

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES
Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

TESIS DOCTORAL

YESSICA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

SE

UALIDAD





Universidad de Granada

Facultad de Ciencias de la Educación

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES
Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

Tesis doctoral presentada por:

YESSICA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ

Tesis doctoral dirigida por:

Dra. MARÍA JOSÉ LEÓN GUERRERO

Dr. EMILIO CRISOL MOYA

Granada, 2021

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Yessica Sánchez Hernández
ISBN: 978-84-1306-871-8
URI: <http://hdl.handle.net/10481/68555>

UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN DE GRANADA

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES
Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA**

Tesis doctoral presentada para aspirar al grado de Doctor por
Dña. YESSICA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ, dirigida por los doctores

Dña. MARÍA JOSÉ LEÓN GUERRERO y

D. EMILIO CRISOL MOYA

Granada, marzo de 2021

Fdo. Yessica Sánchez Hernández

Editor: Universidad de Granada
Autora: Yessica Sánchez Hernández



*A ti **Papá**, porque siempre estás en mí...
Y a vosotros, **Familia**, porque nada tendría sentido....*

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de esta presente tesis, no es más que fruto de la confluencia de varios caminos realizados en diferentes etapas. Por un lado, el descubrimiento de la Pedagogía, gracias a la cual tuve la oportunidad de realizar mis prácticas en Perú, experiencia que me cautivó y me ayudó a descubrir la pasión de trabajar con la diversidad. Acabada esta andadura, una vez más, quise continuar mis sueños y, a pesar de una dura zancadilla, logré aprender aquella lengua que, desde pequeña, admiraba a través de una pantalla negra, la Lengua de Signos. Continué mis proyectos, y de ahí realizar el Máster de Educación Social y Desarrollo Profesional Docente, donde tuvo sus inicios esta aventura.

Culminado este trabajo, llegó el momento de agradecer, porque el camino se ha realizado, y he llegado, aunque no en soledad. Por eso me gustaría dar la gracias a todos los que me habéis acompañado en cada uno de los momentos más importantes y difíciles, todos y cada uno de vosotros me habéis aportado luz durante este largo e intenso camino.

Me gustaría comenzar dando las gracias a los que han hecho posible este trabajo. En primer lugar a mi directora de tesis María José León, por tu profesionalidad, atención y dedicación durante estos años. Y a ti Emilio, por haber sido mi maestro, y yo tu discípula. Nunca olvidaré, y sé que tu tampoco, nuestro primer y peculiar encuentro. Espero que este intenso camino conmigo te haya merecido la pena. Gracias por tu paciencia, por tu contagiante constancia, por estar siempre ahí, pero sobre todo gracias por tu amistad. Esto no es un adiós, sabes que siempre podrás contar conmigo.

También quiero agradecerse a María Jesús Caurcel, Antonio Burgos y Asunción Romero, porque de alguna u otra manera, habéis formado parte de esta aventura. Nunca olvidaré nuestras charlas, conversaciones y risas en los comedores universitarios.

Muy afectuosamente quiero dar las gracias a compañeros de trabajo y equipo como “la Prados”, José Manuel Ortiz e Irene Cremades, muchas gracias por haber sido tan buenos conmigo y escucharme siempre que lo he necesitado.

También quiero agradecerse a mi profesora del Máster de Sociología Verónica de Miguel Luken, por ser todo un ejemplo de profesionalidad y sabiduría.

Quisiera dar las gracias a la Asociación de Sordos de Granada y de Córdoba, por acercarme a todos vuestros socios. Gracias a Lucía Espejo y especialmente a Cristina Ros (Presidenta de la Asociación de juventud de sordos de Granada) por tu incansable ayuda, sin ti no habría conseguido lo más difícil de este trabajo.

Por supuesto, agradecer a todos los adolescentes y jóvenes sordos que han colaborado en esta investigación. Gracias por vuestro valioso tiempo y confesiones más íntimas.

Finalmente quisiera dar las GRACIAS a las personas más especiales e importantes de mi vida, MI FAMILIA. A mis primos, tíos y tía, por vuestro cariño y haberos preocupado por mí.

Gracias Papá por haber sido el mejor padre que he podido tener, haberme dado tanto, haberme enseñado a querer sin prejuicios, por haber sido mi mayor ejemplo de bondad, amor, generosidad, trabajo y esfuerzo. Fue un placer ser tu princesita. Te quiero tanto...

A ti Mamá, por ser mi mayor modelo a seguir en la vida, la mejor madre del mundo. Gracias por estar siempre ahí, por cuidarme, por tu valentía en la vida, por tu positividad infinita, por haberme enseñado aquello que no te enseñan los libros y enseñarme a resurgir de las peores tormentas.

Gracias Mario por hacer que siempre me sienta especial cuando realmente tú eres el que tiene la magia, sé que si volviese a nacer, te volvería a elegir mil veces como hermano. Nadie nos dijo que fuese fácil, pero recuerda que siempre caminaré a tu lado.

Y a ti Vanessa, mi hermana mayor, porque a pesar de la distancia, siempre estás ahí para cuidarme, haciendo tuyas mis heridas porque a ti también te duelen.

Gracias Álvaro, por tu amor incondicional, por tu apoyo infinito, por creer en mí cuando ni yo misma lo hacía y aguantarme en mis peores momentos. Gracias por estar ahí cuando más lo he necesitado, ser como eres conmigo. Eres un pilar fundamental en mi vida. Que suerte haberte encontrado.

Y es que la vida es como el bambú... las cosas no producen sus frutos de repente. Necesitan su proceso de preparación, su crecimiento interno, su desarrollo. Así, con pequeñas acciones, paciencia, trabajo, esfuerzo, perseverancia, pero sobre todo, CON EL AFECTO DE TODOS LOS QUE FORMÁIS PARTE DE MI VIDA, el día de mañana terminará por dar sus frutos.

A todos de corazón,
¡Muchas gracias por formar parte de mí vida,
por alentarme y creer posible este trabajo!



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	XI
RESUMEN	XXVII
ABSTRACT	XXXI
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	1
RESUMEN	3
1.1. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN	11
RESUMEN	13
2.1. LA SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA	14
2.2. EL HECHO SEXUAL HUMANO: SEXO, GÉNERO, SEXUALIDAD Y SEXOLOGÍA	21
2.2.1. Sexo versus género.	22
2.2.2. Erótica	23
2.2.3. Orientación sexual	24
2.2.4. Identidad sexual	25
2.3. LA SEXUALIDAD Y SUS DIMENSIONES	27
2.3.1. Concepto de sexualidad.	27
2.3.2. Dimensiones de la sexualidad.	30

2.4. MODELOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA: SU ESTUDIO Y EDUCACIÓN.	32
2.4.1. Modelo moral y religioso	40
2.4.2. Modelo de riesgos	41
2.4.3. Modelo biográfico y profesional	42
2.4.4. Modelo integral	43
2.5. SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	44
2.5.1. Salud sexual y reproductiva.	44
2.5.2. Derechos sexuales y reproductivos.	46
2.6. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LAS LEYES EDUCATIVAS ESPAÑOLAS Y DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA.	49
2.6.1. Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990)	49
2.6.2. Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002).	50
2.6.3. Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006)	51
2.6.4. Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013)	52
2.6.5. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE, 2020).	53
2.6.6. Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía	56
2.6.7. INSTRUCCIÓN 9/2020, DE 15 DE JUNIO, de la dirección general de ordenación y evaluación educativa, por la que se establecen aspectos de organización y funcionamiento para los centros que imparten educación secundaria obligatoria promoción y titulación en Educación Secundaria Obligatoria	56
2.7. EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. GUIAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	59
 CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD.	 63
RESUMEN.	65
3.1. LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA	68
3.1.1. Delimitación conceptual	70
3.1.2. Etapas, características evolutivas y sexuales	74
3.1.3. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales	77

