



# **UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN,  
ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA  
(División Educación)**

**MÁSTER EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

**“ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS ACTITUDES DE LOS  
PADRES Y MADRES EN LA EDUCACIÓN SEXUAL DE  
LAS PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN”**

**Presentado por Elena M<sup>a</sup> Rivas Bejarano  
Dirigido por Joaquín Francisco Álvarez Hernández  
Curso Académico 2016/2017  
Convocatoria Septiembre**



**Índice.**

1. Bases de datos consultada.....	2
2. Resumen.....	2
3. Introducción teórica.....	3
3.1. El Síndrome de Down.....	3
3.2. Importancia de la sexualidad.....	5
3.3. La sexualidad en personas con Síndrome de Down.....	7
3.3.1 Mitos de la sexualidad y el Síndrome de Down.....	8
3.4. El papel de la familia en la educación sexual de su hijo/a con Síndrome de Down	10
4. Diseño metodológico.....	12
4.1. Objetivos.....	13
4.2. Hipótesis.....	14
4.3. Población y muestra.....	14
4.3.1. Criterios para la selección de la muestra.....	15
4.3.2. Características y tamaño de la muestra.....	16
4.4. Instrumentos.....	17
5. Resultados.....	18
5.1. Análisis descriptivo.....	18
5.2. Análisis empírico de datos.....	36
6. Discusión y conclusiones.....	51
7. Referencias bibliográficas.....	56
Anexos.....	59

## 1. Bases de datos consultadas

Para comprobar la importancia y relevancia de la investigación a realizar sobre la sexualidad y el Síndrome de Down, a continuación se expone una tabla en la que aparecen los descriptores empleados para la búsqueda de información y las bases de datos que han sido empleadas para dicha obtención.

Tabla 1

### Descriptores

DESCRIPTORES	BUSCADOR						
	TE- SEO	DIAL- NET	INDA- GA	PSICO- DOC	CSIC	GOOGLE ACADÉ- MICO	REDI- NED
<b>Síndrome de Down</b>	130	1297	5972	594	239	28400	245
<b>Sexualidad</b>	102	17174	23485	1833	2173	292000	1344
<b>Síndrome de Down y sexualidad</b>	0	17	516	12	0	6280	18
<b>La educación sexual en el síndrome de Down</b>	0	8	984	6	0	13800	20
<b>Evolución histórica del síndrome de Down</b>	0	0	1125	0	0	16400	2
<b>El papel de la familia en la educación sexual</b>	0	46	13251	22	9	97800	1140
<b>Discapacidad intelectual y sexualidad</b>	0	30	1107	18	8	18800	180
<b>Rol familiar en la educación sexual</b>	0	47	8714	27	14	57100	735

Resultados totales de la búsqueda de información en las bases de datos empleadas  
(Fuente: Elaboración propia)

## 2. Resumen

Esta investigación pretende realizar una comparación entre las actitudes que tienen los padres de hijos con SD en relación a los padres de hijos sin SD, puesto que, a pesar del avance que ha tenido este tema en los últimos años, aún siguen existiendo muchos prejuicios en cuanto a la sexualidad y el Síndrome de Down.

En primer lugar se realiza una introducción teórica en la cual se comenta cómo ha evolucionado la percepción que se tiene de la sexualidad en estas personas y de la importancia que tiene la familia para que exista un desarrollo adecuado de la misma.

Para la investigación se toma una muestra de 38 sujetos (20 padres de hijos sin SD y 18 padres de hijos con SD) y se les pasa un cuestionario ad hoc, elaborado concretamente para esta investigación.

Tras la recolección de los datos se procede al análisis y se concluye con que las actitudes de ambos colectivos son positivas, aunque los padres y madres de hijos con SD suelen tener puntuaciones más bajas.

Es importante que los padres y madres, tanto de hijos con SD como de hijos sin SD conozca la importancia que tiene tratar la educación sexual como algo natural y no cómo algo que no esté bien y que haya que esconder, es decir, como un tema tabú.

### **3. Introducción teórica**

#### **3.1. El Síndrome de Down**

El Síndrome de Down (SD) es una alteración congénita ligada a la triplicación total o parcial del cromosoma 21, conociéndose como trisomía, la cual genera discapacidad intelectual y de crecimiento, además de producir algunas anomalías físicas. Este síndrome debe su nombre a John Langdon Haydon Down, quién describió esta alteración genética en 1866 (Basile, 2008), aunque no fue hasta 1958, cuando Jérôme Lejeune descubrió la primera anomalía cromosómica (trisomía en el par 21) en las personas que tenían SD (Basile, 2008).

Pero la historia del término es más compleja y, por supuesto, la del conocimiento del síndrome. El dato antropológico más antiguo que se conoce sobre el SD viene del siglo VII d.c., en el cual se encontró un cráneo cuya estructura ósea era idéntica a la que suelen presentar las personas con dicho síndrome. Pero no es hasta el siglo XIX cuando se publican los primeros informes bien documentados sobre este colectivo (Morales et al., 2000).

Cuando Down descubre este término está muy influenciado por la teoría de la evolución de las especies de Darwin, por lo que cree que las personas con SD suponen un retroceso, es decir, una regresión a un estado más primario del hombre. Debido a las características físicas que presentan estas personas, a Down le parecen procedentes de la región de Mongolia, las cuales eran consideradas como “una raza más primitiva y poco evolucionada”, por lo que a las personas con este síndrome se les aplica el término “idiotia mongólica” o “mongolismo” (Morales et al., 2000). Este término es cambiado en 1961, puesto que las palabras utilizadas para designar a estas personas eran consideradas ofensivas, y pasa a ser llamado como actualmente lo conocemos: Síndrome de Down.

Conforme han ido avanzando los años y la ciencia, se han podido conocer más a fondo las causas y factores que influyen en el SD, como por ejemplo el poder ser detectado durante el embarazo. Además, actualmente, el SD es la alteración genética más común y mejor explicada causante de la discapacidad intelectual. Hoy en día la incidencia de este síndrome es de uno de cada 800 niños/as nacidos aproximadamente (Muñoz, 2005).

La mayor parte de los casos de SD, alrededor del 90-92%, se deben a errores biológicos durante la formación del feto. Por lo general, en el momento de unión de los gametos (óvulo y espermatozoide) es cuando se produce la trisomía en el par 21, dando lugar al tipo regular (trisomía libre), el más frecuente. En otros casos, el error puede ocurrir de forma más tardía en la formación del feto dando así a otros tipos de SD como pueden ser el mosaicismo o la translocación.

El tipo mosaico, es debido a la presencia de células con diferente constitución cromosómica que provienen del mismo cigoto, por lo que genéticamente son iguales (González-Herrera et al, 1998), es decir, el individuo posee células que presentan la trisomía en el par 21 y células que no, por lo que las características del SD pueden estar más o menos presentes dependiendo del número de células “afectadas”.

Mientras que el SD por translocación se debe a un reordenamiento del material cromosómico. En el caso concreto del SD, en lugar de contar con tres cromosomas 21, nos encontramos con un cromosoma adherido a otro, es decir, dos cromosomas 21 al cual hay un tercero unido, en lugar de encontrarse los tres separados como ocurre en la trisomía regular del par 21. La copia adicional del par 21 es la que provoca que se manifieste dicho síndrome.

Como se ha mencionado anteriormente, las personas con SD poseen unas características comunes, pero cabe destacar que no existen dos personas iguales. Es decir, al igual que con el resto de personas, cada uno de ellos tiene una personalidad diferente que le hace único, gracias a las relaciones socio-afectivas que establecen y la influencia del entorno en el que se encuentran.

A pesar de esto, las características comunes de estas personas son: retraso mental, hipotonía (disminución del tono muscular), rasgos faciales típicos como la oblicuidad hacia arriba de aperturas palpebrales (párpados), epicanto (repliegue cutáneo en forma de

semi-luna que se sitúa en el ángulo interno del ojo), puente nasal deprimido, protrusión lingual (la lengua empuja contra los dientes); manos cortas y anchas, clinodactilia del dedo pulgar (curvatura del dedo), separación del primer dedo del pie, estatura baja, manchas de Brushfield (decoloraciones en la periferia exterior del iris) y huellas dactilares características (Kaminker y Armando, 2008). Además de esto, las personas con SD tienen más posibilidades de sufrir enfermedades de corazón, del sistema digestivo y del sistema endocrino, aunque no se conocen con certeza y exactitud los motivos que llevan a este hecho.

Actualmente el SD es muy conocido y aceptado por todos, y no podemos olvidar que este síndrome no es una enfermedad (Camargo y Coronado, 2016), lo que nos facilitará trabajar con ellos y poder llevar a cabo la investigación que se propone en este trabajo.

### **3.2. Importancia de la sexualidad**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la sexualidad *es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.*

De todos es conocida la gran importancia de la educación afectivo-sexual en el desarrollo integral de todo niño y niña, puesto que la sexualidad humana es un componente esencial de todos los seres humanos, además de involucrar desde el aspecto físico hasta los sentimientos y las emociones (Camargo y Coronado, 2016). Desde el nacimiento hasta la muerte cada persona posee un cuerpo sexuado con el que percibe, experimenta, conoce, siente, se relaciona... tanto consigo mismo como con los demás (Parra y Oliva, 2015). Concretamente, es de gran necesidad en el desarrollo de la personalidad y de la salud, debido a que somos seres sexuados, tanto desde el punto de vista corporal como psicológico y social; nuestro cuerpo es fuente de comunicación, afecto, ternura y placer. Del mismo modo, debe ser parte importante en el desarrollo de todo niño y niña, ya presente o no cualquier tipo de discapacidad, puesto que se trata de que tengan un desarrollo íntegro que les permita formar una personalidad sana y multilateralmente desarrollada, valga la redundancia, que sea capaz de enfrentar los retos del mundo de hoy y del futuro como seres completos y capaces de decidir por sí mismos

lo que quieren y lo que no. Además, la educación sexual es un derecho reconocido por Ley (Alcedo et al., 2006), por lo que se le debe brindar dicha educación a todo niño y niña, sin discriminación alguna.

¿Por qué hablamos de la estrecha relación entre el desarrollo de la personalidad del niño/a con la sexualidad? Hablamos de esta relación puesto que la sexualidad se expresa como parte integrante de la personalidad (Garvía, 2011). Además, existen varias teorías que explican el desarrollo de la personalidad desde diferentes perspectivas, algunas de ellas asociándola a la sexualidad. Una de las más conocidas es la Teoría Psicosexual de Freud (1984), en la cual se explica cómo el niño/a pasa por diferentes fases con las cuales se forja la personalidad. En estas fases el individuo obtiene placer a través de la propia manipulación de diferentes órganos o partes del cuerpo. Se comienza con la boca (Fase Oral), siguiendo por el ano (Fase Anal), continuando por el pene o la vagina (Fase Fálica), a la cual le sigue una etapa en la que pierden total interés (Fase de Latencia) y concluyendo con los genitales (Fase Genital). Por lo cual, teniendo en cuenta esta teoría, es importante que se brinde una educación sexual a todo niño y niña para lograr el desarrollo pleno de la misma, para que así conozcan su cuerpo, puesto que ésta influye en el desarrollo de la personalidad.

¿Y en cuanto a la salud? Hay que tener claro que la sexualidad y la salud están vinculadas a la calidad de vida, entendiendo ésta como fomento del desarrollo óptimo del bienestar de la persona y de la comunidad. Se hace necesario una adecuada educación sexual que facilite la construcción del conocimiento sexual a través del contraste de preconcepciones del alumnado con una información lo más objetiva, completa y rigurosa posible a nivel biológico, psíquico y social del hecho sexual humano, y fomentar la adquisición de actitudes positivas de respeto y responsabilidad ante este hecho. El objetivo básico que va a perseguir la educación sexual, será el de favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual, desligada de cualquier elemento discriminatorio, y las vivencias de unas relaciones interpersonales equilibradas y satisfactorias, consiguiendo de esta manera un bienestar emocional en el que exista un equilibrio entre las emociones, los sentimientos y los deseos, dando lugar, de este modo, a una buena salud mental, física y social (Garvía, 2011).

Pero por desgracia, la sexualidad es uno de los aspectos de nuestra vida que más carga ideológica presenta, junto con ideas preconcebidas de prejuicios e ignorancia

(Arbesú, 2000), por eso es importante conocerla y dotarla del valor positivo que realmente posee, dado que la sexualidad es una parte muy importante, placentera y natural de la vida, es otro medio de comunicación del que disponemos como personas (Camargo y Coronado, 2016).

### **3.3. La sexualidad en la persona con Síndrome de Down**

A lo largo de esta investigación, nos centraremos en la importancia que tiene el desarrollo de la sexualidad en personas con SD.

Una vez que conocemos la importancia de la educación sexual y que sabemos qué es el SD y cómo se produce, veamos cómo se ve la sexualidad en estas personas.

Históricamente, la educación sexual que se le ha brindado a las personas con SD siempre ha ido encaminada a conseguir que "no se despierte el impulso sexual" (García, 2014), pero ¿realmente se debe educar a los niños y niñas con SD para frenar su instinto sexual? Claramente, no. Son niños, y como niños se les debe ofrecer una educación que permita un desarrollo completo con el que se consiga que sean personas que conozcan su cuerpo, sus capacidades, sus destrezas y sus posibilidades, todo ello incluye conocer su parte sexual, puesto que no es algo extrínseco al desarrollo humano, sino que forma parte de él.

También es cierto, que esto ha sido así puesto que siempre se ha visto a estas personas como eternos niños o hipersexuales (Barrio y Moreno, 2014). Además, de que se ha tenido la consideración de que las personas con SD no son aptas para la reproducción y, mucho menos aún, capaces de vivir el sexo para el placer (Moya, 2009), algo que debemos descartar puesto que se ha comprobado que el desarrollo sexual de las personas con SD sigue un proceso natural no vinculado a su discapacidad intelectual (Rodríguez et al, 1995), los ritmos y las cadencias del desarrollo del impulso sexual no tienen un retraso representativo en relación con el resto de personas que no presentan este síndrome y que se encuentran en la misma edad cronológica (Navarro, 2000).

Al atribuir el estado de niñez permanente en las personas con SD, les estamos evitando el acceso a una vida adulta completa y, por lo tanto, a una vida sexual, cosa que debemos quitar de la mente puesto que son personas que están tan interesadas en el sexo como cualquier otra persona que no posea ningún trastorno o discapacidad (Fierro, 2000). Todos ellos son capaces de sentir los placeres que conlleva una vida sexual activa, sentir

el placer del contacto físico, de los afectos, de la práctica sexual... Aunque no sepan cómo definirlos (Arbesú, 2000). La sexualidad de una persona con SD no puede ser ignorada o negada, hay que comprenderla como una fuerza movilizadora del proceso de desarrollo desde las primeras edades, de esta manera, un currículum educativo ideal sería el que asegurara que los niños y niñas con SD aprendieran a comprender su cuerpo, sus emociones, sus conductas y sus relaciones interpersonales teniendo siempre en cuenta el entorno social y cultural en el que se encuentran y, por lo tanto, en el que se están desarrollando (Camargo y Coronado, 2016). Debe pretender que los niños y niñas con SD adquieran las competencias básicas en relación con la dimensión afectiva y sexual de cada uno de ellos (García, 2010). Teniendo en cuenta que no en todas las edades se trabajará lo mismo y de la misma manera. Al igual que con el resto de contenidos de otras materias, la educación sexual va sufriendo una evolución que va desde lo más simple a lo más complejo, teniendo siempre en cuenta las características y necesidades de los chicos y chicas a los que va dirigida.

