

# EL AMOR EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y SU REPERCUSIÓN EN EL BIENESTAR EMOCIONAL

Primer Premio en la Modalidad  
de Investigación

II Edición de los Premios de Investigación  
e Innovación sobre Personas con  
Discapacidad Intelectual (AMPANS)

Raquel Morentin Gutiérrez  
Benito Arias Martínez  
José Manuel Rodríguez Mayoral  
Miguel Ángel Verdugo Alonso



# ÍNDICE

Abstract	11
Resumen	13
Precisiones en torno al uso del lenguaje	17
Lista de tablas y figuras	18
<b>INTRODUCCIÓN GENERAL</b>	<b>21</b>
<b>PRIMERA PARTE: REVISIÓN TEÓRICA</b>	<b>25</b>
1. <i>Discapacidad Intelectual</i>	25
1.1. Paradigmas y modelos en torno a la discapacidad	25
1.2. Sistemas de clasificación de la discapacidad intelectual	26
2. <i>El Estudio Científico del Amor</i>	27
2.1. Enfoques teóricos sobre el amor	27
2.2. Amor y satisfacción amorosa	31
2.3. Métodos y técnicas de evaluación del amor	32
2.4. El amor en personas con discapacidad intelectual	32
2.4.1. Desarrollo afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual	33
2.4.2. Actitudes hacia la afectividad y sexualidad de las personas con discapacidad intelectual	34
2.4.3. Conducta afectivo-sexual, relaciones de pareja, amor y enamoramiento	35
3. <i>Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual: Bienestar Emocional</i>	37
3.1. Calidad de vida en personas con discapacidad intelectual	37
3.1.1. Modelo heurístico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003)	39
3.2. Bienestar emocional en el marco de la calidad de vida	40
<b>SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>43</b>
4. <i>Objetivos e Hipótesis</i>	43
5. <i>Método</i>	45
5.1. Participantes	45
5.2. Instrumento	47
5.3. Diseño	52
5.4. Procedimiento	53
6. <i>Análisis de Datos</i>	53
7. <i>Resultados</i>	54
7.1. Características psicométricas de la escala	54
7.1.1. Fiabilidad	54
7.1.2. Validez	55
7.1.3. Resumen	59

7.2. Amor y relaciones de pareja	59
7.2.1. Modelo conceptual del amor	59
7.2.2. Relaciones de pareja	61
7.2.2.1. Percepción general del amor (Escala Específica)	62
7.2.2.2. Aspectos relacionados	63
7.2.3. Resumen	69
7.3. Bienestar emocional	70
7.3.1. Bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual	70
7.3.2. Bienestar emocional y variables sociodemográficas	71
7.3.3. Resumen	73
7.4. Amor y bienestar emocional	73
7.4.1. Bienestar emocional y percepción general del amor (Escala Específica)	73
7.4.2. Bienestar emocional y aspectos relacionados	74
7.4.3. Modelo estructural	75
7.4.4. Resumen	78
<b>TERCERA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	<b>81</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>97</b>
<b>APÉNDICES</b>	<b>109</b>
<i>Apéndice A.</i> Grupo de Discusión con Personas con Discapacidad Intelectual (guión de preguntas)	109
<i>Apéndice B.</i> Ítems de la Escala Piloto de Evaluación del Amor y las Relaciones de Pareja	110
<i>Apéndice C.</i> Ítems de la Escala de Evaluación del Amor y las Relaciones de Pareja en Personas con Discapacidad Intelectual	112

## RESUMEN

El presente estudio pretende contribuir al estudio del amor en personas con discapacidad intelectual (DI). El amor es uno de los procesos más intrínsecamente interpersonales y más relevantes para el ser humano, el cual se relaciona con la felicidad, la salud, el bienestar, la calidad de vida y la satisfacción en general. Sin embargo, el estudio científico del amor aún no se ha hecho extensivo al campo de la discapacidad, y mucho menos a la DI. Esto es especialmente paradójico si consideramos la actual hegemonía del concepto de calidad de vida, entre cuyas dimensiones se encuentra el bienestar emocional.

Tras revisar los principales conceptos que guían la investigación ('discapacidad intelectual', 'amor' y 'bienestar emocional'), se presenta el estudio empírico, el cuál se llevó a cabo con 411 participantes adultos con DI.

Los principales resultados pueden organizarse en cuatro ejes: (1) *características psicométricas* satisfactorias en la escala utilizada (escala tipo Likert elaborada ad hoc); (2) *relaciones de pareja y amor*: tras confirmar (AFC) un modelo conceptual del amor de tres factores (similar al encontrado en personas sin discapacidad), se ha resaltado la relevancia de los factores familiares y se ha destacado una percepción ciertamente idealizada; (3) percepción positiva de las personas con DI en *bienestar emocional*; y (4) *relación existente entre amor y bienestar emocional*, con la propuesta de un modelo estructural (SEM) que relacione ambas variables e incluya los factores familiares.

Finalmente, se discuten las principales conclusiones del estudio, el cual pretende abrir nuevas vías de investigación en la comprensión de las relaciones de pareja y el amor en población con DI.

## RESUM

Aquesta investigació pretén contribuir a l'estudi de l'amor en persones amb discapacitat intel·lectual (DI). L'amor és un dels processos més intrínsecament interpersonals i més rellevants per l'ésser humà, que es relaciona amb la felicitat, la salut, el benestar, la qualitat de vida i la satisfacció general. Malgrat això, l'estudi científic de l'amor encara no s'ha fet extensiu al camp de la discapacitat, i molt menys al de la discapacitat intel·lectual. Això és especialment paradoxal si considerem l'actual hegemonia del concepte de qualitat de vida, que entre les seves dimensions es troba el benestar emocional.

Després de revisar els principals conceptes que guien la investigació ("discapacitat intel·lectual", "amor" i "benestar emocional"), es presenta un estudi empíric, que es va portar a terme amb 411 participants adults amb discapacitat intel·lectual.

Els principals resultats poden organitzar-se en Quatre eixos: (1) característiques psicomètriques satisfactòries en l'escala utilitzada (escala tipus Likert elaborada ad hoc); (2) relacions de parella i amor després de confirmar (AFC) un model conceptual de l'amor de tres factors (similar al trobat en persones sense discapacitat), s'ha ressaltat la rellevància dels factors familiars i s'ha destacat una percepció certament idealitzada; (3) percepció positiva de les persones amb discapacitat intel·lectual en benestar emocional; i (4) relació existent entre l'amor i benestar emocional, amb la proposta d'un model estructural (SEM) que relacioni ambdues variables i inclogui els factors familiars.

Finalment, es discuteixen les principals conclusions de l'estudi, que pretén obrir noves vies d'investigació en la comprensió de les relacions de parella i l'amor en la població amb discapacitat intel·lectual.

## ABSTRACT

This study aims to contribute to the study into love in people with intellectual disability (ID). Love is one of the most intrinsically interpersonal and most relevant processes for humans, which is associated with happiness, health, well-being, quality of life and general satisfaction. However, scientific study into love has not yet extended to the field of disability, and much less so to ID. This is particularly paradoxical if we consider the current hegemony regarding the concept of quality of life, which encompasses emotional well-being.

After reviewing the principle guiding concepts of the research (intellectual disability', 'love' and 'emotional well-being'), the empirical study carried out with 411 adults with ID is presented.

The main results can be divided into four axes: (1) satisfactory psychometric tests at the school used (ad hoc Likert-type scale); (2) relationships as a couple and love. After confirming (AFC) a conceptual a three-factor model of love (similar to the one found in people without disabilities), the relevance of the family factors is highlighted and a rather idealised perception is noted; (3) positive perception of people with ID in emotional well-being; and (4) the relationship between love and emotional well-being, with a proposed structural model (SEM) that links both variables and includes family factors.

Finally, the main conclusions of the study are discussed, the aim of which is to open new channels of research into understanding relationships as a couple and love in people with ID.



## RESUMEN

El amor es uno de los procesos más intrínsecamente interpersonales y más relevantes para el ser humano, el cual se relaciona con la felicidad, la salud, el bienestar, la calidad de vida y la satisfacción en general. Sin embargo, el estudio científico del amor aún no se ha hecho extensivo al campo de la discapacidad, y mucho menos la discapacidad intelectual (DI). Esto es especialmente paradójico si consideramos la actual hegemonía del concepto de calidad de vida, entre cuyas dimensiones se encuentra el bienestar emocional.

Por esta razón, pretendemos con este estudio aportar algo de luz al estudio del amor en personas con DI, concretamente: (a) analizar las relaciones de pareja y la percepción del amor en personas adultas con DI; (b) interpretar los resultados desde el marco de la calidad de vida, concretamente por su relación con la dimensión de bienestar emocional; y (c) abrir nuevas líneas de estudio en relación con el amor y la calidad de vida en esta población. Para ello, hemos estructurado el trabajo en tres partes: (a) revisión teórica, (b) estudio empírico, y (c) discusión y conclusiones.

En la primera parte (*revisión teórica*) se abordan los tres conceptos fundamentales que guían el estudio: 'discapacidad intelectual', 'amor', y 'bienestar emocional' (en el marco actual de calidad de vida), revisando los principales estudios existentes hasta el momento.

En la segunda parte presentamos el *estudio empírico*. Tras plantear los objetivos y las hipótesis, describimos el método seguido en la investigación:

- (a) Participantes (411 personas adulta con DI de Castilla y León).
- (b) Descripción del instrumento y proceso de elaboración: el instrumento consistió en una escala Likert elaborada ad hoc; para garantizar unos requisitos de calidad, seguimos una serie de pasos (búsqueda bibliográfica y consulta a expertos; grupo de discusión con personas con DI; prueba de jueces o expertos; elaboración, aplicación y análisis de la prueba piloto; y elaboración de la escala definitiva).
- (c) Diseño y selección de variables.
- (d) Procedimiento seguido.

Una vez analizados los datos, los principales resultados puede agruparse en cuatro ejes. En primer lugar, abordamos las características psicométricas de la escala: en general, se obtienen resultados satisfactorios en fiabilidad ( $\alpha = .925$ ) y validez, con una solución trifactorial que explica el 51.538% de la varianza.

En segundo lugar, nos centramos en el amor y las relaciones de pareja en personas con DI: se confirma (AFC) el modelo de tres factores ('Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidad y romanticismo'), lo que pone de manifiesto que el modelo de amor no varía entre personas con y sin discapacidad. Además, se obtiene una visión extremadamente positiva (idealizada) del amor y las relaciones amorosas: puntuaciones elevadas en la 'Escala Específica de Evaluación del Amor y en los 'aspectos relacionados' (valoración global, satisfacción, estatus, familia y autodeterminación).

Constatamos, asimismo, la relevancia de los factores familiares: cuanto menor es la intromisión familiar y mayor la autodeterminación de la propia persona con DI (ante esa intro-

misión), más positivas son las puntuaciones en el amor ('Escala Específica de Evaluación del Amor' y 'aspectos relacionados'). Finalmente, analizamos su relación con las variables socio-demográficas.

En tercer lugar, analizamos los resultados respecto al bienestar emocional: los siete ítems que se utilizan para medir esta variable obtienen en conjunto una valoración positiva, en la línea de lo que suele encontrarse en otros estudios sobre bienestar y calidad de vida. Asimismo, contrastamos su relación con distintas variables socio-demográficas.

En cuarto lugar, nos centramos en la relación entre amor y bienestar emocional: constatamos relaciones significativas entre bienestar emocional y las puntuaciones obtenidas en el instrumento utilizado: 'Escala Específica de Evaluación del Amor' y 'aspectos relacionados'. A partir de estos resultados, proponemos un modelo estructural que relaciona ambas variables, a la par que introduce como variable relevante los aspectos familiares (intromisión familiar y autodeterminación). Los resultados ponen de manifiesto el buen ajuste del modelo.

La última parte de la investigación se dedica a la *discusión y conclusiones*. En ella recuperamos los principales resultados, confirmamos o rechazamos las hipótesis planteadas, analizamos su relevancia a la luz de los estudios existentes, y discutimos sus principales implicaciones. Finalmente, incluimos las limitaciones del estudio y las posibles líneas de investigación futura.

## PRECISIONES EN TORNO AL USO DEL LENGUAJE

- (a) Con el fin de cumplir con las exigencias no sexistas recomendadas en el uso del lenguaje y evitar a su vez la tediosa lectura que, a nuestro juicio, supondría el uso conjunto de los términos masculino y femenino (e.g.: los/las usuarios/usuarioas, los/las padres/madres), hemos optado por el uso del masculino en aquellos términos que admiten ambos géneros (e.g.: los usuarios, los padres). En todo caso, siempre que ha sido posible, se han utilizado términos y expresiones generales (e.g.: personas con discapacidad, familiares).
- (b) A fin de continuar en el avance hacia denominaciones menos peyorativas y más aceptadas por la población con discapacidad, hemos optado por la utilización de los términos 'discapacidad intelectual' y 'necesidades de apoyo'. Sin embargo, en aquellos informes, documentos, estudios o investigaciones en que se hacía referencia explícita a 'retraso mental' (e.g.: AAMR) o a 'niveles ligero, moderado, severo y profundo', hemos optado por mantener dicha denominación, con el único fin de evitar posibles confusiones en la traducción.

## LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

1. Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida	38
2. Edad de la muestra categorizada en intervalos	45
3. Acuerdo entre jueces (resumen)	49
4. Coeficientes de fiabilidad de la Escala Específica (escala piloto)	50
5. Matriz de saturaciones (escala piloto)	51
6. Correlación entre puntuación total de la escala piloto y criterios externos (V. Criterial)	51
7. Coeficientes de fiabilidad de la Escala Específica (47 ítems)	54
8. Matriz de saturaciones	57
9. Correlación entre puntuación total de la Escala Específica y criterios externos (V. Criterial)	59
10. Índices de ajuste del modelo (AFC)	61
11. Descriptivos de la puntuación total y los tres factores de la Escala Específica	62
12. Correlaciones entre los 'aspectos relacionados'	67
13. Relación entre bienestar emocional (por ítems) y puntuación total de la Escala Específica (H de Kruskal-Wallis)	74
14. Correlación entre bienestar emocional y 'aspectos relacionados' (Rho de Spearman)	75
15. Relación entre bienestar emocional y aspectos relacionados (H de Kruskal-Wallis): valoración global percibida, satisfacción amorosa, satisfacción sexual, familia y autodeterminación	75
16. Índices de ajuste del modelo de medida	77
17. Índices de ajuste del modelo estructural	77
18. Análisis multigrupo por tenencia de pareja	78

## Figuras

1. Paradigmas y modelos en torno a la discapacidad (Schalock y Verdugo, 2003)	25
2. Enfoques teóricos sobre el amor	28
3. Enfoque Psicológico: modelos y teorías sobre el amor	30
4. Modelo heurístico de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003; p. 46)	39
5. Rangos promedio de los ítems de la Escala Específica (poder discriminativo)	55
6. Solución factorial (Prueba de Monte Carlo)	56
7. Histogramas de las puntuaciones canónicas en función de la tenencia o no de pareja	58
8. Modelo conceptual del amor: solución estandarizada (AFC)	60
9. Distribución global de la escala (Tallo y Hojas)	62
10. Distribución del factor 'familia y autodeterminación' (Tallo y Hojas)	65
11. Relación entre valoración global y puntuaciones obtenidas en la escala (residuos estandarizados de Pearson)	68
12. Relación entre satisfacción amorosa y sexual y las puntuaciones de la escala (residuos estandarizados de Pearson)	68
13. Distribución del factor bienestar emocional (Tallo y Hojas)	71
14. Correlograma (ítems de bienestar emocional)	71
15. Relación entre bienestar emocional y puntuaciones obtenidas en la escala (rangos promedio)	74
16. Diagrama conceptual: solución estandarizada	76



## INTRODUCCIÓN GENERAL

Históricamente, el amor no ha sido objeto de estudio científico hasta avanzada la década de los 60 y en la década de los 70 del siglo pasado (Sangrador, 1993; Yela, 2002). Desde ese momento, el interés científico por el amor ha ido incrementando progresivamente, y se han contemplado diversas perspectivas en su estudio (e.g.: Bauman, 2005; Fisher, 2006; Sangrador, 1993; Sternberg, 2006; Sternberg y Barnes, 1988; Sternberg y Weis, 2006; Yela, 2002, 2006; etc.). Así, en la actualidad, el amor ha pasado a considerarse uno de los procesos más intrínsecamente interpersonales y más relevantes para el ser humano, el cual se relaciona con la felicidad, la salud, el bienestar, la calidad de vida y la satisfacción en general (Chiappo, 2002; Fisher, 2006; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Sternberg y Weis, 2006; Yela, 2002).

Sin embargo, este progresivo e incipiente interés por el amor no se ha extrapolado al campo de las personas con discapacidad, y mucho menos discapacidad intelectual (en adelante DI). Esto es especialmente paradójico si tenemos en cuenta la hegemonía que está disfrutando en los últimos años el concepto de calidad de vida en este colectivo, máxime cuando la mayoría de los modelos de calidad de vida a los que se recurre incluyen entre sus dimensiones el abordaje del bienestar emocional o las relaciones interpersonales (e.g.: Cummins, 1997; Felce y Perry, 1996; Schalock, 1996a, 1997; Schalock y Verdugo, 2003). En todo caso, tampoco desde el movimiento de la calidad de vida se ha prestado suficiente atención al papel de las relaciones de pareja y la emoción del amor.

Una posible explicación de este 'olvido' puede encontrarse en la conceptualización histórica de la discapacidad, y más concretamente de la discapacidad intelectual (perspectiva eugenista), de suerte que la respuesta más frecuente ha sido la segregación, la esterilización y 'en el mejor de los casos' el simple olvido de su dimensión afectivo-sexual (Löfgren-Martenson, 2004).

Esto se ha visto reflejado en los estudios e investigaciones de los últimos años: así como han proliferado aquellos centrados en la sexualidad, conductas sexuales o el desarrollo de programas (e.g.: Galea, Butler, Iacono y Leighton, 2004; Löfgren-Martenson, 2004; López, 2002; Servais, Jacques, Leach, Conod, Hoyois, Dan y Roussaux, 2002), sin embargo salvo raras excepciones (Arias, Morentin, Verdugo y Rodríguez, 2006; Knox y Hickson, 2001), prácticamente no se han encontrado estudios sobre los modelos teóricos subyacentes a la comprensión del amor en esta población con DI, ni se han diseñado nuevas escalas o adaptado las escalas ya existentes.

Prueba de esta 'atención selectiva' en el estudio del amor en personas con discapacidad intelectual es el hecho de que, tras realizar una búsqueda cruzada en las bases de datos más relevantes en la actualidad (Current Contents, ERIC, Medline, PsycInfo) desde 1987 hasta 2007, las pocas referencias que aparecen al introducir los términos '*love/loving*' y '*mental retard\*/intellectual disabilit\*/learning disabilit\**' referidas específicamente al amor de pareja, realmente se centran en aspectos más vinculados con sexualidad (e.g.: salud sexual, barreras o educación afectivo-sexual) y no en el amor en sí mismo.

Ante este panorama científico, consideramos necesario aportar algo de luz al estudio del amor en personas con discapacidad intelectual, contribuir en alguna medida a la comprensión de las relaciones amorosas en esta población, puesto que la mayoría de los hallazgos existentes en este campo se han obtenido en muestras de personas sin discapacidad.

Con esta finalidad hemos desarrollado el siguiente estudio, con la pretensión de alcanzar los siguientes objetivos generales:

- (a) En primer lugar, *analizar las relaciones de pareja y las percepciones sobre el amor* en personas adultas con discapacidad intelectual.
- (b) En segundo lugar, *interpretar esos resultados desde el marco actual de calidad de vida*, área especialmente presente en los estudios sobre discapacidad intelectual. Para ello hemos partido del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003) y nos hemos centrado en la dimensión de Bienestar Emocional (dimensión que consideramos especialmente vinculada a la 'emoción' del amor).
- (c) En tercer lugar, pretendemos *contribuir especialmente al estudio de las relaciones amorosas, aunque también al de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual*, mediante la apertura de nuevas vías de investigación y la reflexión práctica sobre sus implicaciones.

El trabajo de investigación que se presenta a continuación consta de tres partes claramente diferenciadas: la primera parte incluye una revisión teórica de los principales conceptos considerados, mientras que en la segunda parte presentamos el estudio empírico desarrollado. La tercera parte se dedica a la discusión y conclusiones.

La **revisión teórica** comienza con un capítulo destinado a la delimitación conceptual de la *discapacidad intelectual*: los distintos paradigmas y modelos que se han postulado en torno a la discapacidad (centrados en la causa de la discapacidad, y paradigmas científicos), y los principales sistemas de clasificación de la DI (DSM-IV-TR, CIE-10, CIF y AAMR).

El segundo capítulo se centra en *el estudio científico del amor*. La falta de estudios en población con discapacidad nos obliga a revisar el estudio del amor en personas sin discapacidad, temática que ha alcanzado en las últimas décadas un extenso corpus científico, dando lugar a numerosos modelos y teorías. A estas teorías, agrupadas en tres enfoques teóricos (enfoque biológico-evolutivo, enfoque socio-cultural, y enfoque psicológico) dedicamos el primer apartado del capítulo.

Seguidamente, hacemos mención de las variables más relevantes que se han considerado de cara a la satisfacción amorosa, dando paso a los principales instrumentos utilizados en la evaluación del amor.

El siguiente apartado de este capítulo se dedica al estudio del amor en personas con discapacidad intelectual, el cuál no ha suscitado todavía el interés que debiera entre los investigadores. El desarrollo afectivo-sexual de las personas con DI requiere la satisfacción de las mismas necesidades que en población sin discapacidad, si bien no parecen disfrutar de las mismas oportunidades para ello. Para ello es de vital relevancia considerar las actitudes de las personas cercanas a ellas.

Cerramos este capítulo con una revisión de los estudios encontrados en relación con la conducta afectivo-sexual, las relaciones de pareja, el amor y el enamoramiento en personas con DI.

El tercer y último capítulo de la revisión teórica se dedica al estudio de la *calidad de vida en personas con discapacidad intelectual*, concretando esta aproximación en la dimensión de bienestar emocional.

En el campo de las personas con DI, el constructo de calidad de vida goza actualmente de una clara hegemonía y relevancia, y existe cierto consenso internacional en relación con los criterios para su conceptualización, evaluación y aplicación práctica. Asimismo, hemos señalado las principales características del modelo heurístico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003), del que partimos en este estudio.

A continuación, nos centramos en la dimensión de bienestar emocional, por considerar que es la más estrechamente relacionada con la emoción del amor. Sin perder el marco de referencia de la calidad de vida, incluimos las aportaciones complementarias realizadas desde la Psicología positiva. Asimismo, abordamos la comprensión de esta dimensión (bienestar emocional) dentro del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003).

Seguidamente, indicamos la relevancia de la inclusión social (no sólo física) para evitar sentimientos de soledad, y finalizamos justificando la necesidad de incluir las relaciones amorosas en los modelos de calidad de vida vigentes.

La segunda parte de la investigación se dedica al **estudio empírico** y se organiza en cuatro capítulos.

En el primero (cuarto capítulo de la investigación) planteamos los *objetivos* que perseguimos y las *hipótesis* que pretendemos contrastar.

En el quinto capítulo describimos el *método* seguido en la realización del estudio:

- (a) Participantes: procedimiento de selección de la muestra y características sociodemográficas de los participantes.
- (b) Instrumento: ante la falta de instrumentos apropiados, elaboramos una escala probabilística de estimaciones sumatorias (tipo Likert). Para ello, seguimos rigurosamente una serie de fases: (1) búsqueda bibliográfica y consulta a expertos, (2) grupo de discusión con personas con DI, (3) prueba de jueces o expertos, (4) elaboración, aplicación y análisis de la prueba piloto, y (5) elaboración de la escala definitiva. Expuestas brevemente cada una de estas fases, describimos la estructura de la escala definitiva.
- (c) Diseño y selección de variables.
- (d) Procedimiento seguido.

El sexto capítulo indica brevemente el tipo de análisis de datos que se han llevado a cabo y los programas utilizados para este fin.

El último capítulo del estudio empírico (séptimo capítulo) se dedica a la exposición de los

principales resultados, los cuáles se presentan agrupados en cuatro apartados:

- (a) Características psicométricas de la escala: fiabilidad y validez de la Escala Específica de Evaluación del Amor.
- (b) Amor y Relaciones de pareja en personas con DI: modelo conceptual del amor (AFC) y relaciones de pareja: percepción general del amor (Escala Específica) y aspectos relacionados (valoración global, satisfacción, estatus, e intromisión familiar y autodeterminación).
- (c) Bienestar Emocional: resultados en los ítems de bienestar emocional y relación con las variables sociodemográficas del estudio.
- (d) Relación entre amor y bienestar emocional: relación entre bienestar emocional y la percepción general del amor (Escala Específica), relación entre bienestar emocional y los aspectos relacionados (valoración global, satisfacción, estatus, y familia y autodeterminación) y, finalmente, planteamiento de un modelo estructural que relacione ambas variables.

La tercera parte del estudio se dedica a la **discusión general y conclusiones**, donde recuperamos los principales resultados y analizamos su relevancia a la luz de los estudios revisados previamente. Asimismo, incluimos las limitaciones del estudio y las posibles líneas de investigación futura.

# PRIMERA PARTE

## REVISIÓN TEÓRICA

### 1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

La discapacidad y las personas con discapacidad han existido en todos los tiempos, pero lo que ha cambiado a lo largo de la historia ha sido la manera de acercarse y comprender esta discapacidad (Vid. Aguado, 1995; Scheerenberger, 1984). Estas diferencias en la forma de comprender la discapacidad suponen distintas maneras de intervenir con esta población.

#### 1.1. Paradigmas y modelos en torno a la discapacidad

Desde distintos planteamientos, se han propuesto paradigmas y modelos diversos en torno a la discapacidad (e.g.: Casado, 1991; Egea y Sarabia, 2004; Priestley, 2006; Puig de la Bellacasa, 1990; Schalock, 2003; Vehmas, 2004). Schalock y Verdugo (2003) los organizan en torno a dos bloques (Figura 1):

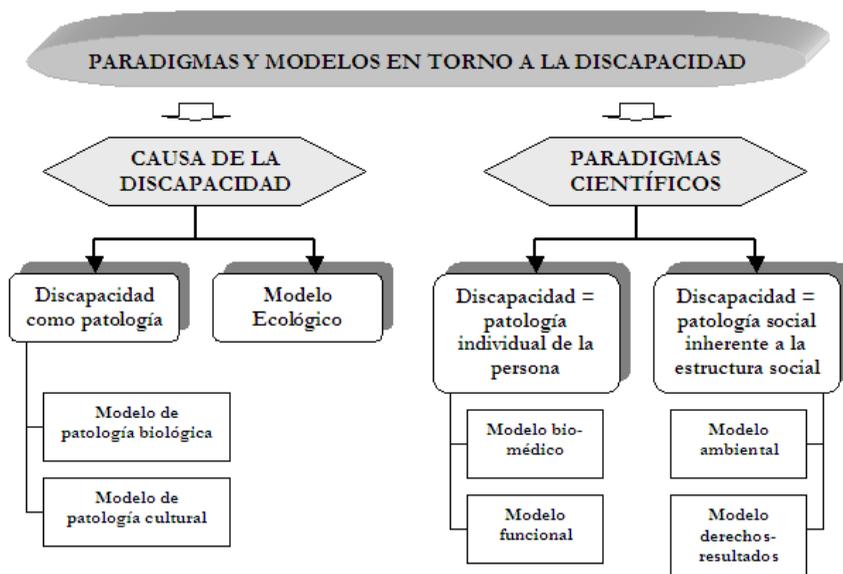


Figura 1. Paradigmas y modelos en torno a la discapacidad (Schalock y Verdugo, 2003)

- (a) *Modelos centrados en la causa de la discapacidad:* distinguen, por un lado, aquellos que consideran la discapacidad como una patología (biológica o cultural); y, por otro lado, el modelo ecológico (interacción persona-entorno).
- (b) *Paradigmas científicos de la discapacidad:* se diferencian cuatro modelos agrupados

en dos paradigmas: en primer lugar, discapacidad como resultado de una patología individual existente en la persona (modelo biomédico y modelo funcional); y, en segundo lugar, discapacidad como resultado de una patología social inherente a la estructura social (modelo ambiental y modelo de derechos-resultados).

Según los autores (Schalock y Verdugo, 2003), en la actualidad nos situamos en un modelo ecológico de la discapacidad para explicar sus causas, y en un paradigma o modelo de derechos, trabajando para el incremento del bienestar subjetivo y la calidad de vida.

En realidad, hoy en día se habla de la existencia de un '*paradigma emergente de la discapacidad*' (Schalock, 2003), caracterizado por cuatro aspectos: limitaciones funcionales, bienestar personal, apoyos individualizados, y competencia personal y adaptación. Este nuevo paradigma conlleva una nueva forma de comprender la discapacidad (Schalock, 2001), asumiendo que es algo fluido, continuo y cambiante, resultado de la interacción entre persona y entorno. Asimismo, se apuesta por un paradigma de los apoyos y se hace hincapié en el concepto de calidad de vida.

## 1.2. Sistemas de clasificación de la discapacidad intelectual

La terminología y el lenguaje utilizado para referirnos a la discapacidad también ha ido evolucionando. Así, lejos ya de la aceptación de términos peyorativos como 'anormal', 'inválido', 'inútil' o 'subnormal', en la actualidad destacamos la existencia de cuatro sistemas clasificatorios (entre los que existen claras correspondencias):

- (a) Dos de ellos relacionados principalmente con el ámbito de la medicina y las enfermedades:
  - *DSM-IV-TR* (APA, 2000): diferencia cuatro grados de gravedad del retraso mental (en función del CI), más una categoría de 'gravedad no especificada'.
  - *CIE-10* (OMS, 1992): incluye seis niveles de clasificación del retraso mental, similares a los propuestos por el DSM-IV-TR, pero incluyendo puntos de corte exactos.
- (b) Otros dos más centrados en el funcionamiento de la persona y su interacción con el entorno:
  - *CIF* (OMS, 2001): se centra en el concepto de salud y los estados relacionados con la salud asociados a cualquier condición (i.e., no exclusivamente a personas con discapacidad).
  - Décima definición de retraso mental de la AAMR (2002): asume el cambio de paradigma que supuso la anterior edición (AAMR, 1992) y sigue haciendo hincapié en el paradigma de los apoyos, a la par que incluye una nueva dimensión a su modelo multidimensional e incluye las aportaciones y críticas que se han ido realizando en esos diez años. Así, se define el retraso mental como '*una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, manifestada en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años*' (AAMR, 2002; p. 1).

## 2. EL ESTUDIO CIENTÍFICO DEL AMOR

Uno de los fenómenos interpersonales más relevantes para las personas de todas las épocas es sin duda el amor (Fisher, 2006; Ovejero, 1998; Sternberg, 1988; Yela, 2002). Prueba de ello es su aparición recurrente a lo largo de la historia, estando especialmente presente en la literatura de todos los tiempos y culturas (por ejemplo, *Romeo y Julieta* tiene sus correspondientes versiones en otras lenguas y épocas). Todas las personas, en todas las épocas, han cantado por amor, trabajado por amor, vivido por amor, matado por amor o incluso muerto por amor (Fisher, 2006).

El amor influye por tanto en nuestros comportamientos humanos y sociales, convirtiéndose en un aspecto esencial y central en la vida de las personas (Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Yela, 2002). El amor (o la ausencia de él) acarrea ciertos beneficios (o costes) personales, al estar relacionado con la felicidad, la salud física y psicológica, y la satisfacción en general (Chiappo, 2002; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Yela, 2002).

A pesar de ello, su estudio científico ha sido visto con cierto recelo hasta avanzada la década de los 60 y en la década de los 70 del siglo pasado –en nuestro país, hasta la década de los 80 y, sobre todo, los 90- (Berscheid y Walster, 1981; Sangrador, 1993; Yela, 2002), abandono que también había sufrido previamente el estudio de las emociones (Ovejero, 2000). Sin embargo, a partir de este momento el interés científico por el amor ha ido incrementándose progresivamente, y se han contemplado diversas perspectivas en su estudio (e.g.: Alberoni, 1990; Barrón, Martínez-Iñigo, De Paul y Yela, 1999; Bauman, 2005; Carreño, 1991; Fisher, 1992, 2006; Lampert, 1997; Sangrador, 1993; Sternberg, 1988, 2006; Sternberg y Barnes, 1988; Sternberg y Weis, 2006; Yela, 2002, 2006).

No obstante, este incremento en su *corpus* científico no se ha visto acompañado de una delimitación conceptual clara, sino que todavía hoy sigue señalándose la falta de consenso en su conceptualización (Weis, 2006): podemos encontrar casi tantas definiciones de amor como autores se hayan dedicado a su estudio, según hayan hecho hincapié en unos aspectos u otros en función de la orientación del propio autor.

### 2.1. Enfoques teóricos sobre el amor

La falta de consenso ha propiciado la aparición de multitud de teorías o modelos que han pretendido comprender y clasificar el fenómeno amoroso. Sin embargo, estas teorías comparten ciertas características, que posibilitan su agrupación en tres enfoques principales (Figura 2): (a) enfoque biológico-evolutivo, (b) enfoque socio-cultural, y (c) enfoque psicológico.

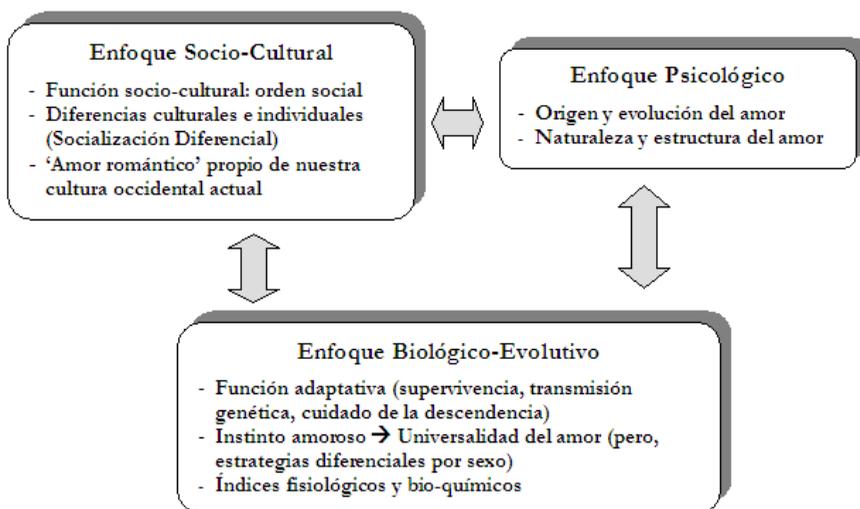


Figura 2. Enfoques teóricos sobre el amor

Estos enfoques no son excluyentes, sino complementarios, pues el complejo fenómeno del amor requiere un acercamiento multidisciplinar. En esta línea, Yela (2002) considera el amor como un 'fenómeno bio-psico-histórico-cultural-evolutivo', y Chiappo (2002) una 'dimensión existencial del ser bio-psico-socio-espiritual' que somos.