3.2. LA ETAPA DE LA JUVENTUD	81
3.2.1. Delimitación conceptual	82
3.3. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD	85
3.3.1. ¿Por qué y cuándo enseñar sexualidad en la adolescencia?	85
3.3.2. ¿Por qué educar en afectividad?	89
3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES.....	92
CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD	105
RESUMEN.....	107
4.1. BREVE RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD	109
4.2. DISCAPACIDAD: CONCEPTO Y ENFOQUES	111
4.2.1. Concepto de discapacidad	111
4.2.2. Paradigmas y modelos de la discapacidad.....	114
4.3. DISCAPACIDAD AUDITIVA	117
4.3.1. Breve historia de los sordos y de su lengua	117
4.3.2. Clasificación de la pérdida auditiva.....	122
4.3.3. La adquisición del lenguaje en las personas con discapacidad auditiva. Implicaciones en las distintas áreas del desarrollo.....	126
4.3.4. Desarrollo cognitivo, social y afectivo de las personas con discapacidad auditiva....	129
4.4. DISCAPACIDAD Y SALUD SEXUAL	134
4.5. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SORDOS.....	138
CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA: DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	151
RESUMEN.....	153
5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO. LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y EL CUESTIONARIO COMO RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.....	154

5.2. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	155
5.2.1. Fases de la investigación	155
5.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN, POBLACIÓN Y MUESTRA	159
5.3.1. Contexto del estudio	159
5.3.2. Población y muestra	161
5.3.3. Caracterización de la muestra seleccionada	163
5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	166
5.4.1. Fase 1. Revisión de la literatura y de instrumentos para elaborar los instrumentos de recogida de la información	166
5.4.2. Fase 2. Construcción de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA y validación de jueces expertos	170
5.4.3. Fase 3. Adaptación de los instrumentos CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a la Lengua de Signos y validación de jueces expertos	175
5.4.4. Fase 4. Recogida de la información y feedback a las asociaciones de sordos voluntarias del estudio	184
5.4.5. Fase 5. Análisis psicométrico	185
CAPÍTULO 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	191
RESUMEN	193
6.1. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO, CONSTRUCTO Y FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA	195
6.1.1. Resultados de la primera validación de contenido por jueces expertos de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA	195
6.1.2. Resultados de la segunda validación de jueces expertos de la adaptación en Lengua de Signos Española de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA ..	200
6.1.3. Resultados del análisis psicométrico de la validación de los cuestionarios, elaboración y presentación de informe final de investigación	203
6.2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO- SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	222
6.2.1. Descriptivo de las respuestas sobre las opiniones de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva sobre los conocimientos afectivo-sexuales	222
6.2.2. Descriptivo de los aciertos, errores y desconocimiento en conocimientos afectivo-sexuales	225

6.2.3. Descriptivo de los conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales.	228
6.2.4. Descriptivo de las actitudes afectivo-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva	232
6.2.5. Prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.	233
6.3. DIFERENCIAS RESPECTO AL GÉNERO EN CONOCIMIENTOS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	236
6.3.1. Diferencias según género entre aciertos, errores y desconocimiento afectivo-sexual	236
6.3.2. Diferencias según género entre conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales	237
6.3.3. Diferencias según género entre puntuación total de aciertos en conocimientos afectivo-sexuales	239
6.3.4. Diferencias según género en las actitudes afectivo-sexuales	240
6.3.5. Diferencias según género de las prácticas afectivo-sexuales	240
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONS, LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH	243
7.1. CONCLUSIONS	245
7.2. LIMITATIONS AND IMPLICATIONS OF THE STUDY	247
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	251

ANEXOS	287
ANEXO I. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SEXUAL SOCIO-EDUCATIVA EN ESPAÑA Y PAÍSES INTERNACIONALES	289
ANEXO II. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA	299
ANEXO III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. MUESTRA SUJETOS D.A.	301
ANEXO IV. PRIMERA REVISIÓN DE INSTRUMENTOS	305
ANEXO V. PLANTILLA PRIMER COMITÉ DE EXPERTOS PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)	307
ANEXO VI. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)	313
ANEXO VII. CUESTIONARIO ONLINE DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA	319
ANEXO VIII. PLANTILLA SEGUNDO COMITÉ DE EXPERTOS (LSE) PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)	320

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 <i>Definiciones reduccionistas y amplia-crítica de la sexualidad</i>	28
Tabla 2.2 <i>Vertientes más significativas de la sexualidad</i>	31
Tabla 2.3 <i>Resumen de autores sobre los inicios de la sexología</i>	33
Tabla 2.4 <i>Resumen de las diferentes tipologías de la sexualidad según autores</i>	35
Tabla 2.5 <i>Modelos de educación sexual</i>	38
Tabla 3.1 <i>Cambios psicosociales en la adolescencia.</i>	80
Tabla 4.1 <i>Fases, consideración y tratamiento social de la evolución del concepto de discapacidad</i>	112
Tabla 4.2 <i>Criterio y clasificación de la discapacidad auditiva</i>	124
Tabla 4.3 <i>Dificultades en diferentes áreas debidas a la discapacidad auditiva</i>	128
Tabla 5.1 <i>Temporalización de la investigación</i>	157
Tabla 5.2 <i>Centros educativos de Andalucía que forman nuestro contexto de investigación.</i>	160
Tabla 5.3 <i>Tamaño de la población de estudio (adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva superior al 33% de 12 a 30 años)</i>	162
Tabla 5.4 <i>Instrumentos seleccionados para el cuestionario CUCONO-DA.</i>	169
Tabla 5.5 <i>Instrumentos seleccionados para el cuestionario CAPSEXAS-DA.</i>	169
Tabla 5.6 <i>Categorías para validez de contenido de los ítems de cuestionario CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a través de la plantilla para jueces expertos</i>	173
Tabla 5.7 <i>Características profesionales de los jueces expertos</i>	174
Tabla 5.8 <i>Comité jueces expertos LSE para la evaluación de la adaptación de los cuestionarios.</i>	179
Tabla 6.1 <i>Cuestionario CUCONO-DA presentado al comité de jueces expertos.</i>	195
Tabla 6.2 <i>Cuestionario CAPSEXAS-DA presentado al comité de jueces expertos.</i>	196
Tabla 6.3 <i>Medias de los ítems obtenidas por el juicio de expertos para el cuestionario CUCONO-DA.</i>	197

Tabla 6.4 <i>Medias de los ítems obtenidas por el juicio de expertos para el cuestionario CAPSEXAS-DA.</i>	198
Tabla 6.5 <i>Validez y fiabilidad de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA por el primer comité de jueces expertos</i>	198
Tabla 6.6 <i>Medias de los ítems obtenidas por el segundo juicio de expertos en LSE para el cuestionario CUCONO-DA</i>	200
Tabla 6.7 <i>Medias de los ítems obtenidas por el segundo juicio de expertos en LSE para el cuestionario CAPSEXAS-DA</i>	201
Tabla 6.8 <i>Medias, desviaciones típicas, asimetría y curtosis de CUCONO-DA.</i>	204
Tabla 6.9 <i>Ítems del cuestionario CUCONO-DA para proceder al AFE.</i>	205
Tabla 6.10 <i>Medias, desviaciones típicas, asimetría y curtosis del cuestionario CAPSEXAS-DA</i> .	206
Tabla 6.11 <i>Ítems resultantes del cuestionario CAPSEXAS-DA tras el análisis de asimetría y curtosis para proceder al AFE</i>	207
Tabla 6.12 <i>Prueba de esfericidad de Barlett de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA</i> .	208
Tabla 6.13 <i>Determinante de la matriz de correlaciones del cuestionario CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA.</i>	209
Tabla 6.14 <i>Comunalidades. Factorial Exploratorio del cuestionario CUCONO-DA</i>	210
Tabla 6.15 <i>Matriz de componentes del cuestionario CUCONO-DA</i>	212
Tabla 6.16 <i>Comunalidades. Factorial Exploratorio. Cuestionario CAPSEXAS -DA</i>	213
Tabla 6.17 <i>Matriz de componente rotado CAPSEXAS-DA</i>	214
Tabla 6.18 <i>Cargas factoriales del cuestionario CAPSEXAS-DA (dimensión de actitudes)</i>	216
Tabla 6.19 <i>Cargas factoriales del cuestionario CAPSEXAS-DA (dimensión de prácticas)</i>	216
Tabla 6.20 <i>Indicadores de bondad de ajuste del cuestionario CUCONO-DA que se desprenden del AFE con el FACTOR.</i>	217
Tabla 6.21 <i>Indicadores de bondad de ajuste del cuestionario CAPSEXAS-DA que se desprenden del AFE con el FACTOR.</i>	217
Tabla 6.22 <i>Resumen de las medidas de bondad de ajuste del cuestionario CUCONO-DA</i> . . .	219
Tabla 6.23 <i>Resumen de medidas de bondad de ajuste para el cuestionario CAPSEXAS-DA</i>	221
Tabla 6.24 <i>Cuestionario CUCONO-DA. Descriptivo de las respuestas sobre las opiniones de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva sobre los conocimientos afectivo-sexuales</i>	225
Tabla 6.25 <i>Cuestionario CUCONO-DA. Aciertos, fallos y desconocimiento</i>	227