Por todo eso, se hace necesaria una revisión de la educación afectivo-sexual que está dirigida, especialmente, a las personas con Síndrome de Down (Rojas et al, 2016). Bien es cierto, que la educación sexual que se le brinda a este colectivo presenta unas peculiaridades, por lo que es un área en el cual aún queda mucho por conocer y aprender, pero lo que sí debemos tener claro, es que la sexualidad debe de entenderse de la misma forma en la que se entiende con el resto de personas (Camargo y Coronado, 2016). El objetivo primordial de la educación sexual es promover el bienestar emocional de las personas con SD (Parra y Oliva, 2015), entendiendo por bienestar emocional el equilibrio entre emociones, sentimientos y deseos, puesto que está en relación directa con la salud mental, física y social y, además, con el concepto de identidad que configuran la personalidad de cada una de las personas (Garvía y Trueta, 2011).

### **3.3.1. Mitos sobre la sexualidad y el Síndrome de Down.**

La vida de las personas con SD está sometida a una serie de mitos y prejuicios que hacen que las creencias que se tienen acerca de su desarrollo sexual sean tan populares (Garvía, 2010). Algunos de estos mitos existentes que, por desgracia, son muchos, son:

- *Ausencia de control sobre su propia sexualidad* (Moya, 2009). Como cualquier persona, si se recibe una educación sexual adecuada se aprende

sobre el propio cuerpo y ayuda al control de la sexualidad y a saber trabajar los impulsos sexuales.

- *Incapacidad para tener una actividad sexual satisfactoria* (Moya, 2009). Todo lo contrario, son personas capaces de disfrutar el sexo como cualquier otra, al cual va ligado otro mito que es el de que *la única satisfacción sexual a la que pueden aspirar es a la de satisfacer a la otra persona* (Parra y Oliva, 2015).
- *El sexo es fuente de peligro y por ello se piensa que a las personas con discapacidad hay que protegerlas, especialmente a las mujeres* (Moya, 2009). Otro error, puesto que con una educación sexual adecuada se enseñan los peligros que puede conllevar el sexo (embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual...) y aprenden a evitarlo. Por lo que no hay que protegerlas, si no educarlas. Con lo que se hace necesaria una formación básica en educación sexual y afectiva (García, 2010).
- *Las personas con SD son siempre felices* (Muñoz, 2005). Falso, puesto que experimentan los mismos sentimientos que el resto de personas, por lo que tienen respuestas positivas o negativas dependiendo de la situación en la que se encuentren.
- *Las personas con SD no pueden mantener relaciones afectivas ni tener hijos/as* (Muñoz, 2005). Totalmente erróneo, puesto que las personas con SD pueden mantener relaciones sociales con otras personas, ya tengan o no discapacidad, por lo que también pueden tener pareja e hijos.
- *No tienen deseos ni necesidades sexuales, ya que son seres asexuados o “niños permanentes”* (Parra y Oliva, 2015). Otro mito que no es cierto, ya que como ya se ha visto anteriormente, las personas con SD tienen las mismas necesidades y deseos que cualquier otra persona.
- *No es posible trabajar la educación sexual con gran parte de las personas con discapacidad intelectual* (Parra y Oliva, 2015). Es cierto que trabajar la educación sexual con las personas que presentan discapacidad intelectual, concretamente SD, tiene sus particularidades, pero basta con partir de las características y necesidades que presenta cada individuo y adaptarnos a ellas.
- *La intervención sexual solo despierta su sexualidad “dormida”* (Parra y Oliva, 2015). Pensar que las personas con SD poseen una sexualidad dormida es otro gran error, ya que poseen un desarrollo sexual que sigue los mismos

pasos que el de cualquier otra persona, aunque en muchos casos, de forma más lenta (Camargo y Coronado, 2016).

- *No resultan atractivas para otras personas* (Parra y Oliva, 2015). Los cánones de belleza presentes actualmente en la sociedad no tienen nada que ver con una persona que presenta SD, de hecho, es probable que debido a estos cánones, estas personas encuentren mermada su autoestima y que pueda repercutir de forma negativa en sus relaciones socio-afectivas (Moya, 2009), pero eso no quita que sean personas que puedan resultar atractivas para otras.

### **3.4. El papel de la familia en la educación sexual de su hijo/a con Síndrome de Down**

Bien es cierto, que para que haya una correcta educación sexual y que se adquieran, consoliden e interioricen dichos conocimientos, es importante que la familia sea un gran apoyo y promotor de este aprendizaje.

Ya sabemos que el primer agente social de cualquier niño o niña es la familia, seguida de la escuela, por lo tanto, si en la familia no se dan estos aprendizajes, por mucho que en la escuela se enseñen, si en casa no se les da la importancia que se merecen y que necesitan, estos aprendizajes no servirán para nada. Hay que reforzarlos, es necesaria la colaboración familia-escuela en cualquier aprendizaje, pero hablando de sexualidad y SD, aún más. Se necesita que exista transferencia de aprendizaje.

De la misma manera, los padres tienen un papel muy importante como educadores principales de la sexualidad de sus hijos e hijas. Si éstos comienzan temprano la formación e información de los conceptos sobre sexualidad, proporcionan la base sobre la que se construirá la sexualidad adulta (Couwenhoven, 2001). Es cierto, que en muchas ocasiones, los padres y madres suelen infantilizar a sus propios hijos, es decir, los ven como eternos niños sin importar la edad que tengan y, eso hace que dependan mucho de los adultos (Navarro, 2000), o en otras, niegan la sexualidad de sus hijos, considerándola como un tema del que no se puede hablar (García, 2014). Por lo que tanto la familia como la escuela, sobre todo la familia, deben intentar crear un marco de integración y normalización de la sexualidad (García, 2010) haciendo que, desde niños/as, las personas con SD no vean la sexualidad como algo sucio, que hay que ocultar, que no está bien... (Barrio y Moreno, 2014) y así, ir construyendo los cimientos de su sexualidad.

Además, muchas de las lecciones que tenemos que dar a los niños y niñas sobre la educación sexual, deben comenzar en las primeras edades y, para ello, no hay nadie mejor que la propia familia (Bain, 2004). Por todo esto, los padres y madres deben ser conscientes de que la sexualidad forma parte del desarrollo de sus hijos/as, como de cualquier otra persona, y, por lo tanto, de la educación integral de los mismos (Puerto Pascual, 1997).

Es importante que la familia esté informada sobre el tema y pueda ofrecerle a su hijo o hija con discapacidad intelectual la información adecuada. Recordemos, que estas personas suelen ser un colectivo del que abusar fácilmente, por lo que las familias deben estar informadas, además, sobre todo lo que ya se conoce sobre el abuso para poder enseñar a sus hijos/as a detectarlo y poder, así, evitarlo o denunciarlo, como bien cuenta Terri Couwenhaven (2007) en su libro *Teaching children with Down Syndrome about their bodies, boundaries and sexuality: A guide for parents and professionals* en el cual se dan algunas pautas y consejos para padres y profesionales que trabajan, o quieren trabajar, la sexualidad con personas con Síndrome de Down. En este caso, para los padres se explica que deben darles toda la información posible para que sus hijos/as adquieran las habilidades necesarias que faciliten su autonomía en este aspecto (sexualidad-abusos), puesto que hasta que sus hijos/as no tengan dichas habilidades, los padres seguirán siendo la primera “línea de defensa”. Además, algo que puede facilitarles mucho la labor, es conocer los diferentes recursos y apoyos de los que dispone en su comunidad o ciudad, dado que les ayudará a obtener más información.

Un aspecto muy importante y necesario a destacar es que las familias deben ser siempre conscientes de que sus hijos/as son seres sexuados y que, por lo tanto, piensan en la sexualidad, así que deben ofrecer una educación sexual como un proceso continuo, durante toda la vida, y hacerlo siempre creando y transmitiendo actitudes sanas y positivas ante esta realidad (Puerto Pascual, 1997). Deben proporcionarles modelos adultos, tanto de hombres como de mujeres, donde prime el respeto y la igualdad en las relaciones, así como no sobreprotegerles para que aprendan la necesidad de la existencia de los límites, de la necesidad de que los vínculos afectivos sean recíprocos y de las normas de los intercambios sociales. Deben responder a las curiosidades de sus hijos e hijas con SD de manera sencilla y natural, además de posibilitar las relaciones chicos-chicas fuera del horario escolar para que tengan oportunidad de establecer relaciones amorosas, al igual que deberán facilitar las relaciones sexuales adultas, siempre y cuando

sean consentidas por ambas partes y deseadas, dando así la oportunidad de ser personas adultas que viven su sexualidad (Arbesú, 2000).

#### **4. Diseño metodológico**

Tras la elaboración de una base teórica fundamentada en diferentes autores y anteriores investigaciones realizadas acerca del tema sobre la sexualidad y el SD, en este apartado se abordará todo lo referente al diseño metodológico, es decir, la metodología que se seguirá en esta investigación, los objetivos que se persiguen, las hipótesis acerca de los resultados que se obtendrán, los participantes y los instrumentos elegidos para llevarla a cabo.

Antes que nada, definir que es una investigación. Siguiendo a los autores McMillan y Schumacher (2005), “una investigación es un proceso sistemático de recogida y de análisis lógico de información (datos) con un fin concreto” (p.11). Además, es necesario aclarar que una investigación educativa no es algo fácil y sencillo, conlleva grandes dificultades ya que se trata de estudiar la conducta humana, algo que, de por sí, ya es muy complicado. La investigación educativa debe ser objetiva y basar sus conclusiones en los resultados obtenidos. Además, dentro de la investigación educativa existen diferentes paradigmas de investigación como son el modelo positivista, el comprensivo y el sociocrítico (Méndez, 2013). De igual forma, muchos autores señalan dos enfoques muy diferenciados dentro de la investigación. Estos enfoques son el enfoque cualitativo y el enfoque cuantitativo.

Esta investigación seguirá un enfoque cuantitativo, el cual “utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población” (Sampieri et al, 2003).

Tal y como indica el mismo autor, Sampieri (2003), los estudios cuantitativos se elaboran de manera secuencial, es decir, se comienza con una idea general que va delimitándose y acotándose. En este caso, la idea principal es investigar acerca de la sexualidad en las personas con SD, pero, es un tema muy amplio y hay que definirlo más, por lo que tras leer sobre el tema y conocer las investigaciones que ya hay hechas, aparece una duda que no queda resuelta: ¿dónde se encuentra el fallo para que las

personas con SD no tenga una educación sexual como la de las demás personas? ¿Está en los colegios, en las aulas... o está en la familia? Con estas preguntas en mente, se vuelve a investigar sobre el tema para ver si es posible conocer dónde se comienza a fallar en la educación sexual de estas personas, pero no hay nada al respecto, por lo que se decide centrar la investigación en conocer si las familias ofrecen educación sexual a sus hijos con SD, puesto que ellas son el primer agente de socialización del niño/a y el primer marco de referencia. Este sería el siguiente paso, delimitar el tema de investigación y plantear los objetivos y las preguntas de investigación que darán lugar a las hipótesis, que más adelante se especificarán.

#### **4.1. Objetivos**

Antes de comenzar con la investigación, es necesario establecer qué se pretende conseguir con ella, es decir, cuáles son los objetivos que se persiguen. Los objetivos son la guía del estudio y hay que tenerlos presentes durante todo el proceso de la investigación (Sampieri et al, 2003).

Una vez definido qué son los objetivos, se procede a enumerar los objetivos que persigue esta investigación:

- Descubrir diferencias en las actitudes sobre educación sexual en cuanto a padres y madres de hijos con SD y padres y madres de hijos sin SD.
- Conocer si la familia habla de educación sexual con su hijo/a con SD.
- Averiguar los temas más comunes sobre educación sexual tratados por la familia, tanto en padres de hijos con SD como en padres de hijos que no lo tienen.
- Conocer la actitud de la familia acerca de la educación sexual en los niños y niñas con SD.
- Descubrir si hay actitudes diferentes en relación al sexo del sujeto con SD.
- Conocer las actitudes de la familia con respecto a las relaciones de pareja de las personas con SD.
- Determinar quién habla de educación sexual en la familia (madre, padre o ambos).

## **4.2. Hipótesis**

Las hipótesis, tal y como nos explica Alzina (2004), son “proposiciones generalizadas o afirmaciones comprobables que se formulan como posibles soluciones al problema planteado: su función es ofrecer una explicación posible o provisional que tiene en cuenta los factores, sucesos o condiciones que el investigador procura comprender” (p. 124), es decir, indican lo que queremos probar con la investigación (Sampieri et al, 2003).

Puesto que se trata de una investigación, debemos tener claro que las hipótesis con especialmente importantes en estos casos y, por lo tanto deben cumplir una serie de patrones para que sean útiles en la investigación (McMillan y Schumacher, 2005):

- Deben definir la relación esperada o la diferencia entre dos o más variables<sup>1</sup>.
- Deben ser comparables.
- Deberían ofrecer una explicación provisional basada en una teoría o investigación previa.
- Debe ser concisa y lúcida.

Una vez que sabemos qué son las hipótesis y cómo deben ser para que sean válidas, se enumeran a continuación las hipótesis de esta investigación:

- Hipótesis 1: Los padres y madres de hijos sin SD dan más importancia a la educación sexual que los padres y madres de hijos con SD.
- Hipótesis 2: Los padres y madres de hijos/as sin SD hablan más sobre educación sexual con ellos que los padres y madres de hijos/as con SD.
- Hipótesis 3: Las madres de los niños/as con SD están más involucradas en la educación sexual de sus hijos/as que los padres.

## **4.3. Población y muestra**

Es importante determinar la población de la cual se elegirá la muestra que participará en esta investigación.

---

<sup>1</sup> Una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse y observarse (Sampieri et al, 2003).

La población, es el grupo de individuos que se ajustan a los criterios específicos de la investigación y para los que pretendemos generalizar los resultados (McMillan y Schumacher, 2005). En este caso en concreto, la población serán los padres y madres de hijos e hijas con y sin SD que se encuentren en edad escolar, principalmente en Educación Primaria. Pero, realmente, en la práctica no se analizan todos los sujetos que forman parte de la población, sino que de esta población se extraerá la muestra<sup>2</sup> (Alzina, 2004), la cual nos dará los resultados que se analizarán para poder sacar las conclusiones pertinentes de este estudio.

#### **4.3.1. Criterios para la selección de la muestra.**

Desde la perspectiva cuantitativa, que es la que seguiremos a lo largo de esta investigación, lo primero que se debe de hacer a la hora de seleccionar la muestra es “establecer con claridad y delimitar las características de contenido, de lugar y de tiempo de la población” (Alzina, 2004). Además, uno de los criterios fundamentales y que no debemos perder de vista a lo largo de la selección de la muestra, es que ésta sea representativa de la población, si lo es, las conclusiones que se realicen tras la investigación de la muestra, podrán generalizarse a la población (Alzina, 2004), para ello debe seguir una serie de criterios que, siguiendo a Rubio y Varas (2004), son los siguientes:

- Determinar el tamaño de la muestra, es decir, concretar el número de personas a las que se le pasarán las pruebas necesarias de la investigación, el tamaño debe de ser suficiente para poder garantizar la representatividad que necesitamos (Alzina, 2004).
- Elección de la forma de muestreo. Dependiendo del tipo de investigación se escogerá la muestra de una manera o de otra, teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone.
- Obtención de las unidades muestrales últimas, es decir, seleccionar las personas concretas a las cuales se les pasarán las pruebas de esta investigación para la posterior recogida de datos.

Teniendo en cuenta estos criterios, debemos seleccionar el tipo de muestreo que vamos a utilizar en este proceso. Tal y como señalan diversos autores mencionados

---

<sup>2</sup> “La muestra es un subgrupo de la población de interés sobre la cual se recolectarán datos. Tiene que definirse de antemano con precisión” (Sampieri et al, 2003, p.173).

anteriormente en este apartado, los tipos de muestra pueden ser muestras probabilísticas y muestras no probabilísticas.

