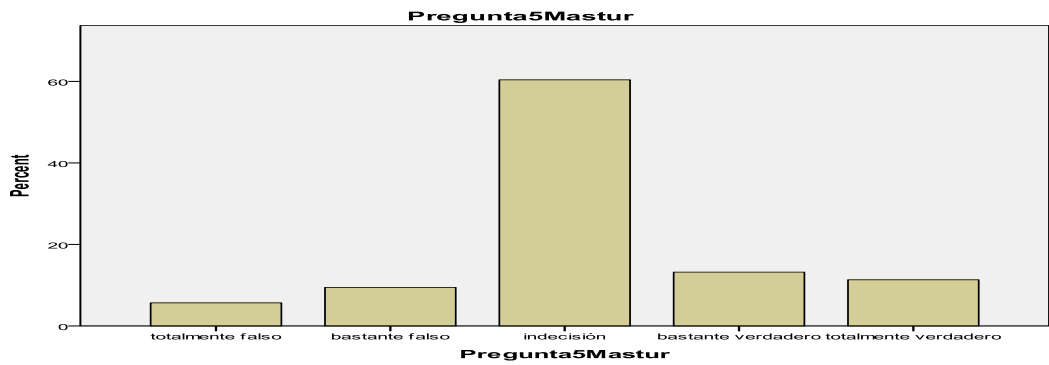


Gráfico32. Ítem 5 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El 60,4% se encuentra indeciso en esta pregunta por lo que indica que carecen de conocimientos específicos acerca de la masturbación.

Ítem 6: *La masturbación en un adulto es juvenil e inmadura.*

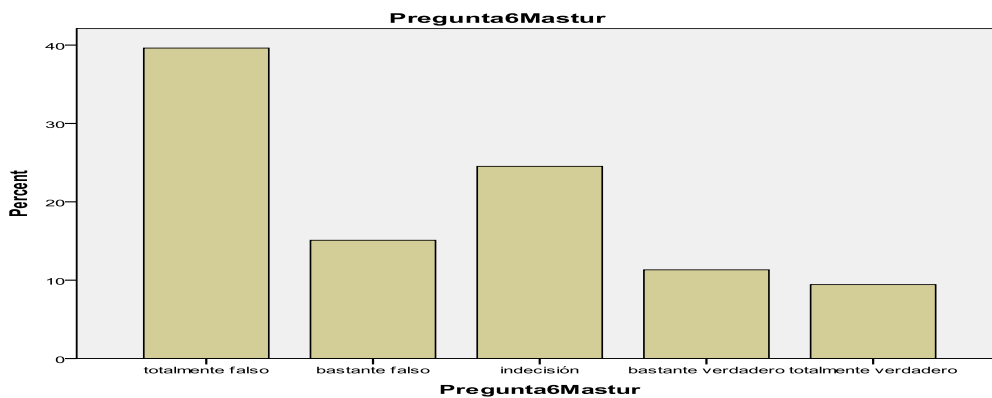


Gráfico33. Ítem 6 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Un 39,6% contestaron que esta pregunta es totalmente falsa, frente a un 9,4% que creyeron que era totalmente verdadera, pero hay un alto porcentaje de indecisión un 24,5%.

Ítem 7: *La masturbación puede conducir a la homosexualidad.*

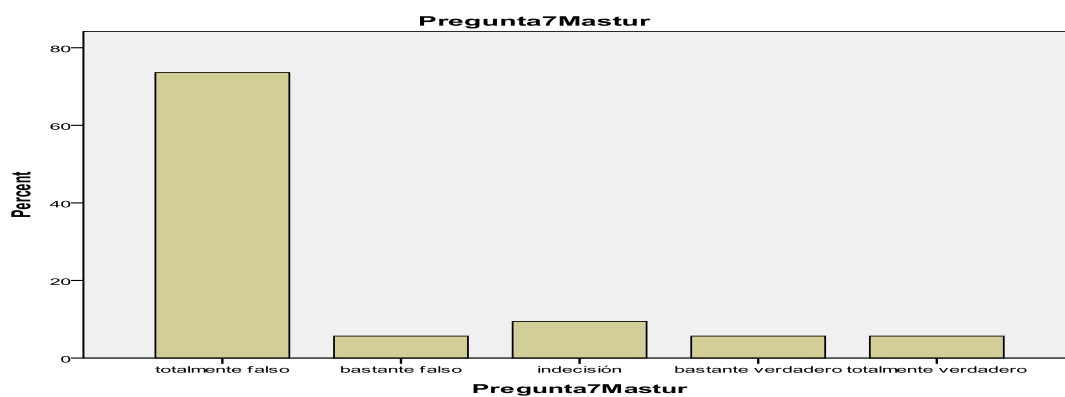


Gráfico34. Ítem 7 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Los encuestados contestaron de forma unánime que no afecta sobre la homosexualidad aproximadamente el 73,6%, este concepto parece estar bastante claro.

Ítem 8: *La masturbación excesiva es físicamente imposible, una idea absurda.*

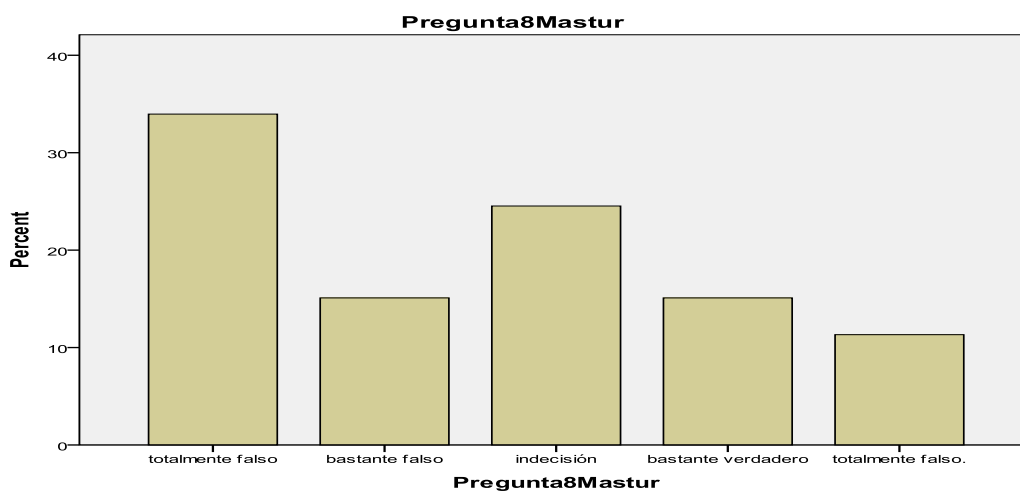


Gráfico35. Ítem 8 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem 9: *Si disfruta mucho masturbándose, no aprenderá nunca a relacionarse con el sexo opuesto.*

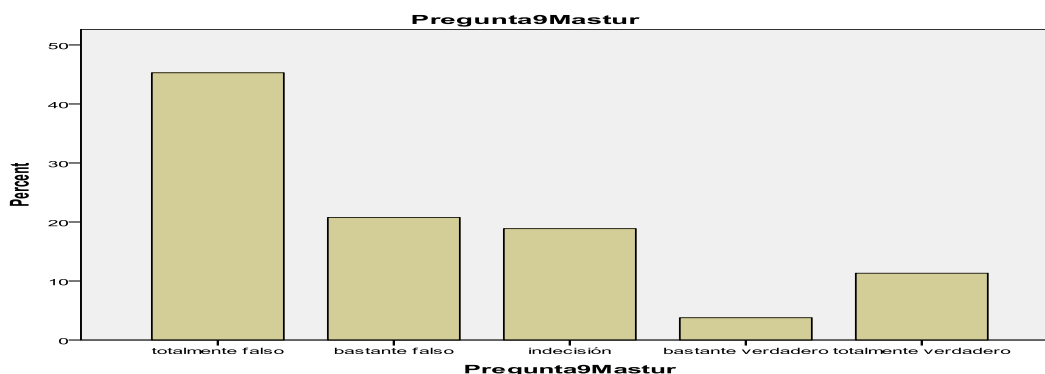


Gráfico36. Ítem 9 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El porcentaje acumulado de indecisión, junto con los porcentajes verdaderos supone un 37,8%, este porcentaje es bastante alto indicativo de problemas con la masturbación.

Ítem 10: *Después de la masturbación, la persona se siente degradada.*

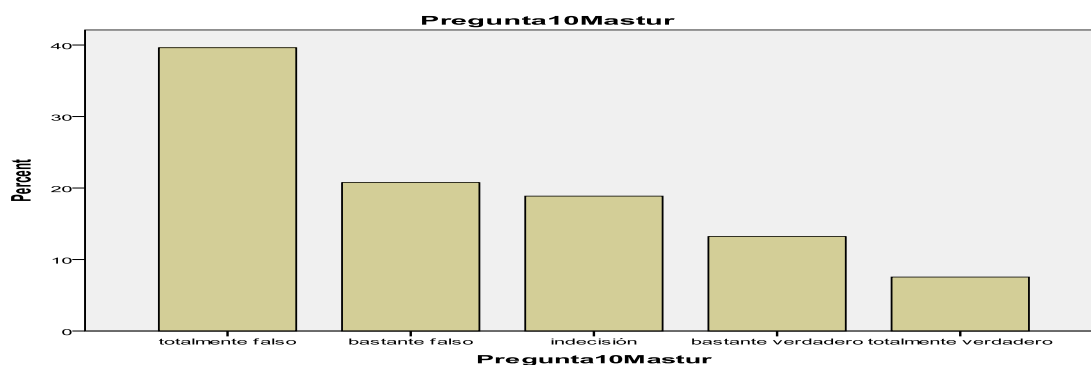


Gráfico37. Ítem 10 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El porcentaje acumulado incluyendo la indecisión de los encuestados que se sienten degradados después de la masturbación es del 39,6% frente a un 60,4% que dicen no sentirse degradados. Como vemos el porcentaje de malestar es bastante alto, lo que indica la existencia de prejuicios culturales existentes.

Ítem 11: *La experiencia con la masturbación puede ayudar potencialmente a una mujer a tener orgasmos en el coito.*

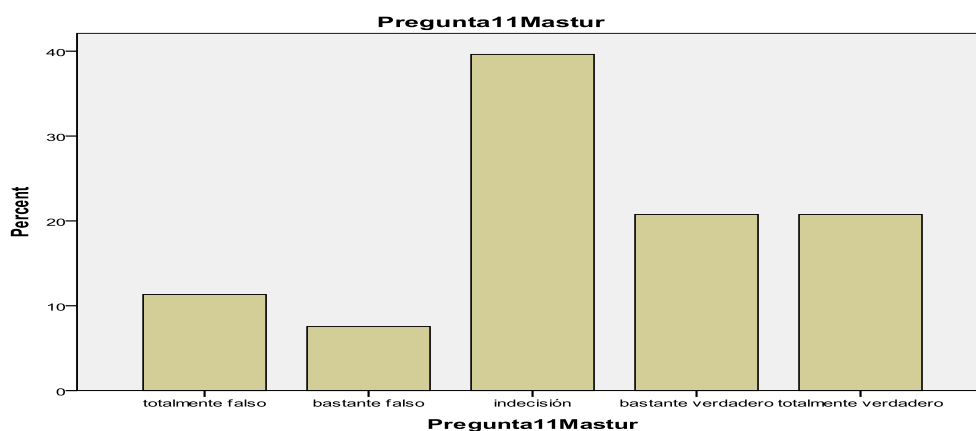


Gráfico38. Ítem 11 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El valor más alto es el de la indecisión el 39,6%. Aunque hay un porcentaje alto (41,6%) que están de acuerdo con la afirmación, hay 21 personas que no conocen los efectos de la masturbación sobre la mujer.

Ítem 12: *Me siento culpable masturbándome.*

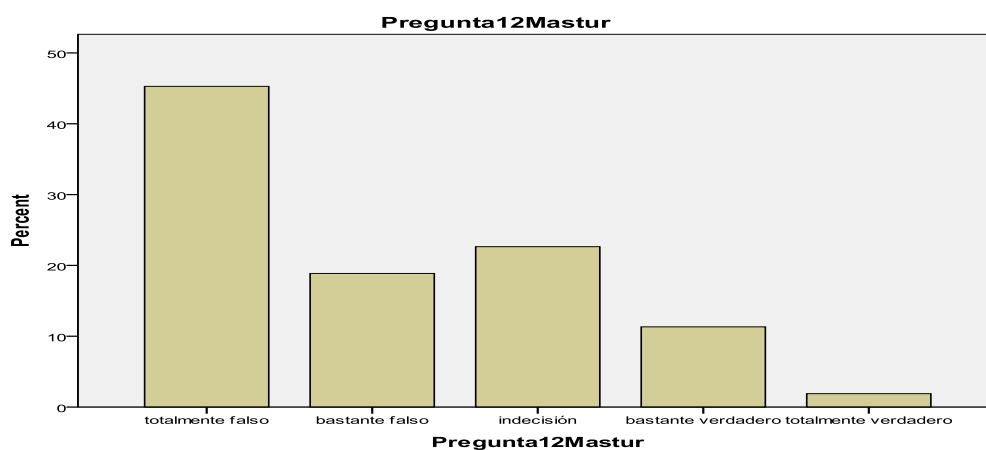


Gráfico39. Ítem 12 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem13: *La masturbación puede ser “el amigo en la necesidad” cuando no hay “amigo en el acto”.*

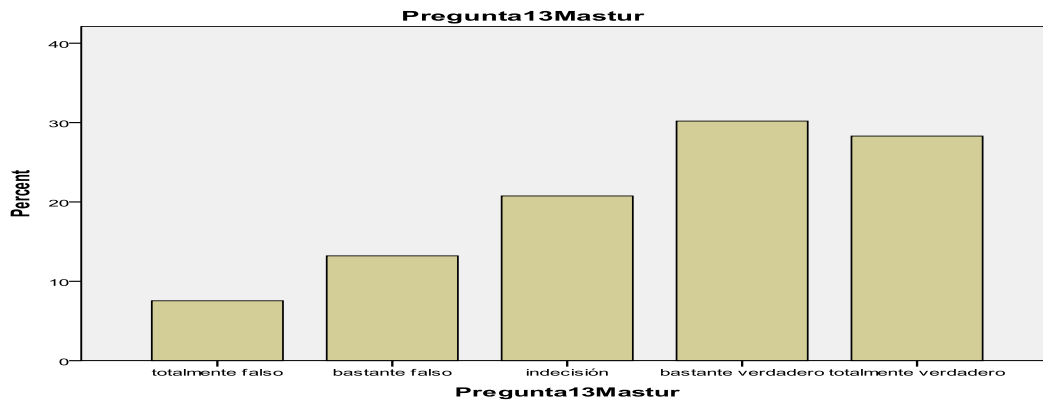


Gráfico40. Ítem 13 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El 79,3% están de acuerdo con esta afirmación por lo que se puede interpretar como que los encuestados ven la autoestimulación como una salida válida para la soledad, en la dificultad que tienen los discapacitados de tener un encuentros sexuales.

Ítem 14: *La masturbación puede ser una salida para fantasías sexuales sin dañar a otros o ponerse en peligro uno mismo.*

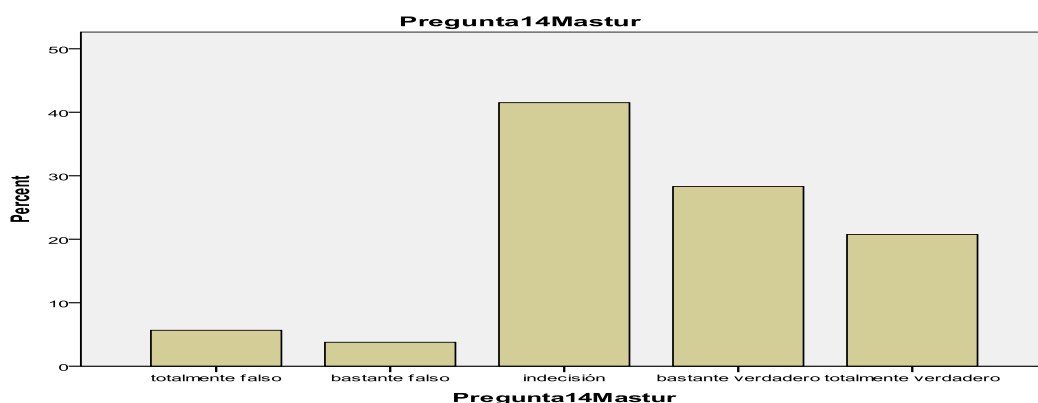


Gráfico41. Ítem 14 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

El valor que más se repite es la indecisión, supone un 41,5%; los encuestados no están seguros si la masturbación les puede dañar a ellos mismo o si puede desarrollar fantasías.