Tabla 6.26 <i>Cuestionario CUCONO-DA. Conocimiento y desconocimiento</i>	231
Tabla 6.27 <i>Respuestas de los sujetos al cuestionario CAPSEXAS-DA. Dimensión de actitudes afectivo-sexuales</i>	233
Tabla 6.28 <i>Cuestionario CAPSEXAS-DA. Porcentaje total de respuestas de la dimensión de prácticas afectivo-sexuales</i>	235
Tabla 6.29 <i>Cuestionario CUCONO-DA. Diferencias según género entre aciertos, errores y desconocimiento afectivo-sexual</i>	237
Tabla 6.30 <i>Cuestionario CUCONO-DA. Diferencias según género entre conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales.</i>	238
Tabla 6.31 <i>Diferencias según género entre puntuación total de aciertos en conocimientos afectivo-sexuales</i>	239
Tabla 6.32 <i>Cuestionario CAPSEXAS-DA. Prueba U de Mann-Whitney según género. Dimensión de actitudes</i>	240
Tabla 6.33 <i>Cuestionario CAPSEXAS-DA. Prueba U de Mann-Whitney según género. Dimensión de prácticas afectivo-sexuales</i>	241

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 2.1 <i>Representación “sexo en piedra”</i>	15
Figura 2.2 <i>Representación en cuevas belleza femenina</i>	15
Figura 2.3 <i>Cinturón de castidad de la Edad Media</i>	20
Figura 2.4 <i>El hecho sexual humano</i>	24
Figura 2.5 <i>Diversidad sexual, de género y características sexuales</i>	26
Figura 2.6 <i>Concepto de autoestima y su relación con el autoconcepto y habilidades sociales</i>	27
Figura 2.7 <i>Elementos del concepto de sexualidad según la OMS (2010)</i>	30
Figura 2.8 <i>Dimensiones de la sexualidad humana</i>	32
Figura 2.9 <i>Enfoques principales en Educación de la Sexualidad según la UNESCO</i>	36
Figura 2.10 <i>Diagrama de flujo PRISMA</i>	61
Figura 3.1 <i>Escala móvil de Drane</i>	88
Figura 3.2 <i>Ejecución de la actitud</i>	93
Figura 3.3 <i>Variación en el inicio de las relaciones sexuales de mujeres entre 15 y 49 años</i> ..	101
Figura 4.1 <i>Monte Taigeto</i>	
Figura 4.2 <i>Río Tíbet</i>	110
Figura 4.3 <i>Alfabeto dactilológico español</i>	122
Figura 4.4 <i>Población con discapacidad visual, auditiva y de movilidad y total de población adulta española que utiliza herramientas de comunicación</i>	144
Figura 4.5 <i>Población con discapacidad visual, auditiva y de movilidad y total de población adulta española usuaria del ordenador, por edad</i>	145

Figura 5.1 <i>Fases y temporalización de la investigación.</i>	156
Figura 5.2 <i>Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra</i>	162
Figura 5.3 <i>Diagrama de flujo PRISMA</i>	168
Figura 5.4 <i>Ejemplos de adaptaciones de ítems en LSE (Lengua de Signos Española) de los cuestionarios</i>	177
Figura 5.5 <i>Ejemplos de las charlas informativas sobre sexualidad a algunos sujetos de la muestra obtenida en LSE.</i>	185
Figura 6.1 <i>Análisis Factorial Confirmatorio. Cuestionario CUCONO-DA</i>	218
Figura 6.2 <i>Análisis Factorial Confirmatorio. Cuestionario CAPSEXAS-DA</i>	220

LISTADO DE ACRÓNIMOS

ACRÓNIMOS	
APADA-Asturias	Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Auditiva de Asturias
CERMI	Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad
CIF	Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CNSE	Confederación Estatal de Personas Sordas
COGAM	Colectivo de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales de Madrid
CDC	Centers for Disease Control and Prevention (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades)
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia
EDDES	Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
EPA	Encuesta de Población Activa
E.T.S.	Enfermedades de Transmisión Sexual
FELGTB	Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales
FEAPS	Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual
FESORD	Federación de Personas Sordas de la Comunidad Valenciana
FIAPAS	Confederación de ámbito nacional de representación de las familias de personas sordas en España
HELIX-C.V.	Federación de asociaciones por la integración del sordo en la comunidad valenciana
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual

ACRÓNIMOS

INE	Instituto Nacional de Estadística
INJUVE	Instituto de la Juventud
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transexuales, Bisexuales e Intersexuales
LOCE	Ley Orgánica de Calidad de la Educación
LOE	Ley Orgánica de Educación
LOGSE	Ley de Ordenación General del Sistema Educativo
LOMCE	Ley para la Mejora de la Calidad Educativa
LOMLOE	Ley Orgánica de Modificación de la LOE
LSC	Lengua de Signos Catalana
LSE	Lengua de Signos Española
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONTSI	Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONU Mujeres	Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
TICS	Tecnologías de la Información y Comunicación
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus Inmunodeficiencia Humana
WAS	Asociación Mundial de Sexología

RESUMEN

Los adolescentes y jóvenes sienten que entorno a la sexualidad existe desinformación o tabúes que les impiden vivir de manera adecuada las relaciones afectivo-sexuales y, por ello, exigen cada vez más el derecho a una educación sexual, que les permita conocer y vivenciar experiencias que les enriquezcan y que les permitan tomar decisiones acordes con las situaciones que están viviendo en su desarrollo y que les permitirán ir construyendo su autonomía e independencia, propiciando vida afectiva y sexual saludable. Esta necesidad se agrava en el caso de las personas con discapacidad, y más concretamente, en aquellas con discapacidad sensorial.

Durante mucho tiempo, la sexualidad no ha sido reconocida para las personas con discapacidad y, cuando esto ha sido posible, la falta de información, las relaciones de sobreprotección de sus familiares y educadores, entre otras razones, han ocasionado experiencias afectivo-sexuales inadecuadas que han provocado el rechazo de sus iguales, familias y de la sociedad en general. Por tanto, si al hecho de tener “discapacidad”, añadimos las dificultades comunicativas y las alteraciones que existen en las relaciones sociales, culturales, afectivas cognitivas, emocionales, y psicosociales de las personas con discapacidad auditiva, nos encontramos ante dos situaciones que necesitan urgentemente el apoyo de todos lo que conformamos la sociedad, pero más aun de todos los educadores y organizaciones responsables de la misma.

Las personas sordas tienen un conocimiento simplista y desproporcionado sobre la sexualidad, lo que aumenta las limitaciones y dificultades para vivir una sexualidad sana y responsable, pero también existe por parte de la sociedad un gran desconocimiento sobre las limitaciones que tienen en el día a día las personas con discapacidad auditiva para poder ser partícipes del mundo oyente que les rodea y son muy pocas investigaciones sobre la salud sexual de los sordos. Evidenciar, por tanto, los problemas que presenta este colectivo en la adquisición del lenguaje o entender las dificultades de acceso a la información, para comprender conceptos tan abstractos como los que abarca la sexualidad se hace imprescindible.