En las muestras probabilísticas, como bien señala Sampieri (2003), “todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen (...) por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis” (p.175). Mientras que en las muestras no probabilísticas “la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador” (p.176).

Para esta investigación, se utilizará un muestreo no probabilístico, puesto que para investigaciones de tipo experimental no resultan muy útiles los muestreos probabilísticos, además de ser el tipo de muestreo más frecuente en la investigación educativa (McMillan y Schumacher, 2005). Dentro de este tipo de muestreo encontramos otros subtipos, concretamente, en este caso, será un muestreo por conveniencia, dado que se escogerá al grupo por accesibilidad o por ser adecuados para el caso (McMillan y Schumacher, 2005). También conocido como muestreo casual, que es el más frecuente en la investigación educativa y se utilizan sujetos a los que se le tienen facilidad de acceso (Alzina, 2004).

#### **4.3.2. Características y tamaño de la muestra.**

##### ○ Características de la muestra.

Para esta investigación se ha escogido una población compuesta por padres, madres y tutores de niños y niñas, tanto que presentan SD, como que no.

Para la muestra se han escogido padres, madres y tutores de niños y niñas en edad escolar. Para los niños y niñas con SD, se ha elegido la asociación de Síndrome de Down de Almería (ASALSIDO), dándole el cuestionario al centro educativo y a los alumnos que participan en los talleres que se ofrecen por la tarde, de gran interés el taller de educación sexual. Para el caso de niños sin SD se ha escogido pasar el cuestionario a los padres y madres de alumnos/as del tercer ciclo de Educación Primaria, para que las edades de ellos no sean muy dispares de las edades de los chicos y chicas con SD.

##### ○ Tamaño de la muestra.

Para que la muestra sea representativa se le pasará el cuestionario al centro entero de personas con SD, ya que no son muchos alumnos/as por aula y para equilibrarlo con el

grupo de personas sin SD, se les pasará a las clases de 6º de primaria, para así intentar tener el mismo número de sujetos en los dos grupos.

De todas las personas a las que les fue facilitado el cuestionario, sólo 20 sujetos con hijos sin SD lo completaron y, sólo lo hicieron 18 sujetos con hijos con SD.

A continuación se encuentran los datos que recogen el tamaño de la muestra utilizada para la elaboración del análisis de esta investigación.

Tabla 2

*Porcentajes*

FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HIJO CON SD	18	47,4	47,4	47,4
	HIJO SIN SD	20	52,6	52,6	100,0
	Total	38	100,0	100,0	

Porcentaje de las familias participantes en el estudio según hijos con SD o sin SD (Fuente: SPSS statistics)

#### 4.4. Instrumentos

Para llevar a cabo esta investigación, se utilizará como instrumento de recogida de información el cuestionario o encuesta. En las investigaciones de ámbito educativo este tipo de metodología es muy utilizada. Este tipo de estudios son una muy buena opción como primera aproximación a la realidad en la que nos encontramos (Alzina, 2004).

Para esta modalidad de estudios, tras seleccionar la muestra, se le administra un cuestionario sobre nuestro tema de interés. Los datos que se recogen tras la elaboración de dicho cuestionario se utilizan para describir las características de una población concreta (McMillan y Schumacher, 2005). Pero, ¿qué es un cuestionario? Según Sampieri (2003) “un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir” (p.217).

En este estudio en concreto se ha elaborado un cuestionario ad hoc<sup>3</sup> para poder abordar la temática de esta investigación, es decir, conocer el papel de la familia en la

<sup>3</sup> Ad hoc: elaborado específicamente para un problema o fin concreto.

formación de sus hijos e hijas en cuanto a la educación sexual, además de sus actitudes hacia la importancia de la educación sexual en personas con SD.

Es un cuestionario formado por 20 ítems. En los dos primeros ítems se preguntan datos personales (madre/padre/tutor y edad de su hijo/a), en el tercero, mediante una pregunta cerrada<sup>4</sup>, se pregunta si hablan de sexualidad o no con sus hijos/as. Los ítems siguientes se encuentran divididos en tres bloques:

- Temas comunes sobre los que hablan de educación sexual con su hijo o hija.
- Importancia de la educación sexual en su hijo (con y sin SD).
- Actitudes sobre la sexualidad en personas con SD.

Se adjuntan los cuestionarios en el anexo 1 de este trabajo.

## **5. Resultados**

En este apartado se hará un análisis de los resultados obtenidos mediante la recolección de datos a través del cuestionario mencionado y explicado con anterioridad.

Es de mencionar que los datos que van a analizarse aquí no pueden ser generalizadores, puesto que la muestra con la que se ha contado para poder hacerlo ha sido una muestra reducida.

### **5.1. Análisis descriptivo**

A continuación se va a realizar un análisis descriptivo de los ítems que componen el cuestionario. Se hará por bloques. En un primer lugar, los datos personales de los sujetos para de ahí, pasar a los bloques por lo que está compuesto el cuestionario, que como se ha comentado anteriormente, está formado por tres bloques.

En primer lugar, la edad de los sujetos que han contestado a las preguntas. Éstas oscilan entre los 32 y los 73 años, siendo el porcentaje mayor las personas que se encuentran en el rango de edad de entre los 32 y los 41 años.

---

<sup>4</sup> “Las preguntas cerradas son aquellas que contienen opciones de respuesta previamente delimitadas” (Sampieri et al, 2003, p.217).

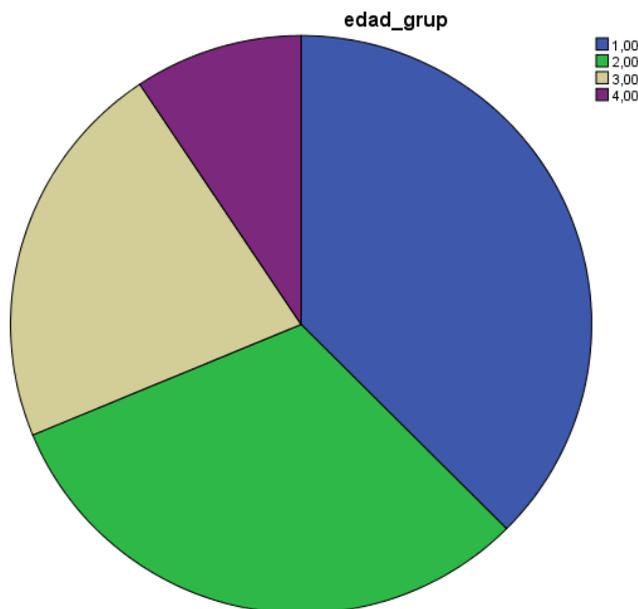


Figura 1. Gráfico circular en el cual se agrupan las edades de los sujetos que han participado en la investigación (Fuente: SPSS statistics).

En la figura 1 se muestran las edades de los sujetos, siendo 1 el grupo de edades que se encuentran entre 32-41 años, 2 entre 42-51 años, 3 entro 52-61 años y 4 las edades entre 62-73.

Es de comentar que hay un 15.8% de datos perdidos, es decir, que no todas las personas que participaron en el cuestionario lo contestaron. Siendo el grupo 1 el mayoritario, como ya se ha mencionado anteriormente, con un 31.6%, seguido del grupo 2 con un 26.3% y el grupo 3 por un 18.4% y quedando en último lugar el grupo 4, formado por un 7.9% de la muestra total.

El siguiente ítem a analizar es el sexo del sujeto que ha completado el cuestionario, encontrando que en su mayoría, ha sido contestado por mujeres. Un 73.7% de mujeres frente a un 21.1% de hombres; encontrando nuevamente datos perdidos (5.3%).

Tabla 3

Sexo

		SEXO			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	HOMBRE	8	21,1	22,2	22,2
	MUJER	28	73,7	77,8	100,0
	Total	36	94,7	100,0	
Perdidos	Sistema	2	5,3		

Total 38 100,0

Porcentaje de los participantes dependiendo del sexo (Fuente: SPSS statistics)

A estos datos le sigue el parentesco que une a la persona que ha contestado el cuestionario en relación con el niño/a, por lo que es de esperar que en su mayoría sean las madres quienes hayan participado en el estudio. Siendo corroborado esto con un 73.7%. Quedando el 15.8% en los padres y el 5.3% en otros (tutor legal, hermano/a...). En este ítem queda un 5.3% de datos perdidos.

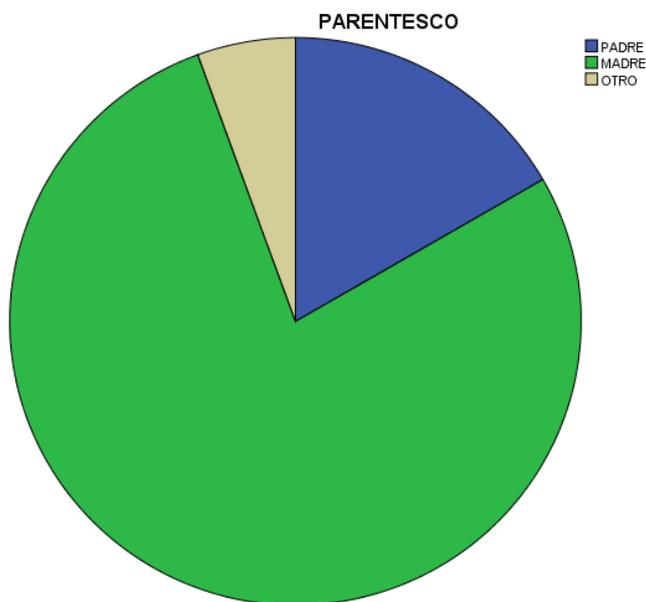


Figura 2. Parentesco (Fuente: SPSS statistics).

Todas las preguntas del cuestionario están destinadas a responderlas pensando en su hijo/a con o sin SD. De toda la muestra, el 65.8% son familia de niños y el 34.2% de niñas. En este aspecto, no encontramos ningún dato perdido.

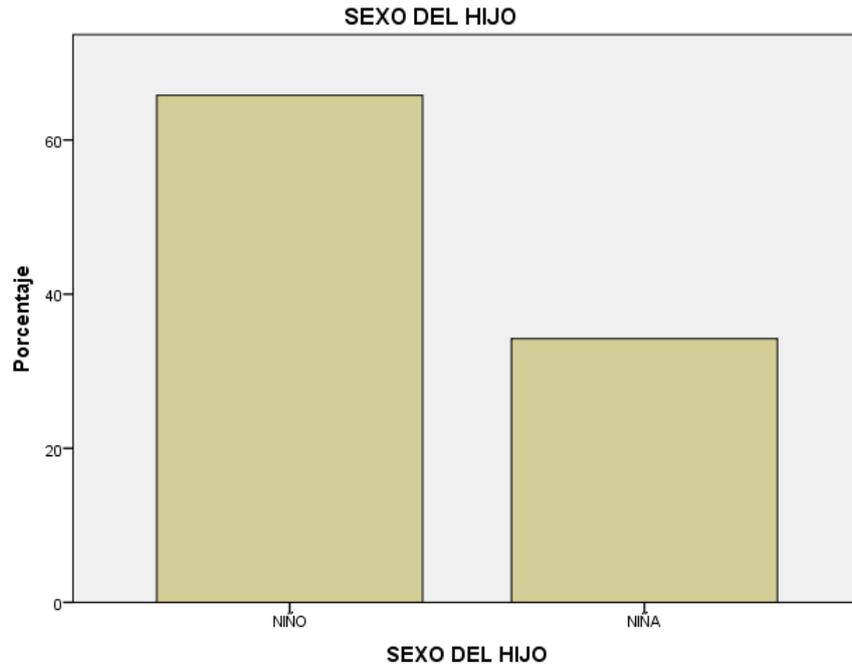


Figura 3. Gráfico que muestra el porcentaje del sexo del hijo (Fuente: SPSS statistics).

Las edades de los hijos respecto a los que se responde el cuestionario oscilan entre los 126 meses (10-11 años aproximadamente) y los 371 meses (30-31 años), mencionando que las edades más superiores corresponden a los hijos/as que tienen SD.

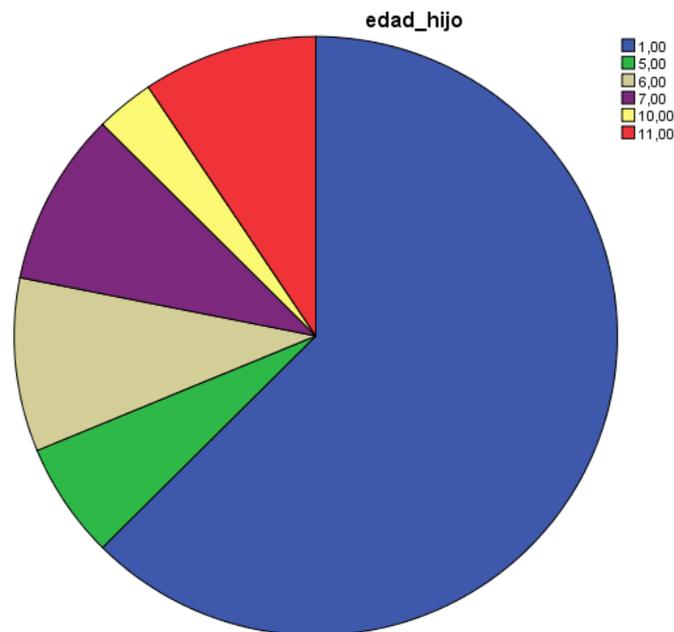


Figura 4. Gráfico que muestra el porcentaje de las edades de los hijos e hijas (Fuente: SPSS statistics).

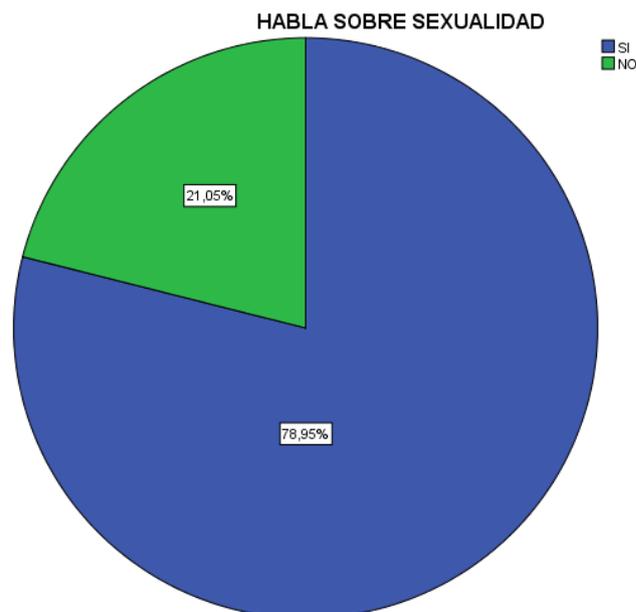
En este gráfico se han agrupado las edades en 11 grupos, para que visualmente sea más fácil de ver, puesto que al ser la edad en meses hay un gran número de respuestas diferentes.

A continuación se muestra la correspondencia de los grupos con las edades que recogen (solo de los grupos en los que hay muestra), además del porcentaje que tiene cada grupo en dicha gráfica:

- Grupo 1: 126-157 meses (10-13 años aproximadamente). 52.6%
- Grupo 5: 224-245 meses (18-20 años aproximadamente). 5.3%
- Grupo 6: 246-267 meses (20-22 años aproximadamente). 7.9%
- Grupo 7: 268-289 meses (22-24 años aproximadamente). 7.9%
- Grupo 10: 334-355 meses (27-29 años aproximadamente). 10.6%
- Grupo 11: 356-371 meses (29-30 años aproximadamente). 7.9%

Cabe mencionar que el grupo mayoritario está formado por los niños y niñas de entre 10 y 13 años porque el cuestionario para las familias con hijos sin SD fue suministrado en un CEIP a los cursos de 6º de primaria, por lo que todos los cuestionarios recogidos allí tendrán la misma edad, mientras que los recogidos en la asociación de personas con SD tendrán edades más variables.