### (a) Enfoque biológico-evolutivo

Se centra en las funciones evolutivas que cumple el instinto del amor, más concretamente en su función adaptativa, al aumentar las probabilidades de supervivencia y transmisión genética, a la vez que el fortalecimiento del vínculo entre los progenitores permite proporcionar mayores cuidados a la descendencia (Buss, 2006; Kenrick, 2006; Wilson, 1981).

Desde este enfoque se aboga por la universalidad del instinto amoroso (Buss, 2006; Fisher, 2004; Jankowiack y Fisher, 1992; Shaver y Mikulincer, 2006; Sprecher, Aron, Hatfield, Cortese, Potatova y Levitskaya, 1994), a la par que se defiende la adquisición de estrategias sexuales adaptativas, diferentes en los dos sexos (Buss, 1994, 2006; Lampert, 1997; Trivers, 1972).

Por otro lado, algunos autores (Fisher, 2004, 2006; Gonzaga, Turner, Keltner y Campos, 2006; Lim y Young, 2004; Turner, Altemus, Yip, Kupferman, Fletcher, Bostrom, Lyons y Amico, 2002) se han centrado en la explicación de los aspectos fisiológicos y bioquímicos implicados en el amor (arousal, receptores sexuales, neurotransmisores, factores hormonales, ...).

En la actualidad, gracias en parte al desarrollo de los métodos biológicos y neurobiológicos, la relevancia de este enfoque se está viendo incrementada (Fisher, 2006; Lieberman y Hatfield, 2006; Sternberg y Weis, 2006; Weis, 2006).

## **(b) Enfoque socio-cultural**

Desde este enfoque se aborda la función socio-cultural del amor: la transmisión y el mantenimiento de pautas y normas sociales, así como de un cierto orden social. Asimismo, se considera que, aunque la afiliación y la atracción son universales e inter-específicas, sin embargo el denominado 'amor romántico' es propio de nuestra especie, nuestra época y nuestra cultura actual, y se aprende mediante el proceso de socialización (Averrill, 1985, 1988; Ovejero, 2000; Ubillos, Zubieta, Páez, Deschamps, Ezeiza y Vera, 2001; Yela, 2002).

Consecuentemente, se pueden establecer diferencias en la conceptualización del amor en las distintas culturas que han existido a lo largo de la historia (Barron, Martínez-Íñigo, de Paul y Yela, 1999; Sternberg, 1998a; Yela, 2002), así como entre las culturas colectivistas e individualistas (Dion y Dion, 1993, 1996; Fehr, 2006), si bien es cierto que la globalización característica del mundo actual puede estar contribuyendo a disminuir esas diferencias (Lieberman y Hatfield, 2006).

De esta forma, pueden establecerse una serie de rasgos o características propias de nuestra cultura occidental y nuestra sociedad actual: igualdad de sexos y libertad de elección de pareja (Branden, 1988; Ovejero, 1998; Yela, 2002); vínculo entre los conceptos de amor, sexo y matrimonio (Barron et al., 1999; Hendrick y Hendrick, 1992; Yela, 2002); persistencia de 'mitos románticos' (Barron et al., 1999; Griffin, 2006; Yela, 2002); e influencia del capitalismo (Bauman, 2005), las telecomunicaciones y la aparición de las relaciones virtuales (Búrdalo, 2000; Cavia y Gordo, 2002).

Por último, desde esta perspectiva se defiende que las diferencias entre varones y mujeres en estrategias y comportamientos sexuales pueden explicarse mediante la Socialización Diferencial (Garaizabal, 1992; Nieto, 1989; Ubillos et al., 2001).

## **(c) Enfoque psicológico**

Dentro de este enfoque, y basándonos en algunas de las revisiones más completas y elaboradas que hemos encontrado (Carreño, 1991; Sangrador, 1993; Sternberg, 1987, 1988; Sternberg y Weis, 2006; Yela, 2002), hemos diferenciado dos bloques principales: en primer lugar, las teorías y modelos que han abordado el origen y evolución del amor; y, en segundo lugar, aquellos centrados en la naturaleza y estructura del amor (Figura 3).

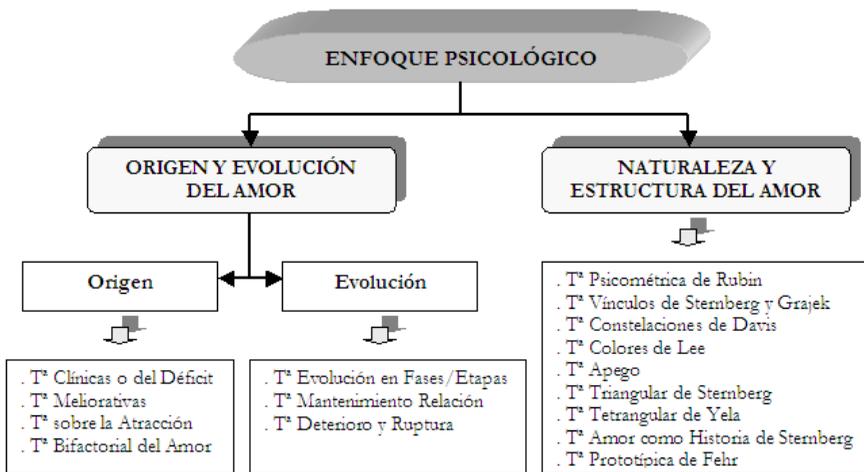


Figura 3. Enfoque Psicológico: modelos y teorías sobre el amor

Dentro del primer bloque ('modelos y teorías centrados en el origen y evolución del amor') distinguimos a su vez entre:

- (a) *Modelos y teorías centrados en el origen del amor*: teorías clínicas o del déficit (Freud, 1921, 1922; Fromm, 1956; Maslow, 1954, 1962; Peele y Brodsky, 1975; Reik, 1944; Tennov, 1979), teorías meliorativas (Montagu, 1975), teorías conductuales y cognitivas sobre la atracción, y la teoría bifactorial del amor pasional (Berscheid y Walster, 1974, 1981).
- (b) *Modelos y teorías centrados en el transcurso de la relación*: teorías sobre la evolución a lo largo de fases o etapas (teoría de los filtros, teoría del estímulo-valor-rol, teoría de la formación diádica, teoría de la penetración social, etc.), teorías sobre aspectos que contribuyen al mantenimiento de la relación (teorías cognitivas sobre la atracción, teoría económica del intercambio social, teoría de la equidad, teoría del nivel de comparación, teoría de la incertidumbre, ...) y, por último, aquellas teorías que se han centrado en el deterioro y la ruptura de la relación (decaimiento progresivo con el paso del tiempo, modelo en forma de 'U', teoría del guión, teoría de los procesos de imputación, teoría del secreto, ley del cambio o de la ganancia-pérdida, teoría de la tensión compromiso-independencia, etc.).

Por su parte, dentro del segundo bloque ('modelos y teorías centrados en la naturaleza y estructura del amor') agrupamos las principales aportaciones empíricas de:

- (a) *Teoría Psicométrica de Rubin* (1970, 1973): el amor está formado por tres componentes: necesidad dependiente de otra persona, predisposición a ayudar a la otra persona, y exclusividad y posesividad.
- (b) *Teoría de los Vínculos* (Sternberg y Grajek, 1984): defienden una concepción del amor similar al modelo de inteligencia de Thompson (1939), con una serie de vínculos entrelazados.
- (c) *Teoría de las Constelaciones* (Davis, 1985): el amor parte de la amistad, pero incluye además dos constelaciones o elementos: la pasión y la preocupación.

- (d) *Teoría de los Colores* (Lee, 1973): apoyándose en la metáfora de los colores, Lee diferencia entre estilos de amor primarios (Eros, Ludus, Storge) y secundarios (Manía, Pragma y Ágape). Esta teoría ha tenido gran apoyo y desarrollo (Hendrick y Hendrick, 2006), a la par que numerosos autores han pretendido relacionar estos estilos con otras variables, tales como la personalidad, la sexualidad, los estilos de apego, y otras variables sociodemográficas.
- (e) *Teoría del Apego*: con un origen claramente evolucionista, desde esta perspectiva ha crecido el interés de diversos autores, tras la aportación de Hazan y Shaver (1987), por la comprensión del fenómeno amoroso en relación con los estilos de apego infantiles.
- (f) *Teoría Triangular de Sternberg* (1986, 1987, 1988, 1997, 1998a, 2006): Sternberg ha propuesto una amplia teoría sobre el amor, según la cual se diferencian tres componentes: intimidad, pasión y compromiso. Estos tres componentes se representan mediante un triángulo, dan lugar (en función de su presencia o ausencia) a ocho tipos de amor, y presentan una evolución temporal diferenciada. Esta teoría goza de una gran aceptación y reconocimiento internacional.
- (g) *Teoría Tetrangular de Yela* (1995, 1996, 1997, 1998, 2002, 2006): desde la Universidad Complutense de Madrid, Yela desarrolla una teoría del amor que matiza y complementa la Teoría Triangular de Sternberg. El autor señala una serie de dificultades en la teoría anterior y propone cuatro componentes del amor: intimidad, pasión romántica, pasión erótica, y compromiso. Asimismo, Yela establece una evolución diferenciada de cada componente, y proporciona una visión temporal global de la relación en tres fases (enamoramiento, desarrollo o evolución de la relación, y desamor).
- (h) *Teoría del Amor como una Historia* (Sternberg, 1994, 1995, 1996, 1998b, 2006): las personas desarrollan, fruto de la interacción entre su personalidad o atributos y sus experiencias, una serie de historias en torno a lo que ellas consideran que las relaciones amorosas son o deberían ser.
- (i) *Teoría Prototípica del Amor* (Fehr, 1988, 2006): la autora se interesa por la percepción implícita sobre el amor que tienen las personas comunes (i.e., las no eruditas en el estudio del amor). Así, partiendo de la teoría de la categorización natural de Rosch (1973), encuentra que la complejidad que caracteriza a estas concepciones, realmente puede agruparse en dos conceptos: amor compañero y amor pasional.

## 2.2. Amor y satisfacción amorosa

Se han estudiado una serie de variables que repercuten en mayor o menor medida en la satisfacción experimentada por una pareja (Yela, 2002):

- (a) *Factores psicológicos individuales*: expectativas y proceso de idealización (a mayor idealización, mayor satisfacción experimentada), ajuste entre lo esperado y lo percibido, no percepción de alternativas reales mejores, equidad percibida en la relación, sentimientos amorosos recíprocos e intensos, equilibrio percibido entre compromiso e independencia, apoyo emocional percibido, satisfacción general y sexual, experiencias previas amorosas y sexuales positivas, celos y actitud hacia la fidelidad sexual, estilo amoroso (Eros) y estilo de apego (seguro), abandono de los mitos románticos, percepción de determinadas características en la propia pareja, atractivo físico percibido en uno mismo, y distintas variables de personalidad.
- (b) *Factores sociodemográficos*: sexo (diferencias entre varones y mujeres en relación con

distintos aspectos de la relación), edad (características propias del amor en las distintas etapas del ciclo vital), estado civil (o convivencia), aparición de los hijos, situación socio-económica, nivel de estudios, actitudes y creencias religiosas.

- (c) *Factores referidos a la dinámica de la relación de pareja*: habilidades de comunicación y solución de problemas, intimidad y autorrevelaciones recíprocas, similitud y complementariedad, vida sexual satisfactoria, celos, equilibrio de poder, colaboración doméstica, etc.
- (d) *Factores interpersonales diferentes a la propia pareja*: la familia, el grupo de referencia, el grupo de iguales, o las redes de apoyo social.

### 2.3. Métodos y técnicas de evaluación del amor

El amor, como el resto de constructos psicológicos, no puede evaluarse directamente, sino que debemos inferirlo a partir de determinados indicadores. Para evaluar el amor, los instrumentos más ampliamente desarrollados y utilizados han sido los *cuestionarios, escalas y autoinformes*.

Entre estos instrumentos, podemos destacar por su relevancia y mayor utilización las siguientes escalas:

- (a) Escalas de Cariño y Amor de Rubin (1970, 1973) –*Like and Love Scales*-. Dos escalas tipo Likert, cada una con 13 ítems: una con ítems característicos del cariño (atributos más afines a la amistad) y otra con aquellos característicos del amor.
- (b) Escala de Actitudes del Amor de Hendrick y Hendrick (1986, 1990; Hendrick, Hendrick y Dicke, 1998) –*Love Attitude Scale, LAS*-. Escala tipo Likert con seis sub-escalas, que conforman los tipos de amor establecidos por Lee (1973).
- (c) Escala Triangular del Amor de Sternberg (1988, 1997) –*Triangular Love Scale*-. Escala tipo Likert que agrupa los tres componentes propuestos en su teoría (compromiso, intimidad y pasión).
- (d) Escala Tetrangular del Amor de Yela (1995, 1996, 2006). Desde la Universidad Complutense de Madrid, Yela desarrolló esta escala tipo Likert, formada por cuatro componentes: pasión erótica, pasión romántica, intimidad y compromiso.
- (e) Escala de Historias de Amor de Sternberg (1996; Sternberg, Hojjat y Barnes, 2001) –*Love Stories Scale*-. Formada por 25 sub-escalas, cada una destinada a una historia de amor (e.g.: adicción, arte, negocios, colección, etc.).

### 2.4. El amor en personas con discapacidad intelectual

A pesar del desarrollo científico acaecido en el estudio del amor, sin embargo este interés todavía no se ha extrapolado al campo de las personas con discapacidad, y mucho menos a la discapacidad intelectual. Es cierto que se han producido avances en el área de la discapacidad, pero también lo es que el interés se ha centrado en aspectos relacionados con la sexualidad y la salud sexual, olvidando el estudio del amor en sí mismo.

Prueba de esta ‘atención selectiva’ al estudio del amor en personas con DI es el hecho de que, tras realizar una búsqueda en las bases de datos principales (ERIC, Medline, PsycInfo) desde 1987 hasta 2007, las pocas referencias que aparecen al introducir los términos ‘*loveloving*’ y ‘*mental retard*\* / *intellectual disabilit*\* / *learning disabilit*\*\*’ referidas especí-

ficamente al amor de pareja se centran mayoritariamente en aspectos más vinculados con sexualidad (e.g.: salud sexual, barreras o educación afectivo-sexual).

Este interés selectivo en el estudio de las relaciones amorosas tiene una antecedente histórico: desde años atrás, la atención a la conducta afectivo-sexual y amorosa de las personas con DI ha estado marcada por la *corriente eugenista* (Aguado, 1995; Block, 2000; Scheerenberger, 1984), centrando su preocupación en evitar que estas personas tuvieran descendencia. Esta preocupación conllevó la adopción de medidas como la esterilización, la segregación y la institucionalización.

Posteriormente, estas medidas dieron paso a otras más preocupadas por la intervención en la comunidad o la inclusión, sin embargo las necesidades afectivo-sexuales continuaron negadas u olvidadas (Cambridge y Mellan, 2000; Löfgren-Martenson, 2004; Servais, 2006). Así, en general la vida afectivo-sexual de las personas con DI ha estado guiada (y todavía hoy permanece subyacente) por una visión claramente contradictoria (Bernard, 1999; Block, 2000): por un lado, son personas vulnerables (víctimas potenciales), y por otro lado, presentan una sexualidad incontrolada, que les convierte en una amenaza (abusadores potenciales).

Con este panorama, no es de extrañar que en los estudios haya analizado la frecuencia de ciertas conductas sexuales (Gust, Wang, Grot, Ransom y Levine, 2003; Servais, Jacques, Leach, Conod, Hoyois, Dan y Roussaux, 2002), descrito la existencia de mitos y barreras actitudinales (Amor, 1997; Campo, 2003; Fierro, 2000; López, 2002), evaluado sus conocimientos, actitudes y experiencias (Galea, Butler, lacono y Leighton, 2004; McCabe, 1999; Szollos y McCabe, 1995) o, por último, propuesto pautas para el desarrollo de programas de educación afectivo-sexual (Alcedo, Aguado y Arias, 2006; Löfgren-Martenson, 2004; López, 2002, 2006; McCabe, 1999; Morentin, 2005; Morentin, Arias, Rodríguez y Aguado, 2006; Rodríguez, López, Morentin y Arias, 2006).

Sin embargo, salvo raras excepciones (Arias, Morentin, Verdugo y Rodríguez, 2006; Knox y Hickson, 2001), prácticamente no se han encontrado estudios sobre los modelos teóricos subyacentes a la comprensión del amor en esta población con DI, ni se han diseñado nuevas escalas o adaptado las escalas ya existentes de evaluación del amor.

#### **2.4.1. Desarrollo afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual**

Las personas con DI tienen las mismas mismas necesidades socio-afectivas y sexuales que el resto de las personas (Arias y Morentin, 2004; Cheausuwantave, 2002; Löfgren-Martenson, 2004; López, 2002, 2006), necesidades que deben satisfacerse para su correcto desarrollo y bienestar.

Sin embargo, lo que parece diferenciar a las personas con discapacidad es que, bien por sus propias limitaciones o bien por la falta de oportunidades de que disponen, no tienen las mismas posibilidades de resolverlas (López, 2002). Se ha señalado frecuentemente que estas personas suelen carecer de experiencias normalizadas de interacción social (Block, 2000; Carson y Doherty, 2002; Forrester-Jones, Carpenter, Coolen-Schrijner, Cambridge, Tate, Beecham, Hallam, Knapp y Wooff, 2005), lo cual limita su vida interpersonal, afectiva y sexual.

Asimismo, además de tener restringido el acceso a entornos normalizados (frecuentemente residen en o acuden a entornos estrictamente 'vigilados'), conviven con actitudes sobreprotectoras de sus familiares que dificultan el establecimiento de relaciones interpersonales normalizadas (García, 2005; Löfgren Martenson, 2004; López, 2002), y no disponen de modelos positivos cercanos.

Todo ello conlleva un déficit en conocimientos, experiencias, habilidades y actitudes sobre las relaciones amorosas y sexuales (Galea et al., 2004; Gust et al, 2003; Lesseliers y Van Hobe, 2002; McCabe, 1999). Pero, además, implica que puedan desarrollar imágenes no realistas y expectativas no ajustadas con la realidad (Gordon, Tschopp y Feldman, 2004; Howland y Rintala, 2001; Lesseliers y Van Hove, 2002; López, 2002), generalmente más positivas de lo esperable (Arias et al., 2006; Knox y Hickson, 2001).

En este sentido, no debe olvidarse que la idealización se relaciona en gran medida con la influencia de los medios de comunicación, con las historias de amor que aparecen en cuentos, novelas, películas, series y canciones (Griffin, 2006; Sternberg, 1998a).

Esto justifica la necesidad de desarrollar programas de educación afectivo-sexual (Davies, 2000; López, 2002) que sean eficaces (Morentin *et al.*, 2006) y que contribuyan positivamente, y con cambios reales, al desarrollo integral de esta población.

Estos programas, también deberían abordar (aunque no exclusivamente, puesto que los programas deben ofrecer una visión positiva, sin centrarse exclusivamente en los riesgos) la atención a contenidos sobre salud sexual, que hoy en día preocupan a la sociedad (WHO, 2005): evitar embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y proteger contra el abuso sexual.

#### **2.4.2. Actitudes hacia la afectividad y sexualidad de las personas con discapacidad intelectual**

Las actitudes de la sociedad, de los profesionales y los familiares constituyen un aspecto clave. Tal como sugiere Löfgren-Martenson (2004), una vez derribados los muros de la segregación, las personas más próximas, con sus actitudes, pueden convertirse en auténticos 'muros institucionales'.

La sociedad, en general, asume una serie de tópicos y mitos respecto a la sexualidad, a los cuáles se unen otros más específicos en torno a la discapacidad (Amor, 1997; Cardenal, 2002; Chivers y Mathieson, 2000; García, 2005; López, 2002; Milligan y Neufeldt, 2001), como por ejemplo: creer que son ángeles asexuados, considerar que tienen una sexualidad exacerbada y demasiada motivación sexual, que no necesitan información ni educación al respecto (puesto que despeararía su sexualidad), etc.

Por su parte, parece que las actitudes de los profesionales están progresando hacia posturas más liberales, pero en realidad este progreso está todavía circunscrito a expresiones reducidas de la afectividad y la sexualidad: es decir, aunque ya no suelen aparecer problemas en aceptar el derecho a la sexualidad, las dificultades surgen en torno al matrimonio, la expresión de sus conductas sexuales y la posibilidad de tener hijos (Cuskelly y Bryde, 2004; Karellou, 2003). Estas dificultades son mayores cuanto mayores son las necesidades de apoyo de

las personas con discapacidad, siendo general la aceptación de la esterilización y la privación de descendencia para estas personas (Anderson y Kitchin, 2000; Wolfe, 1997).

Estas actitudes son frecuentemente compartidas por los familiares, quienes además ponen en juego actitudes sobreprotectoras (bajo la 'sana' intención de evitar posibles riesgos), que limitan las posibilidades de desarrollo de las personas con discapacidad (López, 2002).

### **2.4.3. Conducta afectivo-sexual, relaciones de pareja, amor y enamoramiento**

En general, los distintos estudios han alcanzado resultados poco consistentes, pues los datos varían en función de (Finlay y Lyons, 2001; Servais, 2006): el diseño, el tipo de instrumento, las características de la muestra, el contexto donde residen, la fuente de información, o el tipo de información (íntima, muy personal) que se solicita.

#### **(a) Conducta afectivo-sexual**

Los estudios sobre conducta afectivo-sexual se han centrado en los comportamientos inapropiados, el abuso, la victimización o cuestiones relacionadas con la reproducción, olvidando el discurso sobre el placer y, en definitiva, un enfoque más positivo sobre la sexualidad (Tepper, 2000). Por otro lado, la mayoría de estos estudios han utilizado fuentes de información secundarias (e.g.: Diederich y Graecen, 1996; Gust *et al.*, 2003; Servais *et al.*, 2002), aunque también existen estudios que han extraído la información de las propias personas con discapacidad (e.g.: McCabe, 1999; McGillivray, 1999).

En general, se han centrado en relaciones heterosexuales, se ha señalado la masturbación como una de las conductas sexuales más frecuentes (¿qué otras opciones tienen?), y se ha encontrado que las personas con menores necesidades de apoyo son sexualmente más activas que aquellas con mayores necesidades.

Asimismo, las mujeres con DI suelen encontrarse en una situación incluso más deficitaria, al unirse a la discapacidad el papel de los roles de género y la educación (Anderson y Kitchin, 2000; García de la Cruz y Zarco, 2004; Malón, 2007; Pérez Opi y Landarroitajuregi Garai, 2007; Stinson, Christian y Dotson, 2002; Torices y Bonilla, 2004): han recibido menor educación sexual, menor atención de sus necesidades, han sido sometidas a un mayor control, han dispuesto de menores oportunidades de interacción socio-afectiva y han sido en muchos casos esterilizadas.

#### **(b) Relaciones de pareja**

Aunque en menor medida, algunos autores se han interesado por el establecimiento de relaciones de pareja estables.

En este caso, se ha destacado la dependencia de otras personas a la hora de tomar decisiones muy personales sobre sus propias vidas, de suerte, que son otros los que deciden por ellos, los que evalúan si algo es adecuado o no, los que juzgan sus vidas, olvidándose muchas veces incluso de preguntarles a ellos mismos (Block, 2000; O'Toole y Doe, 2002).

Además, esto sucede cuando las propias personas con DI (con menores necesidades de apoyo) están demandando y expresando su deseo de establecer una relación amorosa, casarse o incluso formar una familia (Brown, 1994; Riera, 2003; Servais, 2006).

### **(c) Amor y enamoramiento**

Especialmente escasos han sido los estudios que se han interesado por el amor y el enamoramiento en personas con DI. Entre estas excepciones, aunque aplicado a la discapacidad física, encontramos el estudio desarrollado por Cheausuwantavee (2002) con 25 personas con discapacidad física y 76 sin discapacidad en Tailandia. En este estudio, además de evaluar aspectos relacionados con la sexualidad, se incluye un apartado de evaluación de la percepción del amor (siguiendo los tres componentes de la Teoría Triangular de Sternberg), concretamente sobre el tipo de relación amorosa que desean y la pareja que les gustaría.

Los resultados pusieron de manifiesto la falta de diferencias entre las personas con y sin discapacidad respecto al tipo de relación amorosa que desean: ambos señalan en primer, segundo y tercer lugar respectivamente, 'intimidad', 'compromiso' y 'pasión'. Sin embargo, sí se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos (con y sin discapacidad) en relación a la selección de la pareja que les gustaría: intimidad y atractivo físico fueron más enfatizadas por las personas sin discapacidad y, de hecho, todas las variables consideradas para la selección de la pareja ideal (e.g.: similaridad, proximidad, reciprocidad, atractivo físico) fueron consideradas menos importantes en las personas con discapacidad.

Si nos centramos en las personas con DI, Knox y Hickson (2001) entrevistaron a cuatro personas con DI sobre lo que consideraban relaciones íntimas. Así, los participantes separaron dos tipos de relaciones: buenos amigos y novios. A pesar de las claras limitaciones por el tamaño de la muestra, es interesante considerar que las dos personas que indicaron tener en ese momento relaciones de pareja, describieron esta relación de la siguiente manera:

- (a) La relación era definida principalmente por los sentimientos de intimidad (que diferenciaban esta relación de una relación de amistad meramente). Se destacaba también el atractivo físico de la pareja, aparecía el deseo de compromiso y cambios en la relación, con las expectativas de poder casarse y tener hijos (aunque con una visión bastante idealizada y romántica, donde la continuidad de la relación se focaliza en el hecho precisamente de casarse y tener hijos).
- (b) Los implicados indicaban poner en marcha determinadas estrategias para mantener su relación de pareja: salir juntos y disfrutar del tiempo juntos, compartir intereses, tener tiempo para ellos solos, poder disfrutar de la intimidad, hablar de los planes de futuro.

En nuestro contexto, Arias, Morentin, Verdugo y Rodríguez (2006) aplicaron una versión adaptada (y simplificada en su redacción) de la Escala Triangular de Sternberg a una muestra de 75 personas adultas con DI, obteniendo entre otros los siguientes resultados:

- (a) Se obtienen puntuaciones elevadas en todos los componentes (especialmente en intimidad, seguido de pasión y, finalmente compromiso), mostrándose una marcada distribución asimétrica negativa.

- (b) Aparecen diferencias significativas respecto a la edad (el grupo con puntuaciones más elevadas es el de entre 26 y 30 años), la ubicación institucional (puntuaciones más elevadas en el ámbito residencial que en el educativo) y el hecho de tener pareja (puntuaciones superiores en todos los componentes entre aquellos con pareja en el momento del estudio). Sin embargo, no se observan diferencias significativas en función del sexo y el nivel de funcionamiento.
- (c) La Escala Triangular muestra un elevado coeficiente de fiabilidad alfa (Alfa de Cronbach = .954) y una estructura factorial coherente con la propuesta por Sternberg: tres componentes explicativos del 68.427% de la varianza común ('intimidad' explicaría el 32.787% de la varianza, 'pasión' el 20.940% y 'compromiso' el 14.700%).

Como hemos comentado, la visión altamente positiva (incluso irrealista) de las relaciones amorosas que se constata en esta población puede explicarse (al menos en parte) por la falta de acceso a la información y la falta de entornos normalizados, así como el no disponer de modelos positivos cercanos (Gordon, Tschopp y Feldman, 2004; Howland y Rintala, 2001; Lesseliers y Van Hove, 2002; López, 2002).

### **3. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL: BIENESTAR EMOCIONAL**

El estudio científico del constructo de calidad de vida comenzó en la década de los 50 y los años 60 del siglo pasado (Gómez-Vela y Sabeh, 2000; Gómez-Vela y Verdugo, 2003). Desde entonces ha recibido progresivamente una mayor atención multidisciplinar.

En el campo de la discapacidad intelectual, donde su despegue definitivo se produce en los años 80, este constructo goza de una indiscutible hegemonía en la actualidad, al ofrecer un marco coherente con los cambios de los últimos años en el acercamiento a la discapacidad (importancia de los apoyos, satisfacción, salud, planificación centrada en la persona, etc.).

#### **3.1. Calidad de vida en personas con discapacidad intelectual**

La relevancia del enfoque de calidad de vida en el ámbito de las personas con discapacidad se pone de manifiesto al utilizarse como un constructo social, una noción sensibilizadora, un criterio de evaluación de la efectividad de los servicios, un fin de los programas de servicios sociales, un agente de cambio y un tema unificador (Verdugo y Schalock, 2001; Schalock, 2004, 2006; Schalock y Verdugo, 2003, 2006).

En la actualidad, a raíz de las propuestas de la Asociación Internacional para el Estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (IASSID) en el año 2000 y su desarrollo posterior en el 2004, existe cierto consenso en relación con los principales criterios y principios de conceptualización, medición y aplicación práctica de este constructo (Brown y Brown, 2005; Verdugo y Schalock, 2001, 2006; Verdugo, Schalock, Keith y Stancliffe, 2005; Schalock, 2005, 2006; Schalock y Verdugo, 2003, 2006). Estos principios se recogen en la Tabla 1.

Tabla 1. Principios de conceptualización, medición y aplicación de la calidad de vida

<b>Conceptualización</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se compone, para personas con DI, de los mismos factores, indicadores y relaciones que son importantes para aquellos que no la tienen.</li> <li>- Se experimenta cuando las necesidades de una persona están satisfechas, así como cuando se tiene la oportunidad de perseguir una vida enriquecida en los contextos principales de la vida. Sin embargo, no se vincula exclusivamente con la satisfacción de necesidades, ni con la obtención de oportunidades (Cummins, 2005a).</li> <li>- Tiene componentes objetivos y subjetivos, pero se refiere principalmente a la percepción general de bienestar o satisfacción del individuo (sobre la calidad de vida que él experimenta).</li> <li>- Está basada en las necesidades, elecciones y control individual. La calidad de vida se mejora con la autodeterminación, los recursos, el propósito de vida y un sentido de pertenencia.</li> <li>- Es un constructo multidimensional influenciado por factores personales y ambientales. Por ello, los modelos de calidad que se adopten deben ser multidimensionales y contextuales.</li> </ul>
<b>Medición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calidad de vida evalúa el grado en que las personas tienen experiencias vitales importantes y valoradas por ellas. El significado de dichas experiencias varía en función del tiempo y la cultura. Asimismo, la medición de la calidad de vida representa la ubicación en un continuum, que va desde 'lo peor' hasta 'lo mejor'.</li> <li>- Al medir calidad de vida se posibilita que los individuos avancen en el logro de una vida significativa apreciada y valorada por ellos. Consecuentemente, la medición se abarca desde un enfoque del ciclo vital.</li> <li>- Esta medición valora el grado en que las dimensiones vitales contribuyen al logro de una vida plena e interconectada. Para ello, se precisan procedimientos cuantitativos (indicadores clave de la plenitud e interconexión de vida en dimensiones específicas) y cualitativos (aspectos dentro de cada dimensión).</li> <li>- Calidad de vida se mide en los ambientes significativos de la persona, asumiéndose un enfoque ecológico. Cuando la evaluación sea realizada por otra persona (porque ella misma no puede) debe identificarse claramente esta condición (en estos casos, los métodos más útiles son observación y observación participante).</li> <li>- La medición de la calidad de vida de las personas se basa tanto en experiencias humanas comunes como en experiencias de vida únicas, individuales. Por tanto, se recurre a información tanto de tipo objetivo (frecuencia y cantidades de indicadores observables) como de tipo subjetivo (percepciones, nivel de satisfacción), así como se puede considerar su significado o valor tanto para un grupo como para un individuo.</li> </ul>
<b>Aplicación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe aumentar el bienestar de la persona dentro de cada contexto cultural (se aplica a la luz de la herencia cultural y étnica del individuo).</li> <li>- Colaborar para promover un cambio a nivel de la persona, el programa, la comunidad y a nivel nacional. Los principios de calidad de vida deben tener un sitio destacado en la educación y formación profesional.</li> <li>- Aumentar el grado de control personal y de oportunidades individuales ejercido por el individuo en relación con sus actividades, intervenciones y contextos. Los principios de calidad de vida deben ser la base de las intervenciones y los apoyos.</li> <li>- Ocupar un papel prominente en la recogida de evidencias, especialmente para identificar predictores significativos de una vida de calidad, y para valorar el grado en que los recursos seleccionados mejoran los efectos positivos. Así, las aplicaciones de calidad de vida han de estar basadas en evidencias.</li> </ul>

Por otro lado, se han propuesto distintos modelos de comprensión del constructo de calidad de vida en personas con DI (e.g.: Borthwick-Duffy, 1992; Cummins, 1996; Felce, 1997; Schalock, 1996b, 2000; Schalock y Verdugo, 2003; WHO, 1997). Entre ellos pueden constatare ciertos solapamientos en relación con la manera de entender la calidad de vida, o con las dimensiones que conforman este constructo. En los últimos años, hemos asistido a una evolución hacia modelos cada vez más operativos y mejor articulados y delineados (Schalock, 2006; Schalock y Verdugo, 2003).

Expondremos a continuación brevemente las principales características de uno de los modelos que ha tenido reconocimiento y aceptación internacional, del cual partimos en la elaboración de este estudio: el modelo heurístico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003).

### 3.1.1. Modelo heurístico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003)

Schalock empezó a proponer su modelo en torno a 1990 y, desde entonces, se han ido asumiendo ciertas matizaciones y reformulaciones (Schalock, 1996a, 1997; Schalock y Verdugo, 2003). Desde este modelo se define calidad de vida como 'un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos' (Verdugo y Schalock, 2001; p. 108).