Ítem 15: *La masturbación en exceso puede conducir a problemas de impotencia en los hombres y frigidez en las mujeres.*

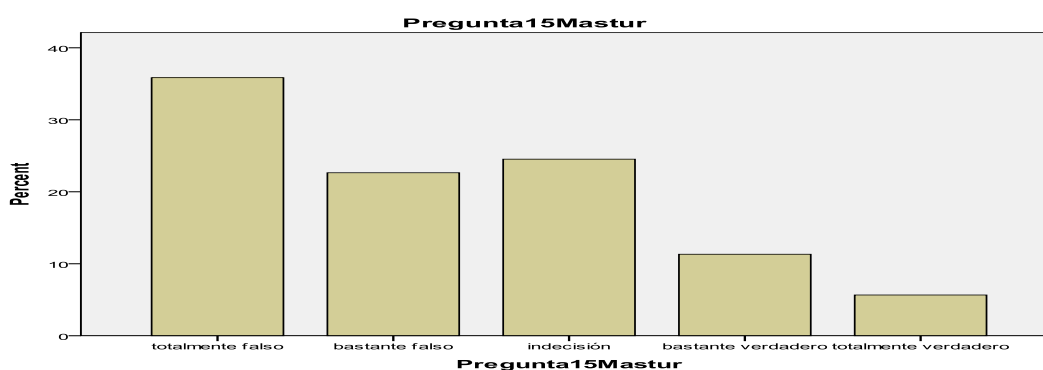


Gráfico42. Ítem 15 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem 16: *La masturbación es un mecanismo de escape que impide desarrollar una perspectiva sexual madura.*

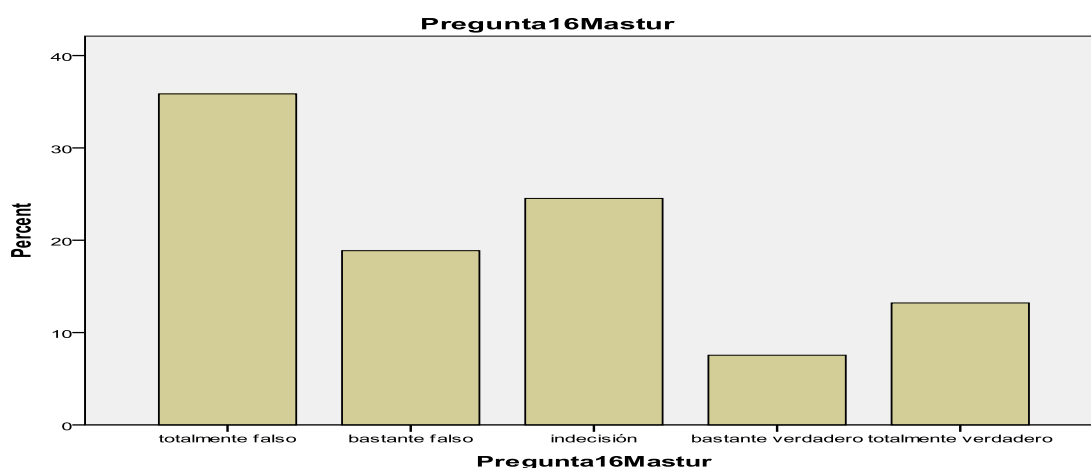


Gráfico43. Ítem 16 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Aunque el valor que más se repite es el correspondiente a totalmente falso un 35,8% hay un porcentaje muy variado que continúa creyendo el mito que dice que la única forma

correcta y placentera de obtener placer sexual es el coito, ya que el porcentaje acumulado a favor de la afirmación junto con la indecisión es de un 45,2%.

Ítem 17: *La masturbación puede proporcionar un alivio inofensivo a la tensión sexual.*

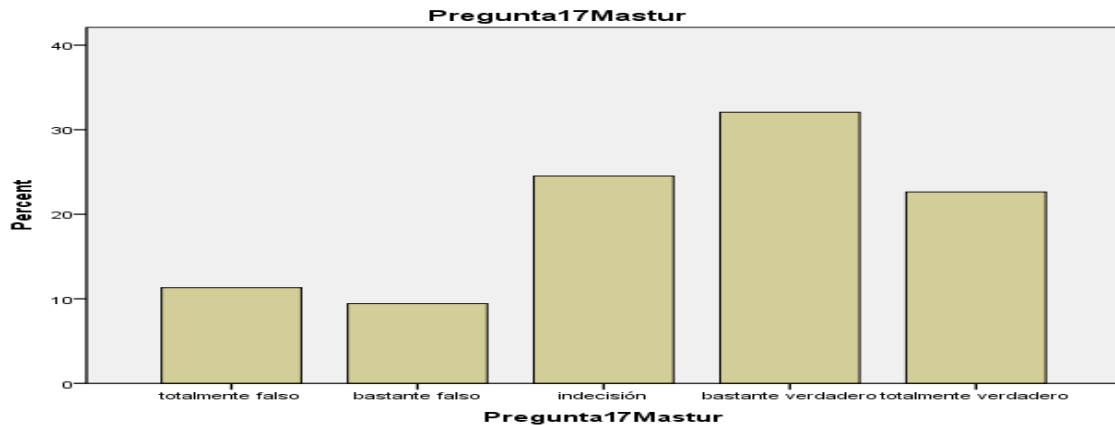


Gráfico44. Ítem 17 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Esta afirmación es verdadera para la mayoría de los encuestados, un porcentaje acumulado de 54,7%, frente a un 24,5% de indecisión y un 20,7% que indican que es falsa la afirmación.

Ítem 18: *Jugar con los propios genitales es repugnante.*

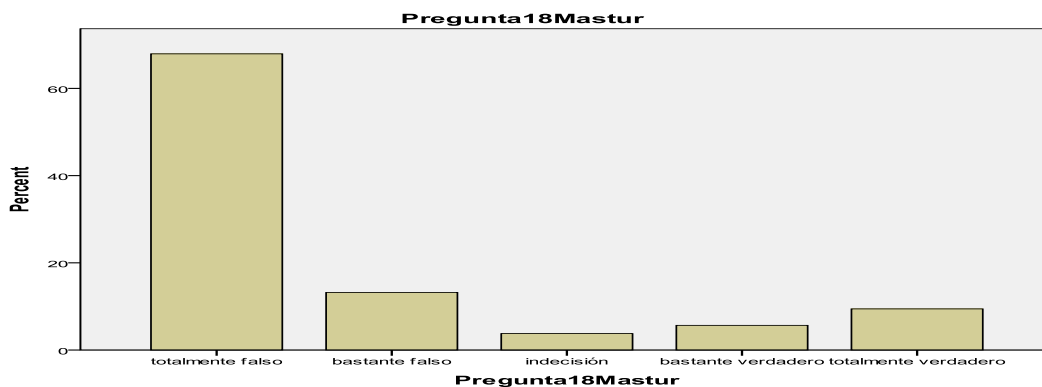


Gráfico45. Ítem 18 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Los encuestados, discapacitados todos, no piensan en su cuerpo como algo repugnante y por extensión sus genitales, así el 67,9% piensa que la afirmación es totalmente falsa; que junto con los que opinan que es bastante falsa hace un porcentaje acumulado de 81,1%.

Ítem19: *La masturbación excesiva se asocia con la neurosis, la depresión y problemas del comportamiento.*

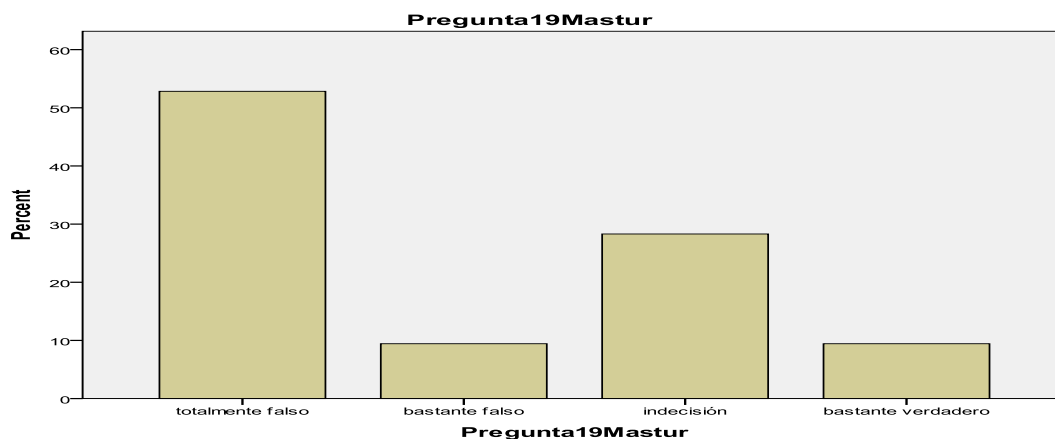


Gráfico46. Ítem 19 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

La mayoría de los encuestados no ven la masturbación como una enfermedad o un problema mental aproximadamente el 62,2% creen que la afirmación es totalmente falsa y ningún encuestado contestó con totalmente verdadero.

Ítem 20: *Cualquier masturbación es excesiva.*

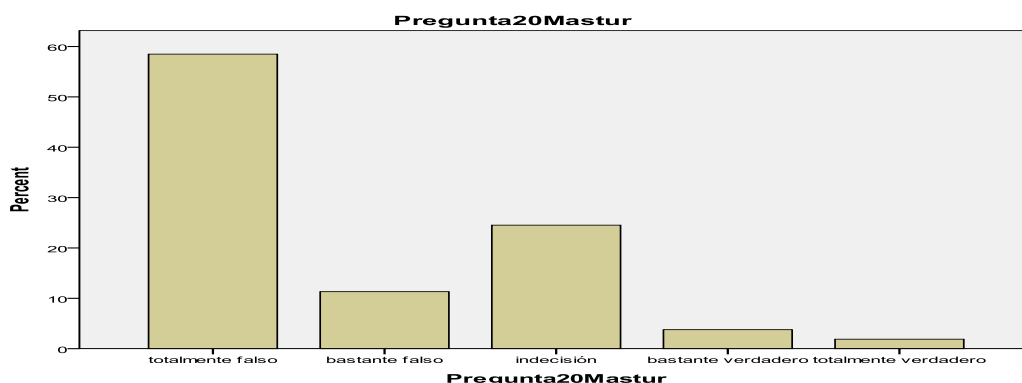


Gráfico47. Ítem 20 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem 21: *La masturbación es un acto compulsivo, hábito adictivo que una vez comenzado es casi imposible parar.*

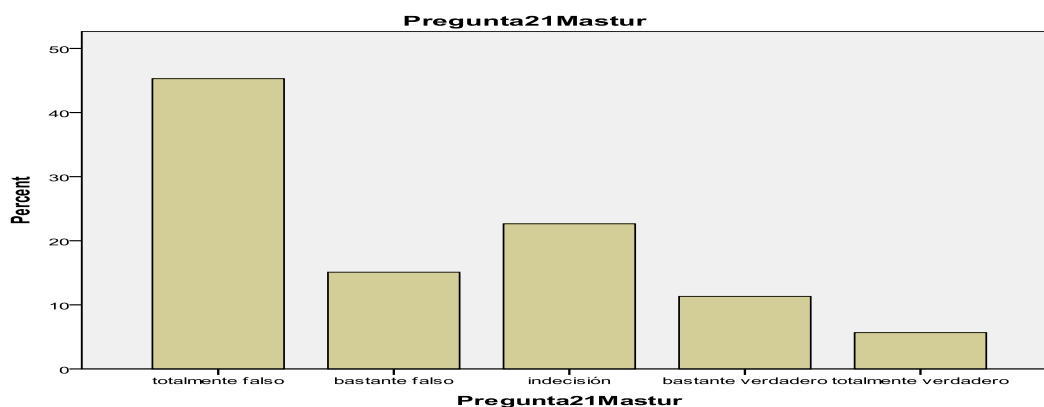


Gráfico48. Ítem 21 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

A pesar de que la mayoría opinan que es falsa la afirmación hay un porcentaje acumulado preocupante de un 39,6% que no se deciden si la masturbación es compulsiva y de los que opinan que es cierta la afirmación, por lo que el mito de personas discapacitadas se les atribuyen deseos perversos y excesivos, debido a su sexualidad reprimida, desinhibida o depravada, está presente en los encuestados. La masturbación es una enfermedad o vicio, se encuentran presentes.

Ítem 22: *La masturbación es divertida.*

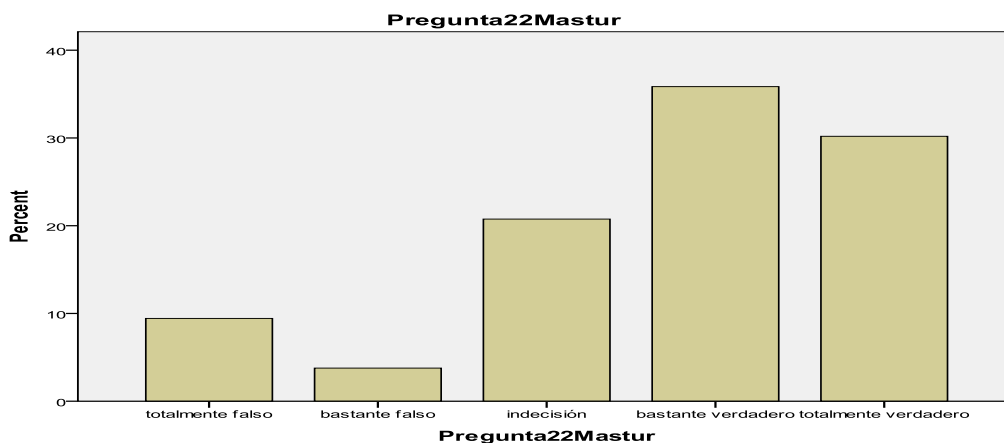


Gráfico49. Ítem 22 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la

Masturbación.

Ítem 23: *Cuando me masturbo, me disgusto conmigo mismo.*

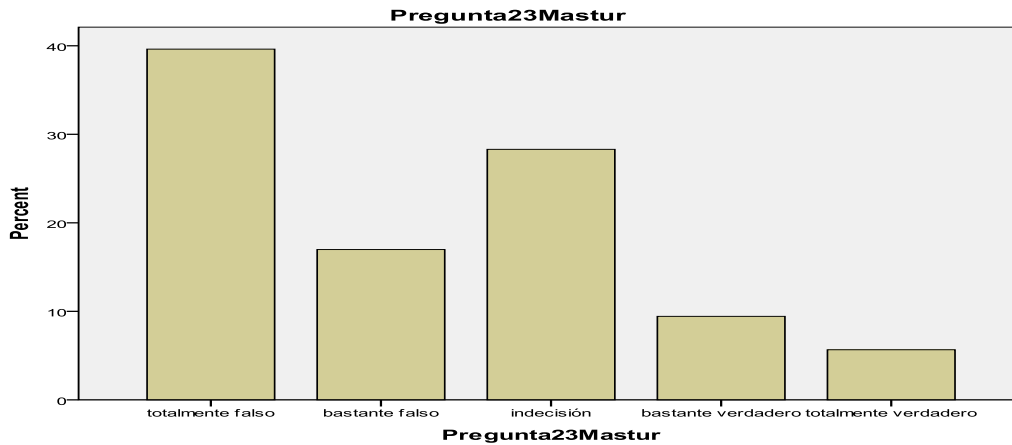


Gráfico50. Ítem 23 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

A pesar que la mayoría piensan que la masturbación es divertida un 66% hay un 43,4% que se sienten culpables, que se disgustan con ellos mismos, contando con el porcentaje de indecisos.