Pasamos ahora al ítem que nos indica si los padres y madres hablan de educación sexual con sus hijos, independientemente de si tienen o no SD.



*Figura 5.* Gráfico que muestra si hablan o no de educación sexual con sus hijos/as (Fuente: SPSS statistics).



Como se puede observar en el gráfico, más del 70% sí habla de sexualidad con sus hijo o hija, siendo muy poco el porcentaje de padres y madres que no lo hacen. En este caso, no hay ningún dato perdido.

Respecto a los padres y madres que sí hablan de estos temas con sus hijos/as, en la mayor parte de los casos, la persona que lo hace es la madre, seguido de ambos y, en menos ocasiones, es solo el padre quien habla de educación sexual.

Tabla 4

*Quién habla de educación sexual*

QUIEN HABLA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PADRE	2	5,3	6,9	6,9
	MADRE	16	42,1	55,2	62,1
	AMBOS	11	28,9	37,9	100,0
	Total	29	76,3	100,0	
Perdidos	Sistema	9	23,7		
	Total	38	100,0		

Esta tabla nos indica el porcentaje que corresponde a quién habla de educación sexual en casa (Fuente: SPSS statistics)

Dentro de todos los temas que se pueden tratar en este ámbito, a continuación se muestran los más comunes y el grado en el que son tratados por la familia.

Tabla 5

*Temas sobre educación sexual*

	Estadísticos										
	TIPO										
	CONOCIMIE NTO	DIFEREN CIAS	EMOCIO NES	FAMI LIA	AMIST AD	PARE JA	PARE JA	REPRODUC CION	PLAC ER	PELIG ROS	VIDA SEXU AL
N Válido	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
Perdidos	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
Media	1,19	1,16	1,26	1,26	1,16	1,35	1,29	1,61	1,81	1,52	1,77

Tabla que nos indica los temas más comunes sobre educación sexual además de la media con la que son tratados por las familias (Fuente: SPSS statistics)

Como se observa en la tabla, aparecen 7 elementos perdidos, no son elementos o datos perdidos, sino que son las familias que han contestado que no hablan de educación sexual con sus hijos e hijas, por lo que esta pregunta de los temas que suelen tratar con ellos no la han contestado. Como se muestra en dicha tabla, las medias son muy parecidas entre todos los temas seleccionados, siendo la más elevada la que se encuentra en hablar de “el sexo como fuente de placer” y, en menor medida, la de “tener una vida sexual satisfactoria” y “el sexo como método de reproducción”.

Otro ítem relacionado con esto es desde qué edad comienzan a hablar de educación sexual con sus hijos. Siendo los resultados los siguientes:

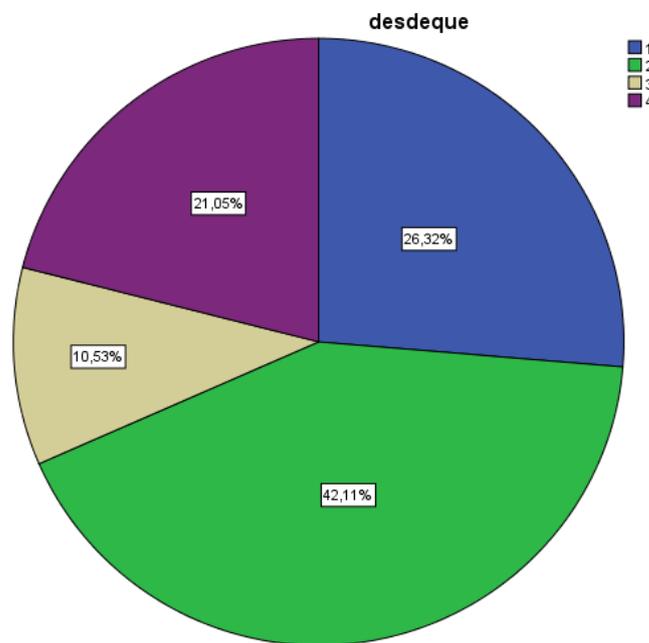


Figura 6. Gráfico que muestra a qué edad comienzan a hablar de educación sexual en casa (Fuente: SPSS statistics).

En el gráfico, el grupo 1 pertenece a las edades comprendidas entre los 33-96 meses (2-8 años aproximadamente), el grupo 2, entre 108-130 meses (9-10 años aproximadamente), el grupo 3, entre 132-180 meses (11-15 años) y el grupo 4, entre 200-216 meses (16-18 años).

El siguiente bloque es la importancia que le dan los padres y madres a la educación sexual de sus hijos e hijas.

A continuación se mostrarán las tablas correspondientes a cada ítem de este bloque separando entre las familias con hijos con SD y las familias con hijos sin SD.

ÍTEM 7

Tabla 6

*Importancia de la educación sexual en SD*

<b>¿Es importante hablar de sexualidad con su hijo?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POCO	4	22,2	22,2	22,2
	BASTANTE	3	16,7	16,7	38,9
	MUCHO	11	61,1	61,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 7

*Importancia de la educación sexual en niños/as sin SD*

<b>¿Es importante hablar de sexualidad con su hijo?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POCO	4	20,0	21,1	21,1
	BASTANTE	10	50,0	52,6	73,7
	MUCHO	5	25,0	26,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
	Total	20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Como se pueden observar en estas tablas, en ambos grupos se les da gran importancia a la educación sexual, siendo destacable que en las familias de hijos con SD se le da más importancia que en el otro colectivo.

ÍTEM 8

Tabla 8

*Necesidad de la educación sexual en SD*

<b>¿Es necesario que mi hijo reciba educación sexual?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POCO	3	16,7	16,7	16,7
	BASTANTE	4	22,2	22,2	38,9

MUCHO	11	61,1	61,1	100,0
Total	18	100,0	100,0	

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 9

*Necesidad de la educación sexual en niños y niñas sin SD*

<b>¿Es necesario que mi hijo reciba educación sexual?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	1	5,0	5,3	5,3
	POCO	3	15,0	15,8	21,1
	BASTANTE	9	45,0	47,4	68,4
	MUCHO	6	30,0	31,6	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
Total		20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En este ítem vuelve a ocurrir lo mismo, en ambos grupos se le da mucha importancia a la necesidad de que los niños y niñas reciban educación sexual, volviendo a destacar el grupo perteneciente al SD por mostrar mucho más interés en esto.

### ÍTEM 9

Tabla 10

*Educación sexual en las primeras edades en SD*

<b>¿Qué la educación sexual comience desde las primeras edades?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	3	16,7	17,6	17,6
	POCO	2	11,1	11,8	29,4
	BASTANTE	3	16,7	17,6	47,1
	MUCHO	9	50,0	52,9	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,6		
Total		18	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 11

*Educación sexual en las primeras edades en niños/as sin SD*

<b>¿Qué la educación sexual comience desde las primeras edades?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	2	10,0	10,5	10,5
	POCO	6	30,0	31,6	42,1
	BASTANTE	6	30,0	31,6	73,7
	MUCHO	5	25,0	26,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
Total		20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En estas tablas vemos que los padres y madres están de acuerdo en que la educación sexual comience desde los primeros años de vida, aunque vuelve a destacar el colectivo de los familiares de personas con SD, en el cual se ve claramente como están muy de acuerdo con esto, mientras que el otro grupo (familias de hijos sin SD) las opiniones son más diversas, estando la mayoría en los valores intermedios.

### ÍTEM 10

Tabla 12

*Frecuencia en SD*

<b>¿Con qué frecuencia le habla sobre sexualidad?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	2	11,1	11,1	11,1
	POCO	10	55,6	55,6	66,7
	BASTANTE	6	33,3	33,3	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 13

*Frecuencia en niños/as sin SD*

<b>¿Con qué frecuencia le habla sobre sexualidad?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	4	20,0	21,1	21,1

	POCO	12	60,0	63,2	84,2
	BASTANTE	2	10,0	10,5	94,7
	MUCHO	1	5,0	5,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
Total		20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En cuanto a la frecuencia con la que los padres y madres de estos niños les hablan de educación sexual encontramos que, en ambos colectivos, suele ser muy baja o, incluso, nula. Mostrando la media más alta en cuanto a dicha frecuencia en la familia de niños con SD.

### ÍTEM 11

Tabla 14

*La sexualidad como algo natural en SD*

<b>¿Habla de la sexualidad como algo natural?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	POCO	1	5,6	6,7	6,7
	BASTANTE	8	44,4	53,3	60,0
	MUCHO	6	33,3	40,0	100,0
	Total	15	83,3	100,0	
Perdidos	Sistema	3	16,7		
Total		18	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 15

*La sexualidad como algo natural en niños/as sin SD*

<b>¿Habla de la sexualidad como algo natural?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	2	10,0	10,5	10,5
	POCO	6	30,0	31,6	42,1
	BASTANTE	5	25,0	26,3	68,4
	MUCHO	6	30,0	31,6	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		

Total 20 100,0

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En este caso, en ambos colectivos hay alto índice de respuesta positiva en cuanto a hablar de sexualidad como algo natural, volviendo a destacar el grupo de SD puesto que la media de respuesta de éste es mucho más positiva que el otro grupo.

**ÍTEM 12**

Tabla 16

*Lo sentimientos en SD*

<b>¿Le habla de los diferentes sentimientos a su hijo?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	1	5,6	5,9	5,9
	POCO	1	5,6	5,9	11,8
	BASTANTE	7	38,9	41,2	52,9
	MUCHO	8	44,4	47,1	100,0
	Total	17	94,4	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,6		
Total		18	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 17

*Los sentimientos en niños/as sin SD*

<b>¿Le habla de los diferentes sentimientos a su hijo?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	4	20,0	21,1	21,1
	POCO	7	35,0	36,8	57,9
	BASTANTE	5	25,0	26,3	84,2
	MUCHO	3	15,0	15,8	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
Total		20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En este ítem que trata sobre hablar de los diferentes sentimientos, las tablas muestran que las familias de hijos con SD dan más importancia a esto que las otras familias, encontrando en este segundo colectivo una mezcla más heterogénea de respuesta.

**ÍTEM 13**

Tabla 18

*La sexualidad como método de reproducción en SD*

<b>¿Le habla de la sexualidad como método de reproducción?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	6	33,3	33,3	33,3
	POCO	7	38,9	38,9	72,2
	BASTANTE	3	16,7	16,7	88,9
	MUCHO	2	11,1	11,1	100,0
	Total	18	100,0	100,0	

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 19

*La sexualidad como método de reproducción en niños/as sin SD*

<b>¿Le habla de la sexualidad como método de reproducción?</b>					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NADA	5	25,0	26,3	26,3
	POCO	5	25,0	26,3	52,6
	BASTANTE	4	20,0	21,1	73,7
	MUCHO	5	25,0	26,3	100,0
	Total	19	95,0	100,0	
Perdidos	Sistema	1	5,0		
	Total	20	100,0		

Tabla que muestra el porcentaje de respuesta en este ítem (Fuente: SPSS statistics)

En este último ítem de este bloque, en el cual se pregunta si las familias hablan sobre la sexualidad como métodos de reproducción, vemos que las familias de hijos con SD tienden a no hacerlo, mientras que en las de hijos sin SD las respuestas son más homogéneas y encontramos desde padres que no hablan de ellos hasta los que si lo hacen. Esto no significa que las otras familias no lo hagan, sino que suelen hacerlo en menor medida y no todas lo suelen hacer.

El siguiente y último bloque de preguntas está centrado en conocer las actitudes de la sexualidad respecto a las personas con SD. A continuación se procede a realizar el análisis descriptivo de los ítems que lo componen.

#### ÍTEM 14

Este ítem pretende conocer las actitudes de la familia en relación al sexo de su hijo/a, es decir, si hablan más de sexualidad dependiendo de si es niño o niña. En este aspecto, ambos colectivos parecen coincidir en la respuesta, mostrándose en “totalmente de acuerdo” un 68.57% de las respuestas. Esto quiere decir, que hablaría de educación sexual con su hijo independientemente de si es un niño o una niña. El siguiente porcentaje más elevado lo encontramos en “de acuerdo” con un 20%, seguido de “en desacuerdo” con un 8.57% y, finalmente, “totalmente en desacuerdo, con un 2.86% de las respuestas analizadas.

Es de mencionar que en este ítem nos encontramos con un 7.9% de datos perdidos.

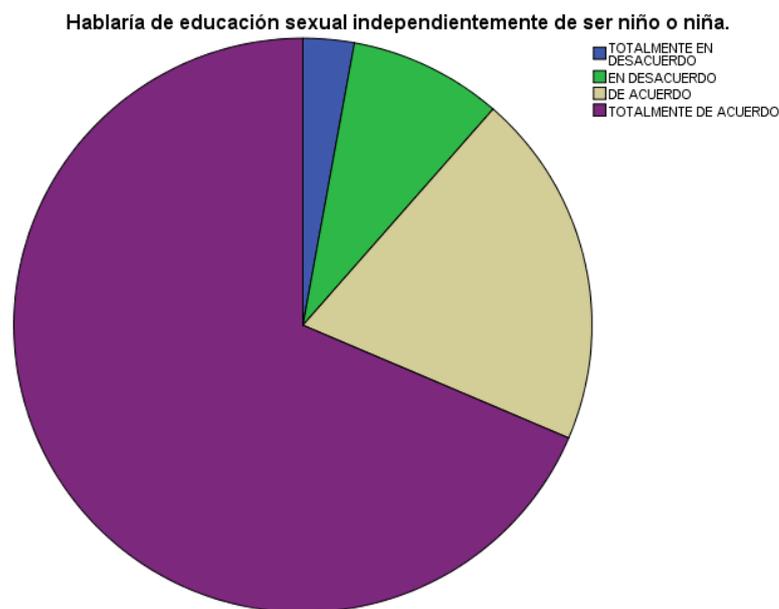


Figura 7. Gráfico que muestra la actitud hacia hablar de sexualidad independientemente del sexo en SD (Fuente: SPSS statistics).

#### ÍTEM 15

Con esta pregunta se quiere conocer si los padres, madres y tutores tratan los mismos temas de educación sexual independientemente de si tienen un hijo o hija. Recordemos que estas preguntas están siempre destinadas a responderlas en relación a las personas con SD.

En este caso el porcentaje mayor de respuesta lo encontramos en “totalmente de acuerdo” con un 72.22%, lo cual quiere decir que tratarían los mismos temas sin tener en cuenta el sexo de su hijo; seguido de un 16.67% en “de acuerdo” y finalizando con un 5.56% tanto en “en desacuerdo” como en “totalmente en desacuerdo”. Por lo cual, los porcentajes más elevados hacen referencias a actitudes positivas respecto a este ítem.

En este caso hay que tener en cuenta que nos encontramos con 2 datos perdidos, aunque esto no haría variar mucho el porcentaje de respuestas obtenido.