Schalock y Verdugo (2003) proponen tres componentes principales en este modelo (Figura 4):

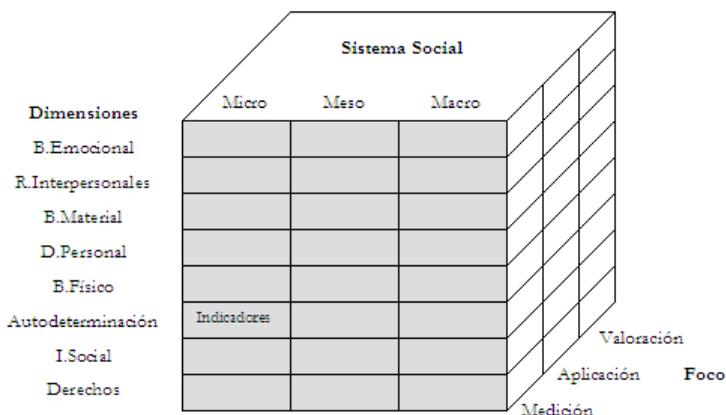


Figura 4. Modelo heurístico de calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003; p. 46)

- (a) *Dimensiones e indicadores de calidad de vida*: ocho dimensiones (bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos) y 24 indicadores.
- (b) *Perspectiva de sistemas sociales*: microsistema, mesosistema y macrosistema.
- (c) *Tres focos posibles*: medición, aplicación y valoración.

Partiendo de este modelo, desde el Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, se está desarrollando una *Escala Integral de Evaluación de Calidad de Vida para Personas con Discapacidad Intelectual* (Verdugo, Arias y Gómez, 2006). Esta escala está compuesta por dos subescalas: (a) escala subjetiva (contestada por la propia persona con discapacidad), y (b) escala objetiva (contestada por los profesionales).

En el momento de elaboración del estudio, esta escala se encontraba en fase de elaboración y revisión (Verdugo y cols., en prensa) y en ella se diferenciaban igualmente dos partes: (a) Sub-escala para ser cumplimentada por profesionales (38 ítems de respuesta dicotómica), y (b) Sub-escala para ser cumplimentada por personas con discapacidad intelectual (70 ítems tipo Likert en relación con las ocho dimensiones de calidad de vida).

### **3.2. Bienestar emocional en el marco de la calidad de vida**

Dada la amplitud del constructo de calidad de vida, en el estudio nos hemos centrado en la dimensión que consideramos más estrechamente vinculada al amor: bienestar emocional (i.e., 'estar' 'bien' en relación con el mundo de las emociones).

De hecho, el amor se relaciona con la felicidad, la satisfacción general, la salud física y mental, el bienestar y la calidad de vida (Chiappo, 2002; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Yela, 2002). Asimismo, la sexualidad, como elemento de salud y bienestar, es un aspecto relacionado con la calidad de vida: llevar una vida sexual saludable conlleva grandes ventajas para nuestro equilibrio y bienestar emocional (Navarro Guzmán, 2000).

#### **(a) La dimensión de bienestar emocional**

El bienestar emocional es uno de los indicadores de salud, en su sentido más amplio y positivo (que abarca además el bienestar físico y el social) propuesto por la OMS (2001) y apoyado por la AAMR (2002).

Quizás por esta relevancia, el bienestar emocional suele incluirse de una u otra manera entre las dimensiones del constructo de calidad de vida en personas con DI (Cummins, 1996, 1997; Felce, 1997; Felce y Perry, 1996; Schalock y Verdugo, 2003). Además, supone un punto de convergencia con la Psicología Positiva, que en los últimos años está realizando valiosas aportaciones al campo de la DI (Dillon y Carr, 2007; Dykens, 2006; Lancioni, Singh, O'Reilly, Oliva y Basili, 2005; Schalock, 2003; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Shogren, Wehmeyer, Buchanan y López, 2006), y desde la que se considera la dimensión de bienestar emocional la más cercana al concepto de felicidad (Dykens, 2006).

Sin embargo, a pesar de esta relevancia, el estudio del bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual no ha recibido toda la atención que debiera (Arthur, 2003; Sheeny y Nind, 2005). En esta línea, Schalock y Verdugo (2003), tras revisar la literatura existente desde 1985 hasta 1999, la sitúan en condiciones similares de atención recibida por los estudios que desarrollo personal y bienestar físico, y en todo caso por detrás de inclusión social, relaciones interpersonales, autodeterminación y bienestar material; la dimensión menos estudiada de todos es derechos.

#### **(b) Bienestar emocional e integración social (soledad)**

Hoy en día está aceptado por todos la desinstitucionalización, pero el problema es considerar esta inmersión en la comunidad como base de la calidad de vida per se, ignorando las consecuencias sociales (e.g.: soledad) que se derivan si no se trabaja para promocionar la integración real en la comunidad (Cummins y Lau, 2003). Es decir, la integración en la comunidad, simplemente física, no es suficiente ni necesariamente beneficiosa para las personas, puesto que el bienestar subjetivo está vinculado con la integración social (Bramston, Bruggerman y Pretty, 2002; Cummins y Lau, 2003).

Por tanto, no hay que olvidar que para fomentar este bienestar es fundamental disponer de redes sociales adecuadas de afecto y amistad, aspecto que resulta frecuentemente

deficitario en esta población, lo que deriva en sentimientos de soledad (Cummins y Lau, 2003; Forrester-Jones, Carpenter, Cambridge, Tate, Hallam, Knapp y Beecham, 2002; McConkey, 2007; McVilly, Stancliffe, Parmenter y Burton-Smith, 2006; Riera, 2003).

### **(c) Bienestar emocional y amor**

Por otro lado, aunque en población sin discapacidad se acepta la relevancia de la vida amorosa y sexual en el bienestar y la calidad de vida, sin embargo esto parece olvidarse cuando nos referimos a las personas con discapacidad (Karellou, 2003; Lacasta, 2000; McCabe, Cummins y Deeks, 2000). Es cierto que van apareciendo algunos estudios sobre satisfacción y autoestima, pero en personas con discapacidad física y centrados en aspectos sexuales (Kedde y Van Berlo, 2006; McCabe, Taleporos y Dip, 2003; Taleporos y McCabe, 2002). Estos estudios suelen encontrar resultados positivos, los cuáles pueden intentar explicarse recurriendo por ejemplo a la Teoría Homeostática del Bienestar Subjetivo (Cummins, 2003, 2005b; Cummins y Nistico, 2002), que explica el mantenimiento de la visión positiva, a pesar de las condiciones relativamente adversas.

En el modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003) tampoco se incluye ningún indicador sobre el amor en la dimensión de bienestar emocional, aunque aparece 'intimidad' en la dimensión de relaciones interpersonales (quizás por considerar la tenencia o no de pareja, o las oportunidades para desarrollar una relación). Desde nuestro punto de vista, la percepción o vivencia del amor (como experiencia subjetiva, y no tanto el hecho en sí de tener o no pareja) repercutiría en el bienestar emocional (por su vínculo claro con el mundo de las emociones).

En todo caso, tampoco en la dimensión de relaciones interpersonales las relaciones afectivas, sexuales y de intimidad han suscitado mucho interés y atención, centrándose los estudios en las relaciones sociales de amistad, familia y compañeros de trabajo o de residencia (Schalock y Verdugo, 2003).

Consecuentemente, las relaciones amorosas (bien incluidas en la dimensión de bienestar emocional, bien incluidas en otra dimensión) no han recibido la atención que se merecen en el movimiento de la calidad de vida (Forrester-Jones et al., 2002). De hecho, aunque en la dimensión de relaciones interpersonales del modelo de Schalock y Verdugo -2003- se incluye un indicador de 'intimidad', sin embargo, en la escala de la que hemos extraído los ítems no hemos encontrado ninguno relacionado específicamente con las relaciones de pareja. Por el contrario, los indicadores utilizados con mayor frecuencia en bienestar emocional son la satisfacción y el indicador general de bienestar psicológico o emocional (Schalock y Verdugo, 2003).

Puesto que la dimensión afectivo-sexual es un factor determinante en la salud y en la calidad de vida (Lacasta, 2000) de las personas con DI, al igual que en el resto de las personas (de hecho, la calidad de vida se compone para personas con DI, de los mismos factores, indicadores y relaciones que son importantes para aquellas personas que no la tienen -Verdugo y Schalock, 2001; Schalock y Verdugo, 2003-), las relaciones íntimas y amorosas deberían ser consideradas en el marco de este movimiento de la calidad de vida.

Es más, el constructo multidimensional de calidad de vida se considera '*influenciado por*

factores personales y ambientales, tales como **las relaciones de intimidad**, la vida familiar, la amistad, el trabajo, el vecindario, la ciudad o lugar de residencia, la vivienda, la educación, la salud, el nivel de vida y el estado de la propia nación'. (Schalock y Verdugo, 2003; p. 41 –la negrita ha sido puesta por los autores de este estudio-).

## SEGUNDA PARTE

### ESTUDIO EMPÍRICO

#### 4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El desarrollo del estudio ha estado guiada por una serie de **objetivos** generales. Así, en primer lugar, pretendíamos *analizar las relaciones de pareja y las percepciones sobre el amor en personas adultas con discapacidad intelectual*. Este gran objetivo se concreta en los siguientes:

- (a) Elaborar y validar una escala que permita analizar el amor y las relaciones de pareja en personas con DI.
- (b) Analizar el modelo conceptual subyacente de amor en personas adultas con DI.
- (c) Describir y analizar diversos aspectos relacionados con las relaciones de pareja, tanto generales (satisfacción, reconocimiento de los demás, valoración global y percibida) como específicos en personas con discapacidad intelectual (e.g.: papel e implicación de la familia).
- (d) Analizar la existencia de diferencias en la percepción y conceptualización del amor y en los aspectos relacionados en función de diversas variables sociodemográficas.
- (e) Valorar los resultados, estableciendo la existencia de diferencias y paralelismos con los resultados encontrados en investigaciones previas sobre el amor, desarrolladas tanto con población sin discapacidad como en población con discapacidad.

En segundo lugar, nos propusimos *interpretar los resultados desde el marco actual de calidad de vida (concretamente bienestar emocional), área especialmente presente en los estudios vigentes sobre discapacidad intelectual*. Dada la complejidad y amplitud de los estudios sobre calidad de vida, en nuestro caso, consideramos oportuno centrarnos en una de las dimensiones de dicho constructo: bienestar emocional. El hecho de concretar la investigación en aspectos de carácter más subjetivo (valoración, percepción) del estudio del amor y las relaciones de pareja justificó la elección de esta dimensión (i.e., de habernos centrado en cuantificar o determinar si tienen relaciones amorosas o no, o si disfrutaban de oportunidades para poder establecer relaciones de pareja, igual hubiera sido preferible abordar, por ejemplo, la dimensión de relaciones interpersonales). En todo caso, somos conscientes de la interrelación existente entre todas las dimensiones del constructo. Este objetivo se concreta en los siguientes:

- (a) Extraer, de los estudios existentes, una serie de ítems que valoren el bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual.
- (b) Analizar el bienestar emocional en las personas con discapacidad intelectual.
- (c) Analizar si existen diferencias en bienestar emocional en función de distintas variables sociodemográficas.
- (d) Analizar la relación entre bienestar emocional y percepción del amor y enamoramiento en personas con discapacidad.
- (e) Analizar las relaciones entre bienestar emocional y los aspectos relacionados con el

amor, considerando tanto los de carácter general (satisfacción, reconocimiento de los demás, valoración global y percibida) como los específicos (papel e implicación de la familia).

- (f) Valorar los resultados, proponiendo un modelo que relacione bienestar emocional (dentro del constructo de calidad de vida) y las relaciones de pareja en personas con discapacidad intelectual.

Por último, con la realización de este estudio, pretendemos *contribuir al estudio de las relaciones de pareja y al estudio de la calidad de vida (bienestar emocional) en personas con discapacidad intelectual, mediante la apertura de nuevas vías de investigación y la aportación de reflexiones, implicaciones prácticas y consideraciones en pro del desarrollo integral óptimo de las personas con discapacidad.*

Expuestos los objetivos del estudio, pasamos a continuación a señalar las principales **hipótesis** que guiarán el proceso de investigación:

*Hipótesis 1:* Las personas con discapacidad intelectual disponen de un modelo conceptual de amor similar, en sus aspectos neutrales, al modelo existente en personas sin discapacidad.

*Hipótesis 2:* La percepción y valoración de las personas con discapacidad intelectual de sus relaciones de pareja está marcada por cierta idealización y fantasía, por una falta de realismo.

*Hipótesis 3:* Existe relación entre la percepción global del amor y los aspectos generales relacionados (valoración global, satisfacción, estatus y reconocimiento).

*Hipótesis 4:* En el campo afectivo de las personas con discapacidad intelectual las variables relacionadas con las posibilidades del contexto (concretamente la intromisión familiar y la autodeterminación manifestada ante ella) son de gran relevancia.

*Hipótesis 5:* Existe relación entre, por una parte la percepción global del amor y los aspectos relacionados (generales y específicos), por otra parte, distintas variables sociodemográficas, de manera similar a como sucede en personas sin discapacidad.

*Hipótesis 6:* Los resultados en bienestar emocional en las personas con discapacidad intelectual serán positivos, en la línea de lo encontrado generalmente en estudios sobre calidad de vida.

*Hipótesis 7:* Existe relación entre la percepción del amor y el bienestar emocional manifestado.

*Hipótesis 8:* Existe relación entre los aspectos relacionados con las relaciones de pareja (valoración global, satisfacción, estatus, y familia y autodeterminación) y el bienestar emocional.

*Hipótesis 9:* Existen diferencias significativas en bienestar emocional en función de distintas variables sociodemográficas.

*Hipótesis 10:* Es posible establecer un modelo teórico que relacione bienestar emocional, percepción del amor y aspectos relacionados con las relaciones de pareja.

## 5. MÉTODO

### 5.1. Participantes

La muestra teórica estuvo compuesta por 411 personas adultas con DI que asistían a algún centro, asociación u organización en la Comunidad Autónoma de Castilla y León (España), concretamente en las provincias de Burgos, Palencia, Salamanca y Valladolid. No obstante, con el fin de depurar los datos obtenidos, se decidió eliminar de la muestra aquellos sujetos que obtuvieron puntuaciones con una excesiva asimetría negativa (media en la Escala Específica superior a 3.9 y desviación típica inferior a .03), por considerar que, aun cuando disminuyera el número de sujetos del estudio, sin embargo esto redundaría en la calidad de los datos obtenidos. Esto supuso la eliminación de 35 sujetos, por lo que la muestra real se compuso de *376 personas adultas con discapacidad intelectual*.

El procedimiento de muestreo fue incidental, en virtud de la disposición de las organizaciones de dichas provincias a colaborar. Los requisitos que se solicitaron para participar en el estudio fueron: personas adultas (> 18 años) con discapacidad intelectual, con un nivel de funcionamiento medio o medio-alto, que tuvieran pareja en la actualidad o, de no tenerla, tuvieran algún tipo de experiencia o interés en el campo afectivo y, finalmente, que aceptaran voluntariamente participar en nuestro estudio.

A continuación, presentamos las principales características sociodemográficas de los participantes:

- (a) *Provincia*: el 47.61% pertenecen a la provincia de Valladolid, seguido por Burgos (22.07%), Palencia (19.68%) y Salamanca (10.64%).
- (b) *Organización o asociación*: los participantes pertenecen a 12 asociaciones de estas provincias (7 de Valladolid, 2 de Palencia, 2 de Burgos y 1 de Salamanca).
- (c) *Edad*: el rango de edad abarca desde los 18 hasta los 71 años de edad, situándose la media en 34.58 (D.T.= 9.472) y la mediana en 34. La prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, nos permite constatar que la distribución por edad puede considerarse normal ( $z_k-s= 1.339$ ;  $p= .055$ ). Los participantes fueron agrupados en intervalos de edad para los análisis posteriores (Tabla 2).

Tabla 2. Edad de la muestra categorizada en intervalos

	Fr.	%	% válido	% acumulado
<b>18-25</b>	73	19.41	19.47	19.47
<b>26-33</b>	111	29.52	29.60	49.07
<b>34-41</b>	114	30.32	30.40	79.47
<b>42-49</b>	48	12.77	12.80	92.27
<b>50+</b>	29	7.71	7.73	100.00
<b>Total</b>	375	99.73	100.00	
<b>Perdidos</b>	1	.27		
<b>Total</b>	376	100.00		

(d) *Sexo*: 187 (49.73%) son varones y 189 (50.27%) mujeres.

(e) *Vivienda*: el 56% de la muestra válida reside en el hogar familiar, un 20.27% en piso tutelado, un 19.73% en residencia y un 4% en su propio piso.

- (f) *Ámbito*: cerca de las tres cuartas partes (73.12% de la muestra válida) pertenecen al ámbito urbano, y el 26.88% al ámbito rural.
- (g) *Nivel socio-económico*: de los 258 casos válidos, el 60.85% representan al nivel medio-medio, seguido del 19.38% de nivel medio-bajo, el 10.08% de nivel medio-alto, el 7.75% de nivel bajo y el 1.94% de nivel alto.
- (h) *Nivel educativo alcanzado*: el 45.87% de los casos válidos ha realizado estudios primarios en un Centro Especifico de Educación Especial, un 29.06% ha estudiado Educación Primaria en Centro Ordinario; un 8.80% ha realizado Garantía Social y un 7.47% Transición a la Vida Adulta. Porcentajes inferiores al 4.3% alcanzan Formación Profesional, Educación Secundaria en Centro Ordinario o sin escolarizar.
- (i) *Programa o servicio*: el 66.23% de los participantes se encuentra en el momento de cumplimentar la encuesta en un Centro Ocupacional, y el 22.87% en Centro Especial de Empleo. Un 5.85% acude a Centro de Día y un 3.72% cursa un Programa de Garantía Social. El 1.33% restante se enmarca en la categoría 'Otros' (i.e., sólo acuden a una asociación para la realización de programas específicos: 'Habilidades Sociales', 'Taller de informática', etc.).
- (j) *Situación laboral actual*: más de las tres cuartas partes (76.33%) se encuentran en situación de desempleo y el 23.67% restante se encuentra trabajando en Centros Especiales de Empleo.
- (k) *Nivel de funcionamiento*: dada la inexistencia en la práctica de un criterio único de valoración del nivel de funcionamiento en los centros, consideramos tres criterios:
- Nivel de servicio obtenido en el ICAP (Montero, 1993): de los 333 casos válidos, el 38.14% alcanza una puntuación de 8, el 23.72% un 7, y otro 23.72% una puntuación de 9. Tan sólo el 3.91% obtiene un nivel inferior a 6. Por tanto, el nivel de servicio del ICAP es elevado, situándose la mediana en 8 y el percentil 25 en 7.
  - Valoración subjetiva de un profesional responsable sobre las necesidades de apoyo de la persona con DI, en función de los cuatro niveles recogidos en la AAMR (AAMR, 2002): de los 270 casos válidos, el 84.82% tiene necesidades de apoyo intermitentes o limitadas, un 14.07% extensas y tan sólo un 1.11% generalizadas. El nivel de funcionamiento así evaluado también es elevado, situándose la mediana en 2 (necesidades de apoyo limitadas).
  - Cociente Intelectual, según los niveles de gravedad planteados en el DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1992): de los 346 casos válidos, el 47.41% presenta una discapacidad intelectual leve y el 43.35% moderada; el 7.51% presenta una capacidad intelectual límite, y tan sólo hay 6 personas con un retraso severo (y ninguna con retraso profundo).
- (l) *Pareja actual, tiempo de duración de la relación y convivencia*: cerca de las tres cuartas partes de la muestra (72.87%) tiene pareja en el momento del estudio, y el 27.13% no la tiene. De los 274 participantes con pareja, el tiempo medio de duración de la relación es 47.58 meses (DT= 59.625), la mediana se sitúa en 36 meses, y el rango va desde 1 mes hasta 288 meses. Finalmente, de las personas con pareja, el 91.61% no conviven con ella (tan sólo 23 personas conviven con su pareja).
- (m) *Estado civil*: el 98.40% de los participantes son solteros (tan sólo 5 personas estaban casadas y 1 era divorciada).
- (n) *Orientación sexual*: el 96.81% se declaró heterosexual, el 2.40% (9 personas) homosexuales y menos del 1% (2 personas) bisexuales.

(o) *Experiencias amorosas estables anteriores*: el 65.16% manifiesta haber tenido alguna experiencia amorosa estable con anterioridad (i.e., sin contar la actual), mientras que el 34.84% no ha tenido ningún tipo de experiencia estable previa. De ellos, la media se sitúa en 1.93 (DT= 1.510) parejas previas, y la mediana es 1 pareja.

## 5.2. Instrumento

La falta de instrumentos adaptados y validados en población con DI, obligó a elaborar un escala ad hoc. Con el fin de asegurar el cumplimiento de determinados requisitos de calidad, en su elaboración seguimos rigurosamente las siguientes fases:

### (a) Búsqueda bibliográfica exhaustiva y consulta a expertos

Se realizó una amplia búsqueda de información en las principales bases de datos (*Current Contents*, Eric, ISOC, Medline, Psycodoc, PsycInfo, SISIS, TESEO) accediendo asimismo a los catálogos y recursos bibliográficos de las bibliotecas de diversas Universidades (Universidad de Valladolid, Universidad Complutense de Madrid, Universidad de Salamanca, University of Kent – Canterbury, Reino Unido-).

Esta búsqueda fue complementada mediante el contacto con expertos de reconocido prestigio, de ámbito nacional e internacional, cuya trayectoria se centrara o se hubiera centrado bien en la evaluación del amor en población general (se logró contactar, entre otros, con: Z. Rubin, comunicación personal, 10 de noviembre de 2005; R. J. Sternberg, comunicación personal, 12 de noviembre de 2005; o C. Yela, comunicación personal, 24 de octubre de 2005) o bien en las relaciones afectivo-sexuales de personas con discapacidad (se logró contactar, entre otros, con: L. Lofgren-Marterson, comunicación personal, 10 de noviembre de 2005; F. López, comunicación personal, 24 de octubre de 2005; o M. McCabe, comunicación personal, 10 de noviembre de 2005). El contacto se realizó por correo electrónico, explicándoles el tema y objetivos del estudio y solicitándoles si conocían algún estudio o disponían de algún material vinculado a los objetivos de nuestro estudio.

Debido a la inexistencia de instrumentos que se centraran en la evaluación del amor en personas con discapacidad intelectual (constatado tanto en la búsqueda bibliográfica como en la consulta a expertos), decidimos ampliar la búsqueda. Así, recopilamos y analizamos los principales instrumentos de evaluación del amor en población sin discapacidad (entre otras, las escalas de Hendrick y Hendrick, 1986; Rubin, 1970; Sternberg, 1988; Yela, 1995; etc.), extrayendo los principales aspectos e ideas subyacentes a las escalas y agrupando los ítems en distintos listados.

### (b) Grupo de discusión con personas con discapacidad intelectual

Puesto que los instrumentos revisados se centraban exclusivamente en población sin discapacidad, en esta fase, pretendíamos constatar si estas ideas y aspectos recurrentes en la evaluación del amor eran susceptibles de ser utilizadas con personas con discapacidad intelectual. Para ello, elaboramos un guión de preguntas (*vid.* Apéndice A) y organizamos un grupo de discusión con 11 personas adultas con DI, con un nivel de funcionamiento medio-alto, que acudían a un Centro Ocupacional de Valladolid. Esta reunión se llevó a cabo el 2 de diciembre de 2005 con dos entrevistadoras y durante una hora.

Los resultados pusieron de manifiesto que, en general, la comprensión del fenómeno amoroso de las personas con discapacidad es similar al de la población sin discapacidad (aunque se advertía cierta idealización). Por tanto, podrían en principio utilizarse ítems con contenido similar a los empleados en otras investigaciones sobre el amor en personas sin discapacidad. No obstante, sería necesario incluir aspectos sobre la implicación de la familia y su permisividad respecto a las relaciones amorosas. Asimismo, con el fin de facilitar la comprensión de los ítems de la escala, convenimos la necesidad de adaptar la redacción de algunos de ellos, incluyendo frases y giros que habían utilizado.

### **(c) Prueba de jueces o expertos**

Fruto de las fases anteriores, elaboramos un conjunto o *pool* inicial de 149 ítems, los cuales fueron sometidos a la prueba de jueces (desarrollada durante el mes de diciembre de 2005). Se contactó con 15 expertos independientes, se les explicó el objetivo del estudio y se les envió por correo electrónico la plantilla con los ítems junto con un documento con las instrucciones, donde se les explicó el procedimiento y se les instó a que valoraran cada uno de los ítems en los siguientes aspectos:

- (1) *Pertinencia*, es decir, si el ítem se considera adecuado o no para medir el amor en personas con DI. La respuesta era dicotómica: 1 (SÍ) o 2 (NO).
- (2) *Intensidad* con la que cada uno de los ítems mide el amor. La respuesta abarcaba un rango de cinco puntos, de 1 (intensidad mínima) a 5 (intensidad máxima).
- (3) *Dimensión* a la que podría pertenecer cada uno de los ítems. Se ofrecieron nueve dimensiones '*a priori*' (Intimidad, Pasión, Compromiso, Idealización y romanticismo, Papel e implicación de la familia, Celos y fidelidad, Satisfacción general, Satisfacción amorosa y Satisfacción sexual) y se dejó una décima categoría abierta ('Otra'), en cuyo caso se daba una alternativa sobre cuál podría ser. Esas nueve categorías fueron acompañadas de una breve definición.

Una vez devueltas las valoraciones de los jueces, los resultados se volcaron en una matriz, sobre la que se realizaron los siguientes análisis:

- (1) *Matriz de condicionantes*: elaboramos una matriz en Microsoft Excel®, en la cual fueron incluidas una serie de condiciones para cada uno de los apartados valorados por los jueces (pertinencia, intensidad y dimensión). Así, el cumplimiento o no de estas condiciones (e.g.: que al menos nueve jueces valoraran el ítem como pertinente) supondría la eliminación del conjunto de aquellos ítems menos adecuados. Esto permitió seleccionar 85 de los 149 ítems iniciales.
- (2) *Análisis cuantitativo de la concordancia entre los jueces (entre pares y global)*: estos análisis fueron realizados con el fin de valorar el grado de acuerdo o concordancia entre los jueces que valoraron el conjunto inicial de ítems, tanto por pares como acuerdo global. En la Tabla 3 presentamos un resumen de los índices obtenidos.

Tabla 3. Acuerdo entre jueces (resumen)

	Acuerdo por pares				Acuerdo Global		
	% Acuerdo	$\rho$ de Spearman	$\pi$ de Scott	$\kappa$ de Cohen	Bangdiwala		$\alpha$ de Krippendorff
					B <sub>N</sub>	B <sup>w</sup> <sub>N</sub>	
<b>Pertinencia</b>	.84				.82		
<b>Intensidad</b>	.36	.41			.12	.64	.22
<b>Dimensión</b>	.60		.54	.55	.29		.45

Teniendo en cuenta el carácter conservador de los índices aquí utilizados, seguimos la propuesta de Landis y Koch (1977) para determinar los valores que constituyen un nivel aceptable de fiabilidad. Siguiendo estos criterios podemos establecer que el acuerdo entre jueces en pertinencia es ‘muy bueno’, ‘moderado’ en dimensión (excepto en el coeficiente bruto de Bangdiwala) y ‘moderado-bajo’ en intensidad. Sin embargo, en este último apartado (que de hecho suele resultar generalmente menos satisfactorios en las investigaciones) no debe olvidarse que se valora el acuerdo entre los jueces en una escala de 5 categorías (considerándose por ejemplo ‘falta de acuerdo’ que un juez otorgue un 4 y otro un 5). De hecho, el coeficiente que tiene en cuenta la cercanía de los juicios (BwN) muestra un valor más satisfactorio (.64), que según la clasificación anterior podría incluso establecerse como ‘bueno’.

Estos resultados de la prueba de jueces, además de ofrecer validez de contenido a la escala, nos han permitido dilucidar la necesidad de revisión de algunos de los ítems que componen la escala, con el fin de disminuir la ambigüedad y aumentar la claridad de su significado. Así, los 85 ítems seleccionados previamente fueron reducidos a 68, los cuales pasaron a conformar la escala piloto.

#### (d) Elaboración, aplicación y análisis de la prueba piloto

La escala piloto fue cumplimentada por una muestra válida de 231 estudiantes universitarios de la Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, que fueron seleccionados de manera incidental. Los estudiantes de cada clase cumplimentaron la escala individualmente de manera autoadministrada, de forma que quienes tuvieran pareja en el momento actual respondían en función de su relación amorosa y, quienes no tuvieran relación amorosa actual, debían responder en función de su experiencia anterior. El rango de edad de los participantes abarcaba desde los 18 hasta los 41 años, con una media de 21.85 años (DT= 3.03), el 92.6% eran mujeres, el 98.7% se declararon heterosexuales, el 74.2% tenía pareja en el momento del estudio, con una duración media de la relación de 37.54 meses (DT= 34.83), el 85.8% no convivía con su pareja, el 87.6% había tenido experiencias amorosas previas (estables o no), y de ellos el 71.7% había tenido 1 o 2 parejas estables previas.

A pesar de la deseabilidad de haber aplicado la escala piloto a personas con DI, sin embargo, por razones obvias de disponibilidad de la muestra, esto no pudo llevarse a cabo. No obstante, puesto que el objetivo de la prueba piloto es ver el comportamiento de los ítems y comprobar la posible estructura subyacente, esto es plausible con la muestra utilizada. La escala piloto (68 ítems) consistió en una escala probabilística de estimaciones sumatorias (tipo Likert) con cuatro puntos de acuerdo (1= ‘totalmente en desacuerdo’ –o ‘nada’, en función del contenido del ítem-, 2= ‘en desacuerdo’ –o ‘poco’-, 3= ‘de acuerdo’ –o

'bastante'-, y 4= 'totalmente de acuerdo' –o 'mucho'-). En ella se podía distinguir la siguiente estructura:

- (1) *Instrucciones y solicitud de colaboración.*
- (2) *Datos sociodemográficos.*
- (3) *Escala probabilística de estimaciones sumatorias (68 ítems).* Los ítems estaban distribuidos aleatoriamente (Vid. Apéndice B), pero pueden agruparse en dos apartados:  
 Un primer apartado, conformado por lo que hemos denominado Escala Específica de Evaluación del Amor (56 ítems), con contenido referido a aspectos sobre: intimidad, compromiso, fidelidad, idealización, pasión, celos, romanticismo.  
 Un segundo apartado de la escala quedaría conformado por aspectos relacionados con las relaciones de pareja (12 ítems), con contenido referido a: valoración global propia y percibida (ítems 44 y 58), satisfacción general, amorosa y sexual (ítems 23, 63, 11 y 21), implicación familiar y autodeterminación (ítems 29, 34, 36, 37 y 42), y, finalmente, estatus y reconocimiento (ítem 32).

Las características psicométricas de la escala piloto fueron analizadas en la parte de Escala Específica de Evaluación del Amor, dejando el apartado de aspectos relacionados para complementación de la información.

Así, tras eliminar tres ítems con índices de homogeneidad corregida muy bajos ( $\leq .15$ ), la Escala Específica de Evaluación del Amor mostró un coeficiente Alfa de Cronbach satisfactorio, un error típico de medida aceptable y unos coeficientes de fiabilidad en mitades satisfactorios (Tabla 4).

Tabla 4. Coeficientes de fiabilidad de la Escala Específica (escala piloto)

	Alfa	ETM	División en mitades					
			Alfa 1ª mitad	Alfa 2ª mitad	Corr 1ª-2ª	Corr. Correg.	Spearman-Brown	Guttman
<b>Total (53 ítems)</b>	.958	4.33	.900	.930	.901	.985	.948	.947

Respecto a la validez, la Escala Específica ha satisfecho los requisitos necesarios en sus distintas vertientes de:

- (1) Validez de contenido: mostrando concordancia con estudios previos, concordancia de jueces suficiente y poder discriminativo de los ítems ( $p = .000$ ), especialmente entre los grupos con puntuaciones altas y bajas o bajas y medias.
- (2) Validez de constructo: validez factorial satisfactoria (método de componentes principales con rotación Oblimin), con un modelo de tres factores explicativos del 62.300 % de la varianza (eliminados tres ítems): 'Compromiso, estabilidad e idealización' (explicativo del 36.786%), 'Intimidad y romanticismo' (14.428%) y 'Pasión y pensamientos recurrentes' (11.086%). En la Tabla 5 se presenta la matriz de saturaciones. Asimismo, intercorrelaciones entre factores moderadas ( $\rho$  entre .431 y .737) y de cada factor con el total moderadas y altas ( $\rho$  entre .673 y .964).

Tabla 5. Matriz de saturaciones (escala piloto)

Ítem			Componente			Ítem			Componente			Ítem			Componente		
1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
i01			i17	.748		i38	.594		i54	.569	-.609						
i03	.630		i18		-.627	i39	.532	-.651	i55	.751	-.404						
i04		.684	i19	.672	-.410	i40	-.351	.875	i56	.750		.305					
i05	.802		i20	.449		608	i43	.361	.505	i57		-.822					
i06		-.405	i22	.860	.376		i45	.494		i59			.848				
i07		-.748	i24			.620	i46			7			.459				
i08		-.603	i25		-.688		i47	.340	.642								
i09		-			.377	537	i48	.564		.448							
i10		-			-			.388	-.671								
i12		-.914	i28		-			.532									
i13		-.829	i30					.786	.300								
i14	0				8			.884									
i15		-						.806									
i16		-.788	i35	.345		.638											

Nota: S i id l l < 300 l l F ctor 1 l l F ctor 2 l l Item Factor 3 l l Item Items eliminados

- (3) Validez discriminante: capacidad suficiente general para discriminar entre sujetos con y sin pareja (74.7% de los sujetos), siendo algo mejor entre los que sí tienen pareja (76.5%) que entre los que no la tienen (69.5%).
- (4) Validez criterial (Tabla 6): relación de la puntuación obtenida en la escala con los criterios externos de valoración global (especialmente propia, aunque también percibida) y satisfacción (especialmente amorosa).