Ítem 24: *Un patrón de masturbación frecuente se asocia a la introversión y al aislamiento de los contactos sociales.*

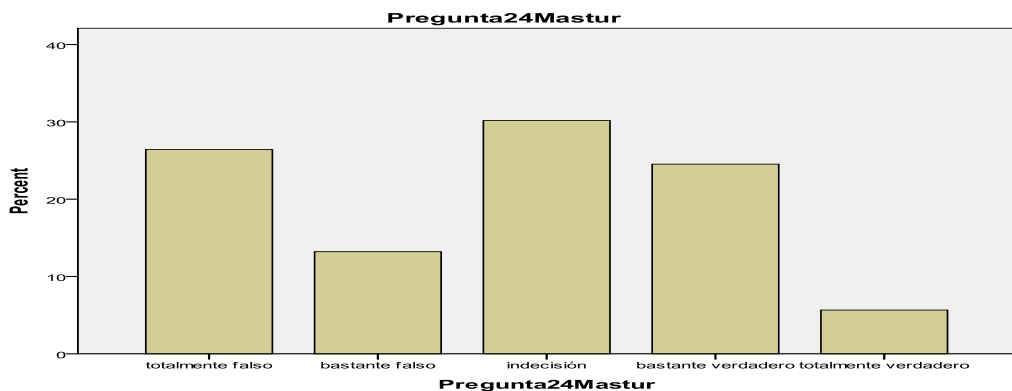


Gráfico51. Ítem 24 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem 25: *Me avergonzaría tener que admitir públicamente que me he masturbado.*

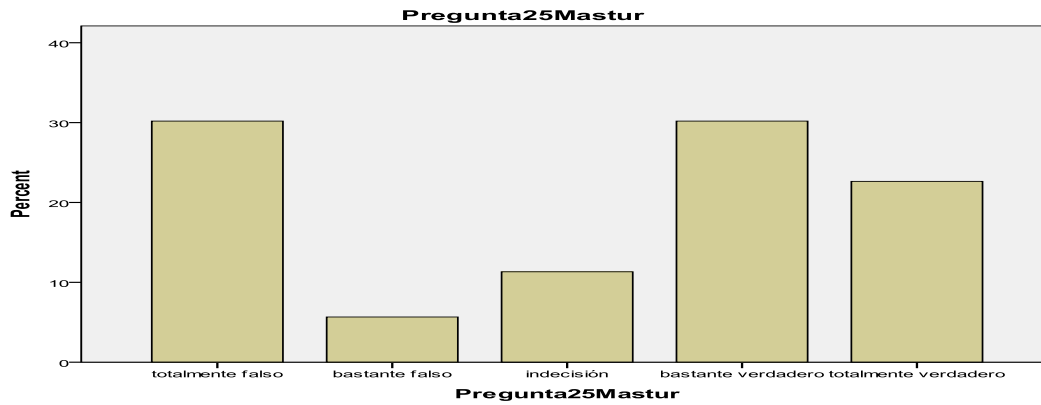


Gráfico52. Ítem 25 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Variedad de opiniones en ambos ítems.

Ítem 26: *La masturbación excesiva conduce al agotamiento y embotamiento mental.*

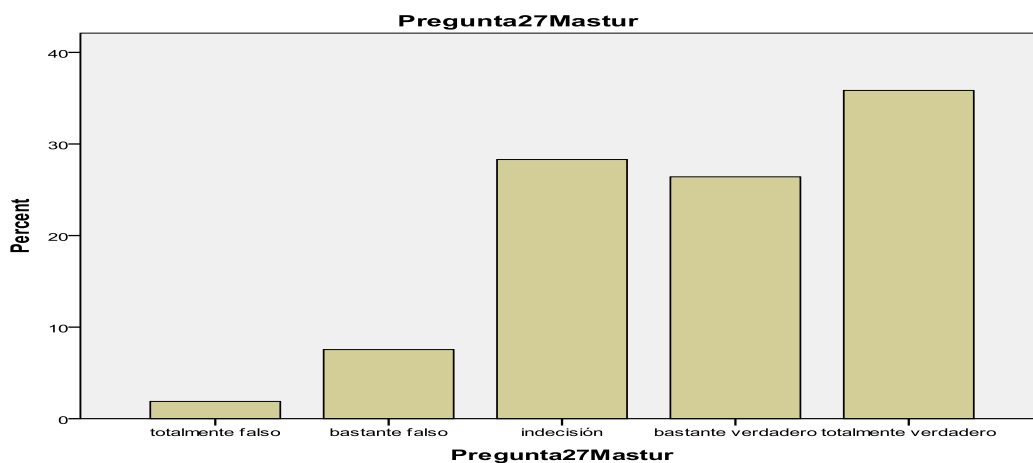


Gráfico53. Ítem 26 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Ítem 27: *La masturbación es un desahogo sexual normal.*

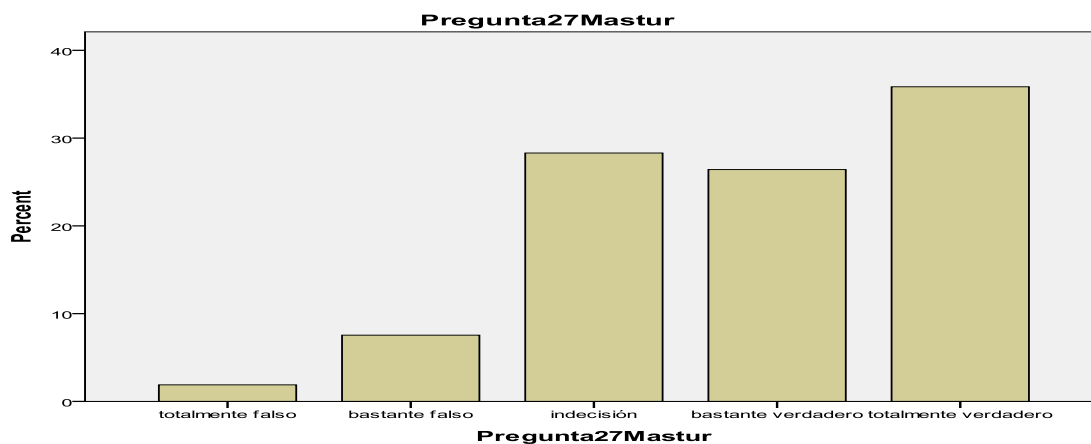


Gráfico54. Ítem 27 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Sorprende lo contradictorios que son los ítems 26 y 27, lo que nos indica la falta de conocimientos y el sentimiento de culpabilidad presente en los encuestados.

Ítem 28: *La masturbación es ocasionada por una excesiva preocupación por el sexo.*

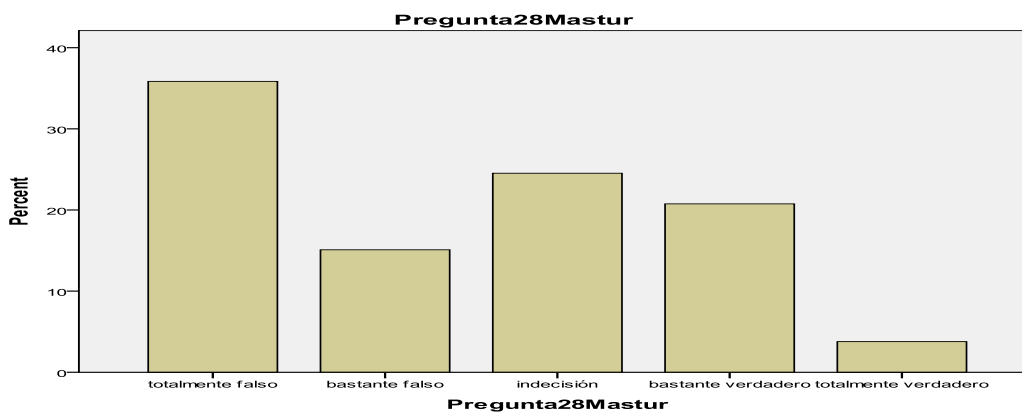


Gráfico55. Ítem 28 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Hay gran disparidad de respuestas así el 35,8% piensan que es totalmente falso, el 15,1% que es bastante falso, indecisión un 24,5%, bastante verdadero el 20,8% y un 3,8% totalmente verdadero.

Ítem 29: *La masturbación puede enseñar a disfrutar la sensibilidad del propio cuerpo.*

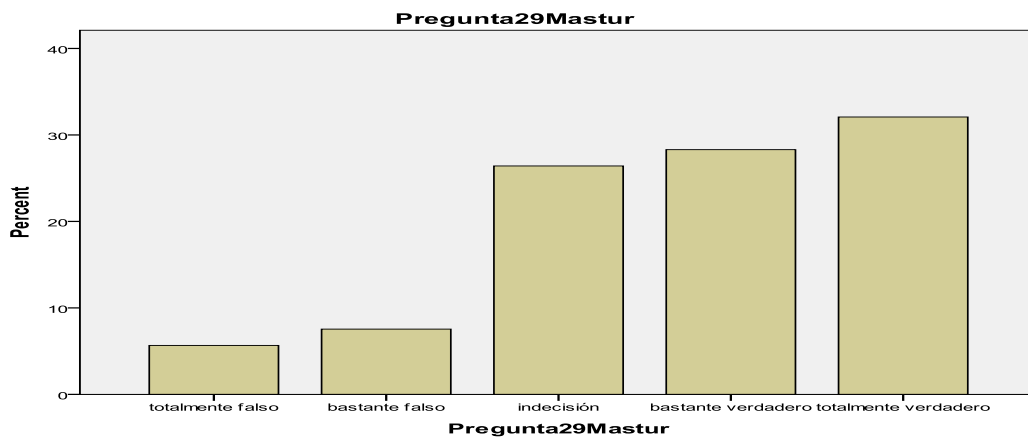


Gráfico56. Ítem 29 del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

La mayoría opinan que la masturbación ayudará a discapacitados a recuperar su cuerpo y en señalarles a disfrutar de su cuerpo que por una razón u otra les incapacita, pero no les impide disfrutar.

Ítem 30: *Después de masturbarme me disgusto por la falta de control sobre mi cuerpo.*

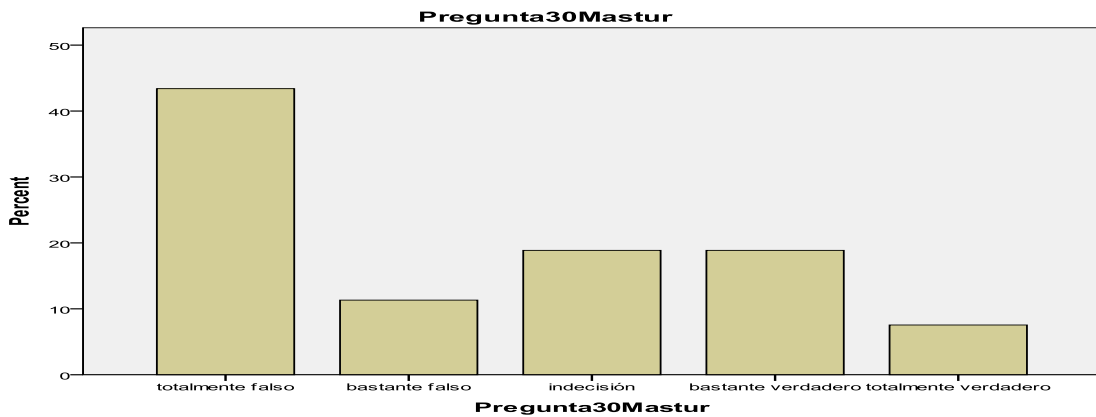


Gráfico57. Ítem 30del Cuestionario Actitudes Negativas hacia la Masturbación.

Un 58,7% opinan que es falsa esta afirmación, indecisos un 18,9% y un 26,4% piensan que es verdad esa afirmación, todo dependerán de la aceptación que tengan de la respuesta de su cuerpo y del sentimiento de culpabilidad por autoestimularse.

Ahora vamos a agrupar en diferentes dimensiones para analizarlas más exhaustivamente:

Dimensión 1: Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación.

Son 14 ítems en total.

- 10) Después de la masturbación, la persona se siente degradada.
- 12) Me siento culpable masturbándome.
- 15) La masturbación en exceso puede conducir a problemas de impotencia en los hombres y frigidez en las mujeres.
- 16) La masturbación es un mecanismo de escape que impide desarrollar una perspectiva sexual madura.
- 18) Jugar con los propios genitales es repugnante.
- 19) La masturbación excesiva se asocia con la neurosis, la depresión y problemas del comportamiento.
- 20) Cualquier masturbación es excesiva.

- 21) *La masturbación es un acto compulsivo, hábito adictivo que una vez comenzado es casi imposible parar.*
- 23) *Cuando me masturbo, me disgusto conmigo mismo.*
- 24) *Un patrón de masturbación frecuente se asocia a la introversión y al aislamiento de los contactos sociales.*
- 25) *Me avergonzaría tener que admitir públicamente que me he masturbado.*
- 26) *La masturbación excesiva conduce al agotamiento y embotamiento mental.*
- 27) *La masturbación es un desahogo sexual normal.*
- 29) *La masturbación puede enseñar a disfrutar la sensibilidad del propio cuerpo.*

La puntuación media para esta dimensión es 32,96, el valor mínimo ha sido de 14,00 y el valor máximo de 78,00. Los valores indicativos de problemas viene dado por el siguiente rango: de 14 a 41 puntos implica niveles bajos de afectos negativos hacia la masturbación y de 42 a 70 indica elevados afectos negativos.

Cuestionario Masturbación	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Dimensión 1	53	32,96	14,00	78,00	13,58

Tabla 35. Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación.



Gráfico58. Distribución de la Dimensión 1: Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación (IANM).

De los 53 encuestado un 77,4% no presenta elevados afectos negativos hacia la masturbación frente a un 20,8% que sí los presenta.

Dimensión 2: Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación.

Son 10 ítems en total:

- 3) *La masturbación es un asunto privado que ni ofende ni importa a los demás.*
- 5) *La masturbación en la niñez puede ayudar a desarrollar una actitud saludable y natural hacia el sexo.*
- 8) *La masturbación excesiva es físicamente imposible, una idea absurda.*
- 11) *La experiencia con la masturbación puede ayudar potencialmente a una mujer a tener orgasmos en el coito.*
- 13) *La masturbación puede ser “el amigo en la necesidad” cuando no hay “amigo en el acto”.*
- 14) *La masturbación puede ser una salida para fantasías sexuales sin dañar a otros o ponerse en peligro uno mismo.*
- 17) *La masturbación puede proporcionar un alivio inofensivo a la tensión sexual.*
- 22) *La masturbación es divertida.*

27) La masturbación es un desahogo sexual normal.

29) La masturbación puede enseñar a disfrutar la sensibilidad del propio cuerpo.

Las puntuaciones de estos ítems deben ser invertidas puesto que la existencia de problemas en esta dimensión se da a puntuaciones bajas, (un ejemplo: si el ítem 3 puntúa 2 se invierte y se transforma en 4).

La puntuación media para esta dimensión es de 34,98, la puntuación mínima es de 21, y la máxima es de 49, la puntuación que más se repite es 35.

Los valores indicativos de problemas viene dado por el siguiente rango: de 10 puntos a 29 puntos el encuestado presenta niveles bajos de actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación y de 30 a 50 niveles altos.

Cuestionario Masturbación	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Dimensión 2	53	34,98	21,00	49,00	6,38

Tabla 36. Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación.

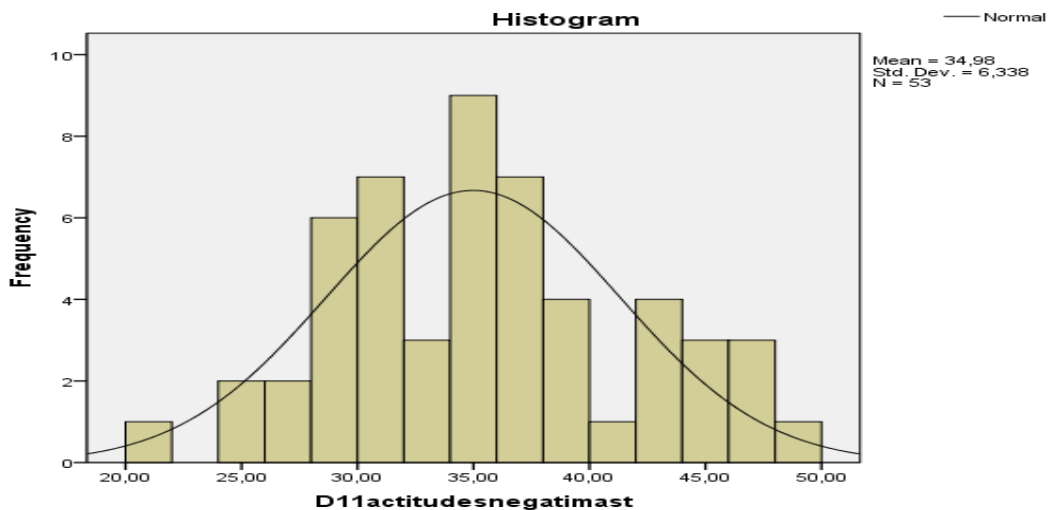


Gráfico59. Distribución de la Dimensión 2: Actitudes negativas hacia aspectos Positivos de la masturbación (IANM).

Los encuestados en esta dimensión a diferencia de la anterior puntúan predominantemente puntuaciones elevadas, lo que indica un 79,20% de individuos que presentan numerosas actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación, frente a un 20,8% cuyas actitudes negativas son menores. De esta dimensión podemos interpretar el rechazo que existe por parte de estos individuos a los aspectos positivos de la autoestimulación y la falta de conocimientos acerca de los beneficios de la masturbación.

Dimensión 3: Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación.

Son 6 ítems en total:

- 1) *La gente se masturba para escapar de sentimientos de tensión e inquietud.*
- 2) *La gente que se masturba no disfruta tanto el coito.*
- 4) *La masturbación es un pecado contra uno mismo.*
- 6) *La masturbación en un adulto es juvenil e inmadura.*
- 7) *La masturbación puede conducir a la homosexualidad.*
- 9) *Si disfruta mucho masturbándose, no aprenderá nunca a relacionarse con el sexo opuesto.*

La puntuación media para esta dimensión es de 12,7, la puntuación mínima es de 6 y un máximo de 26. La puntuación que más se repite es de 10 puntos. Los valores indicativos de problemas viene dado por el siguiente rango: de 6 puntos a 17 puntos el encuestado presenta niveles bajos de falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación, y de 18 a 30 niveles altos.