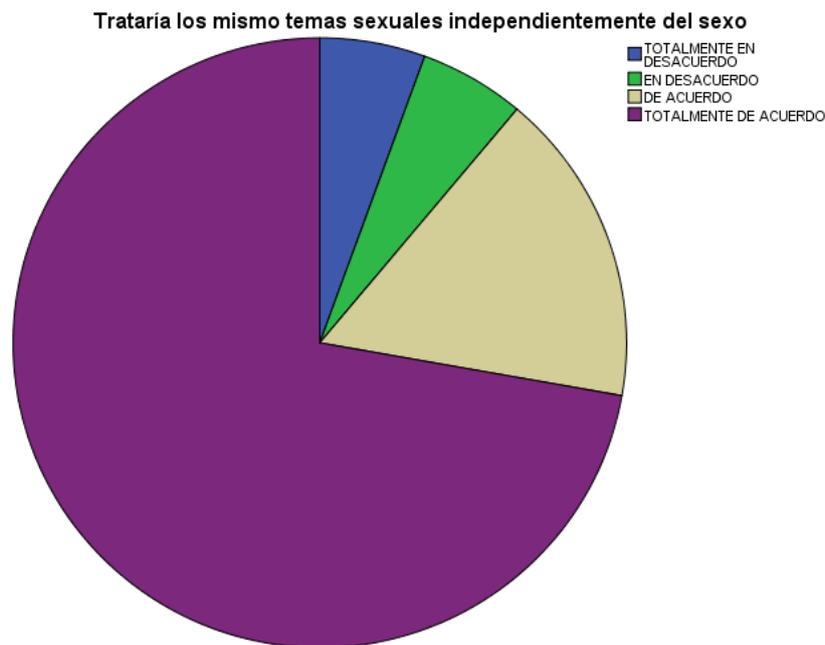


Figura 8. Gráfico que muestra la actitud hacia los temas a tratar independientemente del sexo del niño con SD (Fuente: SPSS statistics).

### ÍTEM 16

En este ítem se quiere conocer la actitud hacia mostrar actitudes sexuales, si se debe o no se debe reñir al niño/a con SD que las muestra. En este caso, lo más positivo sería encontrar los porcentajes más elevados en las respuestas “totalmente en desacuerdo” y “en desacuerdo”.

En “totalmente en desacuerdo” encontramos un 37.5% de respuestas, siendo “en desacuerdo” el porcentaje mayor con un 43.75%. El siguiente mayor se encuentra en un 12.5% y corresponde a “de acuerdo”, mientras que el menor, “totalmente de acuerdo”, consta de un 6.25%. En este caso los datos perdidos son 6, por lo que, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra, si podría variar un poco los resultados, aunque no en exceso.

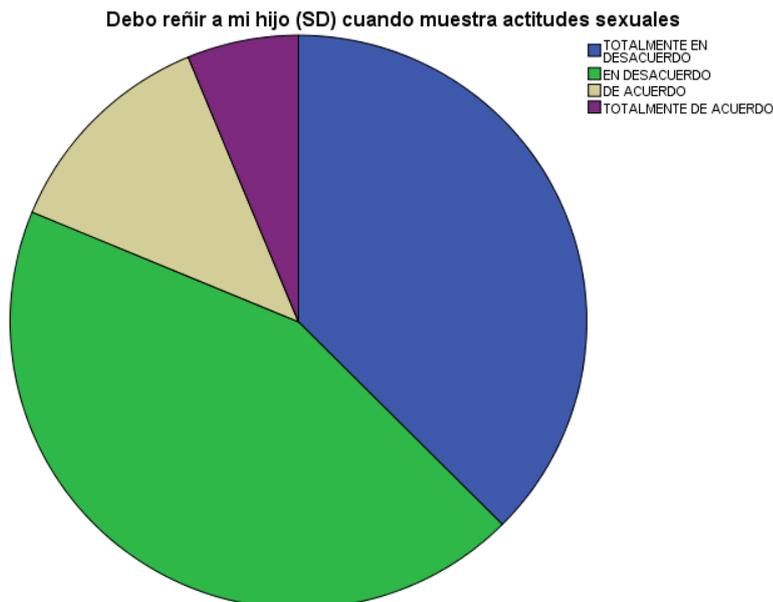


Figura 9. Gráfico que muestra las actitudes antes reñís a un niños por mostrar actitudes sexuales según el sexo en SD (Fuente: SPSS statistics).

ÍTEM 17

Con éste se quiere conocer la actitud acerca de dar más o menos libertad en cuanto a tener pareja, quedar con su pareja, dar intimidad... dependiendo de si es un niño con SD o una niña con SD, es decir, si le darían más libertad a un niño que a una niña.



Figura 10. Gráfico que muestra la actitud ante dar más libertad según el sexo del niño con SD (Fuente: SPSS statistics).

En este caso, el porcentaje más elevado se encuentra en “totalmente en desacuerdo” con un 37.14%, seguido de un 22.86% en “de acuerdo” y finalizando con un 20% tanto en “desacuerdo” como en “totalmente de acuerdo”. Por lo cual, no hay ningún marcador que resalte mucho sobre los demás, ya que son valores muy parecidos. En este caso se ha perdido un 7.9%, cosa que podría igualar más los resultados o despuntar más en el más elevado.

### ÍTEM 18

Con este ítem se pretende conocer si los padres y madres, tanto de hijos con SD como de hijos sin SD, están de acuerdo en que las personas con SD tengan pareja.

En este caso el porcentaje mayor lo encontramos en “totalmente de acuerdo” con un 57.14%, seguido de 28.57% en “de acuerdo” y un 14.29% en “desacuerdo”. No se encuentra ninguna respuesta en totalmente en desacuerdo, por lo que las respuestas pueden considerarse positivas, sobre todo teniendo en cuenta los dos porcentajes mayores que serían casi la totalidad de la muestra.

En este ítem también nos encontramos con datos perdidos, concretamente con un 7.9%.

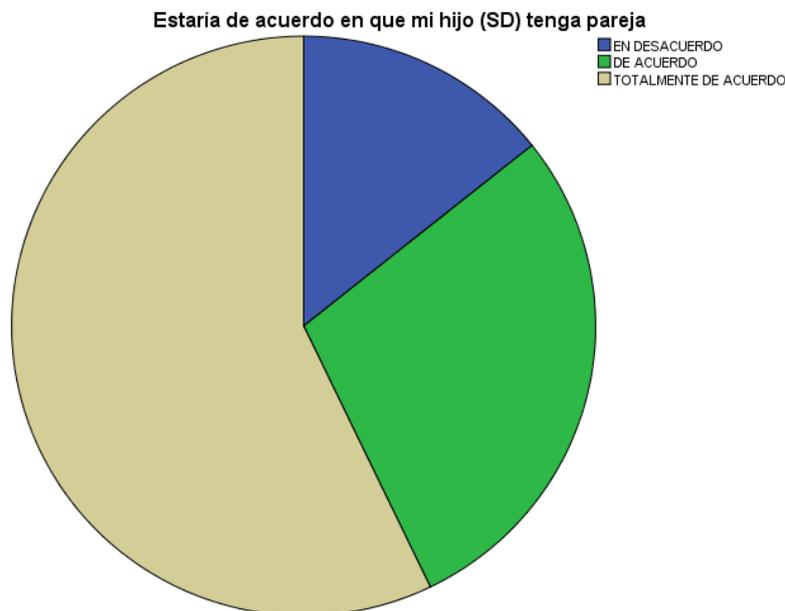


Figura 11. Gráfico que muestra la actitud hacia que las personas con SD tengan pareja (Fuente: SPSS statistics).

### ÍTEM 19

En este caso, se va un paso más adelante y se pretende conocer la actitud respecto al matrimonio de personas con SD, si estarían de acuerdo o no con que una persona con SD quisiera casarse.

En el siguiente gráfico, los porcentajes mayores se encuentran en “totalmente de acuerdo” y en “de acuerdo”, siendo 47.06% y 32.35% respectivamente, mientras que “en desacuerdo” cuenta con un 14.71% y “totalmente en desacuerdo” con un 5.88%, siendo éste el menor de los porcentajes obtenidos en esta pregunta.

En el presente ítem también contamos con un porcentaje de datos perdidos que podrían variar un poco las respuestas, pero seguirían siendo las mayoritarias las mismas. Esta vez el porcentaje perdido es de 10.5%.

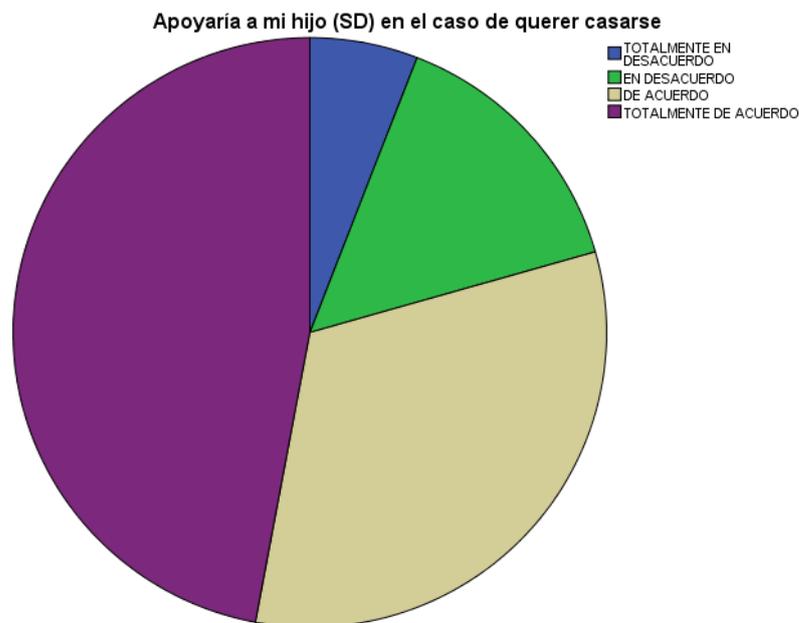


Figura 12. Gráfico que muestra las actitudes hacia que una persona con SD quiera casarse (Fuente: SPSS statistics).

### ÍTEM 20

Este es el último ítem del cuestionario y lo que se quiere conocer con este saber cómo ven que las personas con SD tengan hijos, ya sean padres o madres de hijos con SD o sin SD.

Como se puede ver en el siguiente gráfico, en este caso las respuestas no son tan diferentes y no puede decirse que haya más predilección por una que por otra, de hecho

los porcentajes mayores los encontramos en dos con un 29.41%: “de acuerdo” y “totalmente en desacuerdo”, dos marcadores de respuesta con significados opuestos. El siguiente porcentaje mayor lo encontramos en “desacuerdo” con un 26.47% y el menor de todos con un 14.71% se sitúa en “totalmente de acuerdo”.

En este caso es de mencionar también los datos perdidos, los cuales son un 10.5%, aunque viendo las respuestas obtenidas, no variarían en exceso los resultados.

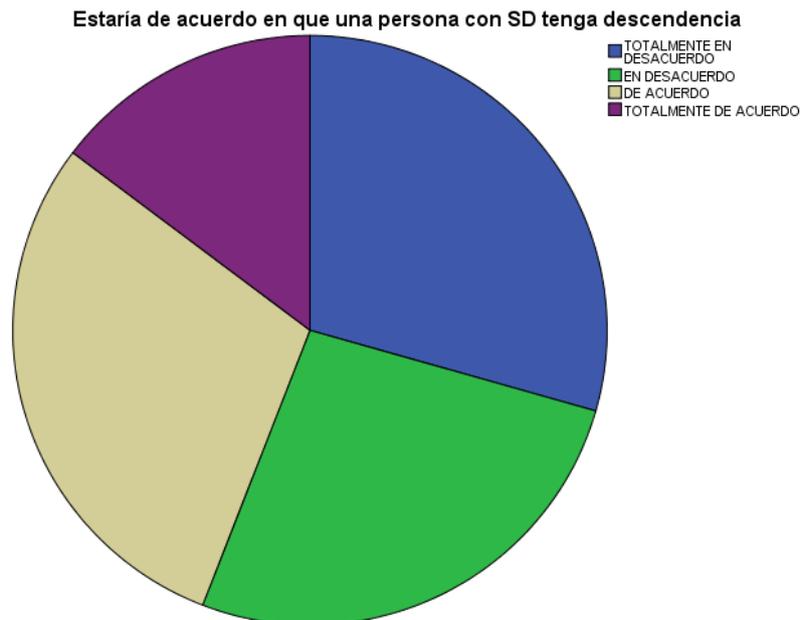


Figura 13. Gráfico que muestra la actitudes hacia que las personas con SD tengan hijos (Fuente: SPSS statistics).

## 5.2. Análisis empírico de datos

A lo largo de este apartado se llevará a cabo el análisis empírico de los objetivos e hipótesis propuestas para esta investigación con el fin de conocer si han sido conseguidos y si las hipótesis son aceptadas o, por el contrario, rechazadas.

### Objetivos:

- Descubrir diferencias en las actitudes sobre educación sexual en cuanto a padres y madres de hijos con SD y padres y madres de hijos sin SD.

Con el fin de saber y conocer las diferentes actitudes en cuanto a la educación sexual, se realiza la prueba T para muestras independientes, cogiendo los valores del segundo bloque de preguntas del cuestionario, las relacionadas con la importancia y el interés que

le dan los padres y madres a la educación sexual de hijos, y se comprara entre los padres de hijos con SD y los padres de hijos sin SD.

Tabla 20

*Prueba T. Actitudes de la familia sobre la educación sexual*

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
¿Es importante hablar de sexualidad con su hijo?	Se asumen varianzas iguales	3,088	,088	1,313	35	,198	,336	,256	-,184	,856
	No se asumen varianzas iguales			1,306	33,104	,201	,336	,257	-,187	,860
¿Es necesario que mi hijo reciba educación sexual?	Se asumen varianzas iguales	,254	,617	1,457	35	,154	,392	,269	-,154	,938
	No se asumen varianzas iguales			1,460	34,981	,153	,392	,268	-,153	,937
¿Qué la educación sexual comience desde las primeras edades?	Se asumen varianzas iguales	,787	,381	,882	34	,384	,322	,365	-,420	1,064
	No se asumen varianzas iguales			,873	31,206	,389	,322	,369	-,430	1,074
¿Con qué frecuencia le habla sobre sexualidad?	Se asumen varianzas iguales	,345	,561	,966	35	,341	,222	,230	-,245	,689



	No se									
	asumen									
	varianzas			,970	34,744	,339	,222	,229	-,243	,687
	iguales									
¿Habla de la sexualidad como algo natural?	Se asumen									
	varianzas	5,537	,025	1,800	32	,081	,544	,302	-,072	1,159
	iguales									
	No se									
	asumen									
	varianzas			1,906	30,074	,066	,544	,285	-,039	1,127
	iguales									
¿Le habla de los diferentes sentimientos a su hijo?	Se asumen									
	varianzas	1,165	,288	2,954	34	,006	,926	,313	,289	1,562
	iguales									
	No se									
	asumen									
	varianzas			2,984	33,876	,005	,926	,310	,295	1,556
	iguales									
¿Le habla de la sexualidad como método de reproducción?	Se asumen									
	varianzas	2,141	,152	-1,165	35	,252	-,418	,359	-1,147	,311
	iguales									
	No se									
	asumen									
	varianzas			-1,170	34,624	,250	-,418	,357	-1,144	,308
	iguales									

Tabla que muestra la comparación entre las familias de hijos con SD y las familias de hijos SD en relación a las actitudes en cuanto a sexualidad (Fuente: SPSS statistics)

En esta tabla se puede comprobar como no existen diferencias significativas en cuanto a las actitudes en relación con la educación sexual prácticamente en ningún ítem, exceptuando el ítem correspondiente a “hablar de los diferentes sentimientos”, cuyo valor es 0.06.

En cuanto al resto de ítems no se asumen diferencias significativas.

- Conocer si la familia habla de educación sexual con su hijo/a con SD.

Para averiguar esta objetivo, se realiza una tabla cruzada en la que se podrá observar si las familias hablan de educación sexual con sus hijos e hijas, además de poder comparar qué familias lo hacen con más frecuencia, si los padres y madres de hijos con SD o los padres y madres de hijos sin SD.

