

## ANEXO 1

### ENCUESTA DE VALORACION DE LA OPINION DE LAS FAMILIAS CON RESPECTO A LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

**Instrucciones:** responda las preguntas que aparecen a continuación intentando explicar la razón de su respuesta.

1. ¿Considera importante la sexualidad en la vida de su hijo/a?  
SI / NO
2. ¿Cree que para su hijo/a la sexualidad es importante?  
SI / NO
3. ¿Ha tenido problemas para hablar de sexualidad con su hijo/a?  
SI / NO
4. ¿Respecto a la sexualidad, cual es el tema más controvertido para usted a la hora de hablar con su hijo/a?  
SI / NO
5. ¿Su hijo/a ha tenido alguna conducta sexual que no le haya gustado?  
SI / NO
6. ¿Son frecuentes esas conductas?  
SI / NO

7. ¿Cree que su hijo/a dispone de intimidad y privacidad?  
SI / NO

8. ¿Su hijo/a le ha pedido alguna vez tener más tiempo para él/ella en privado? ¿Cuál fue su reacción?  
SI / NO

9. ¿Cree que la sexualidad o las actividades sexuales de su hijo/a interfieren en la realización de alguna actividad?  
SI / NO

## ANEXO 2

### ENCUESTA DE VALORACION DE LA OPINION DE LA SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

**Instrucciones:** responda las preguntas que aparecen a continuación intentando explicar la razón de su respuesta.

1. ¿Es importante la sexualidad para usted?  
SI / NO
  
2. ¿Ha tenido problemas para hablar de sexualidad con sus padres?  
SI / NO
  
3. ¿Han intentado sus padres hablar con usted sobre actividad sexual o sexualidad?¿Cuál fue su reacción?  
SI / NO
  
4. ¿Hay algún tema relacionado con la sexualidad sobre el que le dé vergüenza hablar con sus padres?¿Cuál?  
SI / NO
  
5. ¿Cree que tiene la intimidad y privacidad suficiente?  
SI / NO
  
6. ¿Alguna vez has querido más intimidad y pasar más tiempo solo/a?  
SI / NO

7. ¿Alguna vez ha tenido algún deseo sexual mientras estaba realizando otra actividad? ¿Qué ha hecho?  
SI / NO

8. ¿Cree que el deseo sexual interrumpe muy a menudo mientras realiza actividades? ¿Qué hace en cada caso?  
SI / NO

9. ¿Alguna vez sus padres han hablado con usted a cerca de alguna conducta sexual que no haya sido adecuada? ¿Cómo se sintió?  
SI / NO

### ANEXO 3

#### ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

**Instrucciones:** tras leer las siguientes afirmaciones, marque en la casilla que más se parezca a su opinión.

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	SI	A VECES	NO
<b>¿Cómo te has sentido?</b>			
Me he sentido respetado/a por el /la terapeuta.			
Me he sentido respetado/a por mis compañeros/as.			
Me he sentido respetado/a por mi familia.			
Me he sentido incómodo/a con los temas hablados.			
Me he sentido incómodo/a con las actividades.			
Me he sentido escuchado/a por el/ la terapeuta.			
Me he sentido escuchado/a por mi familia.			
<b>Respecto a las sesiones:</b>			
He aprendido cosas nuevas y útiles sobre sexualidad.			
He aprendido cosas nuevas y útiles sobre la masturbación.			
Creo que mi familia ha aprendido cosas nuevas sobre la sexualidad.			
Creo que mi familia ha aprendido cosas nuevas sobre la masturbación.			
Me han gustado las actividades.			
<b>Respecto al programa:</b>			
Creo que lo que he aprendido me servirá en el futuro.			
Quiero continuar en el programa.			

Si tienes alguna duda y /o sugerencia puede anotarla aquí debajo:

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**