Algunos investigadores consideran relevante tener en cuenta la alfabetización en salud de las personas con discapacidad auditiva, y que los materiales de educación para la misma estén también diseñados y adaptados a sus lenguas, sus características socioculturales, y por supuesto, a sus carencias informativas.

En base a estas premisas, nos planteamos ofrecer una herramienta que permita dar información sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas de los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva en la actualidad como fase previa para la elaboración de programas educativos sobre sexualidad acordes con sus características y necesidades.

Por tanto, los objetivos de este trabajo son: construir, validar y adaptar a la Lengua de Signos Española dos cuestionarios fiables que permitan medir los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva; y comprobar si los dos cuestionarios predicen los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

Para dar respuesta a estos objetivos, se plantea una investigación de corte transversal con un enfoque cuantitativo que nos han permitido construir, adaptados a la Lengua de Signos y validados, dos cuestionarios. El cuestionario CUCONO-DA (cuestionario de conocimientos afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva), y el cuestionario CAPSEXAS-DA (actitudes y prácticas afectivo-sexuales), ambos para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

El estudio se ha llevado a cabo en Andalucía, con una muestra representativa compuesta por 131 adolescentes y jóvenes. Para el análisis de los datos se han utilizado los programas estadísticos FACTOR, MPLUS y SPSS.

Los resultados nos indican que, tanto el cuestionario CUCONO-DA, como el CAPSEXAS-DA, obtienen buenos índices de validez de contenido y de constructo.

La validez de contenido, calculada mediante un primer comité de jueces expertos, indica para el cuestionario CUCONO-DA, un valor de $\alpha = .91$, un valor de IC = .919, y un W de Kendall de .20. El cuestionario CAPSEXAS-DA, arroja un valor de $\alpha = .78$, un IC = .910, y un índice W de Kendall de .135.

En cuanto a la validez de constructo, el cuestionario CUCONO-DA, conformado por un total de 10 ítems, señala para el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), un valor CFI = .93, un GFI = .9, y un RMSR = .052. En cuanto al Análisis Confirmatorio (AFC), los resultados indican un índice de RMSEA= .037, un CFI =.95, y un GFI =.95. El análisis de fiabilidad obtiene un valor de .70.

El cuestionario CAPSEXAS-DA, conformado por dos dimensiones (actitudes y prácticas afectivo-sexuales) queda conformado por un total de 5 ítems para la primera dimensión (prácticas), y 10 ítems para la segunda (actitudes). Los índices de bondad de ajuste del AFE señalan un CFI = .99, GFI = .95 y RMSR = .052. En cuanto al AFC, el RMSEA obtiene un valor de .039, el CFI = .90, y un GFI = .90. El estadístico de fiabilidad arroja un valor de $\alpha = .79$.

Por tanto se concluye que los cuestionarios presentan elevados índices de validez y fiabilidad, siendo válidos para predecir los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva que son descritos en este trabajo para la muestra seleccionada.

ABSTRACT

Adolescents and young people are everyday demanding their rights to sexual education, defending the pressing need to attend and give answers to their needs. Making decisions and constructing their own autonomy and independence, will cater for a healthy affective and sexual life.

For a long time, sexuality has not been recognised in disabled people, having no rights to it or its pleasures. Sensory disabilities have a profound impact on sexual development, however there are very few studies about sexual health in deaf people. If to the fact of having some “disability” we add the communicative difficulties and the existing alterations in social, cultural, affective-cognitive, emotional and psychological relations that hearing-impaired people suffer, we find ourselves facing two situations that urgently need the backing of the whole of our society, but even more they need the backing of teachers and the organizations responsible of teaching.

There is a great lack of awareness about the daily limitations a hearing-impaired person has to deal with in order to participate in the noisy world around them. Proving the language acquisition problems these people have will provide knowledge about the difficulties in accessing information to comprehend concepts so abstract as the ones that sexuality deals with as well as dealing with any reading about the topic. Hearing-impaired people have a very simplistic and unbalanced knowledge about sexuality which increases their limitations and difficulties to live a healthy and responsible sexuality.

Some researchers consider that taking into account the health literacy of hearing-impaired people is relevant. And that the health and sexual teaching materials must be designed and adapted to their language, their characteristics and, without a doubt, their lack of knowledge.

Taking into account these premises, we outline the following general objectives: construct, validate and adapt two reliable questionnaires to the Spanish Sign Language in order to measure the knowledge, attitudes and sexual-affective behaviours in hearing-impaired adolescents and young people; and verify if these questionnaires predict the knowledge, attitudes and sexual-affective practices in adolescents and young people with hearing-impairment.

To verify these objectives, we consider a cross section study with a qualitative focus. Regarding the measurement instruments used, two questionnaires have been constructed, adapted to the Sign Language and validated. The CUCONO-DA questionnaire (sexual-affective knowledge questionnaire for adolescents and young people with hearing-impairment), and the CAPSE-XAS-DA questionnaire (sexual-affective attitudes and practices) have been used to determine the sexual-affective knowledge, attitudes and practices in adolescents and young people with hearing-impairment, with a total of 25 items.

The study has been carried out in Andalusia, with a representative sample of the population studied being 131 adolescents and young people. For the data analysis the statistic FACTOR, MPLUS and SPSS programmes have been used.

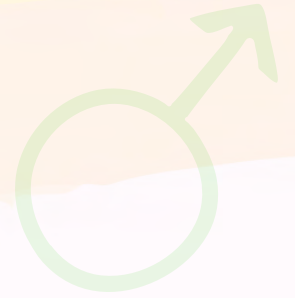
According to the results obtained from both the CUCONO-DA and the CAPSEXAS-DA questionnaires we obtained good validating content and construct rates.

The validating content calculated firstly by an expert judging committee indicates for the CUCONO-DA, a value of $\alpha = .91$, a value of IC = .919, and a Kendall W rate of .20. The CAPSE-XAS-DA questionnaire, shows a value of $\alpha = .78$, an IC = .910, and a Kendall W rate of .135.

Regarding the construct validation, the CUCONO-DA questionnaire, formed by a total of 10 items, shows for the Exploration Factorial Analysis (AFE), a value of CFI = .93, a GFI = .9, and a RMSR = .052. According to the Confirmative Analysis (AFC), the results indicate a RMSEA rate of = .037, a CFI = .95, and a GFI = .95. The analysis reliability rate has a value of .70.

The CAPSEXAS-DA questionnaire, defined by two dimensions (sexual-affective attitudes and practices) is made up from a total of 5 items for the first dimension (practices) and 10 items for the second dimension (attitudes). The adjustment index AFE rate show a CFI = .99, GFI = .95 and RMSR = .052. Regarding the AFC, the RMSEA obtains a value of .039, the CFI = .90, and a GFI = .90. the reliability statistic shows a value of $\alpha = .79$.

Therefore, we reach the conclusion that the questionnaires show a high validity and reliability rate, being both valid to predict the sexual-affective knowledge, attitudes and practices in adolescents and young people with hearing-impairment.



*“Descubrir consiste en ver lo que todo el mundo ha visto
y pensar lo que nadie ha pensado”*

Albert von Szent-Györgyi



CAPÍTULO 1.

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN



CONTENIDO DEL CAPÍTULO 1

- 1.1. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN
- 1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN
- 1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

RESUMEN

En este capítulo hacemos una aproximación al objeto de estudio que nos ocupa, analizando su origen y relevancia, así como el diseño de investigación en el que nos hemos basado. En último lugar, se describen los propósitos a llevar a cabo en la investigación.