Tabla 21

*Tabla cruzada. Hablar de educación sexual con su hijo/a*

		FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			
		HIJO CON SD	HIJO SIN SD	Total	
HABLA SOBRE SEXUALIDAD	SI	Recuento	16	14	30
		Recuento esperado	14,2	15,8	30,0
		Residuo corregido	1,4	-1,4	
	NO	Recuento	2	6	8
		Recuento esperado	3,8	4,2	8,0
		Residuo corregido	-1,4	1,4	
Total		Recuento	18	20	38
		Recuento esperado	18,0	20,0	38,0

Tabla que muestra la comparación entre las familias de hijos con SD y las familias de hijos sin SD en relación a si hablan o no de sexualidad (Fuente: SPSS statistics)

Como se puede ver en la tabla, se puede afirmar que existe diferencia significativa entre el recuento real y el recuento esperado, puesto que se obtiene un residuo corregido de 1.4, es decir, un valor que no supera dos desviaciones típicas (valor 1.96). Es por ello que no se hace necesario el cálculo de chi-cuadrado para corroborar la significatividad de la diferencia.

- Averiguar los temas más comunes sobre educación sexual tratados por la familia, tanto en padres de hijos con SD como en padres de hijos que no lo tienen.

En el análisis descriptivo de los ítems relacionados con los temas comunes en cuanto a educación sexual, se muestran las medias obtenidas en cada uno de ellos y se concluye que los temas más comunes (en la muestra que se ha empleado) son “el sexo como fuente de placer”, con una media de 1.81, y, en menor medida, la de “tener una vida sexual satisfactoria”, con un 1.77, y “el sexo como método de reproducción”, siendo el tercer tema más común con una media de 1.61.

Tabla 22

Tabla cruzada. Método de reproducción

Tabla cruzada				
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD				
		HIJO CON SD	HIJO SIN SD	Total
REPRODUCCION SI	Recuento	3	9	12
	Recuento esperado	6,6	5,4	12,0
	Residuo corregido	-2,7	2,7	
NO	Recuento	14	5	19
	Recuento esperado	10,4	8,6	19,0
	Residuo corregido	2,7	-2,7	
Total	Recuento	17	14	31
	Recuento esperado	17,0	14,0	31,0

Tabla que muestra el recuento esperado y real del ítem propuesto (Fuente: SPSS statistics)

Observando la tabla se puede afirmar que la diferencia entre los sujetos esperados y los sujetos reales es significativa, ya que las puntuaciones obtenidas a través de los residuos tipificados corregidos alcanza valores por encima de +1.96 o -1.96. Puesto que los valores afirman significatividad, se hace necesario calcular el estadístico chi-cuadrado para corroborarlo.

Tabla 23

Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación		
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,039 <sup>a</sup>	1	,008		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	5,210	1	,022		
Razón de verosimilitud	7,288	1	,007		
Prueba exacta de Fisher				,012	,011
Asociación lineal por lineal	6,812	1	,009		
N de casos válidos	31				

Tabla que muestra los resultados para el chi-cuadrado (Fuente: SPSS statistics)

En la tabla se muestra el valor obtenido en dicho estadístico y se observa un valor de 0.012, es decir, inferior a 0.05, por lo que sí podemos afirmar que existe diferencia significativa, además, comprobaremos la magnitud gracias al estadístico eta.

Tabla 24

*Estadístico eta*

Medidas direccionales			Valor
Nominal por intervalo	Eta	REPRODUCCION dependiente	,477
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD dependiente			,477

Esta tabla nos muestra el valor de eta para el ítem marcado (Fuente: SPSS statistics)

El valor obtenido en eta es un valor elevado, por lo que la diferencia que existe es bastante grande.

Tabla 25

*Tabla cruzada. Peligros de la sexualidad*

Tabla cruzada					
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD					
			HIJO CON SD	HIJO SIN SD	Total
PELIGROS	SI	Recuento	4	11	15
		Recuento esperado	8,2	6,8	15,0
		Residuo corregido	-3,1	3,1	
	NO	Recuento	13	3	16
		Recuento esperado	8,8	7,2	16,0
		Residuo corregido	3,1	-3,1	
Total		Recuento	17	14	31
		Recuento esperado	17,0	14,0	31,0

Tabla que muestra el recuento esperado y real del ítem propuesto (Fuente: SPSS statistics)

Al igual que ocurre con el ítem anterior, se puede afirmar que la diferencia entre los sujetos esperados y los reales es significativa, ya que las puntuaciones obtenidas son de -3.1 y +3.1. Puesto que los valores afirman significatividad, se hace necesario calcular el estadístico chi-cuadrado para corroborarlo.

Tabla 26

Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,314 <sup>a</sup>	1	,002		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	7,240	1	,007		
Razón de verosimilitud	9,844	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,004	,003
Asociación lineal por lineal	9,013	1	,003		
N de casos válidos	31				

Tabla que muestra los resultados para el chi-cuadrado (Fuente: SPSS statistics)

El valor de significativa obtenido hace que podamos afirmar que sí existen diferencias y, por lo tanto, se procede al cálculo del estadístico eta para conocer la magnitud.

Tabla 27

Estadístico eta

Medidas direccionales			
			Valor
Nominal por intervalo	Eta	PELIGROS dependiente	,548
		FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD dependiente	,548

Esta tabla nos muestra el valor de eta para el ítem marcado (Fuente: SPSS statistics)

Con el cálculo de este estadístico se obtiene un valor que nos hace afirmar que la diferencia existente entre las dos variables es significativamente grande.

Tabla 28

Tabla cruzada. Vida sexual satisfactoria

Tabla cruzada						
			FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			
			HIJO CON SD	HIJO SIN SD	Total	
VIDA SEXUAL	SI	Recuento	1	6	7	
		Recuento esperado	3,8	3,2	7,0	
		Residuo corregido	-2,5	2,5		
NO	Recuento	16	8	24		
	Recuento esperado	13,2	10,8	24,0		
	Residuo corregido	2,5	-2,5			

Total	Recuento	17	14	31
	Recuento esperado	17,0	14,0	31,0

Tabla que muestra el recuento esperado y real del ítem propuesto

(Fuente: SPSS statistics)

Con este ítem ocurre lo mismo, el recuento corregido indica que hay diferencias significativas entre ambos valores, por lo que procedemos al cálculo del chi-cuadrado.

Tabla 29

*Prueba de chi-cuadrado*

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Significación		
			asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,004 <sup>a</sup>	1	,014		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	4,075	1	,044		
Razón de verosimilitud	6,390	1	,011		
Prueba exacta de Fisher				,028	,021
Asociación lineal por lineal	5,810	1	,016		
N de casos válidos	31				

Tabla que muestra los resultados para el chi-cuadrado (Fuente: SPSS statistics)

El cálculo de esta estadístico es significativo, por lo que se calcula eta para conocer el tamaño de esa diferencia que el chi-cuadrado nos afirma.

Tabla 30

*Estadístico eta*

Medidas direccionales			
			Valor
Nominal por intervalo	Eta	VIDA SEXUAL dependiente	,440
		FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD dependiente	,440

Esta tabla nos muestra el valor de eta para el ítem marcado (Fuente: SPSS statistics)

El valor de eta obtenido nos hace poder afirmar que la diferencia que existe entre ambos grupos es elevada.

- Conocer la actitud de la familia acerca de la educación sexual en los niños y niñas con SD y determinar si existen diferencias entre familias de hijos/as con SD y familias de hijos/as sin SD.

Para conocer este objetivo se realiza la prueba T para muestras independientes, para la cual se han cogido los ítems pertenecientes al tercer bloque (actitudes sobre la sexualidad) y se ha comparado entre las familias de hijos con SD y las familias de hijos sin SD.

Tabla 31

*Prueba T. Actitudes de la familia en la sexualidad de personas con SD*

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Habraría de educación sexual independientemente de ser niño o niña.	Se asumen varianzas iguales	2,447	,127	-,527	33	,602	-,141	,267	-,683	,402
	No se asumen varianzas iguales			-,521	27,085	,607	-,141	,270	-,694	,413
Trataría los mismo temas sexuales independientemente del sexo	Se asumen varianzas iguales	,300	,588	,000	34	1,000	,000	,285	-,580	,580
	No se asumen varianzas iguales			,000	33,144	1,000	,000	,285	-,580	,580
Le daría más libertad a un niño que a una niña	Se asumen varianzas iguales	3,404	,074	3,436	33	,002	1,186	,345	,484	1,889
	No se asumen varianzas iguales			3,477	29,479	,002	1,186	,341	,489	1,884



Debo reñir a mi hijo (SD) cuando muestra actitudes sexuales	Se									
	asumen varianzas iguales	1,230	,276	,000	30	1,000	,000	,313	-,639	,639
Estaría de acuerdo en que mi hijo (SD) tenga pareja	No se									
	asumen varianzas iguales			,000	26,884	1,000	,000	,313	-,642	,642
Apoyaría a mi hijo (SD) en el caso de querer casarse	Se									
	asumen varianzas iguales	,429	,517	-,583	33	,564	-,147	,252	-,661	,366
Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia	No se									
	asumen varianzas iguales			-,581	32,138	,565	-,147	,253	-,663	,369
Apoyaría a mi hijo (SD) en el caso de querer casarse	Se									
	asumen varianzas iguales	1,270	,268	-	2,090	32	,045	-,625	,299	-1,234
Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia	No se									
	asumen varianzas iguales			-	2,045	26,238	,051	-,625	,306	-1,253
Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia	Se									
	asumen varianzas iguales	,028	,867	-	2,032	32	,051	-,706	,347	-1,413
Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia	No se									
	asumen varianzas iguales			-	2,032	31,967	,051	-,706	,347	-1,414

Tabla que muestra la comparación entre las familias de hijos con SD y las familias de hijos SD en relación a las actitudes en cuanto a sexualidad de personas con SD (Fuente: SPSS statistics)

En esta tabla se puede observar como existen diferencias significativas en algunos de los ítems que forman parte de este apartado.



Estas diferencias las encontramos en el “le daría más libertad a un niño que a una niña con SD”, cuya significatividad es 0.002, es decir es un valor menor a 0.5, por lo cual, la diferencia si es significativa.

En el ítem “apoyaría a mi hijo (SD) en el caso de querer casarse” también se encuentra diferencia significativa, en este caso el valor es 0.45.

Hay un tercer ítem señalado, puesto que su valor de significatividad está muy cerca de ser significativo, aunque no lo es, por eso se le hará mención. Es el caso del ítem “estaría de acuerdo en que una persona con SD tuviera descendencia”, cuyo valor de significatividad roza el 0.5, siendo 0.51.

○ Descubrir si hay actitudes diferentes en relación al sexo del sujeto con SD.

Para la comprobación de este objetivo, se vuelve a realizar la prueba T para muestras independientes del tercer bloque, pero en este caso, se hace la comparación de medias con la variable niño-niña.

Tabla 32

Prueba T. Actitudes en cuanto al sexo del hijo

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas				prueba t para la igualdad de medias				
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Habría de educación sexual independientemente de ser niño o niña.	Se asumen varianzas iguales	16,148	,001	-1,830	15	,087	-,818	,447	-1,771	,135
	No se asumen varianzas iguales			-2,516	10,000	,031	-,818	,325	-1,543	-,093

Trataría los mismo temas sexuales independientemente del sexo	Se asumen varianzas iguales	15,876	,001	-1,499	16	,153	-,667	,445	-1,610	,276
	No se asumen varianzas iguales			-2,152	11,000	,054	-,667	,310	-1,348	,015
Le daría más libertad a un niño que a una niña	Se asumen varianzas iguales	4,159	,058	-1,272	16	,222	-,750	,590	-2,000	,500
	No se asumen varianzas iguales			-1,487	14,928	,158	-,750	,504	-1,826	,326
Debo reñir a mi hijo (SD) cuando muestra actitudes sexuales	Se asumen varianzas iguales	2,501	,136	-1,146	14	,271	,600	,524	-,523	1,723
	No se asumen varianzas iguales			-1,365	13,432	,195	,600	,440	-,347	1,547
Estaría de acuerdo en que mi hijo (SD) tenga pareja	Se asumen varianzas iguales	2,493	,135	-,828	15	,420	-,350	,422	-1,251	,551
	No se asumen varianzas iguales			-1,000	11,956	,337	-,350	,350	-1,113	,413
Apoyaría a mi hijo (SD) en el caso de querer casarse	Se asumen varianzas iguales	3,500	,082	-2,092	14	,055	-1,000	,478	-2,025	,025
	No se asumen varianzas iguales			-2,449	13,804	,028	-1,000	,408	-1,877	-,123



Estaría de acuerdo	Se									
en que una persona	asumen		,00	-						
con SD tenga	varianza	9,168	8	1,75	15	,099	-,864	,491	-1,910	,183
descendencia	s iguales			9						
	No se									
	asumen			-						
	varianza			1,44	6,336	,196	-,864	,598	-2,309	,582
	s iguales			3						

Tabla que muestra la comparación de actitudes en cuanto al sexo de la persona con SD (Fuente: SPSS statistics)

En la tabla se observa que no existen diferencias significativas en ninguno de los ítems en cuanto al sexo del sujeto.

- Conocer las actitudes de la familia con respecto a las relaciones de pareja de las personas con SD.

Para conocer las actitudes en cuanto a las relaciones de pareja de las personas con SD, se realizan unas tablas cruzadas del ítem correspondiente a las actitudes en cuanto a las relaciones de pareja. Este ítem concreto es: “Estoy de acuerdo en que una persona con SD tenga pareja”.

Además de la tabla cruzada, se le pide calcular el chi-cuadrado y el eta, para comprobar de esta manera si hay alguna diferencia a destacar entre las diferentes actitudes dependiendo de si tienen un hijo con SD o un hijo sin SD.

Tabla 33  
Tabla cruzada. Actitudes sobre las relaciones de pareja en SD

**Tabla cruzada**

Recuento		FAMILIAS CON O SIN HIJOS		
		CON SD		Total
		HIJO CON SD	HIJO SIN SD	
Estaría de acuerdo en que mi hijo (SD) tenga pareja	EN DESACUERDO	3	2	5
	DE ACUERDO	5	5	10
	TOTALMENTE DE ACUERDO	9	11	20
Total		17	18	35

Tabla que muestra las actitudes en cuanto a las relaciones de pareja en SD (Fuente: SPSS statistics)

Como se ha mencionado, se calcula tanto el chi-cuadrado como el eta, siendo los valores de estos no significativos. Obteniendo en chi-cuadrado 0.83. Por lo que podemos afirmar que no existen diferencias en actitudes dependiendo de si tienen un hijo/a con SD o sin SD y, en consecuencia, no es pertinente el cálculo del estadístico “eta”.

- Determinar quién habla de educación sexual en la familia (madre, padre o ambos).

Para conocer este objetivo es necesario que nos vayamos a la tabla 4, en la cual se hace un análisis descriptivo de la frecuencia. En esa tabla se observa que la mayor frecuencia la obtiene la madre, con 16 frente a 9 de los padres, mientras que en el caso de que sean ambos quienes hablan de sexualidad con sus hijos, nos encontramos con 11, no muy alejado de los casos en los que es únicamente la madre.

#### **Hipótesis:**

- Hipótesis 1: Los padres y madres de hijos sin SD dan más importancia a la educación sexual que los padres y madres de hijos con SD.

Esta hipótesis es rechazada, puesto que en el análisis empírico se comprueba que los padres y madres, tanto de hijos con SD como de hijos sin SD, suelen tener las mismas actitudes respecto a la educación sexual, es decir, ambos colectivos dan importancia a la educación sexual de sus hijos, aunque varían un poco en qué es lo más importante o necesario.