Tabla 6. Corr entre criterios exter

		Satisfacción				Valoración global	
		Sexual (i11)	Sexual (i21)	General (i23)	Amorosa (i63)	Propia (i44)	Percibida (i58)
Total	$\rho$	.024	.444	.444	.731	.683	.558
	$p$	.713	.000	.000	.000	.000	.000

Consecuentemente, la Escala Específica de Evaluación del Amor (formada finalmente por 50 ítems) demostró cualidades psicométricas satisfactorias en su fase piloto, cumpliendo con creces los requisitos necesarios de fiabilidad y validez.

### (e) Elaboración de la escala definitiva

La escala definitiva para personas con DI quedó conformada por 70 ítems distribuidos según una escala probabilística de estimaciones sumatorias (tipo Likert) con cuatro puntos de acuerdo (1= 'totalmente en desacuerdo' -o 'nada', en función del contenido del ítem-, 2= 'en desacuerdo' -o 'poco'-, 3= 'de acuerdo' -o 'bastante'-, y 4= 'totalmente de acuerdo' -o 'mucho'-). Su estructura global fue la siguiente:

- (1) Instrucciones para el encuestador y para la persona encuestada.
- (2) Datos sociodemográficos de la persona encuestada (estos datos fueron solicitados, según el caso y el tipo de pregunta, bien a la propia persona con discapacidad o bien a un profesional responsable que conociera la realidad de esa persona; en todo caso, posteriormente, los datos eran contrastados con un profesional responsable).

(3) *Datos de la institución*

(4) *Datos del entrevistador*

(5) *Escala probabilística de estimaciones sumatorias (70 ítems)*: para la elaboración definitiva de los ítems que conformaron la escala, se tuvieron en cuenta las conclusiones y recomendaciones obtenidas en la fase piloto del estudio (e.g.: eliminar los ítems de la Escala Específica con índices de homogeneidad corregida muy bajos, unificar el contenido y modificar la redacción de algún ítem, eliminar uno de los dos ítems de satisfacción sexual). Los ítems se distribuyeron aleatoriamente en la escala (Apéndice C), pero pueden diferenciarse tres apartados:

- Escala Específica de Evaluación del Amor (52 ítems), con contenido referido a: intimidad, pasión, compromiso, fidelidad, idealización, romanticismo, celos, etc.
- Aspectos relacionados (11 ítems): valoración global propia (ítem 40) y percibida (ítem 54); satisfacción general (ítem 21), amorosa (ítem 59) y sexual (ítem 19); implicación familiar y autodeterminación (ítems 26, 31, 33, 34 y 38) y, finalmente, estatus y reconocimiento (ítem 29).
- Bienestar Emocional (7 ítems): se incluyeron los ítems de la dimensión de bienestar emocional de la parte que responde la propia persona con DI de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual de Verdugo y cols. (en prensa), que se encontraba en ese momento en proceso de elaboración y revisión (ítems 64-69).

Por otro lado, elaboramos un '*Protocolo de explicación de los ítems*' donde se redactó una breve explicación para cada uno de los ítems de la escala (e.g.: el ítem '*Si pudiera hacerlo, me gustaría vivir con \_\_\_\_\_ solos en nuestra casa*' incluía la siguiente explicación: '*si tuvieras dinero suficiente y la posibilidad de hacerlo y te dejara tu familia y los profesionales, te gustaría vivir con \_\_\_\_\_ los dos solos en vuestra casa*'). Con ello perseguíamos un doble objetivo: facilitar la comprensión del contenido de los ítems en el caso de plantearse alguna dificultad de comprensión; y controlar y minimizar al máximo la variabilidad debida a los entrevistadores.

A pesar de las dudas existentes en la utilización de escalas y la aplicación de entrevistas a personas con discapacidad intelectual, principalmente por las dificultades cognitivas, lingüísticas o de comunicación, así como con los posibles sesgos de respuesta que pueden acarrear (e.g.: Finlay y Lyons, 2001, 2002), sin embargo utilizados con ciertas precauciones pueden suponer instrumentos válidos y fiables (Hartley y MacLean, 2006; Finlay y Lyons, 2002).

En la elaboración de la escala tuvimos en cuenta estas precauciones, tanto en la redacción de los ítems, como a lo largo de todo el proceso de elaboración, aplicación de la escala y análisis de datos. Asimismo, acompañamos la escala de un protocolo de explicación de los ítems, y seleccionamos participantes con nivel de funcionamiento medio-alto.

### **5.3. Diseño**

En el estudio, desarrollado con carácter transversal, se consideraron las siguientes variables:

- (a) *Variables independientes (asignadas)*: variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de vivienda, ámbito, nivel socio-económico, nivel educativo alcanzado, situación laboral, nivel de funcionamiento, pareja actual, tiempo de duración de la relación, convivencia con la pareja, estado civil, orientación sexual, experiencias amorosas estables previas y número de parejas anteriores).
- (b) *Variables dependientes (variables de estudio)*: puntuación en la Escala Específica de Evaluación del Amor (puntuación total y por factores), aspectos relacionados (valoración global propia y percibida; satisfacción general, amorosa y sexual; estatus y reconocimiento; familia y autodeterminación), puntuación obtenida en bienestar emocional.

## 5.4. Procedimiento

Una vez elaborada la escala definitiva, nos pusimos en contacto con las principales asociaciones y organizaciones de personas con DI de las provincias de Valladolid, Palencia, Salamanca, Burgos y Zamora, se les explicó el estudio y se solicitó su colaboración. Todas las asociaciones (excepto una, que supuso no contar finalmente con participantes de la provincia de Zamora) aceptaron participar en el estudio.

La escala se aplicó mediante entrevista individual, realizándose el trabajo de campo entre dos entrevistadoras. Acordada voluntariamente la participación de cada una de las personas con discapacidad, se comenzaba su aplicación, con una duración de entre 20 o 40 minutos en función de la persona. Los participantes con pareja en el momento del estudio respondían en función de su relación amorosa actual ('relación real'), mientras que aquellos sin pareja en el momento del estudio respondían en función de lo que consideraban ideal en una relación amorosa ('relación ideal').

Al finalizar la aplicación de la escala a todos los participantes de un centro, la entrevistadora se reunía con un profesional responsable, contrastando los datos sociodemográficos aportados por la persona con discapacidad y solicitando los datos sociodemográficos restantes.

La cumplimentación de las escalas por el total de la muestra (N= 411) se llevó a cabo entre el 14 de febrero y el 30 de abril de 2006.

## 6. Análisis de datos

Comenzamos los análisis con la comprobación de las características psicométricas de fiabilidad y validez. Una vez realizados estos análisis, los resultados obtenidos en la escala fueron sometidos a análisis de tipo descriptivo (e.g.: distribución de las puntuaciones, medidas de tendencia central y dispersión, etc.), comparativo (e.g.: análisis de diferencias en función de distintas variables independientes), reductivo (e.g.: análisis factorial, correlación canónica, análisis discriminante múltiple, etc.), y de elaboración de modelos (e.g.: AFC, ecuaciones estructurales, etc.).

Para la realización de los análisis se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS, versión 14.0 (SPSS, 2006), SAS, versión 9.1.3. (SAS Institute, 2006), LISREL, versión 8.8. (Scientific

Software International, 2006a) y PRELIS, versión 2.0 (Scientific Software International, 2006b).

## 7. Resultados

Organizamos los resultados en cuatro apartados: en primer lugar, presentamos las características psicométricas de la escala utilizada; en segundo lugar, nos centramos en los resultados concernientes a las relaciones de pareja y la conceptualización del amor en las personas con discapacidad intelectual; en tercer lugar, presentamos los resultados sobre bienestar emocional; y, finalmente, analizamos las relaciones existentes entre amor y bienestar emocional.

Con el fin de facilitar la lectura y comprensión de los datos, incluimos al final de cada apartado un cuadro-resumen con los principales resultados.

### 7.1. Características psicométricas de la escala

El estudio de las características psicométricas (fiabilidad y validez) de la escala se llevó a cabo sobre el apartado denominado Escala Específica de Evaluación del Amor (52 ítems).

#### 7.1.1. Fiabilidad

Tras eliminar tres ítems con índices de homogeneidad corregida muy bajos ( $< .23$ ), la Escala Específica (49 ítems) alcanzó un coeficiente Alfa de Cronbach satisfactorio ( $\alpha = .926$ ). Sin embargo, puesto que en el apartado de validez de constructo (que será abordado posteriormente) se consideró apropiado eliminar otros dos ítems, calculamos de nuevo la consistencia interna de la Escala Específica con su composición definitiva (47 ítems). Así, obtuvo un coeficiente  $\alpha = .925$ , con un Error Típico de Medida aceptable (4.15), y unos coeficientes de fiabilidad en mitades satisfactorios (coeficientes superiores a  $.85$  y coeficiente corregido de  $.942$ ). Asimismo, se calcularon los coeficientes de fiabilidad basados en su estructura factorial ( $\theta$  y  $\Omega$ ), resultando igualmente óptimos. Todos estos coeficientes se recogen en la Tabla 7.

Tabla 7. Coeficientes de fiabilidad de la Escala Específica (47 ítems)

	$\alpha$	ETM	División en mitades				Estr. Factorial			
			$\alpha$ 1ª mitad	$\alpha$ 2ª mitad	Corr. 1ª-2ª	Corr. Correg.	Spearman-Brown	Guttman	$\theta$	$\Omega$
<b>Escala Específica</b>	.925	4.15	.859	.877	.798	.942	.888	.887	.938	.945

Al repetir estos análisis en función de los tres factores de la escala (explicados en el apartado de validez de constructo), hemos encontrado coeficientes aceptables y satisfactorios, teniendo en cuenta que, lógicamente, alcanzan valores menos elevados que la escala total, al estar compuestos por un número menor de ítems (especialmente el factor 2).

## 7.1.2. Validez

El análisis de la validez de la Escala Específica de Evaluación del Amor se ha desarrollado considerando las vertientes de: (a) validez de contenido, (b) validez de constructo, (c) validez discriminante y (d) validez criterial.

### (a) Validez de contenido

Tanto la concordancia de los ítems con los propuestos en otros estudios con población sin discapacidad (de los que se partía), como la prueba de jueces (explicada anteriormente) aportan validez de contenido a la Escala Específica de Evaluación del Amor. Por tanto, a continuación abordamos el poder discriminativo de los ítems que la conforman.

Para ello, consideramos la distribución de la muestra en tres grupos ya existentes (los cuartiles 1 y 3 de la puntuación total dividen a los participantes en sujetos con puntuaciones bajas, medias y altas) y contrastamos las diferencias entre los rangos promedio de cada ítem en función de que cada participante hubiera sido clasificado en uno u otro grupo.

Dada la naturaleza ordinal de los datos, el contraste se realizó mediante la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis: los contrastes resultaron significativos ( $p = .000$ ) en todos y cada uno de los 47 ítems de la Escala Específica.

Tal como puede observarse en la Figura 5, los elementos de la escala tienen poder para discriminar entre las puntuaciones altas, medias y bajas del total de la Escala Específica (i.e., se constatan tres perfiles diferentes). No obstante, en general, la diferencia parece ser menor entre el grupo con puntuaciones medias y el grupo con puntuaciones altas.

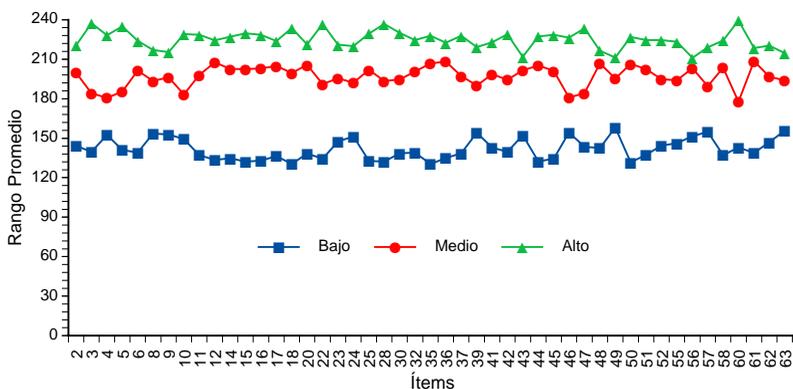


Figura 5. Rangos promedio de los ítems de la Escala Específica (poder discriminativo)

Resultados similares obtuvimos al considerar por separado cada uno de los tres factores que conforman la Escala Específica ( $p = .000$ ).

## (b) Validez de constructo

La validez de constructo fue analizada en su vertiente de *validez factorial*: tras realizar las comprobaciones pertinentes sobre la adecuación de los datos, realizamos un análisis factorial por el método de componentes principales con rotación Oblimin, utilizando el criterio propuesto por Kaiser para la retención de factores. Dada la naturaleza ordinal de los datos, éstos fueron transformados previamente a su correspondiente matriz de correlaciones policóricas. Los resultados del análisis mostraron una solución adecuada de 3 factores, con valores propios superiores a 3.60, explicativos en conjunto del 51.538% de la varianza común.

La estructura de tres factores fue constatada con la prueba de Monte Carlo para análisis paralelos (Watkins, 2000): también se proponen tres factores (Figura 6), puesto que a partir de este momento la magnitud de los valores propios no se distingue de los valores seleccionados aleatoriamente (i.e., al cruzar y descender sobre la línea de los valores aleatorios, no puede diferenciarse esa solución de otra debida al azar).

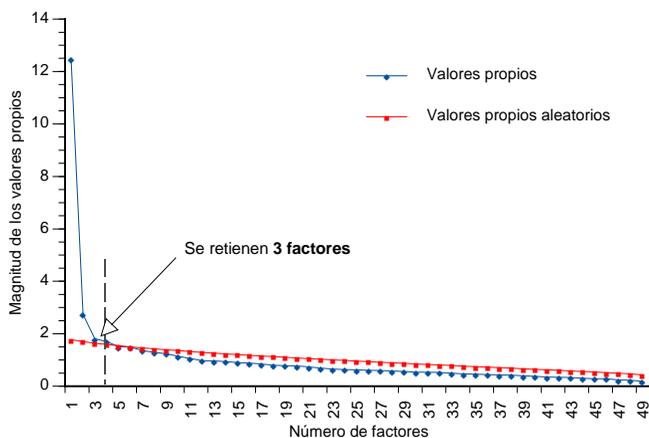


Figura 6. Solución factorial (Prueba de Monte Carlo)

Esta estructura también fue refrendada por las intercorrelaciones moderadamente elevadas encontradas entre los factores y el total (i.e., al evaluar el mismo constructo se espera que puntuaciones altas en un factor correlacionen con puntuaciones elevadas en los otros y, por otro lado, puesto que cada factor se centra en un aspecto del amor, las correlaciones no deben ser excesivamente elevadas, sino moderadas) y la significatividad ( $p = .000$ ) de las correlaciones entre cada ítem y su total correspondiente.

Por tanto, aceptamos la solución factorial de tres factores. En la Tabla 8 presentamos la matriz de saturaciones y señalamos los ítems que han conformado cada factor.

Tabla 8. Matriz de saturaciones

Ítem	Componente			Ítem	Componente			Ítem	Componente		
	1	2	3		1	2	3		1	2	3
i02	.436	.525		i22		.416	.667	i46			.613
i03		.353	.590	i23			.712	i47	.328		.493
i04		.604		i24	-.351	.329		i48	.345		
i05			.663	i25		-.393	.596	i49	.616	-.355	
i06	.332		.509	i28	.436	.344	.375	i50	.769		
i07		-.510		i30			.648	i51	.816		
i08	.404		.422	i32	.724			i52	.744		
i09	-.357	-.612	.395	i35			.456	i53		-.574	
i10		-.334	.502	i36	.691		.305	i55		.776	
i11	.449		.413	i37		.640		i56	.315	-.576	
i12	.418	-.392		i39			.516	i57		.779	
i14	.477		.419	i41	.608	-.352		i58			.510
i15	.636			i42		.679		i60	.695	.344	
i16			.505	i43	.432		.483	i61	.758		.346
i17	.638	-.306	.304	i44	.672	.337		i62	.402		
i18	.632		.382	i45		-.431	.441	i63	.404		.344
i20	.677	-.345									

Nota: Suprimidos los valores inferiores a .300. **Ítem** Factor 1 **Ítem** Factor 2 **Ítem** Factor 3  
**Ítem** Ítems eliminados

El primer factor, con un valor propio de 15.853 y explicativo del 32.354% de la varianza, estaría formado por 23 ítems. Respecto al contenido, sus ítems hacen referencia al establecimiento de planes de futuro en la relación, el deseo y la decisión de seguir con la relación a largo plazo, la fidelidad y, por último, una idealización de la pareja que, de hecho, promueve la estabilidad y duración de la relación. Por consiguiente, podríamos seguir denominando a este factor ‘Compromiso, estabilidad e idealización’, al incluir el mismo contenido general que en la prueba piloto.

El segundo factor, con un valor propio de 5.785, explica el 11.805% de la varianza. Formado por 7 ítems, su contenido se relaciona con la excitación física o la pasión, por lo que podríamos denominarlo ‘Pasión y excitación fisiológica’.

El tercer factor cuenta con un valor propio de 3.616 y explica el 7.379% de la varianza. El contenido de sus 17 ítems hace referencia al apoyo y la ayuda mutua, la comunicación y comprensión en el seno de la pareja, la confianza, el respeto, la empatía, el cariño, así como cierto romanticismo. Este factor se denominó ‘Intimidad y romanticismo’.

Por último, la solución factorial se completa con dos ítems que no saturan correctamente en ninguno de los tres factores (i.e., presentan saturaciones en un solo factor, pero con signo contrario al del factor): el ítem 7 y el ítem 53. Estos dos ítems fueron eliminados de la Escala Específica y, por eso, quedó finalmente conformada por 47 ítems.

Consecuentemente, los resultados encontrados permiten establecer claras similitudes con el modelo encontrado en la fase piloto: en general, el modelo de amor subyacente en personas con discapacidad intelectual no parece diferir del modelo encontrado en personas sin discapacidad, estableciéndose tres factores similares: ‘Compromiso, estabilidad e idealización’, ‘Pasión y excitación fisiológica’ e ‘Intimidad y romanticismo’.

Sin embargo, pueden establecerse ciertas matizaciones, como por ejemplo: el mayor peso explicativo relativo del factor de ‘Pasión y excitación fisiológica’ frente al factor ‘Intimidad

y romanticismo'; los cambios de factor donde saturan seis de los ítems, o la eliminación de dos ítems (quedando finalmente la escala conformada por 47 ítems); y, especialmente, la conformación única del segundo factor como pasión (excitación fisiológica), pasando los pensamientos recurrentes (que en la escala piloto se vinculaban con el factor de Pasión) a formar parte del tercer factor ('Intimidad y romanticismo'), al aparecer más relacionados con el ideal romántico actual.

### (c) Validez discriminante

De manera similar a lo realizado en la prueba piloto, consideramos como variable predictora la puntuación de los sujetos en cada uno de los tres factores que conforman la escala, y analizamos si esta puntuación permitía diferenciar entre los participantes con y sin pareja (variable de agrupación). A diferencia de la prueba piloto, en este caso las personas sin pareja respondían en función de su ideal de relación amorosa, por lo que en principio se esperarían puntuaciones más elevadas en este grupo.

El análisis discriminante estableció que las puntuaciones en la Escala Específica tan sólo discriminaban correctamente al 51.9% de los sujetos (con una discriminación mejor para los sujetos que no tienen pareja -60.8%- que para los que sí la tienen -48.5%-). Es decir, la validez discriminante respecto al criterio de tener o no pareja no resultó satisfactoria, al ser similares las puntuaciones obtenidas en ambos grupos.

En la Figura 7 se constatan estos resultados: los valores de los centroides se sitúan tan sólo ligeramente separados (-.082 para el grupo 'con pareja' y .219 para el grupo 'sin pareja').

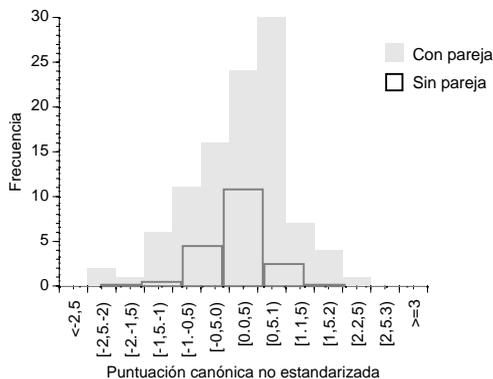


Figura 7. Histogramas de las puntuaciones canónicas en función de la tenencia o no de pareja

Una posible explicación puede encontrarse en las dosis elevadas de idealización con las que estas personas percibe las relaciones amorosas, de suerte que la percepción del 'ideal' (sujetos sin pareja) sea bastante cercana a la percepción de una relación 'real' (sujetos con pareja).

#### (d) Validez criterial

Con la intención de analizar el grado en que las puntuaciones de la escala se relacionaban con algún criterio externo, recurrimos a los mismos criterios que utilizamos en la prueba piloto: valoración global (propia y percibida) y satisfacción (general, amorosa y sexual). Así, calculamos la correlación mediante Rho de Spearman entre cada uno de estos criterios y la puntuación total en la Escala Específica (Tabla 9).

Tabla 9. Correlación entre puntuación total de la Escala Específica y criterios externos (V. Criterial)

		Satisfacción			Valoración global	
		General	Amorosa	Sexual	Propia	Percibida
Total	$\rho$	.109	.538	.356	.398	.309
	p	.035	.000	.000	.000	.000

La validez criterial de la escala se hace especialmente patente en relación con la satisfacción amorosa y la valoración global propia, aunque también con la satisfacción sexual y la valoración global percibida.

## 7.2. Amor y relaciones de pareja

En este apartado nos centramos en los resultados encontrados en la muestra de personas con discapacidad, con el objetivo de analizar, en primer lugar, el modelo conceptual subyacente del amor; y, en segundo lugar, la percepción de las relaciones de pareja (Escala Específica de Evaluación del Amor y Aspectos relacionados) en los participantes.

### 7.2.1. Modelo conceptual del amor

Con el fin de confirmar el modelo conceptual del amor de tres factores encontrado en el análisis factorial exploratorio, y en última instancia el modelo conceptual del amor encontrado en la prueba piloto con personas sin discapacidad (puesto que, en rasgos generales, ambos son esenciales), llevamos a cabo un Análisis Factorial Confirmatorio con los 47

ítems que forman la Escala Específica de Evaluación del Amor. Para ello, utilizamos los programas LISREL, versión 8.8. (Scientific Software International, 2006a) y PRELIS, versión 2.0 (Scientific Software International, 2006b).

Dado el carácter ordinal de los datos, empleamos su correspondiente matriz de correlaciones policóricas, a partir de la cual obtenemos la matriz de covarianza. Asimismo, puesto que los datos no cumplieron el supuesto de normalidad multivariada, recurrimos a un método de estimación robusto: RML (*Robust Maximum Likelihood*).

El modelo de medida propuesto agrupa las siguientes variables (Figura 8):

- (a) Variables observadas: las respuestas derivadas de la aplicación de la Escala Específica (i.e., las respuestas dadas por las personas con discapacidad a los 47 ítems).
- (b) Variables latentes: aquellas variables que no pueden ser observadas directamente (los constructos hipotéticos); por tanto, las tres dimensiones o factores: ‘compromiso, estabilidad e idealización’, ‘pasión y excitación fisiológica’ e ‘intimidad y romanticismo’. Asimismo, los errores de medida son considerados variables latentes.

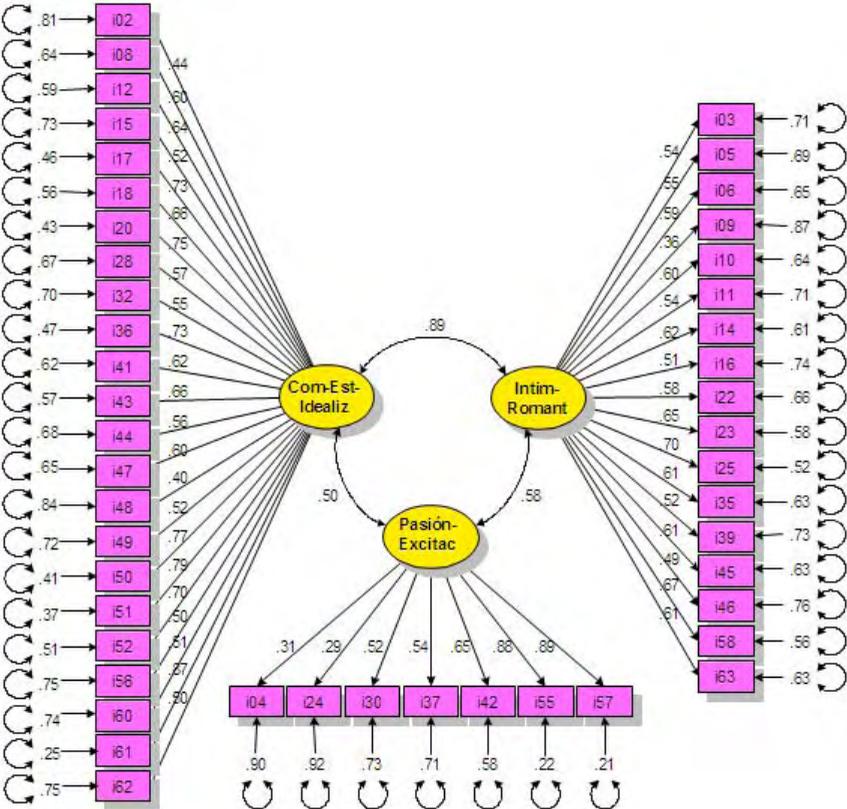


Figura 8. Modelo conceptual del amor: solución estandarizada (AFC)

Los principales resultados obtenidos tras la realización del AFC son:

- (a) Respecto a los índices de ajuste (Tabla 10), a pesar del valor elevado de *Satorra-Bentler Scaled Chi-Squared* ( $\chi^2= 1663.62$ ;  $p= .000$ ), sin embargo los otros índices de ajuste complementarios han resultado satisfactorios. Así, por ejemplo, el valor RMSEA es .040 y los valores de ajuste incremental (e.g.: NFI, IFI, CFI, NNFI) han resultado superiores a .90, lo que denota el buen ajuste del modelo a los datos (McDonald y Ho, 2002).

Tabla 10. Índices de ajuste del modelo (AFC)

<b>Índices de ajuste</b>	
$\chi^2_{S-B}$	1663.62
<b>p</b>	.000
<b>NCP</b>	632.62
<b>NCP 90%</b>	(525.07; 748.07)
<b>RMSEA</b>	.040
<b>RMSEA 90%</b>	(.037; .044)
<b>NFI</b>	.93
<b>NNFI</b>	.97
<b>PNFI</b>	.89
<b>CFI</b>	.97
<b>IFI</b>	.97
<b>RFI</b>	.93
<b>SRMR</b>	.068
<b>CN</b>	257.87

- (b) La fiabilidad de los indicadores individuales ha resultado irregular, oscilando el rango de los coeficientes de determinación entre .08 y .79. En todo caso, 45 de los 47 indicadores explican más del 10% de su variabilidad.
- (c) La fiabilidad compuesta de cada variable latente (fiabilidad de constructo) ha alcanzado valores muy satisfactorios ( $> .80$ ) en las tres dimensiones y especialmente en el caso del primer factor ('Compromiso, estabilidad e idealización'). Sin embargo, la medida de la varianza media extractada no ha resultado satisfactoria (valores entre .33 y .39).
- (d) El análisis de los residuos normalizados ha puesto de manifiesto un ajuste moderado del modelo, mostrando una pendiente próxima a uno (Bisquerra, 1989).

Consecuentemente, a partir de los resultados obtenidos, podemos confirmar en general (aun cuando deban establecerse ciertas precisiones) el modelo propuesto de tres dimensiones: 'Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidación y romanticismo'.

### 7.2.2. Relaciones de pareja

Una vez comprobada la estructura conceptual del amor en la muestra de personas con discapacidad, analizamos los resultados sobre las relaciones amorosas en personas con discapacidad, desglosando estos resultados en dos apartados: en primer lugar, los encontrados en la Escala Específica de Evaluación del Amor (47 ítems) sobre la percepción general del amor; y, en segundo lugar, aquellos sobre los aspectos relacionados (valoración global, satisfacción, estatus y reconocimiento, y familia y autodeterminación).

### 7.2.2.1. Percepción general del amor (Escala Específica)

Tal como se observa en la Figura 9, la distribución total de la Escala Específica se caracteriza por ser asimétrica y negativa (tras realizar la prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra, rechazamos la hipótesis de normalidad  $ZK-S= 2.563$ ,  $p= .000$ ). La media se sitúa en 168.04 ( $DT= 20.63$ ), superando ampliamente el punto medio teórico (117.5).

Frecuencia	Tallo & Hoja
14,00	Extremos (= <131)
4,00	13 . 8%
9,00	14 . 133%
11,00	14 . 6799%
19,00	15 . 02223344%
15,00	15 . 555699%
40,00	16 . 0001111122233334444
46,00	16 . 5555667777778888999
60,00	17 . 000001111111222233333344444444
81,00	17 . 555555555666666677777788888899999999
70,00	18 . 000000001111112222222333333344444
7,00	18 . 555
Ancho tallo: 10,00	
Cada hoja: 2 caso(s)	

Figura 9. Distribución global de la escala (Tallo y Hojas)

Esta asimetría se constata también en los tres factores de la escala: ‘Compromiso, estabilidad e idealización’ (factor 1), ‘Pasión y excitación fisiológica’ (factor 2) e ‘Intimidad y romanticismo’ (factor 3). En la Tabla 11 recogemos los estadísticos descriptivos de la Escala Específica de Evaluación del Amor (total y por factores).

Tabla 11. Descriptivos de la puntuación total y los tres factores de la Escala Específica

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Total	
<b>Z<sub>K-S</sub></b>	3.043 ( $p= .000$ )	3.056 ( $p= .000$ )	2.514 ( $p= .000$ )	2.563 ( $p= .000$ )	
<b>Media</b>	83.636	23.306	61.098	168.040	
<b>ET de la media</b>	.419	.196	.296	.781	
<b>Mediana</b>	86.0	24.0	62.5	172.0	
<b>Desv. típ.</b>	8.132	3.800	5.746	15.144	
<b>Pto. Medio Teórico</b>	57.5	17.5	42.5	117.5	
<b>Asimetría</b>	-2.066	-1.465	-1.515	-1.976	
<b>ET de asimetría</b>	.126	.126	.126	.126	
<b>Curtosis</b>	5.555	2.696	3.889	5.571	
<b>ET de curtosis</b>	.251	.251	.251	.251	
<b>Mínimo</b>	45	8	28	86	
<b>Máximo</b>	92	28	68	185	
<b>Percentiles</b>					
	<b>25</b>	81	21	58	162
	<b>50</b>	86	24	62	172
	<b>75</b>	89	26	65	178

Respecto a las variables sociodemográficas del estudio, hemos encontrado diferencias significativas en función de:

(c) *Provincia*: en el total ( $\chi^2_{(3)}= 15.811$ ;  $p= .001$ ) y en los tres factores: especialmente en los factores 1 ( $\chi^2_{(3)}= 17.681$ ;  $p= .001$ ) y 3 ( $\chi^2_{(3)}= 24.344$ ;  $p= .000$ ), pero también en el

- factor 2 ( $\chi^2_{(3)} = 9.665$ ;  $p = .022$ ): las puntuaciones son más negativas en la provincia de Valladolid y más positivas en Palencia y Salamanca.
- (d) *Asociación*: en el total de la escala ( $\chi^2_{(11)} = 32.507$ ;  $p = .001$ ) y en los factores 1 ( $\chi^2_{(11)} = 41.965$ ;  $p = .000$ ) y 3 ( $\chi^2_{(11)} = 43.042$ ;  $p = .000$ ).
- (e) *Edad*: tan sólo en relación con el primer factor ( $\chi^2_{(4)} = 9.908$ ;  $p = .042$ ), de suerte que las puntuaciones en 'Compromiso, estabilidad e idealización' son más positivas en los grupos de edad más extremos ('18-25', y '50 o más') y más negativas en el grupo de edad '26-33'.
- (f) *Programa y servicio*: respecto a los factores 1 ( $\chi^2_{(4)} = 10.739$ ;  $p = .030$ ) y 3 ( $\chi^2_{(4)} = 15.457$ ;  $p = .004$ ): en el primero de ellos ('Compromiso, estabilidad e idealización'), las puntuaciones han sido más positivas en los Centros Especiales de Empleo (CEE) y los programas de Garantía Social, y más negativos en los Centros de Día y Centros Ocupacionales. En el factor 3 ('Intimidación y romanticismo'), las puntuaciones más positivas se han producido en Centros Ocupacionales y 'Otros', y las más negativas en Centros de Día y CEE.
- (g) *Situación laboral*: tan sólo en relación con el tercer factor ( $U = 10676.50$ ;  $p = .019$ ): las puntuaciones son más positivas entre los desempleados y más negativas en los que trabajan en CEE.
- (h) *Nivel de funcionamiento*: la relación sólo se ha encontrado respecto al CI y el primer factor ( $\chi^2_{(3)} = 9.953$ ;  $p = .019$ ), de suerte que las puntuaciones más positivas aparecen asociadas a niveles de retraso leve y límite, mientras que las más negativas se asocian a niveles severos y moderados.
- (i) *Tiempo de duración de la relación*: correlaciones positivas significativas, aunque de baja magnitud, con respecto al factor 1 ( $\rho = .162$ ;  $p = .007$ ) y el total ( $\rho = .126$ ;  $p = .038$ ).
- (j) *Convivencia con la pareja*: relaciones significativas tan sólo con el primer factor ( $U = 2021.00$ ;  $p = .017$ ), de forma que las puntuaciones más positivas se obtienen entre quienes conviven con sus parejas.
- (k) *Experiencias previas*: respecto al total ( $U = 13968.50$ ;  $p = .038$ ) y al segundo factor ( $U = 12824.50$ ;  $p = .001$ ), al encontrarse en ambos casos puntuaciones más positivas entre quienes sí han tenido experiencias previas.

Sin embargo, no hemos encontrado relaciones significativas en las puntuaciones de la Escala Específica en función del sexo, el lugar de vivienda habitual, el ámbito, el nivel socio-económico, el nivel educativo, el número de parejas anteriores, ni el hecho de tener o no pareja. Este último aspecto podría explicarse por la idealización en la percepción de las relaciones, de suerte que la relación real se percibe de manera tan idealizada que se asemeja a la percepción ideal sobre una relación.