Cuestionario Masturbación	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Dimensión 3	53	12,77	6,00	26,00	5,43

Tabla 37. Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación.

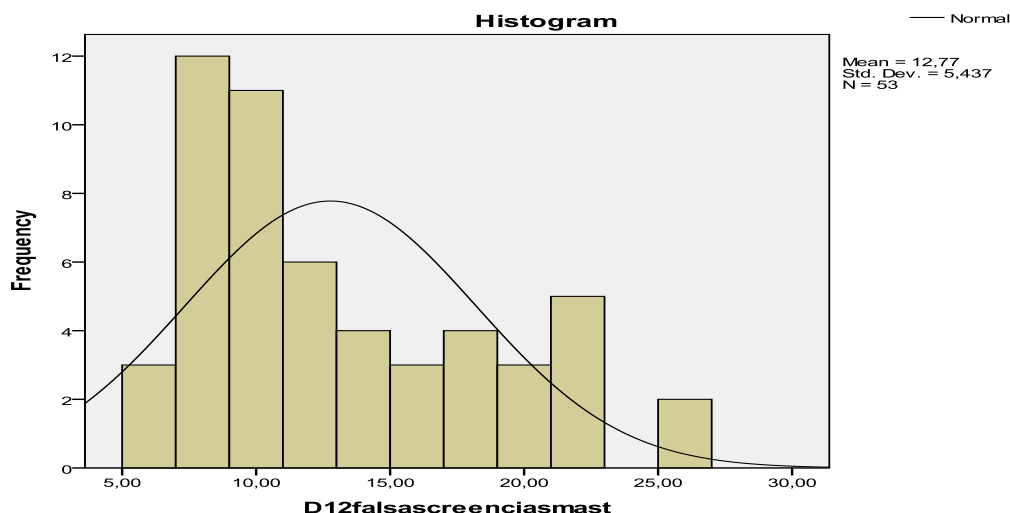


Gráfico60. Distribución de la Dimensión 3: Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación(IANM).

Los encuestados en esta dimensión puntúan predominantemente en un 77,4% dentro del rango de 6 a 17, frente a un 22,8% que puntúan alto dentro del rango de 18 a 30. Esto indica que las falsas creencias sobre la naturaleza nociva de la masturbación en la muestra son escasas, pero debido al porcentaje que sí lo piensa aún como reflejo de la sociedad todavía se encuentra presente.

En resumen podemos decir que los discapacitados de nuestros cuestionarios presentan unos afectos negativos en experiencias personales y unas falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación bajos, en cambio continúan teniendo en un porcentaje acumulado alto de actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación.

4.1.5. Cuestionario de Fantasías sexuales de Wilson (SFQ) (Wilson, 1988) (Adaptación española de Sierra, Ortega y Zubeidat, 2005).

El cuestionario incluye 28 ítems agrupados en cuatro Subescalas (fantasías sexuales exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas). Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert que va desde 0 (nunca) a 3 (a menudo), esta escala ha sido

transformada para la utilización del SPSS puntuando 1= 0, 2= 1, 3=2 y 4= 3. Cada subescala permite tener una puntuación que oscila entre 1 a 24 puntos.

Fantasías Sexuales Exploratorias.

Son 6 ítems en total:

- 1) *Participación en una orgía.*
- 2) *Actividad homosexual.*
- 3) *Intercambio de parejas,*
- 4) *Promiscuidad.*
- 5) *Acto sexual con otras dos personas.*
- 6) *Acto sexual con alguien de diferente raza.*

La puntuación media fue de 11,83, la puntuación mínima de 6,00 y la máxima de 21,00.

Cuestionario SFQ	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Fantasías S. Exploratorias	53	11,83	6,00	21,00	5,30

Tabla 38. Fantasías Sexuales Exploratorias.

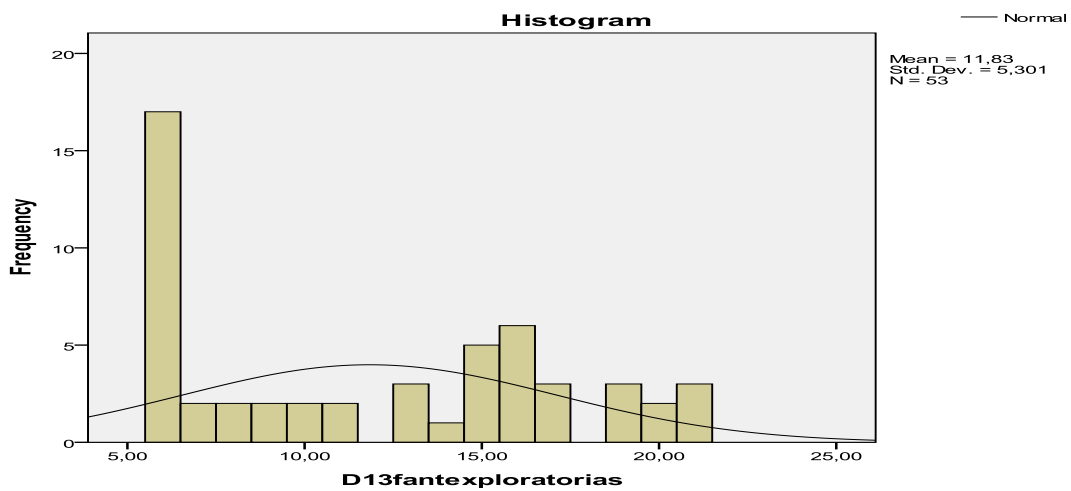


Gráfico61. Distribución de Fantasías Sexuales Exploratorias.

Fantasías Sexuales Íntimas (SFQ).

Son 6 ítems en total:

- 7) *Practicar un coito con una pareja amada.*
- 8) *Practicar un coito con alguien conocido., pero con el que no se han tenido relaciones sexuales.*
- 9) *Sexo oral activo.*
- 10) *Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (ej: cocina).*
- 11) *Ser desnudado/a.*
- 12) *Ser masturbado hasta el orgasmo por su pareja.*

La puntuación media fue de 17,62, una puntuación mínima de 7,00 y una máxima de 24,00.

Cuestionario SFQ	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Fantasías S. Íntimas	53	17,62	7,00	24,00	4,05

Tabla 39. Fantasías Sexuales Íntimas.

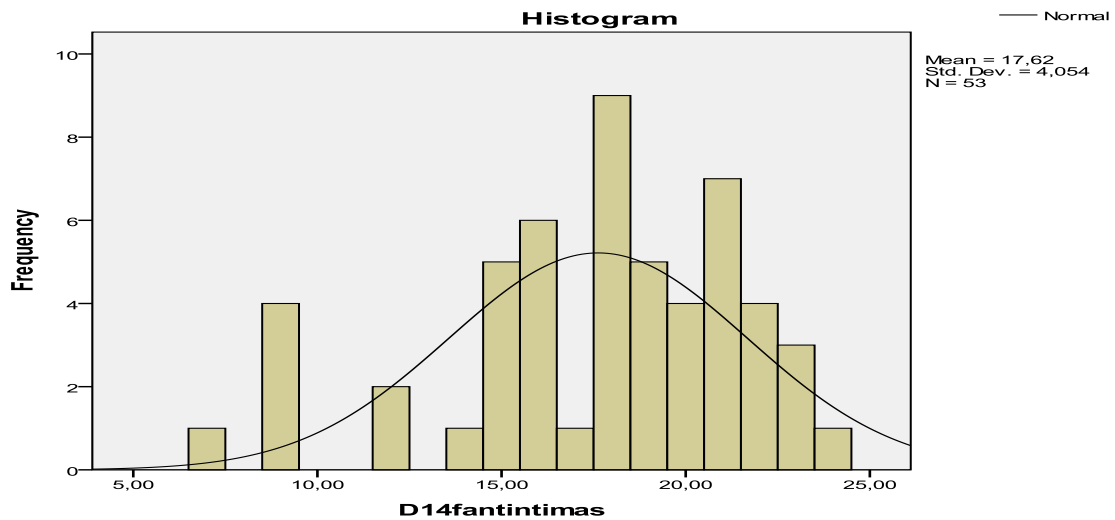


Gráfico62. Distribución de Fantasías Sexuales Íntimas (SFQ).

Fantasías Sexuales Impersonales.

Son 6 ítems en total:

- 13) *Observar el acto sexual de otros.*
- 14) *Sentirse excitado por el látex o el cuero.*
- 15) *Contemplar imágenes o películas pornográficas.*
- 16) *Utilizar objetos estimuladores (ej: vibrador).*
- 17) *Sentirse excitado por la seda o las pieles.*
- 18) *Utilizar prendas de vestir del sexo opuesto).*

La puntuación media fue de 10,90, con una puntuación mínima de 5,00 y un máximo de 18,00.

Cuestionario SFQ	N	Perdidos	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Fantasías S. Impersonales.	52	1	10,90	5,00	18,00	3,67

Tabla 40. Fantasías Sexuales Impersonales.

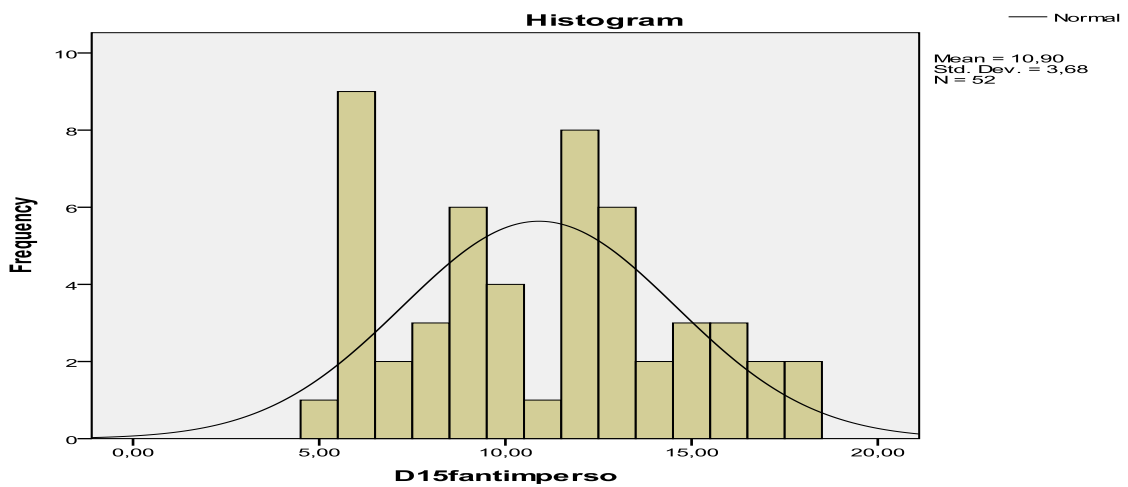


Gráfico63. Distribución de Fantasías Sexuales Impersonales (SFQ).

Fantasías Sexuales Sadomasoquistas.

Son 6 ítems en total:

- 19) *Ser azotado o golpeado en el trasero.*

- 20) Ser azotado o golpeado en el trasero.
- 21) Ser atado.
- 22) Exhibirse provocativamente.
- 23) Obligar a alguien a hacer algo.
- 24) Ser obligado a hacer algo.

La puntuación media obtenida fue de 8,79, con una puntuación mínima de 6 y una puntuación máxima de 19,00.

Cuestionario SFQ	N	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Típica.
Fantasías S. Sadomasoquistas.	53	8,79	6,00	19,00	3,31

Tabla 24. Fantasías Sexuales Sadomasoquistas.

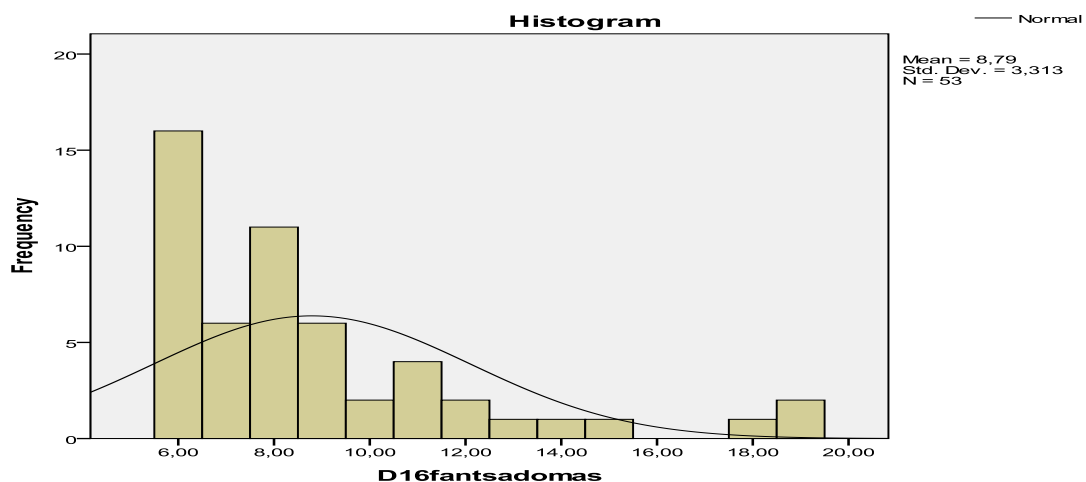


Gráfico64. Distribución de Fantasías Sexuales Sadomasoquistas (SFQ).

Los resultados de este cuestionario en nuestros encuestados, muestra una mayor puntuación media para las fantasías íntimas (17,62), seguido de fantasías exploratorias (11,83), de fantasías impersonales (10,90) y en último lugar fantasías sadomasoquistas (8,79).

Estos porcentajes se pueden interpretar como la tendencia de los discapacitados de la muestra por las relaciones íntimas con un compromiso como marca la tradición de la sociedad en la que están inmersos.

Por otro lado la puntuación mínima la obtienen las fantasías impersonales (5) quedando por debajo de las sadomasoquistas (6).

El ítem que tiene una puntuación media más alta es el 7 correspondiente a **practicar el coito con una pareja amada** (3,39%), seguido del ítem 10, acto **sexual en lugar distinto al dormitorio** (3,15%), seguido del ítem 11, **ser desnudado/a** (2,90%), seguido del ítem 9, **sexo oral activo** y seguido del ítem 8, **practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales** (2,52%).

Análisis Bivariante.

Mediante el test de Kolmogorov-Smirnov, se comprobará si las variables siguen o no una distribución normal, aplicándose así, pruebas paramétricas o no paramétricas para la comparación de las medias (T de Student y Anova para distribuciones normales; U de Mann- Witney y Kruska.Wally para distribuciones no normales).

T de Student para variables normales con dos categorías, comparación de medias de puntuaciones del cuestionario DSI y cuestionario de Masturbación.

DSI-Sexo:

Los hombres obtuvieron una media de 39,22 puntos en la escala de DSI y las mujeres una media de 74,30 puntos. Lo cual nos indica que las mujeres presentan una media de deseo Sexual Inhibido más alta que los hombres. Se observan diferencias estadísticamente significativas ($p=0,000$). Las puntuaciones máximas en las mujeres son más elevadas que en los hombres.

Masturbación-Sexo:

Los hombres obtuvieron una media de 69,33 puntos en la escala de Masturbación y las mujeres una media de 69,76 puntos. No se observan diferencias estadísticamente

significativas ($p>0,05$).). Tampoco se observan diferencias significativas entre las medias de las diferentes dimensiones de dicho cuestionario. Así las puntuaciones de afectos negativos en experiencias personales con la masturbación en hombres es de 30,62 y en mujeres de 35,18 ($p=0,20$), en actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación la media de puntuación es de 35,18 en hombres y en mujeres de 34,76 ($p=0,81$); y las falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación es de 11,96 en hombres y en mujeres 13,61 ($p= 0,27$).

DSI- pareja:

Los encuestados que tienen pareja obtuvieron una puntuación de 55,46 en la escala de DSI y los que no tienen pareja una puntuación de 57,52 puntos. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p>0,005$).

Masturbación-pareja:

Los encuestados que tienen pareja obtuvieron una puntuación de 67,57 en la escala de Masturbación y los que no tienen pareja una puntuación de 71,76 puntos. No se observan diferencias estadísticamente significativas ($p>0,005$). Tampoco se observan diferencias significativas entre las medias de las diferentes dimensiones de dicho cuestionario. Así las puntuaciones de afectos negativos en experiencias personales con la masturbación en encuestados con pareja es de 30,10 y sin pareja de 36,16 ($p=0,10$), en actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación la media de puntuación es de 35,57 con pareja y sin pareja de 34,42 ($p=0,47$); y las falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación es de 12,96 con pareja y sin pareja 12,56 ($p= 0,79$).