- Hipótesis 2: Los padres y madres de hijos/as sin SD hablan más sobre educación sexual con ellos que los padres y madres de hijos/as con SD.

También es una hipótesis rechaza, puesto que en la tabla 21 se puede ver como en la muestra a la cual se le ha pasado el cuestionario, los padres y madres de hijos con SD han marcado más “sí” que las familias con hijos son SD, además de ser también los resultados más positivos en el “no”, puesto que el número es mucho menor que en el otro grupo. Además, el estadístico chi-cuadrado ha corroborado esa diferencia existente, dando un resultado significativo, por lo que se hace posible el rechazo de esta hipótesis.

Por otro lado, el estadístico eta nos muestra el tamaño de esa diferencia, y a pesar de no ser muy grande, se hace relevante.

Recordemos que estos resultados no pueden ser generalizados, puesto que la investigación ha sido realizada con una muestra pequeña, pero nos puede dar ideas y orientarnos en cuando a cómo es la educación sexual en la familia.

- Hipótesis 3: Las madres de los niños/as con SD están más involucradas en la educación sexual de sus hijos/as que los padres.

Para averiguar si esta hipótesis es aceptada o rechazada, se hace un análisis de la frecuencia segmentando en familias de hijos con SD y familias de hijos son SD.

Tabla 34

*Comparación entre familias con SD y sin SD respecto a quién habla de sexualidad*

QUIEN HABLA						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	MADRE	11	61,1	73,3	73,3
		AMBOS	4	22,2	26,7	100,0
		Total	15	83,3	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	16,7		
	Total	18	100,0			
HIJO SIN SD	Válido	PADRE	2	10,0	14,3	14,3
		MADRE	5	25,0	35,7	50,0
		AMBOS	7	35,0	50,0	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total	20	100,0			

Tabla que muestra quién habla de educación sexual con su hijo (Fuente: SPSS statistics)

En la tabla se puede comprobar como esta hipótesis es aceptada, puesto que son las madres las que más involucración muestran en la educación sexual de sus hijos/as, no habiendo ningún dato que indique que son sólo los padres quienes lo hacen y, siendo en menor medida, ambos quienes se encargan de la educación sexual de sus hijos e hijas.

Dados los datos obtenidos, se procede el cálculo de una tabla cruzada que nos muestre los resultados que se esperaban, para ver así si existe alguna diferencia significativa que pudiese hacer que variasen las conclusiones.

Se adjuntan las tablas correspondientes en el anexo 2.

La tabla cruzada nos muestra que sí existe una diferencia significativa entre los datos obtenido y los que se esperaban, en cuanto a la madre, pero eso no hace la conclusión a la

que se llegue varía, es decir, sigue siendo la hipótesis acertada. Al calcular el chi-cuadrado, se obtiene un resultado que no es para nada significativo, pero hay que tener en cuenta que en la tabla cruzada se dan tres opciones, de las cuales solo en una de ellas es significativo, por lo que al calcular esa media, el chi-cuadrado no nos indica que exista esa diferencia, por lo tanto el cálculo de  $\eta^2$  no es relevante.

## **6. Discusión y conclusiones**

Mediante los datos obtenidos gracias a la investigación, se ha podido llegar hasta los objetivos propuestos, además de resolver las hipótesis marcadas al comienzo de la investigación.

El primer objetivo que se planteaba era descubrir si existían diferencias en las actitudes de las familias en cuanto a la educación sexual de sus hijos, teniendo en cuenta si sus hijos tenían o no SD. Gracias a los datos obtenidos se comprueba que no existen diferencias significativas, es decir, que los padres y madres, por lo general, son conocedores de la importancia que tienen que sus hijos/as se eduquen en sexualidad desde pequeños, y no solo en el colegio, sino también en casa.

En definitiva, los padres y madres encuestados para esta investigación presentan actitudes positivas en cuanto a la importancia que le dan a la educación sexual de sus hijos e hijas, algo que también se ve en el objetivo siguiente que se propone. Este objetivo trata de conocer si las familias encuestadas hablan en casa sobre los temas pertenecientes a la educación sexual; y los datos obtenidos apuntan que sí. Aunque a pesar de haber obtenido una media de respuestas que favorece al “sí”, como se comprueba en el análisis de esta investigación, en la tabla 21, referente al ítem de si hablan o no de educación sexual con sus hijos dependiendo de si sus hijos tienen o no SD, se puede observar como existen diferencias entre ambos grupos (padres de hijos con SD y padres de hijos sin SD) dado que las respuestas esperadas distan de las respuestas reales, es decir, aparentemente, las familias de hijos con SD siguen teniendo más prejuicios respecto a la educación sexual que las familias de hijos sin SD, algo que se preveía y puede verse reflejado, también, en las hipótesis propuestas, como el caso de la hipótesis 1 (los padres y madres de hijos sin SD darán más importancia a la educación sexual que los padres y madres de hijos con SD), la cual está ligada a este objetivo y, que como queda reflejado en el apartado anterior, esta hipótesis es rechazada, puesto que no se muestran diferencias significativas en cuando a los padres de hijos con SD y sin SD.

Se ha de recordar que estos datos no son generalizables, puesto que la investigación ha sido realizada con una muestra pequeña y, por lo tanto, con una muestra mayor los datos podrían variar.

Algo a destacar de este objetivo, y que estaría vinculado con la hipótesis 2 (los padres y madres de hijos sin SD hablan más de educación sexual que los padres y madres de hijos con SD), la cual, mediante el análisis de los datos, ha sido rechazada, puesto que éstos apuntan todo lo contrario, es que teniendo en cuenta la muestra de este estudio, los padres, madres o tutores de niños con SD han contestado más veces que si hablan de educación sexual que los padres de hijos sin SD. Esto puede deberse a que dichos padres conocen la importancia que ésta tiene, además de las dificultades que presentan sus hijos/as para sobrellevar estas actitudes, también debido, en muchos casos, a la creencia de que las personas con SD son eternos niños o personas asexuales y que, por lo tanto, no tienen necesidades sexuales, así que esta respuesta puede indicar que estos mitos están desapareciendo y que se le está empezando a dar la importancia que necesita.

Aunque, ¿hasta dónde es esto cierto? Si analizamos los temas más comunes tratados sobre la educación sexual, vemos que en general, tanto en padres de hijos con SD, como en padres de hijos sin SD, estos temas son “el sexo como fuente de placer”, “tener una vida sexual satisfactoria” y “el sexo como método de reproducción”. Si solo se centra la atención en los padres de hijos con SD, esto no es así, hay que recordar que la muestra es 20 sujetos padres de hijos sin SD frente a 18 de padres de hijos con SD, por lo que las medias obtenidas ahí no pueden vincularse totalmente a las familias con SD.

Si se realiza un análisis descriptivo de los temas en estas familias se observa que los temas más repetidos son “diferencias entre hombres y mujeres”, “relaciones de amistad”, Relaciones de familia, “conocimiento del propio cuerpo” y “las emociones”, siendo las menos repetidas “el sexo como fuente de placer”, “tener una vida sexual satisfactoria” y “el sexo como método de reproducción”. ¿Qué quiere decir eso? Que, aunque a priori parezca que las actitudes han cambiado en cuanto a que estas personas son asexuales, sigue existiendo un vacío, por parte de la familia, en cuanto a tratar el tema de la sexualidad como algo natural y cotidiano, que toda persona manifiesta, siente y necesita. Es cierto que hablan de educación sexual y la tratan en casa, pero solo se centran en los temas referentes a los sentimientos, el propio cuerpo y las relaciones de amistad y

familia, dejando un gran abanico de temas sin tratar muy importantes, y quizás más necesarios, en cuanto a la sexualidad humana.

Se adjuntan las tablas que muestran estos datos en el anexo 3.

Otro de los objetivos que se proponían con este estudio era describir si existían diferencias en las actitudes de la familia en relación al sexo de su hijo, es decir, dependiendo de si son niño o niña. Para ello, en el análisis empírico se realiza la prueba T para muestras independientes y se observa como no existen diferencias significativas en ninguno de los ítems, por lo tanto, esto significa que no hay diferencias en las actitudes que presentan las familias en cuando a la educación sexual y al sexo de su hijo. Concluyendo, que los padres y madres tratarán los mismos temas independientemente de si su hijo es niño o niña y los tratarán de igual manera. Es posible que este objetivo hubiese obtenido una conclusión diferentes si este estudio se hubiese realizado años antes, pero, actualmente, la concepción acerca de este tema y del sexo del sujeto está cambiando, aunque aún queda mucho por avanzar.

Aunque es de destacar que en el ítem “le daría más libertad a un niño que a una niña con SD”, la frecuencia mayor en las respuestas por parte de los padres de hijos con SD se encuentran en “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, bien es cierto que al comparar con la prueba T no hay diferencias significativas, pero puede deberse a que el tamaño de la muestra es pequeño. Además, en el ítem 20 (estaría de acuerdo con que mi hijo con SD tuviera descendencia), los padres de hijos con SD vuelven a mostrar una actitud negativa, la frecuencia mayor de respuesta se encuentra en “totalmente en desacuerdo”, están de acuerdo en que tengan pareja, incluso les apoyaría en el caso de querer casarse, pero a la hora de tener hijos no están de acuerdo, Vuelve a ocurrir lo mismo que con el otro ítem, es posible que al ser la muestra pequeña en la prueba T no aparezcan diferencias significativas entre unas familias y otras, pero en este caso vuelven a ser los padres de hijos sin SD los que muestran las actitudes más positivas. En el anexo 3 podrán encontrarse las tablas que muestra estos datos.

En cuanto a las actitudes respecto a las relaciones de pareja en personas con SD, el resultado general es positivo, ya que la mayoría de los encuestados marcaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con esto, aunque es destacable que las puntuaciones más positivas se encuentren por parte de las familias sin SD, es decir, los padres de hijos con SD están de acuerdo con que sus hijos tengan pareja, aunque, dado el tamaño de la

muestra, que haya 3 que estén en desacuerdo hace que esta media no sea tan positiva como debería. Sin embargo, los padres de hijos con SD presentan una actitud más positiva en este tema, la mayor parte contestaron estar de acuerdo en que las personas con SD tengan pareja.

Esto puede deberse al miedo o desconocimiento que las familias tienen en cuanto a la educación sexual, puesto que a los niños con SD les comienzan a hablar de estos temas cuando se encuentran en la adolescencia, es decir, que no son temas que se traten desde las primeras edades como algo natural y, por lo tanto, puede ocasionar miedo a estos padres, por el contrario, los padres de hijos sin SD comienzan a hablar de estos temas en casa mucho antes, por lo que su pensamiento hacia las relaciones de pareja pueden variar. En el anexo 4 encontrará una tabla que muestra las edades a las que se comienza a hablar de educación sexual en casa comparando entre hijos con SD e hijos son SD.

El último objetivo planteado era determinar quién es el que habla de educación sexual con su hijo, vinculado a la hipótesis 3 que afirma que son las madres las que están más involucradas en la educación sexual de sus hijos.

En el caso del objetivo, queda comprobado y corroborado, en el análisis descriptivo del ítem, que la media apunta que mayormente es la madre quien trata estos temas en casa con su hijo/s, aunque especificando en hijos con y sin SD, en el caso de los hijos son SD la mayor frecuencia la encontramos en ambos padres, es decir, que tanto la madre como el padre tratan la educación sexual en casa, mientras que en el caso de hijos con SD la frecuencia mayor, con gran diferencia, recae en la madre, mientras que en muy pocos casos son ambos quienes abordan el tema.

Por lo tanto, como se menciona en el análisis empírico, la hipótesis es aceptada y podemos concluir en que, por norma general, son las madres quienes más interés muestran a la hora del aprendizaje de este tema en sus hijos.

Concluyendo la investigación, se puede decir que no hay grandes diferencias entre las actitudes de unos padres respecto a otros, pero que aún no se trabaja la educación sexual en casa como se debería para que el aprendizaje de esta, tanto en niños y niñas con SD como en niños y niñas sin SD, se viera como algo natural y no como un tema tabú, tal y como sigue siendo hasta ahora.

Se espera que esta investigación sirva para que los padres y madres abran los ojos respecto a este tema y trabajen en casa con ellos tal y como trabajan cualquier otra asignatura que dan en el colegio y le den la misma importancia que a las demás, puesto que el desarrollo sexual es algo natural y normal que todo individuo presenta y en todos se desarrolla de la misma manera.

## 7. Referencias Bibliográficas.

- Álvarez, E. B., & Jiménez, B. M. (2014). Sexualidad en personas con síndrome de Down: Prácticas, actitudes y conocimientos: Un estudio empírico exploratorio. *Siglo Cero: Revista Española Sobre Discapacidad Intelectual*, 45(252), 8-21.
- Abersú, A. (2000). La sexualidad de las personas con retraso mental. *Familias y Discapacidad Intelectual*, 310-331.
- Alzina, R. B. (2004). *Metodología de la investigación educativa* Editorial La Muralla.
- Bain, B. (2004). Hablar sobre la sexualidad con mi hijo. *Rev Síndrome De Down*, 80, 37-38.
- Basile, H. (2008). Retraso mental y genética síndrome de Down. *Revista Argentina De Clínica Neuropsiquiátrica*, 15(1), 9-23.
- Camargo Zarate, S. F., & Coronado Acuña, C. C. (2016). Sexualidad en personas con síndrome de Down “orientaciones para padres de familia”.
- Coca, D. M. (2013). La metodología científica y la investigación educativa. *Acta Universitaria*, 23(1), 23-30.
- Couwenhoven, T. (2007). *Teaching children with Down Syndrome about thier bodies, boundaries and sexuality: A guide for Parents and Professionals*.
- Couwenhoven, T. (2001). Educación de la sexualidad: Cómo construir los cimientos de actitudes sanas. *Revista Síndrome De Down*, 18, 42-52.
- Fierro, A. (2000). El sexo de los ángeles. *Sexualidad y Personas Con Discapacidad Psíquica. II Conferencia Nacional*, 51-64.
- Freud, S. (1984). *Esquema del psicoanálisis y otros escritos posibles*. Madrid: Alianza Editorial.
- García, J. L. (2014). Sexualidad, afectividad y síndrome de Down: Se hace camino al andar.

- García, J. L., & de Navarra, G. (2010). Competencias sexuales y afectivas en personas con síndrome de Down. *Minusval*, 114, 28-32.
- Garvía, B., & Trueta, K. T. (2011). *Relaciones afectivas y sexualidad: Síndrome de Down* Fundació Catalana Síndrome de Down.
- González-Herrera, L., Pinto-Escalante, D., Ceballos-Quintal, J. M., & Mérida, A. d. Y. (1998). Prevalencia de mosaicos en 100 individuos con diagnóstico de síndrome de Down. *Rev Biomed*, 9, 214-222.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2003). Metodología de la investigación. *La Habana: Editorial Félix Varela*, 2
- Kaminker, P., & Armando, R. (2008). Síndrome de Down: Segunda parte: Estudios genéticos y función del pediatra. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 106(4), 334-340.
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa una introducción conceptual*. Pearson educación.
- Morales, P. M. L., Pérez, R. L., Vidrio, G. P., Yáñez, S. A. B., & Echauri, L. V. (2000). Reseña histórica del síndrome de Down. *Revista De La Asociación Dental Mexicana*, 57(5), 193-199.
- Moya Maya, A. (2009). La sexualidad en mujeres con discapacidad: Perfil de su doble discriminación.
- Muñoz, A. M. (2005). El síndrome de Down. *Retrieved Septiembre, 21, 2012*.
- Navarro Guzmán, J. I. (2000). Desarrollo afectivo-sexual de la persona con discapacidad psíquica: Presentación. *Revista Colección FEAPS*, 1, 65-67.
- Parra, N., & Oliva, M. (2015). Sexualidades diversas. *Manual Para La Atención De La Diversidad Sexual En Las Personas Con Discapacidad Intelectual o Del Desarrollo, FEAPS Canarias*.