### 7.2.2.2. Aspectos relacionados

A continuación, exponemos los resultados encontrados en lo que hemos denominado 'aspectos relacionados', es decir: valoración global, satisfacción, estatus y reconocimiento y, por último, implicación familiar y autodeterminación.

### (a) Valoración global (propia y percibida)

Las puntuaciones obtenidas en valoración global fueron elevadas, tanto en valoración global propia (i40: '¿Cuánto amas a \_\_\_\_\_?'), como en percibida (i54: '¿Cuánto crees que \_\_\_\_\_ te ama?'): el 82% de los entrevistados en valoración global propia y el 75% en valoración global percibida responden con 'Mucho'. La mediana en ambos casos se sitúa en 4 ('Mucho').

Asimismo, la correlación policórica encontrada entre ambos ítems fue significativa y elevada ( $p = .793$ ), lo que supone que la mayor inversión sentimental en la relación se corresponde con una percepción también elevada del amor que se recibe de la pareja.

Respecto a las variables sociodemográficas del estudio, tan sólo se ha encontrado relación significativa entre:

- (a) *Asociación* y valoración global, propia ( $\chi^2_{(11)} = 21.066$ ;  $p = .033$ ) y especialmente percibida ( $\chi^2_{(11)} = 25.873$ ;  $p = .007$ ).
- (b) *Vivienda* y valoración global percibida ( $\chi^2_{(3)} = 8.012$ ;  $p = .046$ ): con una relación significativa débil, la valoración es más positiva entre quienes residen con sus familiares y menos positiva entre quienes viven en residencia o piso propio.

### (b) Satisfacción (general, amorosa y sexual)

También fue muy positiva la valoración de los participantes a los ítems de satisfacción general (i21: 'Si estoy bien con mi pareja, me siento más feliz y contento en general'), amorosa (i59: 'Estoy satisfecho, feliz con mi relación con \_\_\_\_\_') y sexual (i19: 'Estoy contento, satisfecho con nuestra vida sexual'), alcanzándose en todos ellos una mediana de 4 ('Totalmente de acuerdo'). Estas tres medidas se encontraron moderadamente correlacionadas entre sí, especialmente satisfacción amorosa y sexual ( $p = .376$ ). En todo caso, el ítem 21 parece evaluar más una creencia que la satisfacción en sí misma, lo que explicaría en parte la baja correlación con los otros indicadores.

Las variables sociodemográficas que se han relacionado significativamente con la satisfacción amorosa (con satisfacción general y sexual no se han encontrado diferencias significativas) han sido:

- (a) *Ámbito*: las puntuaciones en satisfacción amorosa son algo más elevadas entre aquellos que residen en ámbito urbano ( $U = 11994.00$ ;  $p = .016$ ).
- (b) *Tiempo de relación*: aunque con una correlación de magnitud baja ( $\rho = .190$ ;  $p = .002$ ), cuanto mayor es el tiempo de relación, mayor es la puntuación en satisfacción amorosa.
- (c) *Número de parejas anteriores*: también con una correlación de baja magnitud ( $\rho = -.143$ ;  $p = .025$ ), a mayor número de parejas previas, menor es la satisfacción amorosa experimentada.

### (c) Estatus y reconocimiento

Los participantes manifestaron mayoritariamente su desacuerdo (78.2%) con el valor social concedido al hecho de tener pareja (i29: 'Me siento más valorado por mis compañe-

ros y amigos cuando tengo pareja’): de hecho, un 63% respondió estar ‘Totalmente en desacuerdo’.

Al contrastar la posible relación con las variables sociodemográficas del estudio, hemos encontrado diferencias significativas en función de:

- (a) *Asociación*: en determinadas asociaciones se muestran más de acuerdo con este ítem que en otras ( $\chi^2_{(11)} = 23.919$ ;  $p = .013$ ).
- (b) *Vivienda*: parece existir más desacuerdo entre aquellos que residen en piso propio u hogar familiar, y mayor aceptación entre aquellos que están en residencias ( $\chi^2_{(3)} = 13.794$ ;  $p = .003$ ).
- (c) *Programa o servicio*: el acuerdo es menor entre los que trabajan en CEE y mayor en la categoría ‘Otros’ y los que acuden a programas de Garantía Social ( $\chi^2_{(4)} = 10.080$ ;  $p = .039$ ).
- (d) *Situación laboral*: el acuerdo es mayor entre los desempleados que entre quienes trabajan en CEE ( $U = 10234.00$ ;  $p = .001$ ).
- (e) *Nivel de funcionamiento*: tan sólo en relación con el CI ( $\chi^2_{(3)} = 11.502$ ;  $p = .009$ ), de suerte que los sujetos con niveles de retraso moderados manifiestan mayor acuerdo con este ítem, mientras que aquellos con retraso límite o leve manifiestan menor acuerdo.

#### (d) Familia y autodeterminación

Las variables familiares relacionadas con el amor y las relaciones de pareja fueron evaluadas mediante cinco ítems (ítems 26, 31, 33, 34 y 38), denominados en conjunto ‘familia y autodeterminación’. En general, hemos encontrado que la distribución de este factor es asimétrica negativa (Figura 10) y se ha rechazado la hipótesis de normalidad ( $Z_{K-S} = 2.616$ ;  $p = .000$ ). Asimismo, una vez reconvertidos los ítems con valencia negativa, la mediana en todos ellos es 4, con la excepción del ítem 33 (*‘Aunque nos gustaría, a veces no podemos quedar porque alguna familia se opone’*) con una mediana de 3.

Frecuencia	Tallo	& Hojas
4,00	Extremes	(=<8,0)
2,00	9	. 0
2,00	10	. 0
3,00	11	. 0
5,00	12	. 00
22,00	13	. 000000000000
34,00	14	. 000000000000000000
31,00	15	. 0000000000000000
50,00	16	. 000000000000000000000000
46,00	17	. 0000000000000000000000
55,00	18	. 000000000000000000000000
48,00	19	. 0000000000000000000000
74,00	20	. 00

Anchura tallo: 1,00  
Cada hoja: 2 caso(s)

Figura 10. Distribución del factor ‘familia y autodeterminación’ (Tallo y Hojas)

Al profundizar en el contenido de este factor hemos diferenciado dos sub-bloques: la acti-

tud de la familia ante las relaciones amorosas de su familiar con discapacidad ('intrusión familiar') -ítems 33 y 38-; y la actitud de la propia persona entrevistada ('autodeterminación') -ítems 26, 31 y 34-.

En relación con las variables sociodemográficas del estudio, encontramos diferencias significativas en función de:

- (a) *Asociación*, tanto en el factor global de 'familia y autodeterminación' ( $\chi^2_{(11)} = 26.063$ ;  $p = .006$ ) como en el sub-bloque de 'intrusión' ( $\chi^2_{(11)} = 29.408$ ;  $p = .002$ ), pero no en el sub-bloque de 'autodeterminación'. Estas diferencias podrían intentar explicarse por un posible trabajo con las familias de las personas con discapacidad a favor de su autodeterminación.
- (b) *Vivienda*, tanto en el factor global ( $\chi^2_{(3)} = 12.240$ ;  $p = .007$ ) como en 'intrusión' ( $\chi^2_{(3)} = 8.809$ ;  $p = .032$ ), pero no en 'autodeterminación': las puntuaciones son más positivas entre aquellos que residen en piso propio o piso tutelado y más negativas entre quienes residen en residencia o en el hogar familiar. Consecuentemente, la intrusión es menor precisamente en aquellos entornos residenciales donde la autonomía e independencia de las personas con discapacidad es mayor.
- (c) *Programa o servicio* al que pertenece, tanto respecto al factor global ( $\chi^2_{(4)} = 19.336$ ;  $p = .001$ ) como respecto a los dos bloques que lo conforman: intrusión familiar ( $\chi^2_{(4)} = 11.313$ ;  $p = .023$ ) y autodeterminación ( $\chi^2_{(4)} = 14.445$ ;  $p = .006$ ). Hemos encontrado puntuaciones más positivas (menor intrusión y mayor autodeterminación) entre aquellos que se encuentran en CEE o cursan Programas de Garantía Social, y más negativas entre quienes acuden a Centros Ocupacionales o Centros de Día.
- (d) *Situación laboral actual*, tanto en el factor global ( $U = 10015.50$ ;  $p = .002$ ) como en 'autodeterminación' ( $U = 10384.50$ ;  $p = .004$ ), pero no en 'intrusión': en los CEE aparecen posturas más positivas que entre los desempleados. De nuevo, constatamos que la autodeterminación es mayor en los entornos que permiten mayor autonomía e independencia.
- (e) *Nivel de funcionamiento*: se constatan diferencias significativas en función de los tres criterios (aunque especialmente en función del ICAP - $\chi^2_{(6)} = 32.059$ ;  $p = .000$ - y la intensidad de los apoyos - $\chi^2_{(3)} = 25.741$ ;  $p = .000$ -), de tal forma que aquellos sujetos con mayor nivel de funcionamiento parecen disfrutar de menor intrusión familiar y mayor autodeterminación (tanto considerando el factor global, como por sub-bloques).
- (f) *Pareja actual*: las puntuaciones han sido más positivas entre quienes tienen pareja, especialmente al considerar el factor global ( $U = 9892.50$ ;  $p = .000$ ) o el bloque de 'intrusión' ( $U = 9372.00$ ;  $p = .000$ ), aunque también se han encontrado diferencias en el bloque de 'autodeterminación' ( $U = 12221.00$ ;  $p = .046$ ). Parece lógico que, especialmente en intrusión familiar, las puntuaciones sean más positivas entre quienes tienen pareja (al permitir, precisamente, que establezcan una relación amorosa).
- (g) *Tiempo de relación*: los resultados han puesto de manifiesto una correlación positiva y significativa (aunque de baja magnitud como para establecer conclusiones) con el factor global ( $p = .157$ ,  $p = .009$ ) y el apartado de 'intrusión' ( $p = .167$ ,  $p = .006$ ), pero no con 'autodeterminación'.
- (h) *Convivencia*, tanto respecto a la puntuación obtenida globalmente ( $U = 1572.50$ ;  $p = .000$ ) como respecto al bloque de 'intrusión' ( $U = 1684.00$ ;  $p = .001$ ), pero no en relación con 'autodeterminación'. Así, las puntuaciones han sido más positivas entre

aquellos que conviven con sus parejas, lo cual parece coherente, pues precisamente la menor intromisión familiar y mayor tolerancia con las relaciones puede permitir que exista una convivencia con la pareja.

### (e) Relación entre los ‘aspectos relacionados’

La correlación encontrada entre los distintos ‘aspectos relacionados’ (Tabla 12) entre sí ha sido especialmente significativa entre satisfacción amorosa y valoración global propia ( $\rho = .631$ ) y percibida ( $\rho = .559$ ). Aunque de menor magnitud, también la satisfacción sexual se encontró correlacionada con ambos indicadores de valoración global. Por tanto, cuanto mayor es la valoración global propia (y percibida), mayor es la puntuación en satisfacción amorosa (y sexual), y viceversa.

Tabla 12. Correlaciones entre los ‘aspectos relacionados’

	V.G. Propia	V.G. Percibida	Sat. Amorosa	Sat. Sexual	Estatus	Familia y Autodet.
<b>V.G.Propia</b>	$\rho$					
<b>V.G.Percibida</b>	.793					
<b>Sat. Amorosa</b>	.631	.559				
<b>Sat. Sexual</b>	.365	.319	.376			
<b>Estatus</b>	-.073	-.193	-.116	-.049		
<b>Familia y Autodet.</b>	.083	.084	.206	.202	.014	

Nota: Correlaciones policóricas con la excepción de la variable ‘Familia y Autodeterminación’, donde se

El factor Familia y Autodeterminación se encontró correlacionado positivamente con satisfacción, tanto amorosa ( $\rho = .206$ ) como sexual ( $\rho = .202$ ). Es decir, cuanto menor es la intromisión familiar y mayor la autodeterminación de la persona, mayor es la satisfacción amorosa y sexual.

Sin embargo, el valor social (estatus) concedido al hecho de tener pareja, o no se ha encontrado relacionado significativamente, o si lo ha hecho (como con satisfacción amorosa o valoración global percibida) ha supuesto una magnitud muy baja como para establecer conclusiones.

### (f) Relación entre los ‘aspectos relacionados’ y las puntuaciones de la Escala Específica

Las puntuaciones en valoración global se encontraron correlacionadas con las puntuaciones obtenidas en la escala, tanto en su vertiente de valoración propia ( $\rho = .392$ ;  $p = .000$ ), como percibida ( $\rho = .309$ ;  $p = .000$ ). La prueba H de Kruskal-Wallis puso de manifiesto que cuanto mayor es la puntuación en la escala, mayor es la valoración global, propia ( $\chi^2_{(2)} = 47.537$ ;  $p = .000$ ) y percibida ( $\chi^2_{(2)} = 29.719$ ;  $p = .000$ ). También resultaron significativos en esta dirección los contrastes con cada uno de los tres factores que conforman la escala.

En la Figura 11 se muestran los patrones encontrados en el total de la Escala Específica. En estos mosaicos se muestran las relaciones bivariadas, concretamente las distribuciones de los residuos estandarizados de Pearson, de suerte que el color azul corresponde a las celdas cuya frecuencia observada es sustancialmente mayor de la que cabría esperar bajo la hipótesis de independencia (e.g.: la frecuencia de personas que obtienen puntuaciones bajas en la escala y realizan una valoración global propia ‘poco’ o incluso ‘bastante’),

ocurriendo lo contrario con el color rojo (e.g.: la frecuencia de personas que obtienen una puntuación en la escala baja y una valoración global de 'mucho' es significativamente inferior a lo esperable según un modelo de equiprobabilidad); en blanco, con bordes azules o rojos en el sentido de la explicación anterior, quedarían aquellos donde la asociación entre las variables es más débil. Un patrón similar se constató en los tres factores de la escala.

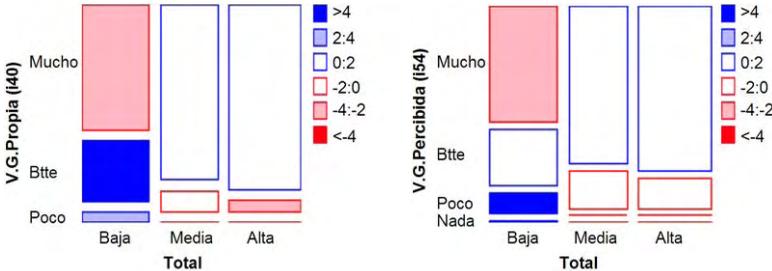


Figura 11. Relación entre valoración global y puntuaciones obtenidas en la escala (residuos estandarizados de Pearson)

Las puntuaciones de la escala también se han encontrado correlacionadas (Rho de Spearman) positivamente con la satisfacción amorosa ( $\rho = .538$ ;  $p = .000$ ) y sexual ( $\rho = .356$ ;  $p = .000$ ). Aunque también se encontró relación significativa con la satisfacción general, la magnitud de la correlación resultó muy baja como para establecer conclusiones ( $\rho = .109$ ;  $p = .035$ ). La prueba H de Kruskal-Wallis redunda en estos resultados: las puntuaciones elevadas en el total de la escala conllevan puntuaciones más elevadas en satisfacción amorosa ( $\chi^2_{(2)} = 103.521$ ;  $p = .000$ ) y sexual ( $\chi^2_{(2)} = 43.142$ ;  $p = .000$ ).

Tal como se muestra en la Figura 12, en ambos casos el porcentaje de personas que teniendo una puntuación baja en la escala, manifiesta estar 'totalmente de acuerdo' con dicha afirmación, es significativamente inferior a lo esperable; sin embargo, entre los que puntúan alto es significativamente superior a lo esperable. Resultados similares (significativos y en la misma dirección) se obtuvieron en los tres factores de la escala.

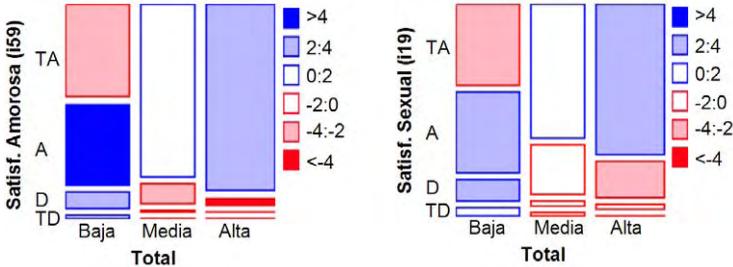


Figura 12. Relación entre satisfacción amorosa y sexual y las puntuaciones de la escala (residuos estandarizados de Pearson)

Por su parte, la puntuación obtenida en Familia y Autodeterminación se encontró correlacionada positivamente con las puntuaciones de la escala ( $\rho = .373$ ;  $p = .000$ ). Tras realizar el

contraste mediante H de Kruskal-Wallis, constatamos que las puntuaciones superiores en Familia y Autodeterminación (i.e., menor intromisión y mayor autodeterminación) redundan en puntuaciones más elevadas en la escala ( $\chi^2_{(2)} = 31.624$ ;  $p = .000$ ). Estos resultados se repiten al considerar los tres factores de la escala por separado, y de manera especial en el primero de ellos: 'Compromiso, estabilidad e idealización' ( $\chi^2_{(2)} = 39.162$ ;  $p = .000$ ).

Finalmente, no se encontraron relaciones significativas entre la puntuación de la escala (total y por factores) y el estatus o reconocimiento.

### 7.2.3. Resumen

Con el fin de analizar el modelo conceptual del amor subyacente en esta población, hemos partido de los resultados encontrados en el análisis factorial exploratorio realizado en personas sin (estudio piloto) y con discapacidad. Así, llevamos a cabo un *Análisis Factorial Confirmatorio* con el objetivo de confirmar el modelo de tres dimensiones: 'Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidad y romanticismo'.

Los resultados (método de estimación: RML) permitieron en general confirmar el modelo. Así, aun cuando el valor de Ji-Cuadrado resultó elevado, se obtuvieron índices complementarios de ajuste satisfactorios (e.g.: RMSEA = .040). Asimismo, la fiabilidad compuesta de cada variable (fiabilidad de constructo) resultó elevada en las tres dimensiones y, a pesar de obtenerse resultados no satisfactorios en la varianza extractada, el análisis de los residuos normalizados también puso de manifiesto un ajuste moderado del modelo.

Una vez confirmado el modelo de amor, analizamos los resultados encontrados en la Escala Específica de Evaluación del Amor (47 ítems) y los aspectos relacionados. Respecto a la primera (*Escala Específica de Evaluación del Amor*), hemos encontrado una percepción muy positiva (distribución claramente asimétrica negativa), tanto en el total como en los tres factores.

Asimismo, la relevancia de las variables sociodemográficas ha variado en función de si considerábamos el total de la escala o cada uno de los factores. En todo caso, la puntuación total de la escala ha resultado más positiva en aquellas personas que pertenecen a determinadas asociaciones y provincias, llevan más tiempo de relación con su pareja, y han tenido alguna pareja estable previa.

También en todos los aspectos relacionados hemos encontrado distribuciones muy positivas (asimetría negativa). Respecto a la valoración global, ambos indicadores (valoración propia y percibida) se encuentran clara y positivamente relacionados, de suerte que a mayor inversión sentimental (i.e., amar mucho a la pareja), mayor parece ser la percepción del amor de la pareja (i.e., sentirse muy amado por la pareja), y viceversa. Por otro lado, la valoración global se ha encontrado relacionada positivamente con determinadas asociaciones y, en el caso de valoración global percibida con el hecho de vivir en el hogar familiar.

Asimismo, la correlación también ha resultado positiva entre los tres indicadores de satisfacción, pero especialmente entre amorosa y sexual. La satisfacción (pero exclusivamente la satisfacción amorosa) ha alcanzado puntuaciones significativamente más positivas entre los participantes que residen en el ámbito urbano, los que llevan mayor tiempo de relación y los que han tenido menor número de relaciones amorosas previas.

Por su parte, el mayor acuerdo con el ítem sobre estatus y reconocimiento se ha encontrado relacionado con determinadas asociaciones, los que viven en residencias, los desempleados y aquellos que presentan un menor nivel de CI.

Finalmente, respecto a familia y autodeterminación, las percepciones más positivas (i.e., menor intromisión y mayor autodeterminación) se han encontrado en determinadas asociaciones, entre aquellos que residen en piso propio o piso tutelado, se encuentran en CEE o cursan programas de Garantía Social, trabajan, tienen mayor nivel de funcionamiento, tienen pareja, llevan más tiempo de relación (aunque con coeficientes de magnitud bajos) y conviven con sus parejas. Consecuentemente, en general la intromisión familiar es menor y la autodeterminación mayor en aquellas opciones que, de hecho, suponen una mayor autonomía y una mayor independencia de las personas con discapacidad.

Por otro lado, la valoración global (propia y percibida) se ha encontrado relacionada positivamente con satisfacción (sexual y, especialmente amorosa). La satisfacción (amorosa y sexual), por su parte, también se ha relacionado positivamente con familia y autodeterminación.

Respecto a las relaciones entre estas variables y las puntuaciones en la Escala Específica, los resultados han puesto de manifiesto que las puntuaciones elevadas en la escala (total y por factores) redundan en puntuaciones elevadas en valoración global (propia y percibida) y satisfacción (amorosa y sexual), pero no en estatus y reconocimiento. Asimismo, las puntuaciones elevadas en las variables familiares (i.e., menor intromisión familiar y mayor autodeterminación) redundan en puntuaciones elevadas en la escala, tanto en el total como en los tres factores (especialmente en 'Compromiso, estabilidad e idealización').

### **7.3. Bienestar emocional**

El segundo gran objetivo del estudio pretendía interpretar los resultados desde el marco actual del concepto de calidad de vida, concretamente la dimensión de bienestar emocional. Con este fin, extrajimos una serie de ítems que evalúan bienestar emocional, dentro del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003). Los siete ítems que se utilizaron, cuyo contenido aparece de manera recurrente en estudios y modelos sobre calidad de vida, se extrajeron de las distintas fases de elaboración y validación de la Escala de Evaluación de Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual (Verdugo y cols., en prensa).

#### **7.3.1. Bienestar emocional en personas con discapacidad intelectual**

La distribución global de bienestar emocional se caracteriza por cierta asimetría negativa (Figura 13), que se constata tras realizar la prueba Z de Kolmogorov-Smirnov y rechazar la hipótesis de normalidad ( $Z_{K-S} = 1.988$ ;  $p = .001$ ). La puntuación se distribuye entre un mínimo de 13 y un máximo de 28, situándose la media en 22.75 (D.T. = 3.01) y la mediana en 23, teniendo en cuenta que el punto medio teórico (i.e., una puntuación de 2.5 en cada ítem) de este factor se situaría en 17.5.

Frecuencia	Tallo & Hoja
2,00	Extremos (= <14,0)
3,00	15 . 0000
4,00	16 . 00
3,00	17 . 0000
16,00	18 . 00000000
9,00	19 . 0000
26,00	20 . 00000000000000
46,00	21 . 00000000000000000000000000000000
45,00	22 . 00000000000000000000000000000000
46,00	23 . 00000000000000000000000000000000
56,00	24 . 00000000000000000000000000000000000000
44,00	25 . 00000000000000000000000000000000
29,00	26 . 0000000000000000
20,00	27 . 0000000000
17,00	28 . 00000000

Ancho tallo:	1,00
Cada hoja:	2 caso(s)

Figura 13. Distribución del factor bienestar emocional (Tallo y Hojas)

Asimismo, si consideramos los siete ítems por separado, encontramos que los resultados son especialmente positivos (Medianas de 4) en aquellos ítems relacionados con una valoración positiva y un sentirse contento respecto a uno mismo (i68), a su cuerpo (i67) y su vida en general (i70), así como el hecho de querer disfrutar más de la vida (i69). Los otros tres ítems obtuvieron también valoraciones positivas, aunque no tan extremas (Medianas de 3). En este caso son ítems relacionados con sensaciones de apatía (i64, i66) o felicidad (i65).

Por otro lado, se encontraron correlaciones entre todos los ítems (correlaciones policóricas), oscilando entre  $|-0,080|$  y  $|0,595|$ , en función de los ítems que se consideraran en la correlación. Esto puede constatarse en la Figura 14, al observarse por ejemplo correlaciones negativas (color rojo) con coeficientes bajos (tono pálido) entre los ítems 69 y 66, o 69 y 64; o, asimismo, correlaciones positivas (color azul) con coeficientes más elevados (tono intenso) entre los ítems 65 y 70 o 68 y 67.

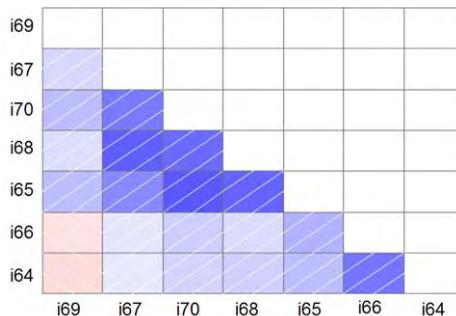


Figura 14. Correlograma (ítems de bienestar emocional)

### 7.3.2. Bienestar emocional y variables sociodemográficas

Respecto a la relación entre bienestar emocional y las diversas variables sociodemográficas del estudio, hemos encontrado relaciones significativas con:

- (a) *Provincia* ( $\chi^2_{(3)} = 26.673$ ;  $p = .000$ ): la puntuación global en bienestar emocional ha resultado más positiva en Valladolid y menos positiva en Burgos. Cuando consideramos los ítems por separado, las diferencias significativas suceden en los ítems 66, 67, 68 y 70.
- (b) *Asociación* ( $\chi^2_{(11)} = 36.714$ ;  $p = .000$ ): se observa un bienestar emocional global más positivo en determinadas asociaciones y, además, las diferencias significativas se repiten en los ítems 66, 67, 68 y 70. Los resultados encontrados en esta variable son coherentes con los encontrados en la variable provincia, de suerte que precisamente las asociaciones con valoraciones más positivas pertenecen a la provincia de Valladolid, y aquellas con valoraciones más negativas pertenecen a la provincia de Burgos (y Palencia).
- (c) *Sexo* ( $U = 14846.50$ ;  $p = .007$ ): considerada globalmente, la puntuación en bienestar emocional es más positiva entre los varones que entre las mujeres. Además, estas diferencias significativas se constatan en los ítems 64, 67 y 66.
- (d) *Vivienda* ( $\chi^2_{(3)} = 11.286$ ;  $p = .010$ ): se ha obtenido un mayor bienestar emocional entre aquellos que residen en el hogar familiar o en piso propio, y menor bienestar entre aquellos que residen en pisos tutelados. Por ítems, los resultados han sido significativos en relación con los ítems 67, 65 y 66.
- (e) *Ámbito* ( $U = 11559.50$ ;  $p = .026$ ): se han alcanzado puntuaciones más positivas en bienestar emocional entre aquellos que pertenecen al ámbito urbano; asimismo, estas diferencias se han encontrado en los ítems 65 y 69.
- (f) *Programa o servicio* ( $\chi^2_{(4)} = 17.289$ ;  $p = .002$ ): las personas que asisten a programas ocupacionales u 'otros' han alcanzado un mayor bienestar emocional global, frente a aquellos que asisten a Centros de Día o CEE. Por ítems, las diferencias han sido significativas en relación con los ítems 67, 68 y 70.
- (g) *Situación laboral actual* ( $U = 10037.50$ ;  $p = .002$ ): el bienestar emocional global ha sido más elevado entre los desempleados que entre aquellos que trabajan en CEE. Además, estas diferencias se han mantenido en los ítems 67, 68 y 70.
- (h) *Nivel de funcionamiento* (ICAP - $\chi^2_{(6)} = 18.410$ ;  $p = .005$ - y CI - $\chi^2_{(3)} = 14.466$ ;  $p = .002$ -, pero no en función del nivel de intensidad de los apoyos): globalmente, el bienestar emocional ha alcanzado puntuaciones más negativas entre aquellas personas con niveles más bajos en el ICAP (niveles 2 y 4) y con retraso mental leve (CI). Si consideramos los ítems por separado, se han encontrado diferencias significativas en el ítem 68 (tanto respecto al ICAP como al CI) y en los ítems 67 y 70 (respecto al CI).
- (i) *Pareja actual*: aunque no se han encontrado diferencias significativas en la puntuación global de bienestar emocional, sí en dos de sus ítems considerados individualmente (i65 e i68), de suerte que las puntuaciones han sido más elevadas entre quienes tienen pareja.
- (j) *Tiempo de relación*: hemos encontrado correlación significativa y positiva con bienestar emocional (a mayor tiempo de relación, mayor bienestar emocional global, y viceversa), pero la magnitud de la correlación es muy baja como para establecer conclusiones firmes ( $\rho = .131$ ;  $p = .031$ ).
- (k) *Número de parejas anteriores*: al igual que en la variable anterior, aunque existe correlación significativa y negativa (a mayor número de parejas estables previas, menor bienestar emocional), la magnitud del coeficiente de correlación es bajo ( $\rho = -.171$ ;  $p = .007$ ).

No se han encontrado relaciones significativas con el resto de variables sociodemográficas: edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, convivencia y haber tenido experiencias previas.

### 7.3.3. Resumen

En general, la distribución del factor bienestar emocional se caracteriza por cierta asimetría negativa, rechazándose la hipótesis de normalidad. Asimismo, si consideramos los siete ítems por separado, encontramos que los resultados son especialmente significativos (Medianas de 4) en aquellos ítems relacionados con una valoración positiva y sentirse contento respecto a uno mismo (i68), a su cuerpo (i67) y su vida en general (i70), así como el hecho de querer disfrutar más de la vida (i69). Los otros tres ítems obtuvieron también valoraciones positivas, aunque no tan extremas (Medianas de 3).

Por otro lado, se encontraron correlaciones entre todos los ítems (correlaciones policóricas), oscilando entre  $|.080|$  y  $|.595|$ , en función de los ítems que se consideraran en la correlación.

Respecto a la relación entre bienestar emocional y las diversas variables sociodemográficas del estudio, hemos encontrado relaciones significativas con: provincia, asociación, sexo, vivienda, ámbito, programa o servicio, situación laboral actual, nivel de funcionamiento, pareja actual, tiempo de relación, y número de parejas anteriores.

## 7.4. Amor y bienestar emocional

Con el objetivo de relacionar las variables de amor y bienestar emocional en personas con DI, hemos estructurado este apartado en tres partes: en primer lugar, analizamos la relación entre bienestar emocional y la percepción general del amor (Escala Específica de Evaluación del Amor); en segundo lugar, nos centramos en la relación entre bienestar emocional y los aspectos relacionados (valoración global, satisfacción, estatus y reconocimiento, y familia y autodeterminación); por último, a la luz de los resultados encontrados, proponemos un modelo estructural que relacione las variables más relevantes en torno al amor y el bienestar emocional.

### 7.4.1. Bienestar emocional y percepción general del amor (Escala Específica)

Hemos encontrado correlación (Rho de Spearman) significativa, positiva y moderada ( $\rho = .222$ ,  $p = .000$ ) entre la puntuación total en la Escala Específica y la puntuación total obtenida en bienestar emocional.

Posteriormente, la prueba no paramétrica H de Kruskal-Wallis resultó significativa para el total de la escala ( $\chi^2_{(2)} = 11.152$ ;  $p = .004$ ) y para el tercer factor: 'Intimidad y romanticismo' ( $\chi^2_{(2)} = 26.162$ ;  $p = .000$ ); aunque no para los otros dos factores. En la Figura 15 se presentan los rangos promedio en bienestar emocional en función del tercer factor y el total de la Escala Específica: las puntuaciones elevadas en la escala redundan en puntuaciones elevadas en bienestar emocional.

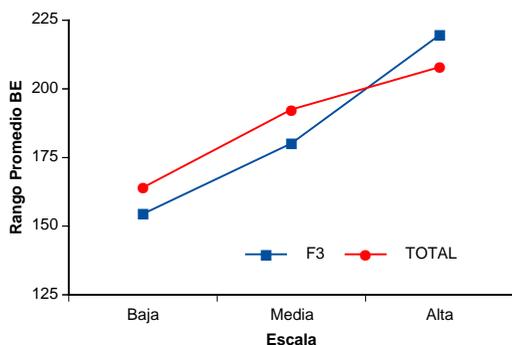


Figura 15. Relación entre bienestar emocional y puntuaciones obtenidas en la escala (rangos promedio)

La falta de relación significativa con los otros dos factores puede explicarse, al menos en parte, por tratarse de los factores donde las restricciones del entorno pueden ejercer mayor influencia: compromiso y planes de futuro, y los aspectos pasionales y fisiológicos. Sin embargo, el tercer factor se refiere más a sentimientos personales y de la pareja.

Por otro lado, al desglosar cada uno de los ítems que conforman el componente de bienestar emocional y repetir el contraste (H de Kruskal-Wallis), hemos encontrado que la puntuación total de la Escala Específica de Evaluación del Amor repercute significativamente en las puntuaciones de los ítems 65 (*'Me siento feliz'*), 68 (*'Estoy contento conmigo mismo'*), 70 (*'Estoy contento con mi vida'*) y, aunque en menor medida, 64 (*'A menudo tengo ganas de llorar'*). Estos resultados pueden observarse en la Tabla 13.

Tabla 13. Relación entre bienestar emocional (por ítems) y puntuación total de la Escala Específica (H de Kruskal-Wallis)

	Puntuación total (Amor)			Contraste	
	Rangos Promedio				
	Bajo (N= 128)	Medio (N= 110)	Alto (N= 138)	$\chi^2$ (2 g.l.)	P
<b>164</b>	198.23	200.20	170.14	6.735	.034
<b>165</b>	157.28	188.10	217.78	25.347	.000
<b>166</b>	191.43	181.64	191.25	.685	.710
<b>167</b>	172.66	191.71	200.63	5.641	.060
<b>168</b>	156.84	185.85	219.98	29.280	.000
<b>169</b>	177.76	195.20	193.12	2.797	.247
<b>170</b>	160.09	187.36	215.76	21.780	.000

#### 7.4.2. Bienestar emocional y aspectos relacionados

Seguidamente, analizamos la relación entre bienestar emocional y los diversos aspectos relacionados considerados en el estudio. En la Tabla 14 recogemos las correlaciones encontradas entre estas variables y la puntuación en bienestar emocional.