1.1. ORIGEN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

No es cuestionable que el ser humano, desde que nace hasta que muere, vive en un cuerpo sexuado y que toda su vida gira en torno a la sexualidad. Tomar conciencia del propio cuerpo es muy importante para vivir una sexualidad plena, placentera y sin tabúes ni prejuicios.

En el tramo de edad en el que se centra esta investigación, adolescencia y juventud, la sexualidad es vivida como una etapa de alta actividad y energía sexual, vivenciada como una forma de exploración, aventura e, incluso, como desafío hacia los padres, donde la preparación, la orientación y la educación afectivo-sexual serán esenciales para el pleno desarrollo de la persona.

Hoy en día la mayoría de los adolescentes han tenido experiencias sexuales, pero son pocos los que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las Enfermedades e Infecciones de Transmisión Sexual, embarazos no deseados, conductas arriesgadas, etc., e incluso que lleguen a comprender el verdadero sentido de la sexualidad y todo lo que abarca la misma. Sin embargo, los “adolescentes y jóvenes exigen cada vez más el derecho a recibir educación sexual” (UNESCO, 2015, p. 8), por ello, cada vez más especialistas (Güemes-Hidalgo et al., 2017; López, 2011) defienden la urgencia de atender y dar respuestas a sus necesidades, ya que la omisión de información “no sólo refuerza sus problemas sino que también augura un futuro incierto para su desarrollo personal y social que no es otro que el de la exclusión con sus profundas raíces y diferentes caras visibles” (Vega et al., 2012, p. 168).

De acuerdo con Barragán (2009), el periodo de la adolescencia y primera juventud “son etapas fundamentales para la configuración de la sexualidad” (p. 22). El adolescente, al iniciarse en esta etapa descubre que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción de su mundo afectivo-sexual. Llevar a cabo algunas decisiones, e ir construyendo su autonomía e independencia, propiciará que el adolescente tenga una vida afectiva y sexual saludable, ya que todos los cambios que conlleva esta fase, les provocará un estado continuo de confusión (Liga Española de la Educación, 2013).

Todos somos sexuados y, como tal, todos tenemos un desarrollo sexual diverso y a diferentes velocidades (Save the Children, 2017). Durante mucho tiempo, la sexualidad no ha sido reconocida

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

en las personas con discapacidad (López, 2011), simplemente no tenían derecho a ella ni a su disfrute, siendo percibidas personas asexuadas o sexualmente desinhibidas (UNESCO, 2018).

A pesar de que continuamente estamos evolucionando, de acuerdo con la Federación de Asociaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS, 2015), las personas con discapacidad han estado continuamente expuestas a una gran diversidad de mitos sexuales, que han promovido y fomentado que la sexualidad de estas no se tuviese en cuenta en las organizaciones, en el ámbito educativo y legislativo y, mucho menos, en la familia. En este sentido, algunos de los mitos sexuales más conocidos que giran en torno a la discapacidad son (FEAPS, 2015, p. 2-10): “no tienen sexualidad o necesidad de expresión sexual”, “son asexuadas y/o no les interesa”; “sus dificultades les impiden tener relaciones sexuales normales”; “no pueden tener pareja”; y que “la educación afectivo-sexual incita e incrementa las conductas sexuales”. Estos y otros mitos, han propiciado que existan barreras de acceso hacia la sexualidad en personas con discapacidad, privándose su libertad hacia la misma (UNICEF, 2012). Aunque pensamientos de este tipo aún persisten en la mente de muchos, sin embargo, debemos tener presente que el impulso sexual está en todos los seres humanos que conforman la sociedad, independientemente de sus condiciones físicas, psicológicas, sociales, culturales, etc. (Barriga, 2013).

Si al hecho de tener “discapacidad”, añadimos las dificultades comunicativas y las alteraciones que existen en las relaciones sociales, culturales, afectivas cognitivas, emocionales y psicosociales de las personas sordas (Lauwerier et al., 2003; Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018), estamos ante dos situaciones que urgentemente necesitan el apoyo de todos lo que conformamos la sociedad, pero más aun de todos los educadores y organizaciones responsables de la misma.

Un correcto desarrollo sexual no solo implica satisfacer los deseos sexuales y/o genitales, sino va más allá, es una parte fundamental en el desarrollo del ser humano, que ayuda a fomentar las habilidades sociales, la autoestima, las relaciones interpersonales y la afectividad, con el fin de lograr una vida plena y satisfactoria en todas las dimensiones humanas (Campo, 2003). Su correcto desarrollo favorecerá necesidades básicas como: contactar, intimar, lograr placer, etc., (Castillo, 2010).

El principal problema que encontramos, y así lo afirma Muro y Jiménez (2006), es que sigue dándose un gran desconocimiento sobre las limitaciones que tienen las personas con discapacidad auditiva al enfrentarse día a día para poder ser partícipes del mundo oyente que les rodea. Evidenciar

los problemas que presentan las personas con discapacidad auditiva en la adquisición del lenguaje, tales como (Ramos, 2013, p. 283-284): dificultad en la recogida de información, pobre comprensión auditiva y expresión comunicativa, escaso uso de nexos, de pronombres, preposiciones y formas verbales, estructuras lingüísticas incorrectas, acceso limitado al lenguaje escrito y la comprensión lectora, etc., propiciarán comprender las dificultades de acceso a la información que poseen las personas con discapacidad auditiva, para no poder comprender conceptos tan abstractos como los que abarca la sexualidad y poder hacer frente a cualquier lectura.

Los resultados de distintos estudios realizados, muestran que los jóvenes que disponen de más información sobre sexualidad se exponen a menos situaciones de riesgo (León-Larios & Gómez- Baya, 2018). En este sentido, ser sordo produce barreras de acceso a la información que afectan al bienestar de la persona en las relaciones interpersonales. Se trata de un grupo minoritario, pero con altos riesgos de “mala salud”, debido a la disminución en el acceso a la información sobre salud (Alexander et., 2012; Dammeyer et al., 2019; UNICEF, 2012).

Las discapacidades sensoriales tienen un profundo impacto en el desarrollo de la sexualidad (Dammeyer et al., 2019), sin embargo, existen pocas investigaciones empíricas sobre la salud sexual de los sordos (Azevedo Guimarães & Pereira da Silva, 2020; Barnett et al., 2017; Gil-Cano, 2019; Joharchi & Clark, 2014), siendo especialmente relevante la poca atención que reciben en Europa (Suter & Mccracken, 2009). En general, la sexualidad en esta población, es un tema que ha sido poco tratado por las organizaciones que la atienden, por sus docentes, sus familias y en general por la sociedad (Anderson & Pezzarossi, 2012). Anderson et al. (2018), señalan que el bajo conocimiento de la salud sexual, es causado por: el acceso limitado al lenguaje durante los períodos clave de desarrollo, una vida de acceso limitado a la información que a menudo se considera de conocimiento común entre las personas que no presentan problemas de audición, falta de acceso a servicios y recursos, desempleo, aislamiento, discriminación percibida, y nivel de aceptación de la discapacidad.

Aunque es cierto que existen todavía pocos datos referentes a la salud de los sordos (Barnett, et al., 2011; Heiman et al., 2016; Job, 2004), algunos estudios muestran las percepciones erróneas y faltas creencias que tienen las personas sordas acerca de la sexualidad (Angarita & Calzada, 2015; Heiman et al., 2016; Mehrabi Kolibiki, 2014). De acuerdo con autores como Bento (2005), las personas sordas tienen un conocimiento simplista

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

sobre la sexualidad y desproporcionado en comparación con la población en general (Watkins, 2018), lo que aumenta las limitaciones y dificultades para vivir una sexualidad sana y responsable.

La falta de información que presentan en temas afectivo-sexuales, afecta no solo a la privatización de sus derechos, sino además, favorece la vulnerabilidad de estas personas en actividades sexuales de riesgo (Polo & Cáceres, 2014), tales como los abusos sexuales. Es importante destacar que las personas con “discapacidad” son un colectivo mayormente vulnerable ante los abusos sexuales (O’Malley et al., 2020), lo que favorece la debilidad de las personas con discapacidad auditiva en actividades sexuales de riesgo (Polo & Cáceres, 2014).