- Peñuelas, B. G. (2010). Sexualidad y síndrome de Down. *Revista Médica Internacional Sobre El Síndrome De Down*, 14(3), 47-49.
- Puerto Pascual, C. (1997). La familia, escuela de educación sexual. *Familia. Revista De Ciencias y Orientación Familiar*, (15), 51-67.
- Rodríguez, M. Á. A., Díaz, A. A., & Martínez, B. A. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis y Modificación De Conducta*, 32(142).
- Rodríguez Testal, J. F., Rodríguez Santos, M. D., Navas Jiménez, M. D., Pastor Loro, María del Carmen, Jarana Expósito, L., Rubio, L., & María, J. (1995). Sexualidad y deficiencia mental (II). Un estudio descriptivo en el hospital psiquiátrico Miraflores de Sevilla. *Apuntes De Psicología*, 44, 107-120.
- Rojas Pernia, S., Haya Salmón, I., & Lázaro Visa, S. (2016). Necesidades afectivo-sexuales en personas con discapacidad intelectual. Claves para construir propuestas formativas desde la experiencia subjetiva.
- Rubio, M. J., & Varas, J. (2004). *El análisis de la realidad en la intervención social: Métodos y técnicas de investigación* Editorial CCS.

The background features a large, light blue watermark of the University of Almería seal. The seal is circular and contains a central sunburst or starburst design. The Latin motto "IN LUMINE SAPIENTIA" is written along the top arc, and "UNIVERSITAS ALMERIENSIS" is written along the bottom arc. The word "ANEXOS" is superimposed in the center of the seal in a large, bold, black serif font.

# ANEXOS

**ANEXO 1.** Cuestionarios utilizados.

- Familias de hijos con SD.
- Familias de hijos sin SD.

**Este cuestionario pretende conocer el papel de la familia en el aprendizaje de la educación sexual en sus hijos e hijas.**

**Queda garantizado el anonimato así como la protección de los datos, que serán de uso único y exclusivo para esta investigación.**

**Responda con sinceridad, y si algo no lo entiende déjelo en blanco.**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

	Niño	Niña
1. Su hijo/a con Síndrome de Down es...		

2. Edad en meses de su hijo/a: \_\_\_\_\_

	Sí	No
3. ¿Hablan con su hijo/a con Síndrome de Down sobre sexualidad?		

**Conteste a estas preguntas en el caso de que SÍ hable con su hijo/a sobre la sexualidad.**

	Padre	Madre	Ambos
4. ¿Quién suele hablar de sexualidad con su hijo/a?			

5. ¿Desde qué edad le habla sobre la sexualidad? N° de meses: \_\_\_\_\_

6. ¿Qué le enseña? Marque las respuestas que considere necesarias. Puede marcar varias.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conocimiento del propio cuerpo.      | <input type="checkbox"/> Diferentes tipos de pareja (heterosexual, homosexual...) |
| <input type="checkbox"/> Diferencias entre hombres y mujeres. | <input type="checkbox"/> Sexo como método de reproducción.                        |
| <input type="checkbox"/> Emociones y sentimiento.             | <input type="checkbox"/> Sexo como fuente de placer.                              |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de familia.               | <input type="checkbox"/> Los peligros del sexo sin protección.                    |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de amistad.               | <input type="checkbox"/> A tener una vida sexual sana y satisfactoria.            |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de pareja.                |   |

**Responda las siguientes cuestiones marcando la casilla con una X que mejor refleje su verdadera opinión. No hay respuestas buenas o malas, todas son correctas si son sinceras. Responda de la siguiente forma: 1. Nada, 2. Poco, 3. Bastante, 4. Mucho.**

	1	2	3	4
7. ¿Es importante hablar de sexualidad con su hijo?				
8. ¿Es necesario que mi hijo reciba educación sexual?				
9. ¿Es importante que la educación sexual comience desde las primeras edades?				
10. ¿Con qué frecuencia le habla sobre sexualidad?				
11. ¿Habla de la sexualidad como algo natural?				
12. ¿Le habla de los diferentes sentimientos a su hijo/a?				
13. ¿Le habla de la sexualidad como método de reproducción?				

**A continuación responda a las siguientes afirmaciones dependiendo del grado de acuerdo o desacuerdo en el que se encuentre. Siendo 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. De acuerdo, 4. Totalmente de acuerdo.**

	1	2	3	4
14. Hablaría de educación sexual independientemente de ser niño o niña.				
15. Trataría los mismos temas sexuales independientemente de ser niño o niña.				
16. Debo reñir a mi hijo/a cuando muestra actitudes sexuales.				
17. Le daría más libertad (tener pareja, quedar con su pareja, dar intimida...) a un niño que a una niña.				
18. Estaría de acuerdo en que su hijo/a tenga pareja.				
19. Apoyaría a su hijo en el caso de querer casarse.				
20. Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia.				

**Este cuestionario pretende conocer el papel de la familia en el aprendizaje de la educación sexual en sus hijos e hijas.**

**Queda garantizado el anonimato así como la protección de los datos, que serán de uso único y exclusivo para esta investigación.**

**Responda con sinceridad, y si algo no lo entiende déjelo en blanco.**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Tutor: \_\_\_\_\_

	Niño	Niña
1. Su hijo/a es...		

2. Edad en meses de su hijo/a: \_\_\_\_\_

	Sí	No
3. ¿Hablan con su hijo/a sobre sexualidad?		

***Conteste a estas preguntas en el caso de que SÍ hable con su hijo/a sobre la sexualidad.***

	Padre	Madre	Ambos
4. ¿Quién suele hablar de sexualidad con su hijo/a?			

5. ¿Desde qué edad le habla sobre la sexualidad? *Nº de meses:* \_\_\_\_\_

6. ¿Qué le enseña? *Marque las respuestas que considere necesarias. Puede marcar varias.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conocimiento del propio cuerpo.      | <input type="checkbox"/> Diferentes tipos de pareja (heterosexual, homosexual...) |
| <input type="checkbox"/> Diferencias entre hombres y mujeres. | <input type="checkbox"/> Sexo como método de reproducción.                        |
| <input type="checkbox"/> Emociones y sentimiento.             | <input type="checkbox"/> Sexo como fuente de placer.                              |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de familia.               | <input type="checkbox"/> Los peligros del sexo sin protección.                    |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de amistad.               | <input type="checkbox"/> A tener una vida sexual sana y satisfactoria.            |
| <input type="checkbox"/> Relaciones de pareja.                |   |

**Responda las siguientes cuestiones marcando la casilla con una X que mejor refleje su verdadera opinión. No hay respuestas buenas o malas, todas son correctas si son sinceras. Responda de la siguiente forma: 1. Nada, 2. Poco, 3. Bastante, 4. Mucho.**

	1	2	3	4
7. ¿Es importante hablar de sexualidad con su hijo?				
8. ¿Es necesario que mi hijo reciba educación sexual?				
9. ¿Es importante que la educación sexual comience desde las primeras edades?				
10. ¿Con qué frecuencia le habla sobre sexualidad?				
11. ¿Habla de la sexualidad como algo natural?				
12. ¿Le habla de los diferentes sentimientos a su hijo/a?				
13. ¿Le habla de la sexualidad como método de reproducción?				

**A continuación, queremos conocer su opinión acerca de la educación sexual en personas con Síndrome de Down (SD). Responda a las siguientes afirmaciones dependiendo del grado de acuerdo o desacuerdo en el que se encuentre, recuerde que todas estas afirmaciones van dirigidas a personas con SD. Siendo 1. Totalmente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. De acuerdo, 4. Totalmente de acuerdo.**

	1	2	3	4
14. Se debe hablar de educación sexual independientemente de ser niño o niña.				
15. Se deben tratar los mismos temas sexuales independientemente de ser niño o niña.				
16. Se debe reñir a los niños/as con SD cuando muestran actitudes sexuales.				
17. Se debe dar más libertad (tener pareja, quedar con su pareja, dar intimida...) a un niño que a una niña con SD.				
18. Estoy de acuerdo en que una persona con SD tenga pareja.				
19. Estoy de acuerdo con que una persona con SD quiera casarse.				
20. Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia.				

## **ANEXO 2**

Tabla 35

Tabla cruzada. Quién habla de educación sexual

		Tabla cruzada QUIEN HABLA *FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			
		FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			
		HIJO CON SD	HIJO SIN SD	Total	
QUIEN HABLA	PADRE	Recuento	0	2	2
		Recuento esperado	1,0	1,0	2,0
		Residuo corregido	-1,5	1,5	
	MADRE	Recuento	11	5	16
		Recuento esperado	8,3	7,7	16,0
		Residuo corregido	2,0	-2,0	
	AMBOS	Recuento	4	7	11
		Recuento esperado	5,7	5,3	11,0
		Residuo corregido	-1,3	1,3	
Total	Recuento	15	14	29	
	Recuento esperado	15,0	14,0	29,0	

Tabla que muestra el recuento de respuestas esperado y reales respecto al ítem (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 36

Prueba de chi-cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,040 <sup>a</sup>	2	,080
Razón de verosimilitud	5,873	2	,053
Asociación lineal por lineal	,163	1	,687
N de casos válidos	29		

Tabla que muestra los resultados del estadístico chi-cuadrado (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 37  
*Estadístico eta*

<b>Medidas direccionales</b>		Valor
Nominal por intervalo	Eta QUIEN HABLA dependiente	,076
	FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD dependiente	,417

Tabla que muestra los resultados del estadístico eta (Fuente: SPSS statistics)

### **ANEXO 3**

Tabla 38  
*Conocimiento del propio cuerpo*

<b>CONOCIMIENTO</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	13	72,2	76,5	76,5
		NO	4	22,2	23,5	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	12	60,0	85,7	85,7
		NO	2	10,0	14,3	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 39  
*Diferencias entre hombres y mujeres*

<b>DIFERENCIAS</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	15	83,3	88,2	88,2
		NO	2	11,1	11,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	11	55,0	78,6	78,6
		NO	3	15,0	21,4	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 40  
*Las diferentes emociones*

<b>EMOCIONES</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS	CON SD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	13	72,2	76,5	76,5
		NO	4	22,2	23,5	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	10	50,0	71,4	71,4
		NO	4	20,0	28,6	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 41  
*Relaciones de familia*

<b>FAMILIA</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS	CON SD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	14	77,8	82,4	82,4
		NO	3	16,7	17,6	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	9	45,0	64,3	64,3
		NO	5	25,0	35,7	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 42  
*Relaciones de amistad*

<b>AMISTAD</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	15	83,3	88,2	88,2
		NO	2	11,1	11,8	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	11	55,0	78,6	78,6
		NO	3	15,0	21,4	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 43  
*Relaciones de pareja*

<b>PAREJA</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	12	66,7	70,6	70,6
		NO	5	27,8	29,4	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	8	40,0	57,1	57,1
		NO	6	30,0	42,9	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 44  
*Diferentes tipos de pareja*

<b>TIPOS PAREJA</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	10	55,6	58,8	58,8
		NO	7	38,9	41,2	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	12	60,0	85,7	85,7
		NO	2	10,0	14,3	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 45  
*El sexo como método de reproducción*

<b>REPRODUCCION</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	3	16,7	17,6	17,6
		NO	14	77,8	82,4	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	9	45,0	64,3	64,3
		NO	5	25,0	35,7	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 46  
*El sexo como fuente de placer*

<b>PLACER</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	1	5,6	5,9	5,9
		NO	16	88,9	94,1	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
		Total	18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	5	25,0	35,7	35,7
		NO	9	45,0	64,3	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
		Total	20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 47  
*Los peligros del sexo*

<b>PELIGROS</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	4	22,2	23,5	23,5
		NO	13	72,2	76,5	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
		Total	18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	11	55,0	78,6	78,6
		NO	3	15,0	21,4	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
		Total	20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 48  
*Vida sexual satisfactoria*

VIDA SEXUAL						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	SI	1	5,6	5,9	5,9
		NO	16	88,9	94,1	100,0
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total		18	100,0		
HIJO SIN SD	Válido	SI	6	30,0	42,9	42,9
		NO	8	40,0	57,1	100,0
		Total	14	70,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	6	30,0		
	Total		20	100,0		

Tabla que muestra la frecuencia de respuesta (Fuente: SPSS statistics)

## **ANEXO 4**

Tabla 49  
*Tabla de frecuencias. Libertad*

<b>Le daría más libertad a un niño que a una niña</b>						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	TOTALMENTE EN DESACUERDO	4	22,2	22,2	22,2
		EN DESACUERDO	2	11,1	11,1	33,3
		DE ACUERDO	5	27,8	27,8	61,1
		TOTALMENTE DE ACUERDO	7	38,9	38,9	100,0
		Total	18	100,0	100,0	
HIJO SIN SD	Válido	TOTALMENTE EN DESACUERDO	9	45,0	52,9	52,9
		EN DESACUERDO	5	25,0	29,4	82,4
		DE ACUERDO	3	15,0	17,6	100,0
		Total	17	85,0	100,0	
		Perdidos Sistema	3	15,0		
Total			20	100,0		

Esta tabla muestra la frecuencia de respuestas en el ítem 17, comparando entre padres de hijos con SD y padres de hijos sin SD (Fuente: SPSS statistics)

Tabla 50

*Tabla de frecuencias. Descendencia*

		Estaría de acuerdo en que una persona con SD tenga descendencia				
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
HIJO CON SD	Válido	TOTALMENTE EN DESACUERDO	7	38,9	41,2	41,2
		EN DESACUERDO DE ACUERDO	6	33,3	35,3	76,5
		TOTALMENTE DE ACUERDO	2	11,1	11,8	88,2
		Total	17	94,4	100,0	
	Perdidos	Sistema	1	5,6		
	Total	18	100,0			
HIJO SIN SD	Válido	TOTALMENTE EN DESACUERDO	3	15,0	17,6	17,6
		EN DESACUERDO DE ACUERDO	3	15,0	17,6	35,3
		TOTALMENTE DE ACUERDO	8	40,0	47,1	82,4
		Total	17	85,0	100,0	
	Perdidos	Sistema	3	15,0		
	Total	20	100,0			

Esta tabla muestra la frecuencia de respuestas en el ítem 20, comparando entre padres de hijos con SD y padres de hijos sin SD (Fuente: SPSS statistics)

## **ANEXO 5**

Tabla 51

*Desde qué edad hablan de educación sexual en casa*

DESDE QUE EDAD						
FAMILIAS CON O SIN HIJOS CON SD			Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
HIJO CON SD	Válido	60	1	5,6	12,5	12,5
		120	2	11,1	25,0	37,5
		180	1	5,6	12,5	50,0
		200	1	5,6	12,5	62,5
		204	2	11,1	25,0	87,5
		216	1	5,6	12,5	100,0
		Total	8	44,4	100,0	
		Perdidos	Sistema	10	55,6	
Total		18	100,0			
HIJO SIN SD	Válido	33	1	5,0	9,1	9,1
		60	2	10,0	18,2	27,3
		96	1	5,0	9,1	36,4
		108	1	5,0	9,1	45,5
		120	4	20,0	36,4	81,8
		130	1	5,0	9,1	90,9
		132	1	5,0	9,1	100,0
		Total	11	55,0	100,0	
Perdidos	Sistema	9	45,0			
Total		20	100,0			

Tabla que muestra la frecuencia según la edad con la que comenzaron a hablar de educación sexual en casa (Fuente: SPSS statistics)