En cada una de las dimensiones, con pareja o sin pareja no parecen presentar problemas los encuestados.

DSI- momento aparición de la discapacidad:

Los discapacitados congénitos obtuvieron una puntuación media de 51,42 y los de aparición adquirida es de 65,25 ($p=0,24$) no siendo estadísticamente significativo.

Masturbación- momento de aparición de la discapacidad:

Al igual que el anterior no es estadísticamente significativo en ninguna de sus dimensiones, así los congénitos tienen una puntuación media de 71,11 y los adquiridos de 68,03 ($p=0,53$). En la dimensión de afectos negativos en experiencias personales con la masturbación, los congénitos puntúan con 33,26 de media y los adquiridos de 32,66 ($p=0,87$), e, la dimensión actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación la media de puntuación de congénitos es de 34,11 y adquiridos de 35,81

($p=0,33$) y la dimensión falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación es de congénitos 12,34 y adquiridos 13,18 ($p=0,57$).

En resumen podríamos decir después de estas afirmaciones estadísticas que las puntuaciones tanto en DSI como en Masturbación se ven afectadas por el hecho de ser mujer u hombre, y ponemos primero mujer porque es la que tiene más altas o bajas puntuaciones según el cuestionario. El lastre cultural en la mujer por el hecho de su sexo se encuentra presente tanto en los que no presentamos discapacidad alguna como en los que sí la presentan.

Anova para variables normales con más de dos categorías, comparación de medias de puntuaciones del cuestionario DSI y cuestionario de Masturbación. Prueba post hoc.

DSI-Situación laboral:

	Situación Laboral	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
	Activo	21	60,14	32,21	>0,05
DSI	Desempleado	22	52,00	29,52	>0,05
	Amo/a de Casa	1	47,00	.	>0,05
	Jubilado/a	9	59,66	32,80	>0,05

Tabla 25. Medias de puntuaciones del cuestionario DSI con la variable situación laboral.

Masturbación-Situación laboral:

	Situación Laboral	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
	Activo	21	68,95	083	>0,05
Sumatorio	Desempleado	22	70,45	16,54	>0,05
Masturbación	Amo/a de Casa	1	54,00	.	>0,05
	Jubilado/a	9	70,44	17,07	>0,05

Tabla 26. Medias de puntuaciones del cuestionario Masturbación con la variable situación laboral.

Comparando las medias de las puntuaciones de los cuestionarios DSI y Masturbación a través de Anova se obtiene un resultado en resumen de no significación estadística puesto que $p > 0,05$ para ambos cuestionarios con la variable situación laboral, tanto intra grupos como intergrupos. Las puntuaciones más altas de DSI son para discapacitados activos, en cambio para Masturbación son para discapacitados desempleados.

DSI-Religión:

	Religión	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
	Creyente practicante	5	49,60	45,00	>0,05
DSI	Creyente no practicante	34	55,38	25,99	>0,05
	No creyente	14	61,42	36,75	>0,05

Tabla 27. Medias de puntuaciones del cuestionario DSI con la variable religión.

Masturbación-Religión:

	Religión	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
Dimensión	Creyente practicante	5	62,00	20,37	>0,05
Sumatorio	Creyente no practicante	34	70,74	17,95	>0,05
Masturbación	No creyente	14	69,21	17,91	>0,05

Tabla 28. Medias de puntuaciones del cuestionario Masturbación con la variable religión.

Comparando las medias de las puntuaciones de los cuestionarios DSI y Masturbación a través de Anova se obtiene un resultado en resumen de no significación estadística puesto que $p > 0,05$ para ambos cuestionarios con la variable religión, tanto intra- grupos como inter-grupos; tanto para el sumatorio del cuestionario de Masturbación como para cada una de sus dimensiones. Se realiza la prueba de comparaciones múltiples post hoc (Anexo) obteniéndose el mismo resultado siendo no estadísticamente significativo. Las puntuaciones más altas para DSI son para no creyentes, en cambio las más altas para Masturbación es para los creyentes no practicantes.

DSI-Tipo de discapacidad:

	Tipo de discapacidad	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
	Física	30	58,56	29,46	>0,05
DSI	Psíquica	14	47,78	35,59	>0,05
	Sensorial	9	62,77	25,93	>0,05

Tabla 29. Medias de puntuaciones del cuestionario DSI con la variable tipo de discapacidad.

Masturbación- Tipo de discapacidad:

	Tipo de discapacidad	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
Dimensión	Física	30	69,93	19,04	>0,05
Sumatorio	Psíquica	14	68,28	20,12	>0,05
Masturbación	Sensorial	9	70,22	11,13	>0,05

Tabla 30. Medias de puntuaciones del cuestionario Masturbación con la variable Tipo de discapacidad.

Comparando las medias de las puntuaciones de los cuestionarios DSI y Masturbación a través de Anova con la variable tipo de discapacidad, se obtiene un resultado en resumen de no significación estadística puesto que $p > 0,05$ para ambos cuestionarios, tanto intra- grupos como inter-grupos, tanto para el sumatorio del cuestionario de

Masturbación como para cada una de sus dimensiones. Se realiza la prueba de comparaciones múltiples post hoc (Anexo) obteniéndose el mismo resultado siendo no estadísticamente significativo.

Las puntuaciones más altas tanto para DSI como para Masturbación son para discapacitados sensoriales.

DSI-Grado de Autonomía:

	Grado de Autonomía	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
	Independiente	31	59,41	30,63	>0,05
DSI	Primer Grado	12	48,83	32,31	>0,05
	Segundo Grado	7	60,28	35,63	>0,05
	Tercer grado	3	47,00	7,00	>0,05

Masturbación- Grado de Autonomía:

	Grado de Autonomía	N	Media	Desviación Típica	P intra-inter grupos
Dimensión	Independiente	31	71,87	18,78	>0,05
Sumatorio	Primer Grado	12	65,83	16,54	>0,05
Masturbación	Segundo Grado	7	67,14	15,93	>0,05
	Tercer grado	3	66,00	25,37	>0,05
Dimensión	Independiente	31	34,93	14,55	>0,05
Afectos Negativos	Primer Grado	12	29,33	9,76	>0,05
Experiencias personales	Segundo Grado	7	33,00	17,35	>0,05
Masturbación	Tercer grado	3	27,00	1,00	>0,05
					P intragrupos
Dimensión	Independiente	31	35,12	6,26	P=0,010
Actitudes Negativas	Primer Grado	12	31,58	4,94	P=0,010
Aspectos positivos	Segundo Grado	7	36,00	5,80	P=0,010
Masturbación	Tercer grado	3	44,66	2,51	P=0,010

Dimensión	Independiente	31	13,19	5,4	>0,05
Falsas creencias	Primer Grado	12	10,66	4,8	>0,05
Naturaleza nociva	Segundo Grado	7	13,71	6,12	>0,05
Masturbación	Tercer grado	3	14,66	6,42	>0,05

Tabla 32. Medias de puntuaciones del cuestionario Masturbación con la variable Grado de Autonomía.

Comparando las medias de las puntuaciones del DSI con la variable grado de autonomía mediante Anova de un factor, obtenemos el resultado de no ser estadísticamente significativo ($p > 0,05$). Los que puntúan más alto en este cuestionario son los discapacitados de segundo grado y los que puntúan más bajo son los de tercer grado.

Comparando las medias de las puntuaciones de Masturbación con Anova de un factor obtenemos un resultado para la dimensión sumatorio total de Masturbación de no ser estadísticamente significativo ($p > 0,05$), puntuando más alto los independientes y más bajo los de tercer grado. En cambio desglosando el cuestionario en dimensiones, es estadísticamente significativa intragrupos ($p = 0,010$) para la dimensión Actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación. Hacemos la prueba de comparaciones múltiples post hoc y se obtiene una significación entre el grupo de discapacitados de tercer grado con los independientes de $p = 0,009$, con los de primer grado de $p = 0,001$ y con los de segundo grado de $p = 0,036$. El resto de relaciones entre grupos no son estadísticamente significativos ($p > 0,005$).

Los afectos negativos en experiencias personales puntúan más alto los independientes, en cambio las falsas creencias acerca de la naturaleza nociva puntúan más alto los de tercer grado.

DSI- Grado de deseabilidad.

	Grado de Deseabilidad	N	Media	Desviación Típica	P inter-grupos
DSI	Nada deseado	3	83,33	33,20	0,001
	Poco deseado	13	75,84	37,22	0,001
	Bastante deseado	29	47,37	21,37	0,001
	Muy deseado	7	38,00	16,80	0,001
	Superdeseado	1	115,00	.	0,001

Tabla 33. Medias de puntuaciones del cuestionario DSI con la grado de deseabilidad.

Masturbación-Grado deseabilidad.

	Grado de Deseabilidad	N	Media	Desviación Típica	P intergrupos
Dimensión	Nada deseado	3	77,33	17,21	0,016
Sumatorio	Poco deseado	13	80,07	20,81	0,016
Masturbación	Bastante deseado	29	62,17	12,13	0,016
	Muy deseado	7	74,57	23,02	0,016
	Superdeseado	1	88,00	.	0,016
					P intergrupos
Dimensión	Nada deseado	3	46,66	21,00	0,013
Afectos Negativos	Poco deseado	13	41,00	16,46	0,013
Experiencias personales	Bastante deseado	29	27,93	7,95	0,013
Masturbación	Muy deseado	7	32,00	15,80	0,013
	Superdeseado	1	40,00	.	0,013
					P inter intra grupos
Dimensión	Nada deseado	3	33,66	0,57	>0,05
Actitudes Negativas	Poco deseado	13	33,61	6,36	>0,05
Aspectos positivos	Bastante deseado	29	35,20	6,77	>0,05
Masturbación	Muy deseado	7	38,14	5,33	>0,05
	Superdeseado	1	28,00	.	>0,05
					P inter intra grupos
Dimensión	Nada deseado	3	13,66	5,13	0,042
Falsas creencias	Poco deseado	13	16,00	5,91	0,042
Acerca de la naturaleza	Bastante deseado	29	10,75	3,61	0,042
Nociva de	Muy deseado	7	14,28	8,34	0,042
Masturbación	Superdeseado	1	16,00	.	0,042

Tabla 34. Medias de puntuaciones del cuestionario Masturbación con la grado de discapacidad.

Comparando las medias de las puntuaciones de DSI y Masturbación con la variable grado de discapacidad mediante Anova de un factor, obtenemos el resultado de ser estadísticamente significativo ($p=0,001$) para DSI y significativo ($p=0,016$) para la dimensión sumatorio del cuestionario Masturbación. Desglosando el cuestionario en dimensiones, es estadísticamente significativa intragrupos ($p=0,013$) para la dimensión Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación y para la dimensión Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación también ($p=0,042$). No se puede hacer la prueba de comparaciones múltiples post hoc porque al menos un grupo tiene menos de 2 casos.

U de Mann-Whitney para variables no normales con dos categorías, comparación de medias de puntuaciones del cuestionario GRISS y cuestionario SFQ.

GRISS-Sexo:

En la escala del cuestionario de satisfacción sexual, en la dimensión de evitación los hombres tienen un rango promedio de 20,67; en cambio las mujeres lo tienen de 33,58; lo que indica que las mujeres con discapacidad presentan una mayor evitación de los encuentros sexuales que los hombres siendo estadísticamente significativa ($p < 0,005$, $p=0,002$). El resto de dimensiones de este cuestionario no son significativas ($p > 0,005$).

SFQ-Sexo:

Para las fantasías sexuales exploratorias los hombres obtuvieron un rango promedio de 33,00 y las mujeres de 20,77. Esto indica que los hombres discapacitados presentan mayor número de fantasías exploratorias que las mujeres discapacitadas con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$; $p < 0,05$).

Los hombres obtuvieron un rango promedio de 31,81 para las fantasías sexuales íntimas y las mujeres de 22,00. Esto indica que los hombres discapacitados presentan mayor número de fantasías íntimas que las mujeres discapacitadas con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,020$; $p < 0,05$).

Para las fantasías sexuales impersonales los hombres obtuvieron un rango promedio de 32,33 y las mujeres de 20,67. Esto indica que los hombres discapacitados presentan mayor número de fantasías impersonales que las mujeres discapacitadas con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,005$; $p<0,05$).

Los hombres obtuvieron un rango promedio de 33,11 para las fantasías sexuales sadomasoquistas y las mujeres de 20,65. Esto indica que los hombres discapacitados presentan mayor número de fantasías sadomasoquistas que las mujeres discapacitadas con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,003$; $p<0,05$).

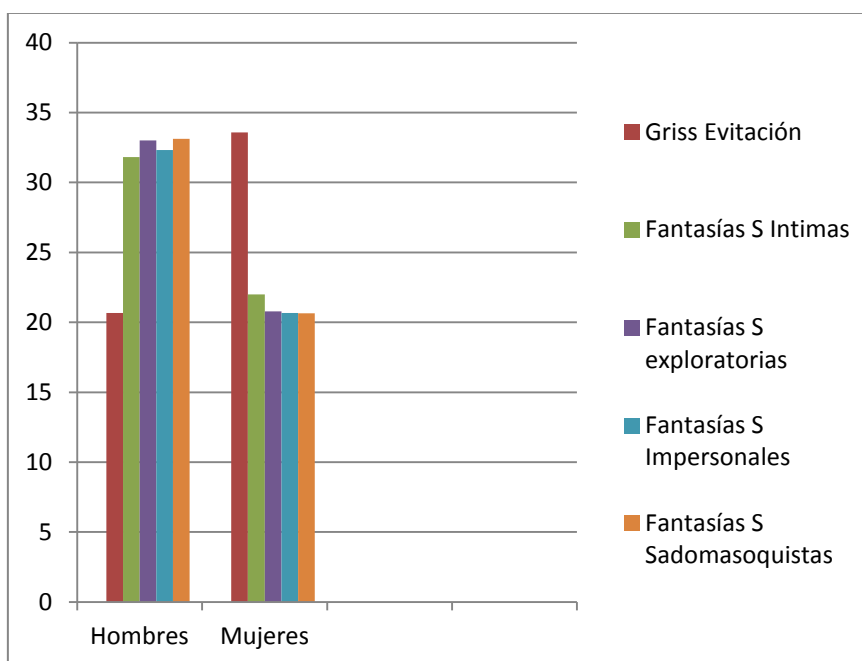


Gráfico65. Distribución Bivalente Sexo en relación con Satisfacción Sexual y Fantasías Sexuales.

GRISS-Pareja:

Aquellos discapacitados que actualmente tienen pareja tienen un rango medio de 22,23 de Insatisfacción sexual en cambio los que no tienen pareja es de un 32,34. Esto indica una mayor insatisfacción sexual entre aquellos que actualmente no tienen pareja, con una significación estadísticamente significativa ($p< 0,016$).

Además de lo anteriormente citado, la dimensión de infrecuencia del cuestionario GRISS, puntúan con un rango medio de 21,66 los discapacitados que tienen pareja,

siendo mayor los que no la poseen de 32,98. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,007$). De estas cifras podemos afirmar que la promiscuidad y la búsqueda continua de nuevos contactos sexuales no son proporcionales a poseer una discapacidad. El resto de dimensiones de GRISS con la variable pareja no son estadísticamente significativos ($p > 0,05$).

SFQ-Pareja:

Las fantasías íntimas son más numerosas en los discapacitados que actualmente tienen pareja con un rango medio de 31,04 y los que no de 22,48. Siendo estadísticamente significativa ($p < 0,043$). En cambio son más numerosas las impersonales y sadomasoquistas en los que no tienen pareja pero no son significativas ($p > 0,005$). El resto de fantasías sexuales no son estadísticamente significativas, junto con la variable poseer actualmente pareja.

GRISS-Momento de aparición discapacidad:

Los rangos medios del cuestionario GRISS con la variable momento de aparición de la discapacidad no son significativos en ninguna de sus dimensiones: insatisfacción, infrecuencia, evitación, no comunicación y no sensualidad ($p > 0,05$). Esto nos indica que no tiene nada que ver en discapacitados congénitos o adquiridos en estas dimensiones, tengan pareja o no, no les afecta.