Tabla 14. Correlación entre bienestar emocional y 'aspectos relacionados' (Rho de Spearman)

	V.G. Propia	V.G. Percibida	Sat. Amorosa	Sat. Sexual	Sat. General	Estatus	Familia y Autodet.
Bienestar $\rho$	.072	.161	.163	.111	-.029	-.039	.176
Emocional $p$	.166	.002	.002	.031	.574	.448	.001

Tal como se puede observar, la correlación ha resultado positiva y significativa con valoración global percibida, satisfacción amorosa, satisfacción sexual, y familia y autodeterminación. En todo caso, la magnitud de las correlaciones ha resultado moderadamente baja. Posteriormente, realizamos la prueba H de Kruskal-Wallis con cada una de las variables que habían resultado correlacionadas (Tabla 15). El contraste resultó significativo en valoración global percibida ( $\chi^2_{(3)} = 15.079$ ;  $p = .002$ ), satisfacción amorosa ( $\chi^2_{(3)} = 21.869$ ;  $p = .000$ ) y, en el límite de la significación, también con familia y autodeterminación ( $\chi^2_{(3)} = 5.982$ ;  $p = .050$ ), pero no en satisfacción sexual.

Consecuentemente, las puntuaciones positivas en estas variables (i.e., mayor valoración global percibida, mayor satisfacción amorosa, menor intromisión familiar y mayor autodeterminación) redundan en puntuaciones más elevadas en bienestar emocional.

Tabla 15. Relación entre bienestar emocional y aspectos relacionados (H de Kruskal-Wallis): valoración global percibida, satisfacción amorosa, satisfacción sexual, y familia y autodeterminación

		ASPECTOS RELACIONADOS						
		Valoración Global Percibida						
		Rangos Promedio				Contraste		
		Nada (N= 1)	Poco (N= 14)	Btte (N= 79)	Mucho (N= 282)	$\chi^2_{(3 g.l.)}$	P	
		6.50	200.82	151.21	198.98	15.079	.002	
		Satisfacción Amorosa						
		Rangos Promedio				Contraste		
		Tot.Des (N= 3)	Des (N= 11)	Acuer (N= 70)	Tot. Acuer (N= 292)	$\chi^2_{(3 g.l.)}$	P	
BIENESTAR EMOCIONAL		32.50	239.36	146.14	198.34	21.869	.000	
			Satisfacción Sexual					
			Rangos Promedio				Contraste	
		Tot.Des (N= 8)	Des (N= 21)	Acuer (N= 108)	Tot. Acuer (N= 239)	$\chi^2_{(3 g.l.)}$	P	
		192.19	152.48	175.54	197.40	5.518	.138	
		Familia y Autodeterminación						
		Rangos Promedio				Contraste		
		Baja (N= 153)	Media (N= 46)	Alta (N= 177)		$\chi^2_{(2 g.l.)}$	P	
		173.35	185.36	202.42		5.982	.050	

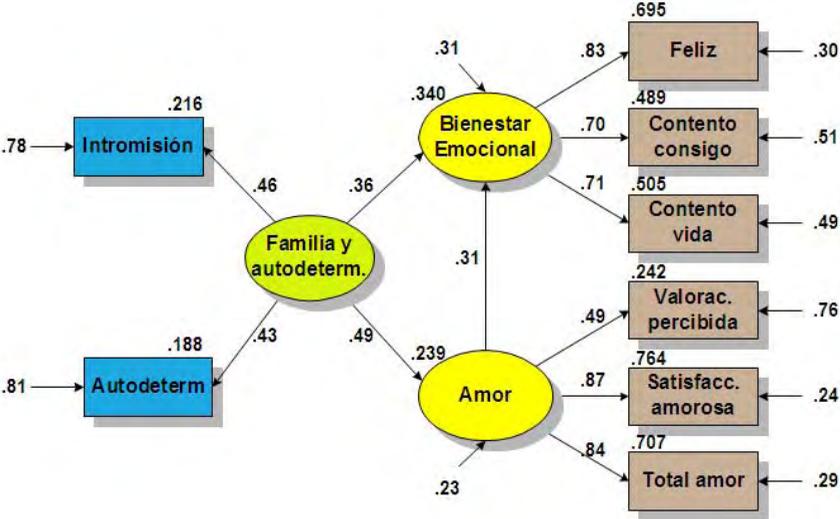
Finalmente, repetimos el contraste considerando los siete ítems de bienestar emocional por separado. En general, las diferencias fueron significativas, y en la dirección apuntada, en los ítems 65 ('Me siento feliz'), 68 ('Estoy contento conmigo mismo'), 70 ('Estoy contento con mi vida') y, aunque en menor medida, 67 ('Estoy contento con la apariencia de mi cuerpo').

### 7.4.3. Modelo estructural

A continuación, propusimos un modelo teórico de ecuaciones estructurales que vinculara

las variables más relevantes en relación con el amor y el bienestar emocional, incluyendo asimismo, por su relevancia en esta población, variables familiares de intromisión y autodeterminación. Este modelo, en su solución estandarizada, puede observarse en la Figura 16.

Figura 16. Diagrama conceptual: solución estandarizada



Hemos considerado el factor ‘familia y autodeterminación’ como variable latente exógena y, como variables endógenas, el amor y el bienestar emocional. Como variables observadas tomamos aquellas de mayor consistencia en los contrastes anteriores: puntuación total en la Escala Específica, valoración percibida y satisfacción amorosa respecto al amor; intromisión familiar y autodeterminación en relación con las variables familiares; y puntuación de los ítems 65 (*‘Me siento feliz’*), 68 (*‘Estoy contento conmigo mismo’*) y 70 (*‘Estoy contento con mi vida’*) respecto a bienestar emocional.

Dada la naturaleza de los datos y la ausencia de normalidad multivariada, hemos utilizado el método de estimación RML –*Robust Maximum Likelihood*- (DuToit y DuToit, 2001; Jöreskog y Sörbom, 1996a, 1996b). Para ello utilizamos los programas LISREL, versión 8.8. (Scientific Software International, 2006a) y PRELIS, versión 2.0 (Scientific Software International, 2006b).

**(a) Ajuste del modelo**

En primer lugar, consideramos el ajuste del modelo de medida que engloba a las dos variables endógenas (amor y bienestar emocional), el cual resultó satisfactorio (McDonald y Ho, 2002): el valor de Ji-Cuadrado de Satorra-Bentler ha resultado no significativo, el índice RMSEA es .0468 y el GFI .935, los índices de ajuste incremental han obtenido igualmente valores superiores a .90. Estos resultados se ofrecen en la Tabla 16.

Tabla 16. Índices de ajuste del modelo de medida

<b>S-B<math>\chi^2</math><sub>(8)</sub></b>	<b>P</b>	<b>RMSEA</b>	<b>NFI</b>	<b>NNFI</b>	<b>CFI</b>	<b>GFI</b>
14.557	.0684	.0468	.985	.987	.993	.935

A continuación, analizamos el ajuste del modelo estructural global (Tabla 17): obtuvimos un valor de Ji-Cuadrado de Satorra-Bentler no significativo ( $p = .089$ ), un RMSEA de .037 y un índice GFI de .943. Asimismo, los índices de ajuste incremental (NFI, NNFI, CFI) han superado el valor de .90. Consecuentemente, el ajuste del modelo propuesto es satisfactorio.

Tabla 17. Índices de ajuste del modelo estructural

<b>S-B<math>\chi^2</math><sub>(15)</sub></b>	<b>p</b>	<b>RMSEA</b>	<b>NFI</b>	<b>NNFI</b>	<b>CFI</b>	<b>GFI</b>
22.75	.089	.037	.981	.987	.993	.943

Por otro lado, la solución estandarizada (Figura 16) presenta coeficientes de determinación moderadamente elevados, con la excepción de un caso (autodeterminación), el único en el que la saturación ha resultado significativamente distinta de cero. Asimismo, el análisis de los residuos estandarizados pone de manifiesto el buen ajuste del modelo, sin encontrarse valores absolutos superiores a |1.96|.

### **(b) Efectos directos e indirectos**

En primer lugar, tal como se observa en la Figura 16, el efecto directo estandarizado de familia y autodeterminación sobre amor es significativo y positivo y explica el 23.9% de la varianza; además, es más relevante el efecto de esta variable sobre amor ( $\gamma_{12} = .49$ ) que sobre bienestar emocional ( $\gamma_{11} = .36$ ).

En segundo lugar, el efecto directo estandarizado de amor sobre bienestar emocional, aunque moderado ( $\beta_{21} = .31$ ), es estadísticamente significativo.

En tercer lugar, el efecto total de las variables familiares ('familia y autodeterminación') sobre bienestar emocional ha alcanzado un valor de .51, aunque el efecto indirecto (i.e., la parte de su influencia que ejerce sobre bienestar emocional a través del amor) ha resultado relativamente bajo (.15). En todo caso, queda reflejada la relevancia de la intromisión familiar y la autodeterminación sobre el bienestar emocional.

Por último, el efecto conjunto del factor familiar (familia y autodeterminación) y amor sobre bienestar emocional ha resultado positivo y significativo, si bien la varianza explicada conjuntamente por ambos es moderada (34%).

Consecuentemente, el análisis del modelo propuesto ha resultado satisfactorio. En él se ha puesto de manifiesto el efecto moderado que el amor ejerce sobre el bienestar emocional, a la par que se ha considerado la familia como variable relevante ('familia y autodeterminación'), la cual no sólo repercute moderadamente sobre el bienestar emocional (directa e indirectamente a través del amor), sino también sobre el amor.

Con estos resultados, volvimos a realizar un segundo análisis multigrupo (con el método de estimación de mínimos cuadrados ponderados), con el fin de comprobar si existían diferencias significativas en los parámetros estimados en función del hecho de tener o no

pareja. Los resultados del contraste pusieron de manifiesto la falta de diferencias significativas entre ambos grupos (Tabla 18).

Tabla 18. Análisis multigrupo por tenencia de pareja

Hipótesis	$\chi^2$	gl	p
Grupos iguales ( $H_0$ )	1.15	52	
Grupos diferentes ( $H_1$ )	0.94	45	
<b>Diferencia</b>	0.21	7	1.000

Estos resultados son coherentes con el resto del estudio, a lo largo del cual no se han encontrado, en general, diferencias entre los participantes con y sin pareja. Esto podría verse influenciado por la idealización con la que son percibidas las relaciones amorosas (participantes con pareja), de suerte que esta percepción se acerca a la percepción ideal (participantes sin pareja).

#### 7.4.4. Resumen

La relación entre *bienestar emocional* y *las puntuaciones obtenidas en la Escala Específica*, ha resultado positiva, de suerte que puntuaciones elevadas en la escala redundan en puntuaciones más positivas en bienestar emocional. Si consideramos dicha relación en función de los tres factores, encontramos que existen diferencias significativas en relación con el tercer factor ('Intimidad y romanticismo'), pero no en función de los otros dos factores. Esto podría explicarse en parte por las restricciones del contexto que encuentran las personas con discapacidad para desarrollar los aspectos pasionales de una relación ('Pasión y excitación fisiológica') y para establecer relaciones duraderas, con compromiso y planes de futuro a largo plazo ('Compromiso, estabilidad e idealización').

Por otro lado, al considerar por separado cada uno de los siete ítems que componen el bienestar emocional, son precisamente los ítems 65, 68 y 70 y, en menor medida, el 64 los que guardan relación significativa con la puntuación total de la escala.

Respecto a la relación entre *bienestar emocional* y *los aspectos relacionados*, hemos encontrado relación significativa entre la puntuación total en bienestar emocional y valoración global percibida, satisfacción amorosa, y familia y autodeterminación: las puntuaciones elevadas en estas variables redundan en un bienestar emocional más positivo. Al considerar diferencialmente los ítems que componen el factor de bienestar emocional, las relaciones han resultado especialmente significativas en los ítems 65, 68, 70 y, aunque en menor medida, 67.

A continuación, consideramos aquellas variables que habían resultado más consistentes en los contrastes realizados y establecimos un *modelo de ecuaciones estructurales* que englobara aspectos sobre el amor (variable latente endógena), el bienestar emocional (variable latente endógena) y los aspectos familiares (variable latente exógena), bajo la hipótesis de que el amor repercutiría en el bienestar emocional, y las variables familiares incidirían en dicha relación.

Dada la naturaleza de los datos, el modelo fue validado sobre las matrices de covarianzas policóricas y de covarianzas asintóticas, utilizando el método de estimación RML (*Robust Maximum Likelihood*).

Los resultados pusieron de manifiesto el buen ajuste del modelo global (así como

del modelo de medida de las dos variables endógenas) y permitieron constatar una serie de efectos, como el efecto moderado que el amor ejerce sobre el bienestar emocional, o la relevancia de las variables familiares (efecto directo moderado sobre el amor y efecto total moderadamente alto sobre bienestar emocional). Finalmente, no hemos encontrado diferencias en el modelo en función del hecho de tener o no pareja, de manera similar a lo observado en otras partes del estudio.



## TERCERA PARTE

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Bajo el título 'El amor en personas con discapacidad intelectual y su repercusión en el bienestar emocional' hemos presentado este estudio, cuyos conceptos fundamentales aparecen recogidos en el propio título (Discapacidad Intelectual, Amor, Bienestar Emocional). Estos conceptos son asimismo los que guían los objetivos generales del estudio.

Así, el primer gran objetivo que nos planteamos fue *analizar las relaciones de pareja y las percepciones sobre el amor en personas adultas con discapacidad intelectual*. Dos son los conceptos fundamentales que se engloban en este objetivo: discapacidad intelectual y amor.

La discapacidad, y concretamente la DI no han sido comprendidas de la misma manera a lo largo del tiempo, y su acercamiento ha supuesto el planteamiento de distintos paradigmas y modelos, de suerte que en la actualidad podemos hablar de un 'paradigma emergente de la discapacidad' (Schalock, 2003), entendida como algo fluido, continuo y cambiante, donde es de vital relevancia la interacción entre persona y entorno.

El segundo concepto englobado en este primer objetivo se refiere al amor. El estudio científico del amor todavía no se ha hecho extensivo a las personas con discapacidad, y mucho menos a personas con discapacidad intelectual, lo que nos obliga a revisar los planteamientos y teorías existentes respecto al amor en población sin discapacidad. Así, aunque su acercamiento científico fue más bien tardío (años 60 y 70 del siglo pasado), en la actualidad este tema goza de un amplio corpus científico, que se ha visto plasmado en una gran diversidad de teorías y enfoques (biológico-evolutivo, socio-cultural, psicológico).

En el campo específico de la discapacidad también se han producido avances, aunque en su mayoría se han centrado en la sexualidad y la salud sexual (fruto en gran medida de la preocupación que históricamente ha existido sobre la transmisión genética de la discapacidad), obviando el estudio concreto del amor. Esto ha repercutido en la comprensión de la dimensión afectivo-sexual de esta población. En todo caso, las dificultades en el acercamiento al estudio del amor en población con DI son patentes, y entre ellas aparece la falta de instrumentos adaptados y validados para esta población.

Por otro lado, un segundo gran objetivo ha guiado el desarrollo de esta investigación: *interpretar los resultados desde el marco actual de calidad de vida (concretamente bienestar emocional)*. Este objetivo nos conduce al tercer gran concepto del estudio: bienestar emocional, en el marco de calidad de vida. En el campo de la DI, el constructo de calidad de vida goza actualmente de una clara hegemonía y relevancia. Muchos son los estudios y autores que han contribuido a su concepción, evaluación y aplicación. En nuestro estudio partimos del modelo heurístico de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003).

En todo caso, dada la amplitud del constructo de calidad de vida, hemos abordado exclusivamente en nuestro estudio la dimensión de bienestar emocional, por considerar que se

trata de la dimensión más específicamente relacionada con la emoción del amor (quizás el estudio sobre si tienen o no pareja podría vincularse en la dimensión de relaciones interpersonales, pero aquí nos centramos en la valoración subjetiva, en la percepción que las propias personas con discapacidad tienen sobre el amor). De hecho, en personas sin discapacidad se reconoce que el amor repercute positivamente en la salud física y mental, en el bienestar, la felicidad y la calidad de vida (Chiappo, 2002; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Yela, 2002), por lo que en principio es de esperar que esto suceda igualmente en personas con discapacidad. Sin embargo, todavía hoy no se ha prestado mucha atención a esta relación (bienestar emocional y amor) en población con discapacidad, ni se han incluido de manera consistente las relaciones de pareja en los modelos de calidad de vida.

La pretensión de alcanzar estos dos grandes objetivos del estudio nos conduce al último objetivo principal de la investigación: *contribuir al estudio de las relaciones de pareja y al estudio de la calidad de vida (bienestar emocional) en personas con discapacidad intelectual, mediante la apertura de nuevas vías de investigación y la aportación de reflexiones, implicaciones prácticas y consideraciones en pro del desarrollo integral óptimo de las personas con discapacidad.*

Por tanto, partiendo de una extensa revisión teórica y con la finalidad de alcanzar estos tres grandes objetivos, desarrollamos esta investigación. Para ello, dada la falta de instrumentos adaptados y utilizados con población con DI, elaboramos nuestro propio *instrumento*. Con el fin de que el instrumento contara con unas características óptimas de calidad, seguimos rigurosamente una serie de fases para su elaboración: (a) búsqueda bibliográfica y consulta a expertos de reconocido prestigio, (b) grupo de discusión con personas con discapacidad intelectual, (c) prueba de jueces o expertos, (d) elaboración, aplicación y análisis de la prueba piloto y, finalmente, (d) elaboración de la escala definitiva.

Fruto de este riguroso procedimiento, elaboramos la escala definitiva, la cual fue aplicada a 411 personas adultas con DI de Valladolid, Palencia, Salamanca y Burgos. El instrumento consistió en una escala probabilística de estimaciones sumatorias (tipo Likert) con 70 ítems agrupados en tres apartados:

- (a) Escala Específica de Evaluación del Amor (52 ítems). Esta parte de la escala se centra en los aspectos más clásicamente relacionados con el amor, y sobre ella se realizaron los análisis psicométricos.
- (b) Aspectos Relacionados (11 ítems): valoración global (propia y percibida), satisfacción (general, amorosa y sexual), implicación familiar y autodeterminación, y estatus y reconocimiento. Esta parte de la escala se ha utilizado para extraer información complementaria.
- (c) Bienestar Emocional (7 ítems): ítems que conforman la dimensión de bienestar emocional en la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad de Verdugo y cols. (en prensa), que se encontraba en proceso de elaboración y revisión en el momento del estudio.

Los resultados nos permitieron, por un lado, analizar las características psicométricas de la escala y, por otro lado, el contraste de una serie de hipótesis.

## (a) Características psicométricas de la escala

Las características psicométricas de la escala fueron analizadas en la parte denominada Escala Específica de Evaluación del Amor, la cual quedó finalmente conformada por 47 ítems y demostró cualidades psicométricas satisfactorias. Así, en fiabilidad alcanzó un coeficiente Alfa de Cronbach de .925, con coeficientes de división en mitades y basados en su estructura factorial igualmente satisfactorios.

La validez de la Escala Específica quedó refrendada en sus vertientes de: validez de contenido (poder discriminativo de los ítems para diferenciar especialmente entre sujetos con puntuaciones altas/bajas y medias/bajas), validez criterial (relación entre las puntuaciones de la escala y los criterios de valoración global propia y satisfacción amorosa) y de constructo (modelo factorial explicativo del 51.538% de la varianza, formado por tres factores: 'Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidad y romanticismo'). Sin embargo, la validez discriminante de la escala no resultó tan satisfactoria, al observarse patrones similares entre los sujetos con y sin pareja (variable de agrupación).

## (b) Contraste de hipótesis y discusión de los resultados

Por otro lado, los resultados derivados de la aplicación de la escala definitiva también nos permitieron someter a su posible verificación una serie de hipótesis. A continuación iremos analizando cada una de ellas:

*Hipótesis 1:* Las personas con discapacidad intelectual disponen de un modelo conceptual de amor similar, en sus aspectos neutrales, al modelo existente en personas sin discapacidad.

En general, los resultados del estudio apoyan esta hipótesis, pues al hablar de los aspectos neutrales nos referimos a la parte de la escala denominada 'Escala Específica de Evaluación del Amor' (47 ítems). La estructura factorial de tres dimensiones encontrada en personas con DI ('Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidad y Romanticismo') fue sometida a un Análisis Factorial Confirmatorio mediante un método de estimación robusto (*Robust Maximum Likelihood*) debido a que nuestros datos no cumplían el supuesto de normalidad multivariada. En general, los resultados fueron satisfactorios, lo que permitió confirmar el modelo de tres factores.

Esta estructura confirmada en la muestra de personas con DI es bastante similar a la encontrada en el estudio piloto con población sin discapacidad (con ciertos matices, como el cambio de alguno de los ítems del factor en el que satura). Pero, además, esta propuesta de tres factores se encuentra claramente vinculada a dos teorías avaladas y reconocidas en población sin discapacidad: la primera es la Teoría Triangular de Sternberg (1986), de suerte que los tres factores que hemos encontrado en el estudio guardan similitudes claras con los tres componentes de esta teoría ('Compromiso/Decisión', 'Pasión' e 'Intimidad'). La segunda es la Teoría Tetrangular que propone Yela (1995) para matizar la teoría de Sternberg. Entre sus matizaciones, el autor propone que el componente de 'Pasión' realmente puede diferenciarse en dos componentes: 'Pasión erótica' (excitación fisiológica)

y 'Pasión Romántica' (dependencia psicológica, que incluye algunos de los aspectos que Sternberg consideró en el componente de 'Intimidad').

Nuestro modelo es coherente con esta diferenciación de la pasión como excitación fisiológica ('Pasión Erótica') conformando un solo factor; sin embargo, mientras que Yela considera la 'Pasión Romántica' como un componente independiente, en nuestro modelo se vincula con la intimidad (i.e., los ideales románticos se vinculan con la cercanía, el cariño y la calidez en la relación).

Consecuentemente, podemos concluir que el modelo de amor en personas con DI, en lo que se refiere a sus aspectos esenciales, no varía de manera significativa entre personas con y sin discapacidad.

*Hipótesis 2:* La percepción y valoración de las personas con discapacidad intelectual de sus relaciones de pareja está marcada por cierta idealización y fantasía, por una falta de realismo.

De manera similar a lo encontrado por otros estudios realizados con personas con DI (Arias et al., 2006; Knox y Hickson, 2001), los resultados que hemos encontrado van en la línea de lo postulado en esta segunda hipótesis. Así, los resultados en la Escala Específica de Evaluación del Amor mostraron una distribución claramente asimétrica negativa, tanto en el total de la escala como en cada uno de los tres factores (especialmente en 'Compromiso, estabilidad e idealización' e 'Intimidad y Romanticismo').

Estos resultados son muy similares a los encontrados por Arias et al. (2006) en una muestra de 75 personas con DI a las que aplicó una versión adaptada de la Escala Triangular de Sternberg. Los autores encontraron también una distribución asimétrica negativa en los tres factores, y de manera especial en los componentes de 'Compromiso' e 'Intimidad'.

Por otro lado, esta idealización puede estar contribuyendo a las dificultades encontradas en la Escala Específica en relación con la validez discriminante (las relaciones de pareja 'reales' están tan idealizadas que se parecen mucho a las que de hecho son 'ideales'). En esta línea, tampoco encontramos diferencias significativas en las puntuaciones de la Escala Específica en función del hecho de tener o no pareja.

Esta idealización queda patente también en las altas valoraciones que los participantes con discapacidad otorgan a algunos de los ítems del apartado de 'aspectos relacionados', concretamente: valoración global (propia y percibida) y satisfacción (amorosa, sexual y general), donde de hecho tampoco se encontraron diferencias en función de la variable tener o no pareja.

Esta visión claramente positiva se ha explicado frecuentemente por la confluencia de una serie de condicionantes en la realidad de las personas con discapacidad, como son: falta de formación e información afectivo-sexual, falta de acceso a entornos normalizados donde establecer relaciones de amistad y entrenar habilidades interpersonales, o falta de oportunidades para establecer relaciones interpersonales íntimas y románticas que, junto con el hecho de que reciben información de los medios de comunicación y no disponen

de modelos positivos cercanos, conlleva que las personas con DI desarrollen imágenes no realistas y expectativas no ajustadas con la realidad (Gordon, Tschopp y Feldman, 2004; Howland y Rintala, 2001; Lesseliers y Van Hove, 2002; López, 2002).

*Hipótesis 3:* Existe relación entre la percepción global del amor (Escala Específica de Evaluación del Amor) y los aspectos generales relacionados (valoración global, satisfacción, y estatus y reconocimiento).

La *valoración global* se ha encontrado correlacionada positiva y significativamente con la puntuación obtenida en la Escala Específica, tanto en valoración global propia como percibida. Asimismo, esta relación se ha visto refrendada con la prueba H de Kruskal-Wallis, al encontrar diferencias significativas en ambas valoraciones en función de la puntuación obtenida en la Escala Específica (puntuación total y por factores). Consecuentemente, la mayor puntuación en percepción global del amor (i.e., Escala Específica total y sus tres componentes: 'Compromiso, estabilidad e idealización', 'Pasión y excitación fisiológica' e 'Intimidad y romanticismo') redundaba en una percepción mayor de amor invertido y recibido.

Respecto a la *satisfacción*, las puntuaciones obtenidas también pusieron de manifiesto una valoración positiva. Por otro lado, encontramos correlaciones significativas y positivas entre la puntuación obtenida en la Escala Específica y especialmente la satisfacción amorosa, seguido de la satisfacción sexual, pero siendo significativamente menor en el caso de la satisfacción general. La prueba posterior mediante H de Kruskal-Wallis apoyó estos resultados, al encontrar diferencias significativas en satisfacción amorosa y sexual (pero no general) en función de las puntuaciones obtenidas en la Escala Específica, tanto su puntuación total como en cada uno de los tres factores. Consecuentemente, la percepción general del amor redundaba en valoraciones más positivas respecto a satisfacción amorosa y sexual, no siendo así respecto a la satisfacción general (en todo caso, el ítem sobre satisfacción general parece reflejar en mayor medida una creencia que a una puntuación en sí sobre satisfacción).

Esto es coherente con los estudios revisados sobre población sin discapacidad, en los que suele aceptarse que la idealización de la relación amorosa (y, si todas las relaciones suponen cierta idealización, más aún se ha constatado entre las personas con DI de la muestra) se relaciona positivamente con la satisfacción amorosa (*Vid.* Yela, 2002).

En relación con el *estatus y reconocimiento*, los participantes manifestaron su desacuerdo con el valor social que se concede al hecho de disfrutar de una relación de pareja. Al analizar la relación de esta creencia con las puntuaciones de la Escala Específica (puntuación total y por factores), no hemos encontrado correlación significativa entre ambas variables, lo que refuta la hipótesis planteada.

Por tanto, podemos verificar esta tercera hipótesis en relación con las variables siguientes: valoración global propia y percibida, y satisfacción amorosa y sexual. Sin embargo, la hipótesis no se confirma en relación con la satisfacción general y la creencia sobre el reconocimiento social de tener pareja.

En todo caso, también encontramos relaciones significativas entre los aspectos relacionados, concretamente:

- (a) Valoración global propia y percibida, de suerte que cuanto mayor es la inversión sentimental en la relación, mayor es la percepción del amor recibido, y viceversa (i.e.: es lógico que ‘invierta’ amor en mi relación de pareja siempre que también reciba, o perciba que recibo amor por su parte).
- (b) Satisfacción amorosa y sexual, lo que significa que la mayor satisfacción amorosa se acompaña de una mayor satisfacción sexual, y viceversa. Otros autores han encontrado en población sin discapacidad esta relación positiva entre satisfacción sexual y satisfacción amorosa (Vid. Yela, 2002).
- (c) Satisfacción amorosa y valoración global propia y percibida: cuanto mayor es la inversión sentimental y la percepción del amor recibido, mayor es la satisfacción amorosa experimentada.  
Distintos autores (Carreño, 1991; Sternberg, 1988, 1998a; Sternberg y Barnes, 1988; Yela, 1995, 2002) han destacado la importancia, de cara a la satisfacción, no sólo de que se ame a la pareja, sino de percibir que la pareja nos ama de manera similar.
- (d) Satisfacción sexual y valoración global propia y percibida: aunque en menor medida que en el caso de la satisfacción amorosa, también existe relación entre la inversión sentimental y la percepción del amor recibido, y la satisfacción sexual experimentada.

*Hipótesis 4:* En el campo afectivo de las personas con discapacidad intelectual las variables relacionadas con las posibilidades del contexto (concretamente la intromisión familiar y la autodeterminación manifestada ante ella) son de gran relevancia.

En la primera hipótesis hacíamos hincapié en la existencia de un modelo conceptual similar en personas con y sin discapacidad. En ésta, nos centramos en la parte diferencial de esas relaciones: en las variables relacionadas con el contexto y, más concretamente, en las variables familiares (intromisión familiar en la relación amorosa y autodeterminación manifestada o deseada en esta área por la persona con DI).

La distribución de los factores familiares fue asimétrica y negativa, reflejando una valoración bastante positiva. Hemos encontrado correlación moderada, significativa y positiva entre la puntuación en la *Escala Específica* (total y por factores) y la puntuación en intromisión familiar y autodeterminación (total y en cada uno de los dos sub-bloques en que se divide: intromisión o permisividad familiar, y autodeterminación de la propia persona con DI).

Estas correlaciones fueron más elevadas en el sub-bloque de autodeterminación y el bloque completo de variables familiares, y en relación con el total de la escala y el factor de ‘Compromiso, estabilidad e idealización’. El contraste mediante H de Kruskal-Wallis apoya la hipótesis en la misma dirección: la menor intromisión familiar y la mayor autodeterminación de la persona entrevistada redundan en puntuaciones más elevadas en la Escala Específica, y de manera especial en el total y en el factor ‘Compromiso, estabilidad e idealización’.

Por tanto, las variables familiares influyen en la percepción global del amor, en el hecho de

que ésta sea más o menos positiva en los tres factores, pero especialmente influye en el establecimiento de planes de futuro y el desarrollo de relaciones a largo plazo (i.e., en los aspectos que más presión se puede ejercer desde fuera de la propia persona).

En los *aspectos relacionados*, esta relación se ha hecho patente en el caso de la satisfacción amorosa y sexual, con correlaciones significativas, positivas y moderadas con el factor familiar global y el sub-bloque de autodeterminación: a menor intromisión familiar y, sobre todo, mayor autodeterminación de la persona con DI, mayor es la satisfacción amorosa y sexual, y viceversa.

Sin embargo, no se ha encontrado relación significativa con la creencia sobre satisfacción general, ni con estatus y reconocimiento, ni con valoración global percibida. La valoración global propia correlacionó significativamente con el sub-bloque de autodeterminación, pero con una magnitud tan baja que no pueden extraerse conclusiones.

Consecuentemente, esta hipótesis puede confirmarse parcialmente: las puntuaciones positivas en el factor familiar (i.e., menor intromisión familiar y, de manera especial, mayor autodeterminación) redundan en puntuaciones más positivas en la percepción general del amor (tanto puntuación total de la Escala Específica, como cada uno de los tres factores, y entre estos, de manera especial el factor 'Compromiso, estabilidad e idealización'), así como puntuaciones más positivas en satisfacción amorosa y sexual. Sin embargo, los factores familiares en los participantes con DI no se han visto relacionados de manera significativa con el resto de las variables (satisfacción general, valoración global, estatus y reconocimiento).

La familia es uno de los principales focos de socialización y su influencia en las relaciones de pareja es clara (Vid. Yela, 2002): no sólo contribuye a la adquisición y mantenimiento de mitos románticos, roles amorosos, expectativas, normas y presiones sociales, sino que también puede influir en el mantenimiento de la relación, aceptándola o poniendo impedimentos a la misma. Si esto sucede en población sin discapacidad, en las personas con DI esta posibilidad se hace especialmente patente, a la par que se añade el peso de la sobreprotección, que limita y restringe ampliamente las posibilidades de relación social, afectiva y sexual de esta población (e.g.: García, 2005; Howland y Rintala, 2001; Löfgren Martenson, 2004; López, 2002; McCabe, Taleporos y Dip, 2003).

Las personas con DI (especialmente aquellas con menores necesidades de apoyo) están demandando y expresando su deseo de establecer una relación amorosa, casarse o incluso formar una familia (Brown, 1994; Block, 2000; Riera, 2003; Servais, 2006). Sin embargo sus expectativas dependen enormemente del contexto, el cuál ignora o trata de controlar sus deseos afectivos y sexuales (Lesseliers y Van Hove, 2002; Servais, 2006). Así, rara vez se pregunta a las personas con discapacidad si quieren vivir en pareja, o si quieren tener hijos o adoptarlos y frecuentemente sus vidas afectivas son juzgadas por otros, cuyas opiniones parecen tener más valor que las suyas sobre su propia vida (Block, 2000; Löfgren-Martenson, 2004; O'Toole y Doe, 2002).

*Hipótesis 5:* Existe relación entre, por una parte la percepción global del amor y los aspectos relacionados (generales y específicos) y, por otra parte, distintas variables sociodemográficas, de manera similar a como sucede en personas sin discapacidad.

Los estudios existentes sobre el amor en población sin discapacidad han analizado la relación de distintas variables sociodemográficas en los resultados encontrados. Bajo esta hipótesis pretendemos analizar la existencia de esas relaciones en población con discapacidad.

La *percepción global del amor* (i.e., puntuaciones en la Escala Específica) en las personas con DI del estudio ha resultado significativamente más positiva entre los participantes de las provincias de Salamanca, Palencia o Burgos; en las asociaciones que pertenecen a esas provincias; entre aquellos que llevan más tiempo de relación con su pareja; y quienes han tenido experiencias previas.

Por factores, las puntuaciones en 'Compromiso, estabilidad e idealización' son significativamente más positivas entre: aquellos de determinadas provincias y asociaciones (de manera similar a lo encontrado en la puntuación total); aquellos participantes situados en los extremos de edad -'18-25 años', y 'mayores de 49' - (quizás los primeros por una mayor idealización, y los segundos por una mayor estabilidad en las relaciones); los que acuden a programas de Garantía Social o CEE; aquellos con un nivel de retraso mental leve o límite (es decir quienes probablemente disfruten de mayor autonomía para el desarrollo de relaciones estables); y, finalmente, quienes lleven más tiempo de relación y convivan con sus parejas (en estos últimos casos, lógicamente la estabilidad y el compromiso de la relación es mayor).