En definitiva, debemos ser conscientes de los factores de riesgo de las personas sordas y diseñar programas culturales y lingüísticamente apropiados con la finalidad de mejorar la salud sexual en estas comunidades (Anderson et al., 2018; Heiman et al., 2016). Algunos investigadores (Robles-Bykbaev, 2019; Smith et al., 2012; Watkins, 2018), consideran muy importante tener en cuenta la alfabetización en salud de las personas con discapacidad auditiva, y que por tanto los materiales de educación para la salud estén también diseñados y adaptados a sus lenguas, sus características socioculturales, y por supuesto, a sus carencias informativas (Dammeyer et al., 2019; Morris et al., 2017; Pollard, et al., 2009).

Este panorama, incrementa la necesidad de apostar por una educación afectivo-sexual, basada en el respeto y los derechos de igualdad para todos, independientemente de su condición. Proteger a estos grupos es todavía una asignatura que está pendiente en nuestra actualidad. Teniendo en cuenta que “no hay ninguna sexualidad que merezca estar escondida o arropada por el silencio, y mucho menos la de las personas con discapacidad” (De la Cruz, 2003, p. 86), la sociedad debe aprender a respetar el derecho a la sexualidad de estas, y darle las posibilidades de “educarse sexualmente para poder ejercerla y vivirla satisfactoriamente” (Asociación Vale, s.f., p. 8), respetando la biografía personal de cada persona y contribuyendo así a una sociedad más democrática, libre e igualitaria, donde la sexualidad humana sea expresión de comunicación, salud, placer y afectividad (Pezzi & Olmedo, 1999).

El primer paso para favorecer un cambio de actitud y entender la necesidad y el derecho de las personas con discapacidad a una vida sexual, es replantearnos nuestra concepción de la sexualidad y

nuestras prácticas profesionales desde la perspectiva de educar para vivir la sexualidad, y no intentar informar sobre los peligros que conlleva la práctica de la misma (Rodríguez et al., 2006).

En resumen, la necesidad de estudiar la sexualidad en la adolescencia y la juventud en personas con discapacidad auditiva, nos surge, en primer lugar, por tratarse de etapas de la vida en donde se producen fuertes sentimientos y emociones que, a veces, se muestran contradictorios, y por ende, siendo una época donde los cambios más significativos tienen lugar en la dimensión sexual (Güemes-Hidalgo et al., 2017); en segundo lugar por los tabúes y prejuicios que giran en torno a temas afectivo-sexuales en la discapacidad; y en tercer lugar, porque las barreras lingüísticas propias de la discapacidad auditiva agravan la comprensión del hecho sexual y de su vivencia de una forma tranquila y aceptada.

1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La necesidad de investigar en educación, surge desde el momento que los profesionales comenzamos a preguntarnos sobre el funcionamiento y el comportamiento de las personas e instituciones, y cómo influye en ello nuestras prácticas innovadoras, mediante valoraciones e identificación de diagnósticos y factores que causan en ella determinados efectos (Martínez González, 2007).

De acuerdo con Navarro et al., (2017), la investigación es un proceso sistemático de solución de interrogantes y búsqueda de conocimientos mediante un método, con el fin de obtener “información relevante para generar, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (Tejedor, 2018, p. 316). El propósito de la metodología de investigación es proporcionar, a través de una investigación, las respuestas más válidas, fiables y exactas a las preguntas que se plantean valiéndose de los instrumentos o técnicas necesarias (McMilleen Schumacher, 2005) de tal manera que el método a utilizar dependerá del objeto y del problema y/u objetivos planteados.

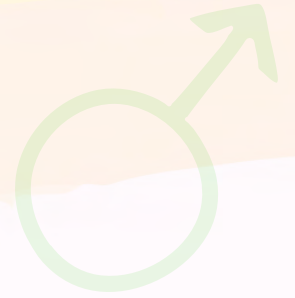
Nuestra investigación queda enmarcada en una investigación educativa con metodología cuantitativa, considerada como una acción cada vez más urgente para identificar y diagnosticar necesidades educativas, sociales, personales, etc., y promover cambios eficaces (Martínez, 2007), facilitando la transformación y mejorando la acción educativa (Navarro et al., 2017).

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Partiendo de lo expuesto en el punto anterior, nuestro problema de investigación, se centra en el estudio de los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva y, para ello, la finalidad última de esta investigación es la de construir, validar y adaptar a la Lengua de Signos herramientas que permitan, por un lado determinar los conocimientos afectivo-sexuales que tienen los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva acerca de la sexualidad y, por otro, establecer cuáles son sus actitudes y prácticas en relación a este aspecto.

Esta finalidad se concreta en los siguientes objetivos:

1. Construir, validar y adaptar a la LSE dos cuestionarios fiables para medir los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.
 - 1.1. Evaluar la validez de contenido de los cuestionarios a través del acuerdo y consenso del juicio de expertos mediante el coeficiente Tau-b de Kendall.
 - 1.2. Corroborar la validez de comprensión de los instrumentos mediante la aplicación a una muestra piloto de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.
 - 1.3. Determinar la multidimensionalidad de constructo mediante el Análisis Factorial Exploratorio (AFE).
 - 1.4. Confirmar la multidimensionalidad de constructo mediante el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC).
 - 1.5. Analizar la fiabilidad de los cuestionarios.
2. Comprobar si los dos cuestionarios predicen los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.
 - 2.1. Describir los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.
 - 2.2. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en función del género en conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales.



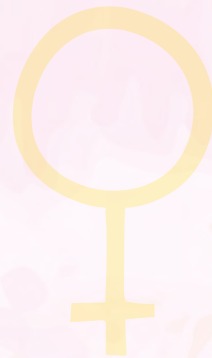
“Los hombres esperan la salud de los dioses, ellos no saben que son autores y dueños de su propia salud”

Demócrito



CAPÍTULO 2.

LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN



CONTENIDO DEL CAPÍTULO 2

- 2.1. LA SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA
- 2.2. EL HECHO SEXUAL HUMANO: SEXO, GÉNERO, SEXUALIDAD Y SEXOLOGÍA
 - 2.2.1. Sexo versus género
 - 2.2.2. Erótica
 - 2.2.3. Orientación sexual
 - 2.2.4. Identidad sexual
- 2.3. LA SEXUALIDAD Y SUS DIMENSIONES
 - 2.3.1. Concepto de sexualidad
 - 2.3.2. Dimensiones de la sexualidad
- 2.4. MODELOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA: SU ESTUDIO Y EDUCACIÓN
 - 2.4.1. Modelo moral y religioso
 - 2.4.2. Modelo de riesgos
 - 2.4.3. Modelo biográfico y profesional
 - 2.4.4. Modelo integral
- 2.5. SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS
 - 2.5.1. Salud sexual y reproductiva
 - 2.5.2. Derechos sexuales y reproductivos
- 2.6. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LAS LEYES EDUCATIVAS ESPAÑOLAS Y DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA
 - 2.6.1. Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990)
 - 2.6.2. Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002)
 - 2.6.3. Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006)
 - 2.6.4. Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013)
 - 2.6.5. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE)
 - 2.6.6. Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía
 - 2.6.7. INSTRUCCIÓN 9/2020, DE 15 DE JUNIO, de la dirección general de ordenación y evaluación educativa, por la que se establecen aspectos de organización y funcionamiento para los centros que imparten Educación Secundaria Obligatoria promoción y titulación en Educación Secundaria Obligatoria
- 2.7. EXPERIENCIAS EN EDUCACION AFECTIVO-SEXUAL. GUIAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

RESUMEN

Actualmente nadie discute que todos los seres humanos, independientemente de nuestra condición, somos seres sexuados.