SFQ-Momento de aparición discapacidad:

Las fantasías exploratorias son más numerosas en los discapacitados congénitos con un rango medio de 31,15 y los adquiridos de 23,00, siendo estadísticamente significativa ($p < 0,050$). El resto de fantasías Sexuales no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

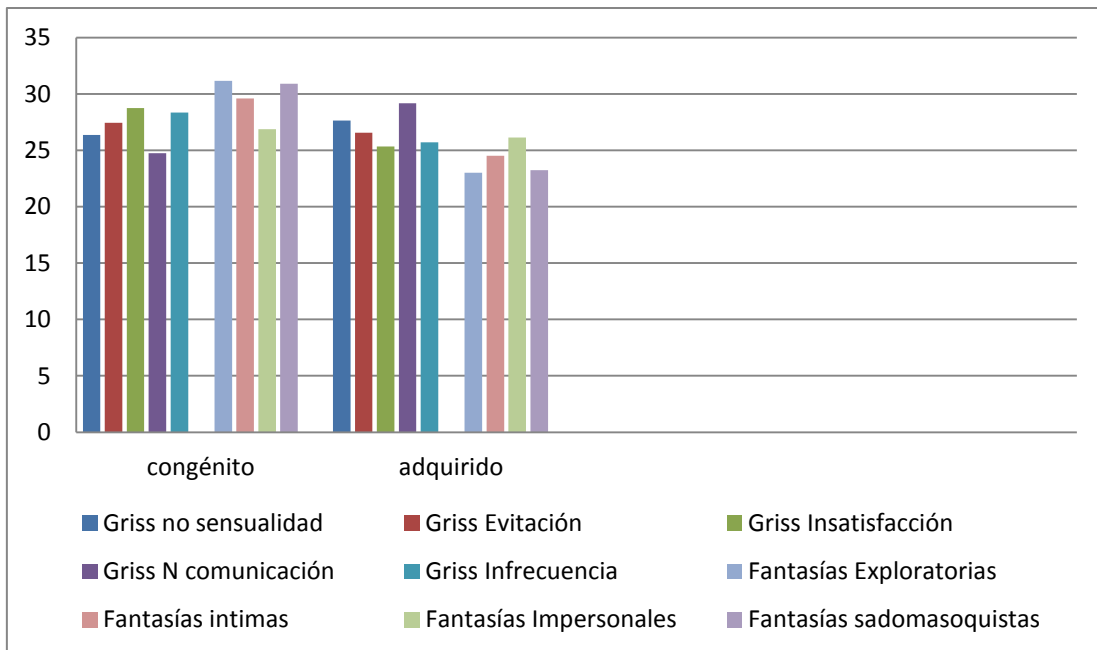


Gráfico66. Distribución Bivariante Momento aparición de la discapacidad en Relación con Satisfacción Sexual y Fantasías Sexuales.

Kruskal Wallis para variables no normales con más de dos categorías, comparación de medias de puntuaciones del cuestionario GRISS y cuestionario SFQ.

GRISS-Situación laboral:

Los rangos medios del cuestionario GRISS con la variable situación laboral no son significativos en ninguna de sus dimensiones: insatisfacción, infrecuencia, evitación, no comunicación y no sensualidad ($p > 0,05$). Esto nos indica que no influye la situación laboral para las dimensiones estudiadas por el cuestionario GRISS.

SFQ-Situación laboral:

Los rangos medios del cuestionario SFQ con la variable situación laboral no son significativos en ninguna de sus dimensiones: exploratorias, íntimas, impersonales, y sadomasoquistas ($p > 0,05$). Esto nos indica que parece no influir la situación laboral con las fantasías sexuales en los discapacitados encuestados.

GRISS-Religión:

En la escala del cuestionario de satisfacción sexual, en la dimensión de Infrecuencia los discapacitados creyentes tienen un rango promedio de 35,50, los creyentes no practicantes de 22,43 y los no creyentes de 35,07, siendo estadísticamente significativo ($p = 0,014$) lo que indica que los discapacitados creyente presentan una mayor

infrecuencia de los encuentros sexuales. El resto de dimensiones de este cuestionario no son significativas ($p > 0,005$) para la variable religión.

SFQ-Religión:

Los rangos medios del cuestionario SFQ con la variable situación religión no son significativos en ninguna de sus dimensiones: exploratorias, íntimas, impersonales, y sadomasoquistas ($p > 0,05$). Esto nos indica que parece no tener influencia la religión en las fantasías sexuales de los discapacitados encuestados.

GRISS-Tipo de discapacidad:

Los rangos medios del cuestionario GRISS con la tipo de discapacidad no son significativos en ninguna de sus dimensiones: insatisfacción, infrecuencia, evitación, no comunicación y no sensualidad ($p > 0,05$). Esto nos indica que no influye el tener una discapacidad congénita o adquirida para las dimensiones estudiadas por el cuestionario GRISS.

SFQ-Tipo de discapacidad:

Las fantasías sadomasoquistas son más numerosas en los discapacitados sensoriales con de un rango medio de 40,22, los psíquicos de 29,82 y los físicos de 21,72. Siendo estadísticamente significativas ($p = 0,004$) las fantasías sadomasoquistas. El resto de fantasías Sexuales no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

GRISS-SFQ-Grado de Autonomía:

Los rangos medios de ambos cuestionarios con la variable grado de autonomía no estadísticamente significativos ($p > 0,05$).

GRISS-Grado de deseabilidad:

En la dimensión de Insatisfacción los discapacitados nada deseados tienen un rango promedio de 43,67, los poco deseados de 34,27, los bastante deseados de 24,36, los muy deseados 20,54 y los superdeseados de 4,00, siendo estadísticamente significativa esta dimensión ($p = 0,027$) lo que indica que discapacitados nada deseados se sienten insatisfechos y presentan una mayor infrecuencia de los encuentros sexuales, ya que la dimensión de infrecuencia también es significativa ($p = 0,014$).

El rango medio en la dimensión de infrecuencia es de en nada deseados de 38,17, en poco deseados de 35,73, en bastante deseados de 21,78, en muy deseados de 23,93, en superdeseados de 53,00. Sorprende que los que dicen sentirse superdeseados tengan el

rango medio más alto de infrecuencia, podríamos sospechar que mienten. El resto de dimensiones de este cuestionario no son significativas ($p > 0,005$) para esta variable.

SFQ-Grado de deseabilidad:

Las fantasías íntimas son más numerosas en los discapacitados que se sienten bastantes deseados con un rango medio de 34,81, los nada deseados de 17,83, los poco deseados de 13,69, los muy deseados con 26,64 y los superdeseados de 3,50. Siendo estadísticamente significativas ($p = 0,000$) las fantasías íntimas.

Las fantasías sadomasoquistas también son estadísticamente significativas ($p = 0,049$) dependiendo del grado de deseabilidad, así el rango medio de los discapacitados que se sienten nada deseados es de 17,83, el de los poco deseados es de 13,69, el de los bastante deseados es de 34,81, el de los muy deseados es de 26,64 y el de los superdeseados es de 3,50. Los discapacitados que se sienten bastante deseados tienen un mayor número de fantasías sadomasoquistas. El resto de fantasías Sexuales no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$).

Correlación de cada una de las variables de los cuestionarios con la edad del individuo y entre sí, mediante el índice de correlación de Spearman.

Las correlaciones obtenidas mediante el coeficiente RHO de correlación de Spearman cuyos valores oscilan entre 0,00-0,019 dando como resultado muy baja correlación, 0,20-0,39 baja correlación, 0,40-0,59 moderada correlación, 0,60-0,79 buena correlación y 0,80-1,00 muy buena correlación; podemos verla en la tabla 1 del Anexo. Los resultados son los que se indican a continuación:

Edad-DSI tiene una correlación con un valor mínimo de 0,002 y un valor máximo de 0,20 por lo que es entre muy baja y baja correlación, no siendo estadísticamente significativa en ninguna de las preguntas del cuestionario ($p > 0,0005$). A pesar de que la correlación es baja el ítem 7 (*Nunca me masturbo*) y el ítem 11 (*El impulso sexual de mi pareja es más fuerte que el mío*) tiene una correlación negativa, es decir a mayor edad puntúan más bajo.

Edad-GRISS en todas sus dimensiones: no sensualidad, no comunicación, infrecuencia, insatisfacción y evitación tiene una correlación entre baja y muy baja, no siendo estadísticamente significativas ($p > 0,005$).

Edad-Masturbación en todas sus dimensiones: afectos negativos en experiencias personales con la masturbación, actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación y falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación, tiene una correlación directa entre muy baja y baja, no siendo estadísticamente significativa ($p > 0,005$).

Edad -fantasías sexuales: en todas sus dimensiones, exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas tiene una correlación directa de muy baja a baja, no siendo estadísticamente significativa ($p > 0,005$).

DSI- GRISS: Ambas variables están relacionadas, con una relación directa en todas sus dimensiones. El índice de correlación de DSI con la dimensión de no sensualidad es de 0,32, siendo $p=0,018$, con la dimensión de evitación es de 0,61, siendo $p=0,000$, con la dimensión insatisfacción es de 0,27 siendo $p=0,046$. Esto significa que a una mayor puntuación en la escala DSI, mayor va a ser la insatisfacción, evitación y no sensualidad del discapacitado encuestado.

DSI-Masturbación: Están relacionadas directamente con la totalidad de la dimensión de Masturbación con una relación de 0,45 siendo $p=0,001$. A mayor puntuación de DSI mayor son los problemas de masturbación.

Las puntuaciones de DSI con las dimensiones de afectos negativos en experiencias personales con la masturbación y falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación, tiene una relación directa de 0,43 para la primera y de 0,57 para la segunda $p=0,000$ para ambas. En cambio para las actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación la correlación es indirecta -1,92 pero no es significativa.

DSI-SFQ: Están relacionadas indirectamente con cada una de las dimensiones de SFQ, así a mayor puntuación de DSI menores van a ser las fantasías en sus 4 dimensiones. La correlación con las fantasías exploratorias es de -0,61 siendo $p=0,00$, con fantasías íntimas es de -0,47 siendo $p=0,00$, con fantasías impersonales es de -0,45 siendo $p=0,01$ y con las sadomasoquistas es de -0,37 siendo $p=0,006$.

Masturbación-GRISS: Están relacionados directamente en todas sus dimensiones. La correlación de Masturbación con la dimensión de evitación es de 0,53 siendo $p=0,00$,

con la de insatisfacción es de 0,37 siendo $p=0,06$ y con la de infrecuencia es de 0,35 siendo $p=0,009$, el resto no son significativas ($p>0,05$).

Esto indica que a mayores problemas con la Masturbación, mayor serán los problemas de insatisfacción e infrecuencia.

Masturbación- SFQ: La correlación no es significativa en ninguna de sus dimensiones ($p>0,05$), siendo una relación indirecta, a más puntuación en cuestionario de masturbación menor el número de fantasías en todas sus dimensiones y a la inversa.

Masturbación- Diferentes dimensiones de Masturbación: La totalidad de la puntuación del cuestionario de Masturbación está relacionado directamente con su dimensión afectos negativos en experiencias personales con una relación de 0,86 siendo $p=0,00$ y con la dimensión falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación con una relación de 0,76 siendo $p=0,00$, en cambio la correlación es indirecta con la dimensión actitudes negativas hacia aspectos positivos con una relación de -0,30 siendo $p=0,025$.

SFQ-SFQ:

-Fantasías exploratorias: están relacionadas con las fantasías íntimas, impersonales y sadomasoquistas entre sí, con una relación directa, la correlación es de 0,38, con las íntimas, siendo $p=0,005$, de 0,47 con las impersonales, siendo $p=0,00$ y de 0,62 con las sadomasoquistas siendo $p=0,00$. Esto significa que una mayor puntuación en la escala de fantasías sexuales exploratorias le corresponde una mayor puntuación de fantasías íntimas, impersonales y sadomasoquistas, es decir, a mayor número de fantasías exploratorias mayor número de fantasías íntimas, impersonales y sadomasoquistas.

-Fantasías íntimas: están relacionadas directamente con las exploratorias, impersonales y sadomasoquistas, siendo la correlación de 0,38 con las exploratorias siendo $p=0,005$, de 0,45 con las impersonales siendo $p=0,001$ y de 0,29 con las sadomasoquistas, siendo $p=0,030$, es decir que a más fantasías íntimas mayores son las exploratorias, impersonales y sadomasoquistas.

-Fantasías impersonales: están relacionadas directamente con las exploratorias, íntimas y sadomasoquistas, siendo la correlación de 0,47 con las exploratorias siendo $p=0,00$, de 0,45 con las íntimas, siendo $p=0,001$ y de 0,53 con las sadomasoquistas siendo $p=0,00$,

es decir a mayor fantasías impersonales mayor son las íntimas, exploratorias y sadomasoquistas.

-Fantasías sadomasoquistas: están relacionadas directamente con las exploratorias, íntimas e impersonales, siendo la correlación de 0,62 con las exploratorias siendo $p=0,00$, de 0,29 con las íntimas siendo $p=0,030$ y de 0,53 con las impersonales siendo $p=0,00$, es decir, a mayor número de fantasías sadomasoquistas mayores son las exploratorias, íntimas e impersonales.

VI.DISCUSIÓN.

Este estudio presenta una serie de limitaciones debido al escaso número de encuestados en relación con la población global de discapacitados de la provincia de Almería. A pesar de ello los resultados obtenidos pueden ser trasladados a otros estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica. La mayoría de los estudios con los que vamos a discutir son estudios aplicados a la población en general y no en la población discapacitada, ya que los estudios en la población discapacitada son muy limitados. La puntuación obtenida en el Test del Deseo Sexual Inhibido, con una edad media de 38,13 fue de una puntuación media de 39,22 en hombres y las mujeres una media de 74,30 puntos. Lo cual nos indica que las mujeres presentan una media de deseo Sexual Inhibido más alta que los hombres. Se observan diferencias estadísticamente significativas por género ($p=0,000$). Las puntuaciones máximas en las mujeres son más elevadas que en los hombres, en cambio en el estudio de Sierra et al (2.003) con una edad media de 21,54 los hombres tienen una puntuación media de 22,50 obteniendo unas puntuaciones más elevadas que las mujeres con una media de 20,90 y con la aplicación también del estadístico t de Student para contraste de medias de muestras independientes pone de manifiesto en su estudio, a diferencia del nuestro que no existen diferencias significativas entre género ($t = -1,71$; $p = 0,088$).

Al igual que el estudio de Sierra et al (2.003) están relacionadas indirectamente con cada una de las dimensiones de SFQ, así a mayor puntuación de DSI menores van a ser las fantasías en sus 4 dimensiones. La correlación con las fantasías exploratorias es de -0,61 siendo $p=0,00$, con fantasías íntimas es de -0,47 siendo $p=0,00$, con fantasías impersonales es de -0,45 siendo $p=0,01$ y con las sadomasoquistas es de -0,37 siendo $p=0,006$.

Respecto a otras variables y DSI que menciona Cabello, F. (1.996) en su manual “Sexualidad y discapacidad física” como influyentes en la vida sexual de las personas con necesidades especiales, presentes en nuestro estudio, encontramos que el tener pareja, el momento de aparición de la discapacidad (congénita o adquirida), la situación laboral, la religión, el tipo de discapacidad o el grado de autonomía no son significativos estadísticamente, aunque es cierto que puntúan más alto en DSI los activos que los desempleados, los no creyentes, los discapacitados sensoriales y los de segundo grado según el índice de Barthel.

Por otro lado encontramos estadísticamente significativo, el grado de deseabilidad de nuestros encuestados ($p=0,001$).

El análisis de las actitudes hacia la masturbación, se hace necesario cuando para algunas personas su práctica puede ser una fuente importante de culpabilidad sexual (Ortega et al., 2005) como es el caso de los discapacitados que tantos mitos ofrecen estas conductas. Por esto analizamos las diferentes dimensiones de la masturbación al igual que en el estudio de Abramson y Mosher (1975) y de Sierra et al (2.009) “Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española”, no observándose diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$), al igual que en nuestro estudio, obteniendo como resultado que los hombres obtuvieron una media de 69,33 puntos en la escala de Masturbación y las mujeres una media de 69,76 puntos, no siendo estadísticamente significativas ($p>0,05$), en la totalidad del cuestionario. En cambio en las diferentes dimensiones de Masturbación, el estudio de Sierra et al (2.009) para las actitudes negativas hacia aspectos positivos de la masturbación es estadísticamente significativo en la diferencia entre hombres y mujeres en cambio en el nuestro no hay una diferencia de género, aunque sí una mayor puntuación para esta dimensión de las mujeres que los hombres. Estos resultados ratifican que las mujeres manifiestan posiciones más erotofóbicas que los varones, tal como ya habían señalado otros estudios (Carpintero y Fuertes, 1994; Geer y Robertson, 2005; Lameiras y Failde, 1998; Sierra et al., 2008).

En nuestro trabajo el estudio de otras variables con respecto a este cuestionario se obtienen los resultados de no significación estadística además de en sexo en tener pareja, situación laboral, religión y tipo de discapacidad; y siendo estadísticamente significativo ($p=0,010$) con el grado de autonomía en la dimensión de actitudes negativas en aspectos positivos, dando una puntuación más alta el tercer grado de autonomía. También obtenemos significación estadística ($p=0,016$) con el grado de

deseabilidad en la totalidad del cuestionario, en los afectos negativos en experiencias personales hacia la masturbación ($p=0,013$) y en las falsas creencias en la naturaleza nociva de la masturbación ($p=0,042$).