En el factor 'Pasión y excitación fisiológica', las puntuaciones resultaron significativamente más positivas en determinadas asociaciones y provincias, así como entre aquellos que habían disfrutado de experiencias previas.

El último factor, 'Intimidad y romanticismo', se ha vinculado positivamente con determinadas asociaciones y provincias, así como el hecho de acudir a Centros Ocupacionales u 'Otros'; finalmente, también se relacionó positivamente con la situación de desempleo.

Consecuentemente, en todos los factores y en el total tuvieron influencia, además de otras variables, las provincias y asociaciones, o lo que es lo mismo, el contexto en el que se desenvuelven los participantes. Sin embargo, no hemos encontrado diferencias significativas en función del sexo, el lugar de vivienda habitual, el ámbito, el nivel socio-económico, el nivel educativo, el número de parejas anteriores, ni el hecho de tener o no pareja en el momento del estudio.

Es probable que la relevancia del contexto se deba a la mayor concienciación de los profesionales en determinadas asociaciones o al desarrollo de programas sobre afectividad y sexualidad que favorecen, no sólo la participación de las personas con DI, sino también la concienciación de sus familiares.

La existencia de mitos, tópicos y, en general, barreras actitudinales en torno a la vida afectivo y sexual de las personas con discapacidad (Amor, 1997; Cardenal, 2002; Chivers y Mathieson, 2000; García, 2005; López, 2002; Milligan y Neufeldt, 2001) limita las posibilidades y oportunidades de que disponen, y las personas más cercanas (profesionales y familiares) pueden convertirse frecuentemente en 'muros institucionales' (Löfgren-Marntson, 2004).

Respecto a los aspectos relacionados, la valoración global (propia y percibida) resultó significativamente más positiva entre los participantes de determinadas asociaciones (lo que pone de manifiesto de nuevo la importancia del contexto) y aquellos que residen con sus familiares (tan sólo en relación con la valoración global percibida).

En relación con la satisfacción, las relaciones sólo han sido significativamente más positivas en satisfacción amorosa entre aquellos que residen en el ámbito urbano, que llevan mayor tiempo de relación y con menor número de parejas previas (i.e., con experiencias previas, pero no muchas).

El estatus y reconocimiento que puede suponer estar emparejado se ha encontrado relacionado significativamente con las siguientes variables: los participantes que mayor desacuerdo han manifestado son aquellos de determinadas asociaciones, que residen en piso propio u hogar familiar, que trabajan en CEE, y con un nivel de retraso intelectual límite o leve.

Si consideramos el bloque de variables familiares de manera global (intromisión familiar y autodeterminación), los datos del estudio han puesto de manifiesto que las puntuaciones son más positivas (i.e., menor intromisión familiar y mayor autodeterminación de la persona con DI) entre: quienes pertenecen a determinadas asociaciones (lo cuál podría explicarse por un posible trabajo con los familiares en pro de la autodeterminación), quienes residen en piso propio o piso tutelado (i.e., en entornos más normalizados y donde disfrutan de mayor autonomía, frente a las opciones de hogar familiar –donde pueden ser claramente más controlados- y residencia), quienes acuden a CEE (y, por tanto, están empleados y disponen de un sueldo que les da mayor autonomía –de hecho, los resultados también fueron significativamente más positivos entre los empleados-) o cursan programas de Garantía Social (quizás porque son más jóvenes, y por tanto sus padres son algo más liberales, o quizás porque todavía no han demandado tanta autonomía), quienes tienen mayor nivel de funcionamiento intelectual (mayor puntuación en el ICAP, menor intensidad de los apoyos, menor retraso intelectual), quienes tienen pareja, quienes llevan más tiempo de relación, y quienes conviven con sus parejas (es lógico que las familias más permisivas y menos intrusivas, y las personas más autodeterminadas tengan mayores posibilidades de establecer una relación amorosa, de que ésta dure más tiempo y que, además, puedan vivir juntos).

Las teorías y estudios sobre el amor realizados en población sin discapacidad han analizado la influencia de algunas de estas variables sociodemográficas. Así, aunque nosotros no hemos encontrado diferencias en función del sexo, en general suele postularse la existencia de distintas estrategias amorosas y sexuales entre varones y mujeres, aunque su explicación varía en función del enfoque: desde el enfoque biológico-evolutivo se hace hincapié en las distintas funciones adaptativas transmitidas genéticamente a lo largo del proceso evolutivo (Buss, 1994, 2006; Lampert, 1997; Trivers, 1972), mientras que desde el enfoque socio-cultural se destaca el papel de la socialización diferencial entre ambos sexos (Garaizabal, 1992; Nieto, 1989; Ubillos et al., 2001). Desde un enfoque psicológico, también se han postulado diferencias en función del sexo (Vid. Yela, 2002), entre otras, en el estilo amoroso, el estilo de apego, el vínculo amor-sexo o la concepción del amor.

En el campo de las personas con discapacidad, la variable sexo también ha sido considera-

da, de suerte que suele aceptarse que las mujeres se encuentran en una situación incluso más deficitaria, al unirse a la discapacidad el papel de los roles de género y la educación (Anderson y Kitchin, 2000; García de la Cruz y Zarco, 2004; Malón, 2007; Pérez Opi y Landarroitajuregi Garai, 2007; Stinson, Christian y Dotson, 2002; Torices y Bonilla, 2004).

Otra variable que se ha abordado en los estudios con personas con DI es el nivel de funcionamiento, de suerte que en general las personas con menores necesidades de apoyo son más activas en el plano sexual y amoroso (e.g.: McGillivray, 1999; Servais *et al.*, 2002). En nuestro estudio, esta relación se ha encontrado tan sólo en el factor de 'Compromiso, estabilidad e idealización' y en relación con los aspectos familiares, alcanzándose las puntuaciones más positivas entre aquellos con mayor nivel de funcionamiento.

Por otro lado, no podemos extraer conclusiones en torno a la orientación sexual por la sobre-representación de la heterosexualidad. En este sentido, al igual que en el resto de la población, es difícil estimar la prevalencia de la homosexualidad y de la bisexualidad, pues debido al estigma social que conlleva, estas personas suelen no autodeclararse como tales. Sin embargo, en principio, no habría ninguna razón para considerar que las ratios entre personas con discapacidad tuvieran que ser diferentes a las del resto de la población (Servais, 2006).

Otra variable que se ha analizado en población sin discapacidad es la edad, aunque en muchos casos los resultados son problemáticos por la confusión entre esta variable y el efecto de cohorte (Yela, 2002).

Finalmente, es posible que la falta de relaciones significativas con variables sociodemográficas clásicas (e.g.: edad, sexo, o tener o no pareja), encontradas en algunos estudios con población sin discapacidad, puedan estar siendo encubiertas por la idealización manifiesta y por la gran relevancia del contexto en los resultados. En esta línea, en el estudio de Arias *et al.* (2006) tampoco se encuentran diferencias en los resultados en el amor en función del sexo, aunque sí por ejemplo en función de la edad.

*Hipótesis 6:* Los resultados en bienestar emocional en las personas con discapacidad intelectual serán positivos, en la línea de lo encontrado generalmente en estudios sobre calidad de vida.

Los resultados del estudio permitieron confirmar esta hipótesis, con una distribución caracterizada por cierta asimetría negativa. De los siete ítems, aquellos que resultaron especialmente positivos (Mediana= 4) fueron los relacionados con una valoración positiva y un sentimiento de aceptación de uno mismo (i68: '*Estoy contento conmigo mismo*'), de su cuerpo (i67: '*Estoy contento con la apariencia de mi cuerpo*') y de su vida en general (i70: '*Estoy contento con mi vida*'), así como el hecho de querer disfrutar más de la vida (i69: '*Me gustaría disfrutar más de la vida*'). Los otros tres ítems (i64 -'*A menudo tengo ganas de llorar*'-, i65 -'*Me siento feliz*'-, e i66 -'*Me siento sin ganas de nada*'-) alcanzaron una mediana de 3.

Estos datos son coherentes con los encontrados en la actualidad en los estudios sobre calidad de vida, de suerte que los indicadores subjetivos personales (como son los utili-

zados en bienestar emocional) suelen ser valorados de manera positiva (Cummins, 1998, 2003; Felce, 2006; Schalock, 2004), a pesar de las condiciones adversas que puedan encontrarse.

*Hipótesis 7:* Existe relación entre la percepción del amor y el bienestar emocional manifestado.

Los datos encontrados avalan esta hipótesis (correlación significativa moderada y H de Kruskal-Wallis): las puntuaciones elevadas en la percepción del amor (Escala Específica) suponen puntuaciones elevadas en bienestar emocional.

Además, al desglosar estos resultados en función de los siete ítems de bienestar emocional, encontramos que la percepción global del amor repercute significativamente en los ítems 65 (*'Me siento feliz'*), 68 (*'Estoy contento conmigo mismo'*) y 70 (*'Estoy contento con mi vida'*); y, en menor medida, ítem 64 (*'A menudo tengo ganas de llorar'*).

Al considerar los tres factores de la escala, encontramos resultados en la misma línea en el factor 'Intimidad y romanticismo', pero no en los otros dos factores. Estos resultados pueden explicarse, al menos en parte, porque son precisamente estos dos factores en los que más pueden repercutir las restricciones del entorno (e.g.: no permisividad de los profesionales, intromisión familiar): el establecimiento de relaciones duraderas con compromisos a largo plazo ('Compromiso, estabilidad e idealización') y el disfrute de los aspectos pasionales y de espacios privados ('Pasión y excitación fisiológica'). Sin embargo, la confianza, el apoyo, la comprensión o la adherencia a mitos románticos ('Intimidad y romanticismo') están más vinculados a sentimientos personales.

Aunque no hemos encontrado estudios que avalen directamente (ni refuten) esta hipótesis en personas con discapacidad, en población sin discapacidad existe consenso en afirmar que el amor se relaciona con la salud, el bienestar, la felicidad, la satisfacción general y la calidad de vida (Chiappo, 2002; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Yela, 2002). Por otro lado, el estudio actual de la calidad de vida en población con discapacidad es preponderante, y generalmente se incluye en los distintos modelos teóricos (e.g.: Cummins, 1996; Felce, 1997; Schalock y Verdugo, 2003) alguna dimensión relacionada con el bienestar emocional.

Consecuentemente, no existe ningún dato que pudiera avalar que la dimensión afectivo-sexual el amor no sea también un factor determinante en la salud y la calidad de vida de las personas con DI, al igual que el resto de las personas (Lacasta, 2000). Es más, existe consenso en afirmar que la calidad de vida se compone, para personas con DI, de los mismos factores, indicadores y relaciones que son importantes para aquellas personas que no la tienen (Verdugo y Schalock, 2001; Schalock y Verdugo, 2003).

*Hipótesis 8:* Existe relación entre los aspectos relacionados con las relaciones de pareja (valoración global, satisfacción, estatus, y familia y autodeterminación) y el bienestar emocional.

De manera similar, esperábamos encontrar algún tipo de relación significativa entre el bienestar emocional experimentado por las personas con DI de la muestra y los aspectos relacionados. Esta hipótesis ha podido confirmarse en las siguientes variables: valoración global percibida, satisfacción amorosa, y el bloque 'familia y autodeterminación'. Sin embargo, el resultado no fue significativo en satisfacción general, sexual, ni estatus y reconocimiento.

Por tanto, a mayor valoración percibida (i.e., retomamos la importancia de lo que se percibe que se recibe en la pareja), mayor satisfacción amorosa (señalada frecuentemente como una de las variables fundamentales para el bienestar), menor intromisión y mayor autodeterminación (lo que retoma el papel protagonista de la familia en la vida de esta población), mayor es la puntuación en bienestar emocional.

*Hipótesis 9: Existen diferencias significativas en bienestar emocional en función de distintas variables sociodemográficas.*

La mayoría de los resultados encontrados a este respecto permiten confirmar esta hipótesis, al encontrarse que la puntuación obtenida en bienestar emocional se relaciona positivamente con: determinadas provincias (Valladolid, mientras que en Burgos las puntuaciones son menos positivas), determinadas asociaciones (precisamente, aquellas vinculadas con las provincias anteriores), ser varón, residir en el hogar familiar o en piso propio (la puntuación menos positiva se obtuvo entre quienes vivían en pisos tutelados), pertenecer al ámbito urbano, asistir a un Centro Ocupacional o a 'otros programas' (frente a los que acuden a Centros de Día y CEE), estar desempleado (las puntuaciones son más negativas entre quienes trabajan en un CEE), niveles de funcionamiento más elevados (niveles más altos en el ICAP y niveles más altos de CI), mayor tiempo de relación y menor número de parejas previas.

El hecho de tener o no pareja no se ha relacionado con el bienestar emocional global, aunque sí con dos de sus ítems (i65 e i68). Asimismo, cuando hemos considerado los ítems de bienestar emocional por separado, generalmente estas relaciones se han establecido principalmente con los ítems 65 ('*Me siento feliz*'), 68 ('*Estoy contento conmigo mismo*') y 70 ('*Estoy contento con mi vida*'). Sin embargo, no hemos encontrado relaciones significativas con la edad, el nivel socioeconómico, el nivel educativo, la convivencia con la pareja, o el haber tenido experiencias previas.

Haber encontrado que el bienestar emocional se relaciona positivamente con variables que suponen menor autonomía para las personas con DI puede resultar a simple vista problemático (e.g.: desempleados frente a empleados, Centro Ocupacional frente a CEE). Quizás, en parte, esto podría explicarse por el hecho de que una mayor autonomía facilita una mayor integración en la sociedad (educación, empleo, etc.) pero no garantiza per se una inclusión social real.

La integración física pero no social puede desencadenar aislamiento social y sentimientos de soledad, que repercuten negativamente en el bienestar emocional, la autoestima y la felicidad de las personas (Forrester-Jones *et al.*, 2002; McConkey, 2007; McVilly *et al.*, 2006; Riera, 2003). De hecho, el bienestar subjetivo está vinculado con la integración social (Bramston, Bruggerman y Pretty, 2002; Cummins y Lau, 2003).

*Hipótesis 10:* Es posible establecer un modelo teórico que relacione bienestar emocional, percepción del amor y aspectos relacionados con las relaciones de pareja.

Con los resultados encontrados a lo largo del estudio, hemos considerado pertinente plantear un modelo teórico de ecuaciones estructurales que incluya las variables que han resultado más relevantes en relación con el amor y el bienestar emocional de las personas con DI. Dada la naturaleza de los datos, hemos recurrido al método de estimación RML (*Robust Maximum Likelihood*). Asimismo, teniendo en cuenta la relevancia de los aspectos familiares, los hemos considerado (intrusión familiar y autodeterminación) como variable latente exógena y, como variables endógenas, el amor y el bienestar emocional. Las variables observadas ha sido seleccionadas igualmente entre aquellas de mayor consistencia en los contrastes anteriores.

Los resultados permiten verificar esta hipótesis, al poner de manifiesto el buen ajuste del modelo de medida entre las dos variables endógenas (amor y bienestar emocional) y, sobre todo, el buen ajuste del modelo estructural global.

Este modelo destaca el efecto moderado, pero significativo, que el amor ejerce sobre el bienestar emocional, lo cual apoya asimismo la séptima hipótesis del estudio. El amor se relaciona positivamente con la salud física y mental, el bienestar, la satisfacción y la calidad de vida, no sólo en personas sin discapacidad, sino como era de esperar, también en población con DI.

Asimismo, las variables familiares juegan un papel relevante en el amor: la mayor autodeterminación y, especialmente, la menor intrusión familiar repercuten positiva y significativamente sobre el amor, explicando un 23.9% de la varianza. Esto apoya la cuarta hipótesis del estudio. Si la familia es un aspecto importante en las relaciones amorosas de todas las personas, más relevante parece ser en personas con DI, donde se convierten en un factor facilitador u obstaculizador fundamental de las relaciones de pareja (García, 2005; Howland y Rintala, 2001; López, 2002; McCabe, Taleporos y Dip, 2003).

Aunque con un efecto directo estandarizado menor, las variables familiares también tienen cierta influencia sobre el bienestar emocional experimentado. Finalmente, el efecto conjunto de las variables familiares (familia y autodeterminación) y amor sobre bienestar emocional ha resultado positivo y significativo, si bien la varianza explicada conjuntamente por ambos es moderada (34%).

Consecuentemente, podemos establecer un modelo teórico que, al igual que en personas sin discapacidad, relacione positivamente el amor con el bienestar emocional. Pero además, en el caso de población con DI, consideramos fundamental incluir como variable aspectos familiares.

Los resultados de este modelo fueron sometidos a un segundo análisis multigrupo en función de la variable tenencia o de pareja, sin encontrarse diferencias significativas entre ambos grupos (idealización).

Por tanto, si aceptamos la relevancia del amor y las relaciones amorosas en la calidad

de vida, la felicidad y el bienestar de las personas con (Karellou, 2003; Lacasta, 2000; McCabe, Cummins y Deeks, 2000) y sin discapacidad (Chiappo, 2002; King, 2004; Ovejero, 1998; Sangrador, 1993; Sarason, 1999; Yela, 2002), si asumimos que la calidad de vida se compone para personas con discapacidad de los mismos indicadores que son importantes para las personas sin discapacidad (Verdugo y Schalock, 2001; Schalock y Verdugo, 2003), lo que parece incluir el amor; y, por último, si aceptamos que el constructo multidimensional de calidad de vida '*está influenciado por factores personales y familiares, tales como las relaciones de intimidad, ...*' (Schalock y Verdugo, 2003; p. 41), entonces consideramos necesario y justificado que los modelos actuales de calidad de vida en personas con DI incluyan entre sus indicadores aspectos relacionados con el amor y las relaciones amorosas.

Sin embargo, las relaciones de pareja no han recibido mucha atención desde el movimiento de la calidad de vida (Forrester-Jones et al., 2002), a pesar de su preocupación por la felicidad y el bienestar de las personas con discapacidad (aspecto, por otro lado, que supone un punto de confluencia con el movimiento de la Psicología Positiva).

Antes de exponer las limitaciones del estudio y las posibles líneas futuras, nos gustaría incluir una última reflexión: según los datos de nuestro estudio, la mayoría de las hipótesis se han confirmado parcial o totalmente, lo que supone aceptar que, en general y en relación con el amor, en personas con DI se constatan resultados semejantes a los encontrados en población sin discapacidad. De hecho, cuando existen diferencias, éstas se deben mayoritariamente a la respuesta que reciben del contexto y las personas cercanas, muy especialmente del grado de intromisión y/o permisividad de las familias. Es más, también hemos podido comprobar que, al igual que sucede en población sin discapacidad, la percepción y vivencia positiva de las relaciones amorosas influye en su bienestar emocional. Esta reflexión, que aunque puede resultar aparentemente esperable sin embargo no había sido confirmado de manera científica (i.e., con datos), tiene una implicación práctica: si la percepción y vivencia del amor es igual en personas con y sin discapacidad, y si además se constata su influencia positiva en el bienestar emocional (que preocupa a profesionales, investigadores, familiares y a las propias personas con DI), no parece de ninguna manera justificado negarles el derecho a disfrutar de una relación amorosa plena, igual que nadie justificaría esa negligencia en personas sin discapacidad.

Es más, si la única justificación entonces que queda para las restricciones del entorno y limitaciones en sus vidas es la evitación de 'ciertos riesgos' asociados en su mayoría con la sexualidad y la salud sexual (e.g.: embarazos no deseados, ETS, etc.), la medida más adecuada para su prevención es siempre la educación (al igual que lo es en personas sin discapacidad). Por tanto, no sólo deja de justificarse la existencia de modelos de amor distintos en personas con DI (e.g.: son como niños, no se enamoran, no tienen deseos sexuales, les vale con una amistad, ...), sino que además se hace explícitamente necesario el desarrollo de programas de educación afectivo-sexual, que impliquen tanto a las personas con DI, como a profesionales y familiares.

### **(c) Limitaciones del estudio**

La realización de un estudio empírico supone siempre una serie de limitaciones en su desarrollo. La novedad del tema seleccionado en nuestro estudio puede suponer el incon-

veniente de nuevas dificultades relacionadas con el contenido, al carecer de referencias que faciliten el aprendizaje respecto a errores precedentes. A continuación señalamos las limitaciones principales que pueden encontrarse en este trabajo, tanto metodológicas como conceptuales:

- (1) La primera limitación se refiere a la muestra de personas con discapacidad. Tal como suele suceder en las investigaciones con esta población, el procedimiento de muestreo fue incidental, basado en la disponibilidad de aquellas personas que quisieran participar y cuyas familias no pusieran impedimento a tal efecto, y no en la mera selección al azar.
- (2) La utilización de este tipo de escalas con población con DI ha sido puesta en duda, preferentemente por las posibles limitaciones cognitivas y lingüísticas y la aparición de ciertos sesgos de respuesta (Finlay y Lyons, 2002). Sin embargo, con la aplicación de algunas medidas en la línea de lo propuesto por Hartley y MacLean (2006), hemos pretendido contribuir a la fiabilidad y validez en la utilización de escalas tipo Likert con personas con DI: participantes con nivel de funcionamiento medio-alto, no incluir más de cinco puntos de acuerdo (de hecho, hemos tomado la opción de cuatro puntos, con el fin de evitar el sesgo de tendencia central), aplicación mediante entrevista individualizada, e inclusión de un protocolo de explicación de los ítems (para evitar asimismo la varianza sistemática secundaria).

Con todo ello, aun así hemos encontrado una limitación en las respuestas, de suerte que advertimos la aparición del sesgo de respuesta de tendencia extrema. Las personas con DI tendían a contestar con opciones extremas y les resultaba difícil matizar la respuesta y elegir opciones intermedias. Tratamos de atenuar este efecto haciendo que las entrevistadoras se aseguraran de que la persona entrevistada comprendiera los matices y considerara todas las opciones antes de optar por una respuesta. Asimismo, compensamos en parte esta dificultad eliminando de la muestra teórica (N= 411) aquellos participantes en los que la aparición de este sesgo era especialmente patente (35 participantes).

- (3) En relación con el contenido del estudio, el tema elegido (el amor) supone realizar preguntas sobre la vida personal, íntima y privada de las personas, lo cual generalmente conlleva limitaciones relacionadas con la falta de sinceridad en las respuestas. Estas dificultades normalmente se intentan soslayar (al menos parcialmente) ofreciendo a los respondientes garantías suficientes de confidencialidad y anonimato. Sin embargo, cuando el estudio se realiza con personas con DI es frecuente que el formato de escala 'auto-administrada' se convierta en entrevista estructurada, por lo que el anonimato en sentido estricto desaparece, al tener que ofrecer sus respuestas a la entrevistadora (Finlay y Lyons, 2001). En todo caso, intentamos contribuir a la disminución de esta dificultad insistiendo en la confidencialidad de los resultados.
- (4) Para la evaluación del bienestar emocional hemos partido del modelo de calidad de vida de Schalock y Verdugo (2003) y de la Escala de Evaluación de la Calidad de Vida de Personas con Discapacidad Intelectual de Verdugo y cols. (en prensa). Esta escala se encontraba en proceso de revisión en el momento del estudio, lo que conlleva que en la actualidad los ítems seleccionados no correspondan exactamente con los incluidos en esta dimensión del instrumento actual (Verdugo, Arias y Gómez, 2006). En todo caso, la pretensión del estudio era tomar una serie de ítems sobre bienestar emocional representativos de los que suelen utilizarse para analizar esta dimensión en población con DI, y creemos que esta finalidad es factible con los ítems utilizados.

#### **(d) Líneas de investigación futuras**

Desde un punto de vista metodológico, las investigaciones futuras deberían utilizar, en la medida de lo posible, muestras más amplias y seleccionadas de manera aleatoria, con el fin de confirmar, matizar o ampliar los resultados obtenidos en este estudio.

Asimismo, sería interesante incluir en este tipo de estudios otro tipo de instrumentos (e.g.: observación) y otras fuentes de información (para conocer la visión de los profesionales y familiares, especialmente relevantes en la población que nos compete). También podrían incluirse otro tipo de variables complementarias: variables familiares y contextuales (e.g.: apoyo emocional, confianza, intercambio de información, actitudes de familiares y profesionales), variables relacionadas con el amor (e.g.: estilos amorosos) y variables relacionadas con la calidad de vida (e.g.: incluir otras dimensiones de calidad de vida, otros modelos y, por supuesto, incluir en los estudios de calidad de vida indicadores relacionados con el amor y las relaciones amorosas).

En todo caso, dada la situación de olvido en la que se encuentra el estudio del amor y las relaciones amorosas en personas con DI, muchas y variadas pueden ser las líneas de estudio: es decir, puesto que casi todo lo conocido sobre psicología del amor se ha obtenido en muestras de personas sin discapacidad, todavía desconocemos si estos hallazgos y conocimientos pueden ser aplicados (y de ser así, con qué matices) en población con DI, al vivir experiencias sociales generalmente más restringidas.

Nuestra pretensión ha ido en esta línea, pero lógicamente existen muchas más vías posibles de investigación y muchas teorías sobre el amor que pueden contribuir a explicar determinados comportamientos y percepciones en la población con DI: por ejemplo, desde la Teoría del Apego se podría analizar si las peculiaridades de las relaciones tempranas en personas con DI (sobrepotección, dependencia familiar, tratarles como niños, etc.) condicionan las relaciones amorosas en la vida adulta; asimismo, el tener un acceso restringido a la información y no disponer de modelos cercanos podría suponer una percepción distinta de las relaciones amorosas, lo que podría ser analizado, por ejemplo, desde la Teoría del Amor como una Historia de Sternberg (1994, 1995, 1996, 1998b).

Por otro lado (aunque existen muchas más posibilidades) también podrían aplicarse dos líneas recientes de estudio al análisis de las relaciones amorosas de las personas con DI: en primer lugar, el desarrollo de relaciones amorosas en la vejez (¿qué ocurre con las personas con discapacidad que alcanzan estas edades?); y, en segundo lugar, las posibilidades y dificultades de las relaciones virtuales (Internet). No obstante, estos dos campos (especialmente el segundo) se encuentran todavía en su pubertad, y aún nos queda mucho camino por recorrer en el estudio del amor en personas con discapacidad.

Finalmente, esperamos haber contribuido con este estudio al conocimiento y comprensión del fenómeno amoroso en personas con DI, haber abierto una nueva línea de investigación que atraiga el interés de futuros estudios e investigaciones y, en última instancia, haber fomentado en alguna medida el desarrollo de una vida plena y de calidad en las personas con DI.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, A. L. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial. Fundación ONCE.
- Alberoni, F. (1990). *Enamoramiento y amor*. Barcelona: Gedisa.
- Alcedo, M. A., Aguado, A. L. y Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32 (142), 217-239.
- American Association on Mental Retardation (AAMR) (1992). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (9th ed.)*. Washington, DC: AAMR.
- American Association on Mental Retardation (AAMR) (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports (10th ed.)*. Washington, DC: AAMR. [Traducción al castellano de Verdugo, M.A. y Jenaro, C. (2004): *Retraso mental, definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial].
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed. text rev.)*. Washington, DC: APA. [Traducción al castellano en APA (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - texto revisado (DSM-IV-TR)-. Barcelona: Masson].
- Amor, J. (1997). *Afectividad y sexualidad en la persona con deficiencia mental*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Anderson, P. y Kitchin, R. (2000). Disability, space and sexuality: access to family planning services. *Social Science and Medicine*, 51, 1163-1173.
- Arias, B. y Morentin, R. (2004). *Opiniones y actitudes de las familias de personas con discapacidad en Castilla y León*. Valladolid: Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- Arias, B., Morentin, R., Verdugo, M. A. y Rodríguez, J. M. (2006). Amor y enamoramiento en personas con discapacidad intelectual: un campo por explorar. *Siglo Cero*, 37 (217), 59-80.
- Arthur, A. R. (2003). The emotional lives of people with learning disability. *British Journal of Learning Disabilities*, 31, 25-30.
- Averill, J. R. (1985). The social construction of emotion: with special reference to love. En K. J. Gergen y K. E. Davis (Eds.), *The social construction of the person* (pp. 89- 109). Nueva York: Springer Verlag.
- Averill, J. R. (1988). Un enfoque constructivista de la emoción. En L. Mayor (Ed.), *Psicología de la emoción* (pp. 193-238). Valencia: Promolibro.
- Barrón, A., Martínez-Íñigo, D., de Paul, P. y Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2 (1), 64-73.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bernard, C. (1999). Child sexual abuse and the black disabled child. *Disability & Society*, 14 (3), 325-339.

- Berscheid, E. y Walster, E. (1974). A little bit about love. En T. L. Huston (Ed.), *Foundations of interpersonal attraction* (pp. 355-381). Nueva York: Academic Press.
- Berscheid, E. y Walster, E. H. (1981). *Interpersonal attraction*. Massachussets: Addison-Wesley.
- Bisquerra, R. (1989). *Introducción conceptual al análisis multivariable (vols. 1 y 2)*. Barcelona: PPU.
- Block, P. (2000). Sexuality, fertility and danger: twentieth-century images of women with cognitive disabilities. *Sexuality and Disability*, 18 (4), 239-254.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp. 52-66). Nueva York: Springer-Verlag.
- Bramston, P., Bruggerman, K. y Pretty, G. (2002). Community perspectives an subjective quality of life. *International Journal of Disability, Development and Education*, 49 (4), 385-397.
- Branden, N. (1988). A vision of romantic love. En R. J. Sternberg y M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 218-231). New Haven: Yale University Press.
- Brown, H. (1994). An ordinary sexual life?: a review of the normalisation principle as it applies to the sexual options of people with learning disabilities. *Disability & Society*, 9 (2), 123-144.
- Brown, R. I. y Brown, I. (2005). The application of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 718-727.
- Búrdalo, B. (2000). *Amor y sexo en Internet*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Buss, D. M. (1994). *The evolution of desire: strategies of human mating*. Nueva York: Basic Books.
- Buss, D. M. (2006). The evolution of love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 65-86). New Haven: Yale University Press.
- Cambridge, P. y Mellan, B. (2000). Reconstructing the sexuality of men with learning disabilities: empirical evidence and theoretical interpretations of need. *Disability & Society*, 15 (2), 293-311.
- Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Informació Psicológica*, 83, 15-19.
- Cardenal, F. (2002). Discapacidad, sexualidad y familia. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, 51-52, 84-89.
- Carreño, M. (1991). *Aspectos psico-sociales de las relaciones amorosas*. Tesis Doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.
- Carson, I. y Docherty, D. (2002). Friendship, relationships and issues of sexuality. En D. G. Race (Ed.), *Learning disability: a social approach* (pp. 139-153). Londres: Routledge.
- Casado, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona: INTRESS.
- Cavia, B. y Gordo, A. (2002). Enredados en lo virtual. *Papeles del CEIC*, 5. Consultado en: <http://www.ehu.es/CEIC/papeles/5.pdf>
- Cheausuwantavee, T. (2002). Sexual problems and attitudes toward the sexuality of persons with and without disabilities in Thailand. *Sexuality and Disability*, 20 (2), 125-134.

- Chiappo, L. (2002). *Psicología del amor*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Chivers, J. y Mathieson, S. (2000). Training in sexuality and relationships: an Australian model. *Sexuality and Disability*, 18 (1), 73-80.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: an attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38, 303-328.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. *En Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice (2ª Ed.)* (pp. 116-150). Cheltenham, England: Stanley Thornes.
- Cummins, R. A. (1998). The second approximation to an international standard of life satisfaction. *Social Indicators Research*, 43, 307-334.
- Cummins, R. A. (2003). Normative life satisfaction: measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research*, 64 (2), 225-256.
- Cummins, R. A. (2005a). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 699-706.
- Cummins, R. A. (2005b). Caregivers as managers of subjective well-being: A homeostatic perspective. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18 (4), 335-344.
- Cummins, R. A. y Lau, A. L. D. (2003). Community integration or community exposure? A review and discussion in relation on people with an intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 16, 145-157.
- Cummins, R. A. y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: the role of positive cognitive bias. *Journal of Happiness Studies*, 3, 37-69.
- Cuskelly, M. y Bryde, R. (2004). Attitudes toward the sexuality of adults with an intellectual disability: parents, support staff, and a community sample. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 29 (3), 255-264.
- Davies, D. (2000). Sex and Relationship Facilitation Project for People with Disabilities. *Sexuality and Disability*, 18 (3), 187-194.
- Davis, K. E. (1985). Near and dear: friendship and love compared. *Psychology Today*, 19, 22-30.
- Diederich, N. y Greacen, T. (1996). Enquête sur la sexualité et la prévention du sida chez les adultes handicapés mentaux en Ile de France. *Revue Européenne du Handicap Mental*, 3 (9), 20-32.
- Dillon, C. M. y Carr, J. E. (2007). Assessing indices of happiness and unhappiness in individuals with developmental disabilities: A review. *Behavioral Interventions*, 22, 229-244.
- Dion, K. K. y Dion, K. L. (1996). Cultural perspectives on romantic love. *Personal Relationships*, 3, 5-17.
- Dion, K. L. y Dion, K. K. (1993). Gender and ethnocultural comparisons in styles of love. *Psychology of Women Quarterly*, 17 (4), 463-473.
- DuToit, M. y DuToit, S. (2001). *Interactive LISREL: User's Guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Dykens, E. M. (2006). Toward a positive psychology of mental retardation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (2), 185-193.