En un principio, la sexualidad no era considerada un tema o acto “tabú”, sin embargo, fue con la llegada del cristianismo cuando comenzaría a concebirse como “un pecado”. A lo largo de la historia se ha intentado definir la sexología desde diversas teorías o modelos: moral y religioso, de riesgos, biográfico y profesional, aunque hoy en día, sigue siendo difícil llegar a un acuerdo sobre el concepto de la misma. Si concebimos la sexualidad basándonos solamente en uno de estos modelos, caemos en el error de olvidar elementos esenciales que componen el “todo integral” de la sexualidad y los diferentes conceptos que la caracterizan.

En este sentido, varias son los organismos que defienden una Educación Integral en Sexualidad (EIS) por ser crucial en el desarrollo de los jóvenes, para que disfruten de una vida segura, placentera y sin riesgos para su bienestar (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [UNESCO] et al., 2018)

En España, aunque la normativa actual defiende fomentar valores como el respeto y la igualdad, con el fin de conseguir una sociedad más justa (Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación [LOMLOE]), sin embargo, y a pesar de su relevancia, hoy en día, no existe ninguna legislación que contemple la incorporación de educación afectivo-sexual integral.

2.1. LA SEXUALIDAD A LO LARGO DE LA HISTORIA

La sexualidad forma parte del ser humano durante toda su vida, puesto que nacemos y morimos anclados a un cuerpo. Hablar de sexualidad humana es parte de la esencia de las personas (Besoain Saldaña et al., 2019; Merleau Ponty, 1975). Sin embargo, “aun cuando los apuntes históricos sobre sexualidad datan de más de cinco mil años, los datos disponibles son escasos” (Vera-Gamboa, 1998, p. 118).

Muchos autores, y desde diversas disciplinas, se han dedicado a escribir sobre el sexo y la sexualidad en todas las etapas del ser humano (Armsden & Greenberg, 1987; Barriga-Jiménez, 2013; Bayés et al., 1996; Castro et al., 2004; Claramunt & Moreno Rosset, 2011; Clavero Núñez, 2018; Fisher & Hall, 1988; Gismero, 1996; Gomez-Zapiain, 2005; Lameiras & Carrera, 2009; López Sánchez, 2015; Kirkman & Oswald, 2020; Martínez Benlloch et al., 2008; Meresman & Rossi, 2012; Muehlenhard & Quackenbush, 1998; Piña et al., 2007; Rodríguez & Farré, 2004; Sharon et al., 2018; Soledad, 2015; Unis & Sällström, 2020).

De acuerdo con las aportaciones e investigaciones de autores como Galán (2013), podemos saber que ya nuestros antepasados se entregaban al frenesí y los placeres de vivir. La sexualidad estuvo asociada a lujuria, donde los protagonistas de esta jamás llegarían a imaginar que gozar de la sexualidad y dejarse llevar por los sentidos, formaría parte del pecado tal y como se muestra en la actualidad, e iniciándose esta actitud de “rechazo” con la llegada del cristianismo (Barriga-Jiménez, 2013).

Remitiéndonos a la época del Paleolítico y el Neolítico, los trabajos de los prehistoriadores (Félix Ordóñez, 2010), nos muestran que existía interés por la sexualidad, mostrándose gran curiosidad por la vulva y el falo (Figuras 2.1), y retratando en sus cuevas el culto sagrado hacia la fecundidad, la belleza femenina, etc., (Figura 2.2) (Fortea, 1994). Durante la Edad de Piedra no se sabía el origen de los bebés, se pensaba que era mágico, y que era consecuencia de comer determinadas frutas, o incluso por obra del sol, el viento, la lluvia, etc., (Informe Planned Parenthood Federation of America, 2012).

Durante el Neolítico, con la aparición de la agricultura, se originaron interesantes rituales sexuales para darle culto a las siembras y así estimular la fecundación de las tierras (Galán, 2013).

Figura 2.1

Representación "sexo en piedra"



Fuente: Félix Ordoñez (2010). Exposición "sexo en piedra". Recuperado de norte de Castilla.

Figura 2.2

Representación en cuevas belleza femenina



Fuente: Wikicommons.

En lo que respecta a la homosexualidad, en la Historia Antigua, existen diversos documentos, en los que se tiene constancia que, en las grandes civilizaciones como Egipto, Grecia y Roma, las relaciones homosexuales entre el género masculino y la transexualidad, al contrario de lo que ocurre en la actualidad en algunos países, no estaban castigadas (García Valdés, 1981). Durante esta etapa, data la importancia que se le daba a las relaciones íntimas entre hombres adultos y barbudos, con muchachos jóvenes que todavía no habían alcanzado la ciudadanía adulta y con ella disfrutar de sus derechos (Duce Pastor, 2017).

Durante esta época los griegos buscaban el placer sexual fuera del matrimonio. La función de la mujer quedaba reducida a la procreación, siendo nula la afectividad entre el matrimonio. En Atenas, la prostitución era legal, aunque la mayoría de estas mujeres eran esclavas, y no se consideraban ciudadanas (Informe Planned Parenthood Federation of America, 2012) también existía un grupo de mujeres conocidas como "cortesanas", tratándose de mujeres cultas, que podían vivir en la casa del cliente, siendo mujeres totalmente libres (Clavero Núñez, 2018). Durante esta época, existía tanto la prostitución femenina como la masculina, conocidos estos últimos como eunucos, teniendo una clientela normalmente compuesta por el género masculino (García Valdés, 1981).

Referente a los métodos anticonceptivos, fue el filósofo Aristóteles (384-322 a.C.) en su obra *Historia de los animales* (7, 3, 583a), donde alude a los métodos anticonceptivos utilizados

para impedir que el esperma penetrase en el cuello del útero, utilizándose remedios como el aceite de cedro, o incluso el aceite de oliva o de incienso (Blázquez Martínez, 2003).

Más tarde, con la llegada de los primeros romanos a la península, los órganos sexuales formaban parte de lo sagrado, especialmente “el falo” (símbolo del órgano masculino), que comenzaba a ser usado como amuleto protector.

Como dato curioso y de interés, cabe desatacar que durante esta época se celebraban las “fiestas del sexo” (Galán, 2013, p. 14), tratándose de orgías que se celebraban en el campo. Durante las mismas, la simulación de un falo gigantesco recorría las calles en una carroza y las mujeres eran las responsables de la decoración (Deschner, s.f.). Estas prácticas se perpetuaron hasta la época del cristianismo. Para los romanos, igual que para sus antepasados, el símbolo del falo estaba muy normalizado, no tenían tabú hacia el mismo, puesto que lo consideraban instrumento de la fertilidad (Fayanas, 2017). Para los romanos las relaciones bisexuales entre hombres estaban idealizadas, puesto que la mujer no tenía relevancia en la sociedad, siendo prácticamente un ser humano nulo. Para ellos, el amor socrático consistía en la amistad entre un hombre adulto y un joven, admitiendo la pederastia como un medio de transmisión de valores guerreros. Es por ello, que, después de la boda entre un hombre y una mujer, ésta le cortase el cabello (que debía ser largo simbolizando la mujer) del joven simulando la toma de relevo en el lecho del marido (Galán, 2013).

Durante esta época, y con respecto a la mujer, esta debía llegar virgen al matrimonio. Los familiares casaban a sus hijas poco después de haber comenzado la pubertad, sin noviazgo previo y con el acuerdo entre los padres (Galán, 2013), lo que viene a recordarnos comportamientos de diferentes culturas que aún se perpetúan. La mujer, independientemente la edad que tuviese, tenía escasa libertad sexual, estando controlada por el hombre. Incluso, después de contraer matrimonio, no tenía derecho a gozar del acto sexual, puesto que su fin era simplemente la procreación (Chrystal, 2018).

En lo que respecta a la belleza femenina, en un principio admiraban los cuerpos femeninos delgados y de pechos pequeños, pero más tarde comenzaron a decantarse por cuerpos más corpulentos. Los cuerpos femeninos, por influencia de los griegos y de los orientales, empezaron a ser depilados, con especial énfasis en el sexo femenino (Galán, 2013). En definitiva,

se puede afirmar que “el hombre romano era un tanto misógino y antifeminista” (Mañas, 2003, p. 192).