Las personas con necesidades especiales tienen estados emocionales caracterizados por elevados niveles de ansiedad y depresión interfieren en la satisfacción sexual según estudios de Barlow, Sakheim y Beck (1.983), Basson (2.001), Beggs, Calhoun y Wolchick (1.987), Labrador y Crespo (2.001), Minnen y Kampman (2.000). Según nuestro estudio con el cuestionario GRISS hemos obtenido una mayor evitación en mujeres que en hombres, una mayor insatisfacción sexual en discapacitados que no tienen parejas y con un grado deseabilidad muy bajo; y una infrecuencia mayor en creyentes y en aquellos que no tienen pareja, el resto de variables estudiadas (momento de aparición la discapacidad, situación laboral, edad, tipo de discapacidad y grado de autonomía) no son significativas.

En el estudio de J.C. Sierra et al “Validación de la versión en castellano del Hurlbert Index Of Sexual Fantasy: una medida de actitud hacia las fantasías sexuales” (2.005), no se encuentran diferencias significativas entre sexos en la disposición hacia las fantasías sexuales medido con el cuestionario Hurlbert Index of Sexual Fantasy (HISF), en cambio en nuestro estudio y en el estudio de la versión reducida del Hurlbert Index Of Sexual Fantasy de Perla, F. et al (2009) hay una diferencia significativa entre hombres y mujeres. En el nuestro los hombres presentan un mayor número de fantasías exploratorias ($p=0,003$), íntimas ($p=0,025$), impersonales ($p=0,005$) y sadomasoquistas ($p=0,003$), al igual que otros estudios que nos dicen que las mujeres suelen presentar unas actitudes sexuales más negativas que los hombres (Carpintero y Fuertes, 1994; Dubois, 1997; Lameiras y González, 1996; Lameiras y Failde, 1998; Sueiro, Diéguez y González, 1998) y que estos últimos tienden a experimentar un mayor número de fantasías sexuales.

Otros estudios previos han puesto de manifiesto la asociación que existe entre fantasías sexuales y deseo sexual (Nutter y Condrón, 1983, 1985; Smith y Over, 1990; Sierra et al., 2003; Zubeidat y Sierra, 2003); y entre actitudes sexuales positivas en general y elevados niveles de deseo sexual (Hurlbert, Apt y Rabhel, 1993; Kelley 1984; Zubeidat et al., 2004). En nuestro trabajo la correlación entre DSI y SFQ es similar, es una relación indirecta estadísticamente significativa, es decir, cuando la puntuación de DSI es mayor, el número de fantasías tanto exploratorias, íntimas, impersonales y

sadomasoquistas son menores, corroborando estudios previos en individuos sin ningún tipo de discapacidad.

En el instituto andaluz de sexología y psicología (2.007) son trabajadas las fantasías sexuales como instrumento terapéutico en parejas con disfunciones sexuales. Según nuestro trabajo los discapacitados que tienen pareja poseen un mayor número de fantasías íntimas siendo estadísticamente significativo ($p=0,043$), en cambio sin pareja las fantasías impersonales y sadomasoquistas son las más numerosas siendo estadísticamente significativo ($p=0,005$).

Otras variables estudiadas en relación con las fantasías, son el momento de aparición de la discapacidad, siendo más numerosas las fantasías exploratorias en congénitos; el tipo de discapacidad siendo las fantasías sadomasoquistas más numerosas en discapacitados sensoriales y en aquellos cuyo grado de deseabilidad sea de bastante deseado, el resto de variables no son significativas (situación laboral y religión).

VII. CONCLUSIONES.

Después de haber aplicado los métodos estadísticos necesarios para analizar nuestros datos y dar respuesta a los objetivos propuestos, tras la discusión de los resultados obtenidos, podemos extraer las siguientes conclusiones:

- El sexo es muy determinante en nuestro estudio, las mujeres presentan puntuaciones más altas en Deseo Sexual Inhibido, mayor número de actitudes negativas hacia la masturbación, presentan mayor evitación y menor número de fantasías sexuales que los hombres.
- Las mujeres por tanto se enfrentan a una doble marginación por ser discapacitadas y por ser mujeres.
- Los dominios que registran con claridad problemas, puntuados por GRISS, son los de Infrecuencia y No Comunicación.
- Mayor insatisfacción sexual e Infrecuencia en discapacitados que no tienen pareja.

- Mayor infrecuencia sexual en los creyentes, que en creyentes no practicantes y en no creyentes.
- Mayor insatisfacción sexual e Infrecuencia en los que dicen sentirse nada deseados.
- Puntuaciones elevadas en masturbación en grado de autonomía tres y los que se sienten bastante deseados.
- Mayor puntuación en DSI le corresponde un menor número de fantasías sexuales.
- Los hombres poseen mayor número de fantasías sexuales (exploratorias, íntimas, impersonales y sadomasoquistas que las mujeres.
- Las fantasías sexuales exploratorias son mayores en discapacitados congénitos.
- Las fantasías sadomasoquistas son más numerosas en discapacitados sensoriales.
- Los discapacitados que tienen pareja tienen un mayor número de fantasías íntimas y los que no tienen pareja fantasías impersonales y sadomasoquistas.

El género, la sexualidad y la discapacidad interactúan colocando a las mujeres discapacitadas en una posición desigual respecto a los hombres y a las personas sin discapacidad, por lo que se puede afirmar que las mujeres discapacitadas sufren una doble discriminación.

Consideramos necesaria una adecuada deconstrucción de conceptos claves tales como sexo, sexualidad, género y discapacidad tanto para entendernos correctamente con las personas interesadas como para conocer las vivencias sexuales de éstas, siendo destapadas y alejadas del ocultismo que les encadena a la soledad de la infrecuencia y la evitación.

Así podremos avanzar en el diseño y la planificación de políticas institucionales que contemplen el género y la discapacidad de forma transversal. Estas políticas se deberán complementar con actuaciones no sobreprotectoras ni discriminatorias en los ámbitos familiares y domésticos sino aclaradores, educativas y divulgadoras para eliminar mitos y adquirir derechos.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Aars Broussard. (1989). *Chronic Disease and sexuality an interview study on sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis*, 1.989.
2. Alcoba, S. et al. (2004). Guía de buenas prácticas clínica en Disfunciones sexuales. En, (Coordinador) Toquero, F. Madrid: IM&C, S.A.
3. Allué, M. (2003). El sexo también existe: discapacidad y sexualidad. En, Guash, O. y Viñuales, O. (eds.). *Sexualidades. Diversidad y control social*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
4. Aluja, A. (1990). La terapia de la búsqueda de sensaciones y la teoría de la personalidad de Eysenck: puntos de contacto. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (Vol 16, pp. 43-50).
5. Ariès, P., Béjin, A., Foucault, M. et al. (1987). Sexualidades Occidentales. En, García, C. (Trad.), *Sexualités Occidentales*. Buenos Aires: Paidós.
6. Avia, MD. (2004) Fantasías sexuales. En *F.J. Labrador* (Ed.), *Guía de la Sexualidad* (pp. 119-124).
7. Avia M.D, Carrillo J. y Rojo N. (1990). Personalidad y diferencias sexuales: el papel de la edad, el sexo y la experiencia. *Revista de Psicología Social*, 5 (1), 7-22.
8. Aznar, M. (1997). Diagnóstico y Valoración. En Realizaciones sobre la discapacidad en España: Balance de 20 años. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
9. Azua, P. (1986). La reglamentación de los centros de empleo. *Siglo Cero*, 103, 42-44.
10. Barton, L. (1998). *Discapacidad y Sociedad. Historia*. Madrid: Morata.
11. Blanco, J. M. y Alonso, M. (1998). La relación laboral de los minusválidos y los centros especiales de empleo en Empleo y minusvalía. Marco jurídico de la integración laboral de los minusválidos. Madrid: FECLAPS.
12. Brodwin, M. y Cheryl, P. (2010). Sexuality and Societal Beliefs Regarding Persons Living with Disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 76(4), 37-41.
13. Buñuales, M.T., Paulino, D., Martín, J.M.LA. (2002). Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 4(76) 271-279.
14. Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual (1ªed)*. Madrid: Síntesis.

15. Cabello, F., Zameza y Miguelez. (1992). Sexualidad y Mielodisplasia, Autovaloración por jóvenes afectados. Comunicación presentada en el Primer Congreso Español de Espina Bífida, Málaga, España.
16. Cabello, F. (2007). Tratamiento del Deseo Sexual Hipoactivo de la Mujer. *Revista Internacional de Andrología*, 5(1), 29-37.
17. Cáceres, J. (2001). Sexualidad humana. Diagnóstico psicofisiológico, Universidad de Deusto. Bilbao.
18. Cáceres, J. (2008). Valoración de algunos aspectos relacionados con la sexualidad de parejas insatisfechas. *Sexología Integral*, 5(1), 20-20. Universidad de Deusto. Bilbao.
19. Campo, B. et al (2003). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. En Verdugo, M., Jordán, B. y Urríes, Fr. (Coord.): Investigación, innovación y cambio. Actas de las V Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca: Ediciones Amarú.
20. Cardenal, F. (1993). *Sexualidad y Paternidad en personas con Lesión Medular*.
21. Cardúner, M.B., Morales, P.B., Doña, R.D. (2010). Relaciones entre fantasías sexuales y comportamiento erótico-sexual. *Revista científica de Psicología, ciencias Sociales, Humanas y ciencias de la Salud*, 1(2), 145-153. Universidad Nacional de Sn Luis.
22. Charnay, M. y Enríquez, E. (2003). Prevalencia del Deseo Sexual Inhibido en mujeres en edad fértil y factores relacionados. *Ciencia y Enfermería*, 9(1), 54-64.
23. Chigier, E. (1992). Taller Sobre sexualidad y discapacidad.
24. Cid, J., Ruzafa et al. (2007, Febrero) Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*.
25. Curcoll, M.L. y Vidal, J. (1992). Sexualidad y lesión medular, Barcelona: Fundació Institut Guttmann, Generalitat de Catalunya. Colección Blocs 3.
26. Cruz, A.J. et al. (2006). Curso sobre el uso de escalas de valoración geriátrica. Prous Science SA.
27. Desvarieux, A.R. et al. (2005). Validación de la versión en castellano del Hurlbert Index Of Sexual Fantasy: Una medida de Actitud hacia las Fantasías Sexuales. *Revista Mexicana de Psicología*, 22(2), 529-539.
28. El silencio. Sexualidad y discapacidad. (2001). Revista Informativa de la Discapacidad Física Española. Confederación Coordinadora Estatal de Minusválidos Físicos de España (COCEMFE). Madrid

29. Farré, J.M., Lasheras, M.G. (2002). Factores psicológicos en la evaluación multidisciplinar de la disfunción sexual: diagnóstico y tratamiento. *Psicofármacos y función sexual. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* (Vol 60-61, pp. 46-56).
30. Ferreira, M.A. (2008). Discapacidad, individuo y normalidad: la “axiomática” de la marginación. Universidad Complutense de Madrid. V Jornadas Nacionales Universidad y Discapacidad. San Miguel de Tucumán. Argentina.
31. FORO EUROPEO DE LA DISCAPACIDAD (1997). Manifiesto de las Mujeres con Discapacidad de Europa, Bruselas, Foro Europeo de la Discapacidad (FED).
32. Fuertes, A. (1995). La naturaleza del deseo sexual y sus problemas: implicaciones terapéuticas. *Cuadernos de medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace* (Vol 33 pp. 28-39).
33. García, M, et al. (2004). Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de Educación sexual en centros de Atención a Personas Adultas. Gobierno del principado de Asturias.
34. García, L., Alcedo, M.A., Aguado, A.L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17, 125-141.
35. Guilar, E., García, V. et al. (2009). Abordaje de la sexualidad en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, 16, 1-12.
36. Gomez Zapiain, J. (2010). *Psicología de la sexualidad*. Universidad del País Vasco.
37. Hawton, K. (1988). *Terapia sexual*. Barcelona: ediciones Doyma.
38. Instituto Nacional de Estadística (2002). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999, Resultados detallados. (CD-ROM). INE, Madrid.
39. Jiménez, A., y Huete, A. (2002): *La Discapacidad en cifras*. IMSERSO, Madrid.
40. Kaplan, H. (1982). *La nueva terapia sexual*. Vol 1 y 2. Madrid: alianza editorial.
41. Katz, A. J. (1991). Cruz El índice de Katz. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 26(5), 338-348.

42. Knight, M, Castellanos, L. et al. (2006). Aplicación de un programa de Educación Sexual a pacientes con lesión medular en el Centro Internacional “La Pradera”. [Versión electrónica] 99, 1-10.
43. Leitenberg, H. y Henning, k. (1995). Sexual Fantasy. *Psychological Bulletin*, 117, 469-496.
44. López, F. (1993). Criterios de salud sexual y minusvalías, en V.V.A.A. *Sexualidad en personas con minusvalía psíquica*. Publicaciones de Insero. Madrid, 21-40.
45. López, F. (2008). Sexo y afecto en personas con discapacidad. Madrid: Biblioteca Nueva.
46. Madrigal, F. Sexualidad del lesionado medular y su relación con factores psicosociales. Sistema de Estudio de Postgrado. Universidad de Costa Rica.
47. Masters, V.H., Johnson, V. y Kolodny, R.C. (1987). La sexualidad humana (3ªed). Barcelona: Grijalbo.
48. Oliván, G. (2002). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*, 56, 219-223.
49. Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), IMSERSO, Madrid.
50. Perla, F. et al. (2009). Un estudio Psicométrico de la versión española reducida del Hurlbert Index Of Sexual Fantasy. *Boletín de Psicología*, 96, 7-16.
51. Posse, F., Verdeguer, S. (1991) La sexualidad de las personas discapacitadas. Buenos Aires: Arte.
52. Reverter, E., Martí-Bonnay, J. y Farré, J.Mª.(2004). Fantasías sexuales en estudiantes de Medicina. Tipología y diferencias genéricas. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 71/72.
53. Rodríguez, S. y Ferreira, M.A. (2008).Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad. *Revista Internacional de Sociología, en proceso de evaluación*.
54. Sala, M. Sexualidad en la vida adulta. En, Núñez, V. Psicología y salud. La Habana: Ciencias médicas (pp., 165-70).
55. Samsó, J.V. (1993). Lesión medular e infertilidad masculina. *Revista de rehabilitación*, 27(4), 285-291.

56. Sierra, J.C., Perla, F. y Gutiérrez-Quintanilla, R. (2009). Actitud hacia la Masturbación en adolescentes: Propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory, 9 (2), 531-542.
57. Sierra, J.C et al. (2002). Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española, no clínica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(3), 489-504.
58. Valderrama, E. et al. (1997). Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 32 (5), 297-306.
59. Vélez, P. (2006). La sexualidad en la discapacidad funcional. Universidad Francisco de Paula. Santander.
60. Verdugo, M.A. y Jordán de Urrés, B.(2006). Rompiendo Inercias. Claves para avanzar.
61. Verdugo, M.A., et al. (2001). Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y legislación más relevante. SID. España.
62. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad. Universidad de Salamanca.
63. Villanueva, C.V., Díaz, R. (2000). Sexualidad en un mundo en cambio. Publicación del I Congreso Español de Sexología. FESS (pp. 547).
64. Zubeidat, I., Ortega, V. y Sierra, J.C. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual: estado emocional, actitudes sexuales y fantasías sexuales. *Análisis y modificación de la conducta* (Vol 30, 105-128).
65. Zubeidat, I. et al. (2003). Un estudio sobre las Implicaciones de las Actitudes y Fantasías Sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 67/68.

Anexos.

Anexo1.

Los cuestionarios que se le han entregado forman parte de un **proyecto de investigación del Máster de Sexología** que imparte la **Universidad de Almería** y los datos que se obtengan no serán utilizados para otro fin que no sea meramente para la investigación.

Lea atentamente antes de contestar y tenga siempre presente que es **totalmente anónimo y voluntario**, se ruega **sinceridad en las respuestas**. Las respuestas deberán realizarse en solitario, sin consultar a su pareja si la tuviera.

En cada pregunta señale sólo una respuesta, **gracias por su colaboración**.

Datos Generales:

Problema de salud:

Edad:

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Pareja:

- Actualmente tiene pareja
- Actualmente no tiene pareja

Edad de su pareja:

Número de hijos:

Profesión:

Situación laboral:

- Activo.
- Desempleado.
- Amo/a de casa.
- Jubilado.

Religión:

- Creyente practicante
- Creyente no practicante
- No creyente

Tipo de discapacidad:

- Física.
- Psíquica.
- Sensorial

Momento Aparición discapacidad:

- Congénita.
- Adquirida.

Grado de Autonomía:

- Independiente.
- Primer Grado o dependencia moderada.
- Segundo Grado o dependencia severa.
- Tercer grado o gran dependencia.

Toma fármacos:

- Si.
- No.
- En caso de ser afirmativo, cuales:

Grado de deseabilidad:

Indique en qué medida se siente una persona deseada, siendo 1 nada deseada por otra persona y 5 superdeseada.