- Egea, C. y Sarabia, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. *Políbea*, 73, 29-42.
- Fehr, B. (1988). Prototype analysis of the concepts of love and commitment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 557-579.
- Fehr, B. (2006). A prototype approach to studying love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 225-246). New Haven: Yale University Press.
- Felce, D. (1997). Defining and applying the concept of quality of life. *Journal of Intellectual Disability Research*, 41 (2), 126-135.
- Felce, D. (2006). La calidad de vida en servicios de vida comunitaria: cuestiones sobre la medición subjetiva y objetiva. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 73-88). Salamanca: Amarú.
- Felce, D. y Perry, J. (1996). Assessment of quality of life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Vol I. Conceptualization and measurement* (pp. 63-72). Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. II Conferencia Nacional* (pp. 51-64). Madrid: FEAPS.
- Finlay, W. M. y Lyons, E. (2001). Methodological issues in interviewing and using self-report questionnaires with people with mental retardation. *Psychological Assessment*, 13 (3), 319-335.
- Finlay, W. M. y Lyons, E. (2002). Acquiescence in interviews with people with mental retardation. *Mental Retardation*, 40 (1), 14-29.
- Fisher, H. (1992). *The anatomy of love*. Nueva York: W.W. Norton.
- Fisher, H. (2004). *Why we love: The nature and chemistry of romantic love*. Nueva York, NY: Henry Holt and Company.
- Fisher, H. (2006). The drive to love: The neural mechanism for mate selection. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 87-115). New Haven: Yale University Press.
- Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Cambridge, P., Tate, A., Hallam, A., Knapp, M. y Beecham, J. (2002). The quality of life of people 12 years after resettlement from long stay hospitals: users' views on their living environment, daily activities and future aspirations. *Disability & Society*, 17 (7), 741-758.
- Forrester-Jones, R., Carpenter, J., Coolen-Schrijner, P., Cambridge, P., Tate, A., Beecham, J., Hallam, A., Knapp, M. y Wooff, D. (2005). The social networks of people with intellectual disability living in the community 12 years after resettlement from long-stay hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19, 285-295.
- Freud, S. (1921). Psicología de las masas y análisis del yo. En *Obras completas, vol. IX* (pp. 5-105). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1922). Certain neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality. *International Journal of Psychoanalysis*, 4, 223-232.
- Fromm, E. (1956). *The art of loving*. Nueva York: Harper & Row.

- Galea, J., Butler, J., Iacono, T. y Leighton, D. (2004). The assessment of sexual knowledge in people with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 29* (4), 350-365.
- Garaizabal, C. (1992). Sexualidad: una asignatura pendiente. *Nosotras, 8*, 51-58.
- García, J. L. (2005). Sexualidad, afectividad y síndrome de Down: (I) Se hace camino al andar. *Revista Down (FEISD), 28*, 22-27. Consultado en [www.sindromedown.net](http://www.sindromedown.net)
- García de la Cruz, J. J. y Zarco, J. (2004). *El espejo social de la mujer con gran discapacidad*. Madrid: Editorial Fundamentos.
- Gómez-Vela, M. y Sabeh, E. N. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra, 3* (9), 1-4. Consultado en <http://www.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Gómez-Vela, M. y Verdugo, M. A. (2003). Evaluación de la calidad de vida de alumnos de educación secundaria obligatoria con necesidades educativas especiales y sin ellas. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urrés (Coords.), *Investigación, innovación y cambio. V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 481-496). Salamanca: Amarú.
- Gonzaga, G. C., Turner, R. A., Keltner, D. y Campos, B. (2006). Romantic love and sexual desire in close relationships. *Emotion, 6* (2), 163-179.
- Gordon, P. A., Tschopp, M. K. y Feldman, D. (2004). Addressing issues of sexuality with adolescents with disabilities. *Child and Adolescent Social Work Journal, 21* (5), 513-527.
- Griffin, S. A. (2006). *A qualitative inquiry into how romantic love has been portrayed by contemporary media and researchers*. Tesis Doctoral. Graduate School of the Ohio State University. Consultada en: <http://www.ohiolink.edu/etd/sendpdf.cgi?osu1149001149>
- Gust, D. A., Wang, S. A., Grot, J., Ransom, R. y Levine, W. C. (2003). National survey of sexual behavior and sexual behavior policies in facilities for individuals with mental retardation/developmental disabilities. *Mental Retardation, 41* (5), 365-373.
- Hartley, S. L. y MacLean, W. E. (2006). A review of the reliability and validity of Likerttype scales for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 813-827.
- Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52* (3), 511-524.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology, 50* (2), 392-402.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. S. (1990). A relationship-specific version of the Love Attitudes Scale. *Journal of Social Behavior and Personality, 5*, 239-254.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. S. (2006). Styles of romantic love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 149-170). New Haven: Yale University Press.
- Hendrick, C., Hendrick, S. S. y Dicke, A. (1998). The love attitudes scale: short form. *Journal of Social and Personal Relationships, 15*, 147-159.
- Hendrick, S. S. y Hendrick, C. (1992). *Linking, loving and relating*. Pacific Grove. California (2ª edición): Brooks Cole.

- Howland, C. A. y Rintala, D. H. (2001). Dating behaviors of women with physical disabilities. *Sexuality and Disability*, 19, 41-70.
- Jankowiak, W. R. y Fisher, E. F. (1992). A cross-cultural perspective on romantic love. *Ethnology*, 31 (2), 149-155.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1996a). LISREL 8: *User's Reference Guide*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1996b). LISREL 8: *Structural Equation Modeling with the SIMPLIS command Language*. Chicago, IL: Scientific Software International.
- Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality and Disability*, 21 (1), 65-84.
- Kedde, H. y Van Berlo, W. (2006). Sexual satisfaction and sexual self-images of people with physical disabilities in the Netherlands. *Sexuality and Disability*, 24 (1), 53-68.
- Kenrick, D. T. (2006). A dynamical evolutionary view of love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 15-34). New Haven: Yale University Press.
- King, U. (2004). Theories of Love: Sorokin, Teilhard and Tillich. *Zygon*, 39 (1), 77-102.
- Knox, M. y Hickson, F. (2001). The meanings of close friendship: the views of four people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 14, 276-291.
- Lacasta, J. J. (2000). Guión resumen del taller sobre servicios de apoyo e igualdad de oportunidades. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. II Conferencia Nacional* (pp. 107-115). Madrid: FEAPS.
- Lampert, A. (1997). *The evolution of love*. Westport, CT: Praeger Pub./Greenwood Pub.
- Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Oliva, D. y Basili, G. (2005). An overview of research on increasing indices of happiness of people with severe/profound intellectual and multiple disabilities. *Disability and Rehabilitation: An International Multidisciplinary Journal*, 27 (3), 83-93.
- Landis, J. R. y Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 30, 159-174.
- Lee, J. A. (1973). *The colours of love: an exploration of the way of loving*. Ontario: New Press.
- Lesseliers J. y Van Hove, G. (2002). Barriers to the development of intimate relationships and the expression of sexuality among people with developmental disabilities: Their perceptions. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27 (1), 69-81.
- Lieberman, D. y Hatfield, E. (2006). Passionate love: Cross-cultural and evolutionary perspectives. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 274-297). New Haven: Yale University Press.
- Lim, M. M. y Young, L. J. (2004). Vasopressin-dependent neural circuits underlying pair bond formation in the monogamous prairie vole. *Neuroscience*, 125, 35-45.
- Löfgren-Martenson, L. (2004). May I? About sexuality and love in the new generation with intellectual disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 197-207.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.

- López, F. (2006). La educación sexual de personas con discapacidad. *Siglo Cero*, 37 (217), 5-22.
- Malón, A. (2007). Sexual abuse and disabilities. Critical questions to the discuss reconsideration. En M. A. Franco, T. Orihuela y L. Cantero (Eds.), *Sexuality and women with disabilities. Contributions, good practices and guidelines* (pp. 34-53). Valladolid: Fundación INTRAS.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper y Row.
- Maslow, A. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.
- McCabe, M. P. (1999). Sexual knowledge, experience and feelings among people with disability. *Sexuality and Disability*, 17 (2), 157-170.
- McCabe, M. P., Cummins, R. A. y Deeks, A. A. (2000). Sexuality and quality of life among people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 18 (2), 115-123.
- McCabe, M. P., Taleporos, G. y Dip, G. (2003). Sexual esteem, sexual satisfaction and sexual behavior among people with physical disability. *Archives of Sexual Behavior*, 32 (4), 359-369.
- McConkey, R. (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (3), 207-217.
- McDonald, R. P. y Ho, M. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7 (1), 64-82.
- McGillivray, J. A. (1999). Level of knowledge and risk of contacting HIV/AIDS among adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 12, 113-126.
- McVilly, K. R., Stancliffe, R. J., Parmenter, T. R. y Burton-Smith, R. M. (2006). 'I get by with a little help from my friends': Adults with intellectual disability discuss loneliness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19 (2), 191-203.
- Milligan, M. S. y Neufeldt, A. H. (2001). The myth of asexuality: a survey of social and empirical evidence. *Sexuality and Disability*, 19 (2), 91-109.
- Montagu, A. (Ed.) (1975). *The practice of love*. Nueva Jersey: Prentice-Hall.
- Montero, D. (1993). *Evaluación de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptación y validación del ICAP*. Bilbao: Instituto de Ciencias de la Educación, Universidad de Deusto [3ª edición en Bilbao: Ediciones Mensajero, 1999].
- Morentin, R. (2005). *Valoración y propuesta de mejora de un programa de 'Habilidades sociales, Afectividad y Sexualidad' para personas con discapacidad intelectual*. Proyecto de Master inédito. INICO-Universidad de Salamanca.
- Morentin, R., Arias, B., Rodríguez, J. M. y Aguado, A. L. (2006). Pautas para el desarrollo de programas eficaces de educación afectivo-sexual en personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 37 (217), 41-58.
- Navarro Guzmán, J. I. (2000). Desarrollo afectivo-sexual de la persona con discapacidad psíquica: presentación. En J. R. Amor (Ed.), *Sexualidad y personas con discapacidad psíquica. II Conferencia Nacional* (pp. 65-67). Madrid: FEAPS.
- Nieto, J. A. (1989). *Cultura y sociedad en las prácticas sexuales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

- O'Toole, C. J. y Doe, T. (2002). Sexuality and disabled parents with disabled children. *Sexuality and Disability*, 20 (1), 89-101.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE-10. *Trastornos mentales y de comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: IMSERSO. Consultado en [http://www.who.int/classification/icf/intros/cif\\_Spa\\_Intro.pdf](http://www.who.int/classification/icf/intros/cif_Spa_Intro.pdf)
- Ovejero, A. (1998). *Las relaciones humanas. Psicología social teórica y aplicada*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ovejero, A. (2000). Emotions: reflections from a socioconstructionist perspective. *Psicothema*, 12 (supl), 16-24.
- Peele, S. y Brodsky, A. (1975). *Love and addiction*. Nueva York: Taplinger.
- Pérez Opi, E. y Landarroitajaregi Garai, J. (2007). Women, disabilities and couple. En M. A. Franco, T. Orihuela y L. Cantero (Eds.), *Sexuality and women with disabilities. Contributions, good practices and guidelines* (pp. 21-33). Valladolid: Fundación INTRAS.
- Priestley, M. (2006). Nuevos paradigmas para la investigación sobre discapacidad en Europa. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar. VI Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 475-484). Salamanca: Amarú.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En D. Casado et al. (Eds.), *Discapacidad e información* (pp. 63-96). Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía.
- Reik, T. (1944). *A psychologist looks at love*. Nueva York: Farrar & Rinehart.
- Riera, C. D. (2003). *Personas con discapacidad intelectual y necesidad de apoyos intermitentes: situación, necesidades y demandas*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IMSERSO.
- Rodríguez, J. M., López, F., Morentin, R. y Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual. Una propuesta de trabajo. *Siglo Cero*, 37 (217), 23-40.
- Rosch, E. (1973). Natural categories. *Cognitive Psychology*, 4, 328-350. Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16 (2), 265-273.
- Rubin, Z. (1973). *Liking and loving: an invitation to social psychology*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
- Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5. Suplemento, 181-196.
- Sarason, I. G. (1999). El papel de las relaciones íntimas en los resultados de salud. En J. Buendía (Ed.), *Familia y psicología de la salud* (pp. 113-131). Madrid: Pirámide.
- SAS Institute (2006). *SAS, v. 9.1.3*. [Programa informático]. Cary, NC: SAS Institute Inc.
- Schalock, R. L. (Ed.) (1996a). *Quality of life. Vol. 1. Conceptualization and measurement*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (1996b). Reconsidering the conceptualization and measurement of quality of life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Vol. I: Conceptualization and measurement* (pp. 123-139). Washington, DC: AAMR.

- Schalock, R. L. (Ed.) (1997). *Quality of life. Vol. 2. Application for persons with disabilities*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Schalock, R. L. (2000). Three decades of quality of life. En M. L. Wehmeyer y J. R. Patton (Eds.), *Mental Retardation in the 21th century* (pp. 335-358). Austin, TX: ProEd.
- Schalock, R. L. (2001). Conducta adaptativa, competencia personal y calidad de vida. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 83-104). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L. (2003). El paradigma emergente de la discapacidad y sus retos en este campo. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Investigación, innovación y cambio. V Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 193-217). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 203-216.
- Schalock, R. L. (2005). Introduction and overview. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (19), 695-698.
- Schalock, R. L. (2006). La calidad de vida como agente del cambio: oportunidades y retos. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urríes (Coords.), *Rompiendo inercias. Claves para avanzar* (pp. 15-39). Salamanca: Amarú.
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de Vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial, S.A. [traducción del original de 2002: Handbook on quality of life for human service practitioners. Washington, DC: AAMR.]
- Schalock, R. L. y Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de calidad de vida. En M. A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). Salamanca: Amarú.
- Scheerenberger, R. C. (1984). *Historia del Retraso Mental*. San Sebastián: SIIIS.
- Scientific Software International (2006a). *LISREL, v. 8.8* [Programa informático]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Scientific Software International (2006b). *PRELIS, v. 2.0* [Programa informático]. Lincolnwood, IL: Scientific Software International.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 4-14.
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 48-56.
- Servais, L., Jacques, D., Leach, R., Conod, L., Hoyois, P., Dan, B. y Roussaux, J. P. (2002). Contraception of women with intellectual disabilities: Prevalence and determinants. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46 (2), 108-119.
- Shaver, P. R. y Mikulincer, M. (2006). A behavioral systems approach to romantic love relationships: attachment, caregiving and sex. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 35-64). New Haven: Yale University Press.
- Sheehy, K. y Nind, M. (2005). Emotional well-being for all: mental health and people with profound and multiple learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 33, 34-38.

- Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L., Buchanan, C. L. y Lopez, S. J. (2006). The application of positive psychology and self-determination to research in intellectual disability: A content analysis of 30 years of literature. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31 (4), 338-345.
- Sprecher, S., Aron, A., Hatfield, E., Cortese, A., Potapova, E. y Levitskaya, A. (1994). Love: American style, Russian style and Japanese style. *Personal Relationships*, 1, 349-369.
- SPSS (2006). *SPSS, V. 14.0* [Programa informático]. Chicago, IL: SPSS, Inc.
- Sternberg, R. J. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93(2), 119-135.
- Sternberg, R. J. (1987). Linking versus loving: a comparative evaluation of theories. *Psychological Bulletin*, 102 (3), 331-345.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love: intimacy, passion and commitment*. Nueva York: Basic Books. [Versión en castellano en 1989. *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós].
- Sternberg, R. J. (1994). Love is a story. *The General Psychologist*, 30, 1-11.
- Sternberg, R. J. (1995). Love as a story. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 541-546.
- Sternberg, R. J. (1996). Love stories. *Personal Relationships*, 3, 59-79.
- Sternberg, R. J. (1997). Construct validation of a triangular love scale. *European Journal of Social Psychology*, 27, 313-335.
- Sternberg, R. J. (1998a). *Cupid's arrow: The course of love through time*. Nueva York, NY: Cambridge University Press [versión en castellano en 2000. *La experiencia del amor*. Barcelona: Paidós].
- Sternberg, R. J. (1998b). *Love is a story*. Nueva York: Oxford University Press.
- Sternberg, R. J. (2006). A duplex theory of love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 184-199). New Haven: Yale University Press.
- Sternberg, R. J. y Barnes, M. (1988). *The psychology of love*. New Haven: Yale University Press.
- Sternberg, R. J. y Grajek, S. (1984). The nature of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 312-329.
- Sternberg, R. J., Hojjat, M. y Barnes, M. (2001). Empirical tests of aspects of a theory of love as a story. *European Journal of Personality*, 15, 199-218.
- Sternberg, R. J. y Weis, K. E. (2006). *The new psychology of love*. New Haven: Yale University Press.
- Stinson, J., Christian, L. y Dotson, L. (2002). Overcoming barriers to the sexual expression of women with developmental disabilities. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps (JASH)*, 27 (1), 18-26.
- Szollos, A. A. y McCabe, M. P. (1995). The sexuality of people with mild intellectual disability: perceptions of clients and caregivers. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*, 20 (3), 205-222.
- Taleporos, G. y McCabe, M. P. (2002). The impact of sexual esteem, body esteem, and sexual satisfaction on psychological well-being in people with physical disability. *Sexuality and Disability*, 20 (3), 177-183.

- Tennov, D. (1979). *Love and limerence: the experience of being in love*. Nueva York: Stein & Day.
- Tepper, M. S. (2000). Sexuality and disability: the missing discourse of pleasure. *Sexuality and Disability*, 18 (4), 283-290.
- Thomson, G. H. (1939). *The factorial analysis of human ability*. Londres: University of London Press.
- Torices, I. y Bonilla, M. P. (2004). Inventory of Sexual Experiences and Response in Disability (IEReSDi): Construction and validation of the Scale of the Sexual Response in People with Disabilities. *Sexuality and Disability*, 22 (3), 181-195.
- Trivers, R. L. (1972). Parental investment and sexual selection. En B. Campbell (Ed.), *Sexual selection and the descent of man* (pp. 136-179). Chicago: Aldine.
- Turner, R. A., Altemus, M., Yip, D., Kupferman, E., Fletcher, D., Bostrom, A., Lyons, D. M. y Amico, J. A. (2002). Effects of emotion on oxytocin, prolactin and ACTH in women stress. *The international Journal on the Biology of Stress*, 5, 269-276.
- Ubillós, S., Zubietta, E., Páez, D., Deschamps, J. C., Ezeiza, A. y Vera, A. (2001). Amor, cultura y sexo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4 (8-9). Consultado en: <http://reme.uji.es/reme/numero8-9/indexsp.html>
- Vehmas, S. (2004). Análisis ético del concepto de discapacidad. *Siglo Cero*, 35 (212), 50-68.
- Verdugo, M. A., Arias, B. y Gómez, L. E. (2006). Escala integral de medición subjetiva y objetiva de la calidad de vida en personas con discapacidad intelectual. En M. A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 417-448). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y cols. (en prensa). Escala de Evaluación de la Calidad de Vida en Personas con Discapacidad Intelectual. Salamanca: INICO.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En M. A. Verdugo y F. B. Jordán de Urrés (Coords.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. IV Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad* (pp. 105-112). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A. y Schalock, R. L. (2006). Aspectos clave para medir la calidad de vida. En M. A. Verdugo (Dir.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 43-58). Salamanca: Amarú.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Keith, K. D. y Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717. [Traducción al castellano por L. E. Gómez en 2006. La calidad de vida y su medida: principios y directrices importantes. *Siglo Cero*, 37 (218), 9-25.].
- Watkins, M. W. (2000). *Monte carlo PCA for parallel analysis* [Programa informático]. State College, PA: Ed & Psych Associates.
- Weis, K. (2006). Conclusion: The nature and interrelations of theories of love. En R. J. Sternberg y K. E. Weis (Eds.), *The new psychology of love* (pp. 313-325). New Haven: Yale University Press.
- Wilson, G. (1981). *The coolidge effect: an evolutionary account of human sexuality*. Nueva York: William Morrow.

- Wolfe, P. S. (1997). The influence of personal values on issues of sexuality and disability. *Sexuality and Disability, 15* (2), 69-90.
- World Health Organization (WHO) (1997). *Measuring quality of life: The World Health Organization quality of life instruments*. Ginebra, Suiza: WHO.
- World Health Organization (WHO) (2005). *Disability, including prevention, management and rehabilitation*. Consultado en [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA58/WHA58\\_23-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_23-en.pdf)
- Yela, C. (1995). *Análisis psicosociológico del comportamiento amoroso*: Tesis Doctoral inédita. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Yela, C. (1996). Componentes básicos del amor: algunas matizaciones al modelo de Sternberg. *Revista de Psicología Social, 11* (2), 185-201.
- Yela, C. (1997). Curso temporal de los componentes básicos del amor a lo largo de la relación de pareja. *Psicothema, 9* (1), 1-15.
- Yela, C. (1998). Temporal course of basic dimensions of love throughout relationships. *Psychology in Spain, 2* (1), 76-86.
- Yela, C. (2002). *El amor desde la psicología social. Ni tan libres, ni tan racionales*. Madrid: Pirámide.
- Yela, C. (2006). The evaluation of love. Simplified version of the scales for Yela's Tetragonal Model based on Sternberg's Model. *European Journal of Psychological Assessment, 22* (1), 21-27.

# APÉNDICES

## APÉNDICE A

### GRUPO DE DISCUSIÓN CON PERSONAS CON DI (Guión de preguntas)

#### Relaciones de pareja

- En las relaciones de pareja, ¿os contáis los problemas, confiáis en el otro, recibís apoyo/ayuda y comprensión, la ofrecéis, os preocupáis por el otro?
- ¿Hacéis actividades juntos, tenéis amigos en común?
- ¿Consideráis que la relación es para siempre, que es estable?
- ¿Qué pasa si alguien se interpone en vuestra relación, o no quiere que estéis juntos (e.g.: familia, otros compañeros)? ¿Dejáis a la pareja?
- ¿Consideráis a vuestra pareja guapa/attractiva? ¿Te gusta mirarla, tocarla, besarla? ¿te excitas mientras estás con él/ella?
- ¿Estás satisfecho con tu vida sexual? ¿Te gusta, eres feliz, te gustaría otras cosas? ¿Es importante para ti el sexo en la relación?
- ¿Pensas durante todo el día en tu pareja? ¿sientes que es algo especial, algo mágico, bonito, romántico? ¿Pensas que es la persona ideal, 'el príncipe azul', 'la princesa de tus sueños'?
- ¿Eres celoso y posesivo (tu pareja 'sólo contigo y siempre')? ¿Te molesta que tu pareja mire o hable con otras personas?
- ¿Eres fiel (no tener más de un/a novio/a a la vez)? ¿Crees que es importante estar sólo con una persona? ¿Te importa que tu pareja esté al mismo tiempo con otro/a?
- ¿Eres feliz cuando estás con tu pareja? ¿Te gusta, en general, tu relación? ¿Cambiarías algo? ¿Qué te gustaría?
- En general, indica el grado de amor y enamoramiento que sientes hacia tu pareja:  
1(nada)            2 (poco)            3 (normal)            4 (bastante)            5(muchísimo)
- Cuando estás bien con tu pareja, ¿todo te parece mejor, más bonito, estás más contento/a, estás de mejor humor, te llevas bien con más gente?

#### Proceso de enamoramiento

- ¿Cómo llegasteis a ser pareja, cuál fue el proceso (erais amigos y empezasteis a salir, le dijiste que te gustaba y ya está,...)? ¿En qué te fijaste? ¿Qué te gustó de él/ella?

#### Estilos amorosos

- Para ti una relación supone estar muy enamorado (muy implicado emocional y pasionalmente, pensar mucho en tu pareja, querer estar siempre con él/ella, ...) o no implicarse ('hoy con uno/a, mañana con otro/a,...'), o ir poco a poco siendo amigos y cogiendo cariño hasta que te enamoras y empiezas a salir.

#### Observaciones:

## APÉNDICE B

### ÍTEMS DE LA ESCALA PILOTO DE EVALUACIÓN DEL AMOR Y LAS RELACIONES DE PAREJA

- i01 \_\_\_\_\_ sabe lo que me gusta y lo que no
- i02 Si me entero que \_\_\_\_\_ está con otro/a rompería con él/ella
- i03 Si pudiera hacerlo, me gustaría vivir con \_\_\_\_\_ solos en nuestra casa
- i04 Pienso en \_\_\_\_\_ muchas veces durante el día
- i05 Si pudiera hacerlo, me gustaría tener hijos con \_\_\_\_\_
- i06 Mi relación con \_\_\_\_\_ es muy bonita y romántica (como 'Romeo y Julieta!...)
- i07 \_\_\_\_\_ se preocupa porque yo esté bien
- i08 Soy capaz de perdonar a \_\_\_\_\_ sus pequeñas faltas
- i09 Quiero cuidar mi relación con \_\_\_\_\_
- i10 \_\_\_\_\_ y yo respetamos cada uno las decisiones del otro
- i11 Me gustaría tener más contacto físico con \_\_\_\_\_ del que tengo
- i12 Entre \_\_\_\_\_ y yo hay muy buena 'química' (i.e.complacencia, encajamos el uno con el otro)
- i13 Me siento muy cercano/próximo a \_\_\_\_\_
- i14 \_\_\_\_\_ es mi pareja ideal (mi 'príncipe azul', 'la princesa de mis sueños')
- i15 Me gustaría estar con \_\_\_\_\_ y con más novios/as a la vez
- i16 Siento que soy alguien muy importante para \_\_\_\_\_
- i17 Ninguna otra persona me haría tan feliz como \_\_\_\_\_
- i18 \_\_\_\_\_ y yo nos contamos cosas muy personales e íntimas
- i19 Estoy seguro de mi amor por \_\_\_\_\_
- i20 Siento que necesito a \_\_\_\_\_
- i21 Estoy contento, satisfecho con nuestra vida sexual
- i22 Si \_\_\_\_\_ es fiel conmigo, estaremos juntos siempre
- i23 Si estoy bien con mi pareja, me siento más feliz y contento en general
- i24 Cuando veo películas de amor pienso en \_\_\_\_\_
- i25 \_\_\_\_\_ y yo nos damos mucho cariño el uno al otro
- i26 Cuando estoy cerca de \_\_\_\_\_ noto que se me acelera el corazón
- i27 \_\_\_\_\_ y yo confiamos mucho el uno en el otro
- i28 Me preocupo porque \_\_\_\_\_ esté bien
- i29 Me gustaría que mi familia me dejara decidir cuándo y cómo quedar a solas con \_\_\_\_\_
- i30 Me molestaría si \_\_\_\_\_ tiene otro/a novio/a mientras está conmigo
- i31 Haría cualquier cosa por continuar mi relación con \_\_\_\_\_
- i32 Me siento más valorado por los demás cuando tengo pareja
- i33 Me gusta ver a \_\_\_\_\_ desnudo/a
- i34 No dejaría que mi familia se interpusiera en mi relación con \_\_\_\_\_
- i35 Lo que siento por \_\_\_\_\_ es más especial que lo que siento por cualquier otro amigo
- i36 Aunque nos gustaría, a veces no podemos quedar porque alguna familia se opone
- i37 Si mi familia no quisiera que saliera con \_\_\_\_\_, rompería con mi pareja
- i38 Creo que \_\_\_\_\_ es una persona perfecta y maravillosa
- i39 Considero que mi relación con \_\_\_\_\_ es sólida (va en serio)
- i40 Me excito cuando \_\_\_\_\_ y yo nos acariciamos y tocamos ('nos metemos mano')
- i41 Considero que el sexo es importante en nuestra relación
- i42 Mi familia está contenta y apoya mi relación con \_\_\_\_\_
- i43 Creo que \_\_\_\_\_ es muy guapo/a y atractivo/a ('está muy bueno/a')
- i44 ¿Cuánto amas a \_\_\_\_\_?
- i45 Confío en que \_\_\_\_\_ está sólo conmigo (no me es infiel con otra persona)
- i46 Me gusta hacer el amor con \_\_\_\_\_

- i47 Cuando estoy con \_\_\_\_\_ soy muy feliz
- i48 Si no pudiera estar con \_\_\_\_\_ me sentiría muy triste
- i49 \_\_\_\_\_ y yo realmente nos comprendemos el uno al otro
- i50 Me gusta regalarle cosas románticas (e.g.: rosas, baladas, ...) a \_\_\_\_\_
- i51 Haría cualquier cosa por \_\_\_\_\_
- i52 Creo que no se puede ser más feliz de lo que soy yo con \_\_\_\_\_
- i53 No dejaría que nadie se interpusiera en mi relación con \_\_\_\_\_
- i54 Creo que mi relación con \_\_\_\_\_ es estable (va a durar)
- i55 Considero que \_\_\_\_\_ es alguien muy importante en mi vida
- i56 Aunque a veces discutamos, quiero seguir saliendo con \_\_\_\_\_
- i57 \_\_\_\_\_ y yo nos comunicamos muy bien el uno con el otro
- i58 ¿Cuánto crees que \_\_\_\_\_ te ama?
- i59 Me gusta besar con pasión a \_\_\_\_\_
- i60 La fidelidad es muy importante en una pareja
- i61 Me gusta abrazar fuerte a \_\_\_\_\_
- i62 \_\_\_\_\_ y yo somos sinceros el uno con el otro
- i63 Estoy satisfecho, feliz con mi relación con \_\_\_\_\_
- i64 Me resulta muy difícil imaginarme mi vida sin \_\_\_\_\_
- i65 Quiero que \_\_\_\_\_ y yo seamos novios para siempre
- i66 Me molesta mucho que \_\_\_\_\_ hable con otra persona de mi mismo sexo
- i67 Si pudiera hacerlo, me gustaría casarme con \_\_\_\_\_
- i68 \_\_\_\_\_ y yo nos apoyamos y ayudamos el uno al otro

## APÉNDICE C

### ÍTEMS DE LA ESCALA DE EVALUACIÓN DEL AMOR Y LAS RELACIONES DE PAREJA EN PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

- 1 \_\_\_\_\_ sabe lo que me gusta y lo que no
- 2 Si pudiera hacerlo, me gustaría vivir con \_\_\_\_\_ solos en nuestra casa
- 3 Pienso en \_\_\_\_\_ muchas veces durante el día
- 4 Si pudiera hacerlo, me gustaría tener hijos con \_\_\_\_\_
- 5 Mi relación con \_\_\_\_\_ es muy bonita y romántica
- 6 \_\_\_\_\_ y yo nos preocupamos porque el otro esté bien
- 7 Soy capaz de perdonar a \_\_\_\_\_ sus pequeñas faltas
- 8 Quiero cuidar mi relación con \_\_\_\_\_
- 9 \_\_\_\_\_ y yo respetamos cada uno las decisiones del otro
- 10 Entre \_\_\_\_\_ y yo hay muy buena 'química'
- 11 Me siento muy cercano/próximo a \_\_\_\_\_
- 12 \_\_\_\_\_ es mi pareja ideal
- 13 Me gustaría estar con \_\_\_\_\_ y tener más novios/as a la vez
- 14 Siento que soy alguien muy importante para \_\_\_\_\_
- 15 Ninguna otra persona me haría tan feliz como \_\_\_\_\_
- 16 \_\_\_\_\_ y yo nos contamos cosas muy personales e íntimas
- 17 Estoy seguro de mi amor por \_\_\_\_\_
- 18 Siento que necesito a \_\_\_\_\_
- 19 Estoy contento/, satisfecho/a con nuestra vida sexual
- 20 Si \_\_\_\_\_ es fiel conmigo, estaremos juntos siempre
- 21 Si estoy bien con mi pareja, me siento más feliz y contento en general
- 22 Cuando veo películas de amor pienso en \_\_\_\_\_
- 23 \_\_\_\_\_ y yo nos damos mucho cariño el uno al otro
- 24 Cuando estoy cerca de \_\_\_\_\_ noto que se me acelera el corazón
- 25 \_\_\_\_\_ y yo confiamos mucho el uno en el otro
- 26 Me gustaría que mi familia me dejara decidir cuándo y cómo quedar a solas con \_\_\_\_\_
- 27 Me molestaría si \_\_\_\_\_ estuviera liado/a con otra persona a la vez que conmigo
- 28 Haría cualquier cosa por continuar mi relación con \_\_\_\_\_
- 29 Me siento más valorado/a por mis compañeros y amigos cuando tengo pareja
- 30 Me gusta ver a \_\_\_\_\_ desnudo/a
- 31 No dejaría que mi familia se interpusiera en mi relación con \_\_\_\_\_
- 32 Lo que siento por \_\_\_\_\_ es más especial que lo que siento por cualquier otro/a amigo/a
- 33 Aunque nos gustaría, a veces no podemos quedar porque alguna familia se opone
- 34 Si mi familia no quisiera que saliera con \_\_\_\_\_, rompería con mi pareja
- 35 Creo que \_\_\_\_\_ es una persona perfecta y maravillosa
- 36 Considero que mi relación con \_\_\_\_\_ es sólida (va en serio)
- 37 Me excito cuando \_\_\_\_\_ y yo nos acariciamos y tocamos
- 38 Mi familia está contenta y apoya mi relación con \_\_\_\_\_
- 39 Creo que \_\_\_\_\_ es muy guapo/a y atractivo/a
- 40 ¿Cuánto amas a \_\_\_\_\_?
- 41 Confío en que \_\_\_\_\_ está sólo conmigo (no me es infiel con otra persona)
- 42 Me gusta hacer el amor con \_\_\_\_\_
- 43 Cuando estoy con \_\_\_\_\_ soy muy feliz
- 44 Si no pudiera estar con \_\_\_\_\_ me sentiría muy triste
- 45 \_\_\_\_\_ y yo realmente nos comprendemos el uno al otro
- 46 Me gusta regalarle cosas románticas a \_\_\_\_\_
- 47 Haría cualquier cosa por \_\_\_\_\_
- 48 Creo que no se puede ser más feliz de lo que soy yo con \_\_\_\_\_
- 49 No dejaría que nadie se interpusiera en mi relación con \_\_\_\_\_
- 50 Creo que mi relación con \_\_\_\_\_ es estable (va a durar)
- 51 Considero que \_\_\_\_\_ es alguien muy importante en mi vida

- 52 Aunque a veces discutamos, quiero seguir saliendo con \_\_\_\_\_
- 53 \_\_\_\_\_ y yo nos comunicamos muy bien el uno con el otro
- 54 ¿Cuánto crees que \_\_\_\_\_ te ama?
- 55 Me gusta besar con pasión a \_\_\_\_\_
- 56 La fidelidad es muy importante en nuestra relación de pareja
- 57 Me gusta abrazar fuerte a \_\_\_\_\_
- 58 \_\_\_\_\_ y yo somos sinceros el uno con el otro
- 59 Estoy satisfecho/a, feliz con mi relación con \_\_\_\_\_
- 60 Me resulta muy difícil imaginarme mi vida sin \_\_\_\_\_
- 61 Quiero que \_\_\_\_\_ y yo seamos novios para siempre
- 62 Si pudiera hacerlo, me gustaría casarme con \_\_\_\_\_
- 63 \_\_\_\_\_ y yo nos apoyamos y ayudamos el uno al otro
- 64 A menudo tengo ganas de llorar
- 65 Me siento feliz
- 66 Me siento sin ganas de nada
- 67 Estoy contento/a con la apariencia de mi cuerpo
- 68 Estoy contento/a conmigo mismo/a
- 69 Me gustaría disfrutar más de la vida
- 70 Estoy contento/a con mi vida