- 1 nada deseada.
- 2 poco deseada.
- 3 bastante deseada.
- 4 muy deseada.
- 5 superdeseada.

Test del Deseo Sexual Inhibido (Masters et al., 1994).

A continuación se presentan 15 frases que usted puede puntuar de 1 a 9, siendo **1 TOTALMENTE FALSO**
9 TOTALMENTE VERDADERO

Números intermedios de la escala significan posiciones intermedias entre Falso y Verdadero). Conteste cada una de las afirmaciones según corresponda en su caso con una **X**

1. No pienso en el sexo muy a menudo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. El sexo por lo general no me resulta muy satisfactorio	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Nunca inicio las relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Con frecuencia rechazo las aproximaciones de mi pareja para hacer el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Incluso cuando mi pareja se muestra romántico/a, me resulta difícil estar de humor para el sexo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. En general, me siento carente de atractivo y no deseable.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Nunca me masturbo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Cuando estoy haciendo el amor, habitualmente me siento distraído/a y distante.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. No soy una persona muy apasionada	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. El impulso sexual de mi pareja es muchísimo más fuerte que el mío	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Nunca tengo fantasías sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. Los desacuerdos por la frecuencia de las relaciones sexuales son corrientes en nuestra relación y a menudo llevan a discusiones o sentimientos heridos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. No es infrecuente que yo invente excusas para evitar tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. A veces, durante la noche, finjo dormir para que mi pareja no intente hacerme el amor.	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Cuestionario de satisfacción Sexual.

Por favor, es importante que responda a todas.

Cada pregunta del cuestionario siguiente deberá de contestarlo con:

N: nunca, **CN:** casi nunca, **O:** ocasionalmente, **H:** habitualmente,

S: siempre.

Lea atentamente cada pregunta y decida la respuesta que mejor describa como le han ido las cosas sexualmente en fechas recientes, después coloque una cruz en el cuadro situado a la derecha de las cuestiones. Las respuestas son **individuales**, no debe consultar con su pareja.

MUJER	N	CN	O	H	S
1. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?					
2. ¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
3. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					
4. ¿Se excita sexualmente con facilidad?					
5. ¿Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedican a juegos previos al coito?					
6. ¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle?					
7. ¿Evita tener relaciones con su pareja?					
8. ¿Es capaz de tener orgasmos con su pareja?					
9. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?					
10. ¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
11. ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?					
12. ¿Le disgusta frotar y acariciar el pene de su pareja?					
13. ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones?					
14. ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?					
15. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
16. ¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?					
17. ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?					
18. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?					
19. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?					
20. ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?					
21. ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito?					
22. ¿Se siente insatisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?					
23. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?					
24. ¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda penetrar muy profundamente?					
25. ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?					
26. ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor?					
27. ¿Disfruta cuando está haciendo el coito con su pareja?					
28. ¿No consigue llegar al orgasmo durante el coito?					

HOMBRE	N	CN	O	H	S
1. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
2. ¿Le resulta difícil decirle a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?					
3. ¿Se excita sexualmente con facilidad?					
4. ¿Es capaz de retrasar la eyaculación durante el coito si piensa que puede eyacular enseguida?					
5. ¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en su vida sexual con su pareja?					
6. ¿Le disgusta frotar y acariciar los genitales de su pareja?					
7. ¿Se pone tenso y nervioso cuando su pareja quiere tener relaciones?					
8. ¿Disfruta cuando está haciendo el coito con su pareja?					
9. ¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
10. ¿Tiene fallos de erección?					
11. ¿Considera que existe una falta de amor y afecto en las relaciones con su pareja?					
12. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia el pene?					
13. ¿Puede evitar eyacular demasiado pronto durante el coito?					
14. ¿Intenta evitar tener relaciones con su pareja?					
15. ¿Encuentra satisfactoria las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
16. ¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?					
17. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					
18. ¿Disfruta masturbándose mutuamente con su pareja?					
19. ¿Si quiere tener relaciones sexuales con su pareja toma Usted la iniciativa?					
20. ¿Le disgusta ser abrazado o acariciado por su pareja?					
21. ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?					
22. ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?					
23. ¿Pierde la erección durante el coito?					
24. ¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?					
25. ¿Disfruta acariciando y abrazando el cuerpo de su pareja?					
26. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?					
27. ¿Eyacula accidentalmente justo antes de que vaya a penetrar la vagina de su pareja?					
28. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?					

Versión española del Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación (Abramson & Mosher, 1975).

Los siguientes 30 ítems muestran diversas opiniones y actitudes sobre la masturbación. Para contestar señale con una X una de las 5 opciones de respuesta, a del 1 al 5, siendo éstos:

- 1 **totalmente falso**
- 2 **bastante falso**
- 3 **indecisión**
- 4 **bastante verdadero**
- 5 **totalmente verdadero**

1. La gente se masturba para escapar de sentimientos de tensión e inquietud	1	2	3	4	5
2. La gente que se masturba no disfruta tanto el coito.	1	2	3	4	5
3. La masturbación es un asunto privado que ni ofende ni importa a los demás.	1	2	3	4	5
4. La masturbación es un pecado contra uno mismo.	1	2	3	4	5
5. La masturbación en la niñez puede ayudar a desarrollar una actitud saludable y natural hacia el sexo.	1	2	3	4	5
6. La masturbación en un adulto es juvenil e inmadura.	1	2	3	4	5
7. La masturbación puede conducir a la homosexualidad.	1	2	3	4	5
8. La masturbación excesiva es físicamente imposible, una idea absurda.	1	2	3	4	5
9. Si disfruta mucho masturbándose, no aprenderá nunca a relacionarse con el sexo opuesto.	1	2	3	4	5
10. Después de la masturbación, la persona se siente degradada.	1	2	3	4	5
11. La experiencia con la masturbación puede ayudar potencialmente a una mujer a tener orgasmos en el coito.	1	2	3	4	5
12. Me siento culpable masturbándome.	1	2	3	4	5
13. La masturbación puede ser “el amigo en la necesidad” cuando no hay “amigo en el acto”	1	2	3	4	5
14. La masturbación puede ser una salida para fantasías sexuales sin dañar a otros o ponerse en peligro uno mismo.	1	2	3	4	5
15. La masturbación en exceso puede conducir a problemas de impotencia en los hombres y frigidez en las mujeres.	1	2	3	4	5
16. La masturbación es un mecanismo de escape que impide desarrollar una perspectiva sexual madura.	1	2	3	4	5
17. La masturbación puede proporcionar un alivio inofensivo a la tensión sexual.	1	2	3	4	5
18. Jugar con los propios genitales es repugnante.	1	2	3	4	5
19. La masturbación excesiva se asocia con la neurosis, la depresión y problemas del comportamiento.	1	2	3	4	5
20. Cualquier masturbación es excesiva.	1	2	3	4	5
21. La masturbación es un acto compulsivo, hábito adictivo que una vez comenzado es casi imposible parar.	1	2	3	4	5
22. La masturbación es divertida.	1	2	3	4	5
23. Cuando me masturbo, me disgusta conmigo mismo.	1	2	3	4	5
24. Un patrón de masturbación frecuente se asocia a la introversión y al aislamiento de los contactos sociales.	1	2	3	4	5

25. Me avergonzaría tener que admitir públicamente que me he masturbado.	1	2	3	4	5
26. La masturbación excesiva conduce al agotamiento y embotamiento mental.	1	2	3	4	5
27. La masturbación es un desahogo sexual normal.	1	2	3	4	5
28. La masturbación es ocasionada por una excesiva preocupación por el sexo.	1	2	3	4	5
29. La masturbación puede enseñar a disfrutar la sensibilidad del propio cuerpo.	1	2	3	4	5
30. Después de masturbarme me disgusto por la falta de control sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5

ESCALA SFQ

¿Con qué frecuencia tiene usted fantasías acerca de cada uno de los siguientes temas?
 Señale con una X el número que corresponda.

- Nunca 0**
Rara vez 1
A veces 2
A menudo 3

1.- Participación en una orgía	0	1	2	3
2.- Actividad homosexual	0	1	2	3
3.- Intercambio de parejas	0	1	2	3
4.- Promiscuidad	0	1	2	3
5.- Acto sexual con otras dos personas	0	1	2	3
6.- Acto sexual con alguien de diferente raza	0	1	2	3
7.- Practicar un coito con una pareja amada	0	1	2	3
8.- Practicar un coito con alguien conocido, pero con el que no se han tenido relaciones sexuales.	0	1	2	3
9.-Sexo oral activo.	0	1	2	3
10.- Acto sexual en lugar distinto al dormitorio (ej: cocina).	0	1	2	3
11.- Ser desnudado/a	0	1	2	3
12.- Ser masturbado hasta el orgasmo por su pareja	0	1	2	3
13.- Observar el acto sexual de otros	0	1	2	3
14.- Sentirse excitado por el látex o el cuero	0	1	2	3
15.- Contemplar imágenes o películas pornográficas	0	1	2	3
16.- Utilizar objetos estimuladores (ej: vibrador)	0	1	2	3
17.- Sentirse excitado por la seda o las pieles	0	1	2	3
18.- Utilizar prendas de vestir del sexo opuesto	0	1	2	3
19.-Ser azotado o golpeado en el trasero	0	1	2	3
20.- Atar a alguien	0	1	2	3
21.- Ser atado	0	1	2	3
22.- Exhibirse provocativamente	0	1	2	3
23.-Obligar a alguien a hacer algo	0	1	2	3
24.- Ser obligado a hacer algo	0	1	2	3

Anexo 2.

Tablas:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	hombre	27	50,9	50,9	50,9
	mujer	26	49,1	49,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 1. Distribución por sexo.

		Pareja			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	actualmente tiene pareja	28	52,8	52,8	52,8
	actualmente no tiene pareja	25	47,2	47,2	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 2. Distribución por vincularse a una pareja.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	35	66,0	67,3	67,3
	1,00	5	9,4	9,6	76,9
	2,00	9	17,0	17,3	94,2
	4,00	2	3,8	3,8	98,1
	6,00	1	1,9	1,9	100,0
	Total	52	98,1	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,9		
	Total	53	100,0		

Tabla 3. Distribución por número de hijos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Activo	21	39,6	39,6	39,6
	Desempleado	22	41,5	41,5	81,1
	Amo/a de casa	1	1,9	1,9	83,0
	Jubilado/a	9	17,0	17,0	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 4. Distribución por situación laboral.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	creyente	5	9,4	9,4	9,4
	creyente no practicante	34	64,2	64,2	73,6
	no creyente	14	26,4	26,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 5. Distribución por hábitos religiosos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Física	30	56,6	56,6	56,6
	Psíquica	14	26,4	26,4	83,0
	Sensorial	9	17,0	17,0	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 6. Distribución por tipo de discapacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Congénito	26	49,1	49,1	49,1
	Adquirida	27	50,9	50,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 7. Distribución momento aparición discapacidad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Independiente	31	58,5	58,5	58,5
	Primer grado	12	22,6	22,6	81,1
	Segundo grado	7	13,2	13,2	94,3
	Tercer grado	3	5,7	5,7	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 8. Distribución por grado de Autonomía.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	nada deseado	3	5,7	5,7	5,7
	poco deseado	13	24,5	24,5	30,2
	bastante deseado	29	54,7	54,7	84,9
	muy deseado	7	13,2	13,2	98,1
	superdeseado	1	1,9	1,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tabla 8. Distribución por Grado de Deseabilidad.

Correlaciones

			suma cues inh	Griss no sensualidad	Griss Evitación	Griss Insatisfacción	Griss No comunicación	Griss Infre cuencia	transformación mast urbana ción	D10s umaf ectos nefat	D12f alsas cree ncias mast	D11a ctitu desn egati mast	D13f ante xplo ratorias	D14f antin tímas	D15f anti mpe rso	D16f ants ado mas	Ed ad
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación		1,00	,325*	,616*	,275*	,286*	,177	,241	,438*	,517*	-,192	-	-	-	-	,10
	Sig. (bilateral)			,018	,000	,046	,038	,204	,082	,001	,000	,169	,619*	,479*	,450*	,374*	,2
	N		53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
Griss no sensualidad	Coefficiente de correlación		,325*	1,000	,406*	,194	,462*	,151	,372*	,436*	,415*	,061	-,223	-	-,015	-,113	,23
	Sig. (bilateral)		,018		,003	,165	,000	,281	,006	,001	,002	,666	,108	,391*	,918	,419	,09
	N		53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
Griss Evitación	Coefficiente de correlación		,616*	,406*	1,000	,334*	,418*	,275*	,363*	,584*	,487*	-	-	-,184	-,203	-,174	,12
	Sig. (bilateral)		,000	,003		,014	,002	,046	,008	,000	,000	,040	,013	,188	,148	,212	,35
	N		53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
Griss Insatisfacción	Coefficiente de correlación		,275*	,194	,334*	1,000	,355*	,279*	,240	,373*	,260	-,259	-,228	-,086	-,068	-,058	-
	Sig. (bilateral)		,046	,165	,014		,009	,043	,084	,006	,060	,061	,101	,540	,632	,680	,12
	N		53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
Griss No comunicación	Coefficiente de correlación		,286*	,462*	,418*	,355*	1,000	,362*	,334*	,338*	,335*	-,072	-	-	-,089	-,151	,24
	Sig. (bilateral)		,038	,000	,002	,009		,008	,014	,013	,014	,608	,011	,039	,530	,280	,07
	N		53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53

Griss Infrecuencia	Coefficiente de correlación	,177	,151	,275*	,279*	,362*	1,000	,310*	,423*	,401*	-,164	-,220	-,261	,000	,011	,162	
	Sig. (bilateral)	,204	,281	,046	,043	,008	.	,024	,002	,003	,241	,114	,059	,998	,940	,248	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	
transformación masturbación	Coefficiente de correlación	,241	,372*	,363*	,240	,334*	,310*	1,000	,566*	,616*	-,071	-,096	-,203	-,101	,183	,178	
	Sig. (bilateral)	,082	,006	,008	,084	,014	,024	.	,000	,000	,613	,493	,145	,474	,189	,201	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	
D10sumafectosnegativos Experiencia personal	Coefficiente de correlación	,438*	,436*	,584*	,373*	,338*	,423*	,566*	1,000	,705*	-	-,206	-,222	-,128	-,031	,163	
	Sig. (bilateral)	,001	,001	,000	,006	,013	,002	,000	.	,000	,027	,140	,110	,365	,826	,243	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	
D12falsas creencias masturbación	Coefficiente de correlación	,517*	,415*	,487*	,260	,335*	,401*	,616*	,705*	1,000	,000	-	-,248	-,247	,075	,186	
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,000	,060	,014	,003	,000	,000	.	,997	,033	,073	,077	,594	,183	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	
D11actitudesnegativas masturbación	Coefficiente de correlación	-,192	,061	-	-,259	-,072	-,164	-,071	-	,304*	,000	1,000	,261	-,116	,232	,234	,001
	Sig. (bilateral)	,169	,666	,040	,061	,608	,241	,613	,027	,997	.	,059	,410	,098	,091	,997	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	
D13fuentes exploratorias	Coefficiente de correlación	-	-,223	-	-,228	-	-,220	-,096	-,206	-	,261	1,000	,383*	,477*	,624*	-	
	Sig. (bilateral)	,619*	,108	,013	,101	,011	,114	,493	,140	,033	,059	.	,005	,000	,000	,203	
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53	

D14fantimtimas	Coeficient e de correlació n	- ,479*	- ,391*	-,184	-,086	- ,284*	-,261	-,203	-,222	-,248	-,116	,383*	1,000	,453*	,299*	- ,188
	Sig. (bilateral)	,000	,004	,188	,540	,039	,059	,145	,110	,073	,410	,005	.	,001	,030	,177
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
D15fantimperso	Coeficient e de correlació n	- ,450*	-,015	-,203	-,068	-,089	,000	-,101	-,128	-,247	,232	,477*	,453*	1,000	,530*	- ,091
	Sig. (bilateral)	,001	,918	,148	,632	,530	,998	,474	,365	,077	,098	,000	,001	.	,000	,522
	N	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
D16fantadomasoquistas	Coeficient e de correlació n	- ,374*	-,113	-,174	-,058	-,151	,011	,183	-,031	,075	,234	,624*	,299*	,530*	1,000	- ,255
	Sig. (bilateral)	,006	,419	,212	,680	,280	,940	,189	,826	,594	,091	,000	,030	,000	.	,065
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53
Edad	Coeficient e de correlació n	,102	,233	,129	-,126	,247	,162	,178	,163	,186	,001	-,178	-,188	-,091	-,255	1,000
	Sig. (bilateral)	,466	,093	,357	,369	,075	,248	,201	,243	,183	,997	,203	,177	,522	,065	.
	N	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	52	53	53

Tabla 9. Correlación de Spearman edad- variables cuestionarios y variables- cuestionarios entre Sí.