Pasando a la Época Imperial, las costumbres sexuales retomaron cierta libertad, y la población comenzó a tomarse el sexo nuevamente con gozo. Sin embargo, en cuanto, a la infidelidad, si el marido era engañado, había casos donde este mataba a la mujer y al amante, pero únicamente si existía vínculo matrimonial. Por este mismo motivo, ya existían los prostíbulos romanos, con el fin de que los jóvenes solteros no molestasen a mujeres casadas (Fayanas, 2017).

En lo que refiere a los métodos anticonceptivos, la ley Cornelia promulgada por el dictador Sita en el 81 a.C., prohibía las prácticas abortivas (Blázquez Martínez, 2003). Los romanos solían utilizar métodos poco eficaces, como por ejemplo la práctica de la mujer en la que tenía que escupir tres veces en la boca de un sapo, quedando libre de embarazo durante un año, o restregar por el cuerpo de la mujer la piel de un ciervo que tuviese dos lombrices.

Durante esta época, se conoce que el médico Sorano de Éfeso, a través de su obra Ginecología 1, recomendaba introducirse en el útero una mezcla compuesta por aceite rancio de oliva, miel y bálsamo o resina de cedro. También, defendía como método eficaz introducir una bola de lana en la vagina (empapada de vino u otras sustancias) que era empujada hasta la entrada del cuello del útero (Blázquez Martínez, 2000).

Los excesos de la época imperial, dieron paso a una mujer concebida, no como reproductora u objeto de placer, sino como compañera y amiga, dándole un nuevo estatus ante la sociedad (Galán, 2013).

Con la llegada del cristianismo (año 380), la sexualidad, que hasta entonces se había desarrollado como disfrute de los placeres, se suprime, concibiendo el placer sexual como pecado, y defendiendo la abstinencia como método anticonceptivo. Esta concepción propició el que los hombres casados recurrieran a la prostitución, provocándose el desarrollo de las Infecciones de Transmisión Sexual (Informe Planned Parenthood Federation of America, 2012). Todo lo referente al sexo comenzó a tener “mala imagen”, no aceptándose la masturbación por razones médicas y porque incentivaba el desarrollo del cuerpo juvenil (Galán, 2013).

El judaísmo, por su parte, imponía la contracción del matrimonio y con esta la llegada de esta unión, la obligación de engendrar hijos, concibiendo como pecado moral mantener relaciones sexuales con fines placenteros, hecho que fue impulsado principalmente por San Agustín (Galán, 2013; Soledad, 2015).

Durante el Antiguo Testamento, se crearon los diez mandamientos, que ya regulaban la conducta sexual humana prohibiendo el adulterio, mediante el mandamiento seis (No cometerás actos impuros) y el mandamiento nueve (No consentirás pensamientos ni deseos impuros), ambos referidos a la prohibición de tener relaciones sexuales por placer o el consentimiento y/o deseo del mismo. La esposa hebrea era considerada como mujer “afortunada”, ya que compartía favores del marido con otras esposas secundarias, sin embargo, si ella era infiel, era cruelmente apedreada (Vera-Gamboa, 1998).

A la caída del Imperio Romano, los godos asumieron la intolerancia sexual propia del cristianismo. Las leyes castigaban duramente al “adulterio, la violación, la prostitución de la esposa por el marido, o de hijas siervas por el amo, y el incesto hasta sexto grado o con la mujer del hermano. El matrimonio seguía celebrándose de manera privada, al margen de la Iglesia” (Galán, 2013, p. 28). La mujer continuaba siendo súbdita de su marido y a veces se le exigía fidelidad incluso si su marido había fallecido. Por el contrario, el marido no estaba obligado a serle fiel (Fayanas, 2017).

Durante la Edad Media, se llevaban a cabo prácticas sexuales que consistían en “misas negras”, referidas a desfloraciones y coitos colectivos, entendidos como un “sacramento”, ya que consideraban que este hecho aseguraba su inmortalidad, coincidiendo quizás con la idea generalizada entre los ciudadanos de Europa, de que la historia llegaba a su fin y nacería un mundo nuevo (Mantecón Movellán & Torres Arce, 2011). Para autores como Bazán (2008), durante esta época se desarrolló un modelo que, hoy en día, sigue vigente en la Iglesia.

Años más tarde, en el año 711, con la España musulmana, los árabes invadieron la península coexistiendo una mezcla de cristianismo e islam, legitimando el placer sexual. Pero frente a esta libertad sexual, existían postulados antifeministas inherentes a la nueva religión, donde la mujer era considerada inferior al hombre, y por tanto debía agrandar la vida de éste, cuidar del hogar y engendrar hijos. En lo que refiere a la belleza femenina, la mujer era bien vista si lucía

lustrosas carnes, puesto que en su complexión corporal podía notarse el poder adquisitivo del marido. Además de considerar esta estética, debía cumplir con el estereotipo de ser una mujer fértil, buena paridora, objeto de placer e incluso instrumento para el hombre, relevando al papel del padre como “el que hace al hijo” (Soledad, 2015).

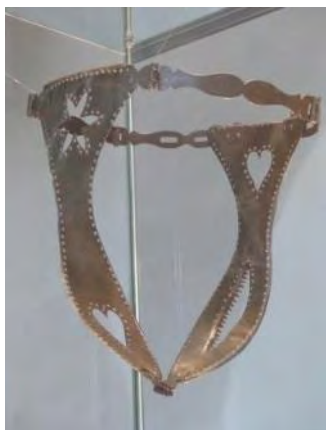
En lo que respecta al matrimonio, los musulmanes españoles podían tener hasta cuatro esposas, sin embargo, durante esta época, pocas eran las veces que se casaban con más de una mujer, excepto los sultanes. Para los musulmanes la mujer debía llegar virgen al matrimonio, excepto las mujeres esclavas, que eran desvirgadas por los dueños antes incluso de alcanzar la pubertad, ya que era el plazo establecido por la Ley (Soledad, 2015).

Durante estos años, cabe destacar algunos métodos o “brebajes” destinados a remedios amorosos o con el fin de evitar el embarazo, destacando algunos como estiércol de elefante, colocar un ramo de petunia debajo del colchón e incluso que colgase del cuello de la mujer durante el coito un colmillo de víbora y el corazón de una liebre, golpear suavemente al hombre con una rama de granado o fumigarse las partes con estiércol de caballo (Galán, 2013). Referente a la homosexualidad, los árabes la practicaban constantemente a pesar de su prohibición, aunque la homosexualidad femenina no sólo estaba prohibida, sino que se castigaba duramente. Cabe destacar la asombrosa creencia que la fornicación con animales liberaba de enfermedades venéreas, por las altas temperaturas en sus vulvas, al igual que ocurría con las mujeres negras (Galán, 2013).

La sociedad medieval se caracterizaba por ser más desinhibida, incluso en la primera mitad del milenio la promiscuidad estaba normalizada. Durante esta época existía el “derecho de pernada”, que consistía en permitir que el señor feudal desvirgara a las novias de sus siervos como señal de fortaleza en su semen. En esta época algunos maridos celosos impusieron el uso del cinturón de castidad (Figura 2.3), para garantizar la fidelidad de su mujer mientras hacían largas jornadas fuera de sus casas (Bazán Díaz, 2008).

Figura 2.3

Cinturón de castidad de la Edad Media



Fuente: Pixabay.

Durante esta época, la iglesia no intervenía en el matrimonio, ya que era un acto civil, pero a partir del siglo XII se impuso la obligación de que esta práctica quedase a cargo de la Iglesia y ante un sacerdote. Las leyes civiles recogían entre sus escritos que la mujer podía casarse a los doce años, mientras que el hombre a los catorce. La finalidad del matrimonio era tener hijos, no siendo imprescindible compartir la convivencia (Galán, 2013).

Tanto la virilidad del marido como la virginidad de la mujer, eran demostradas ante testigos a través de la llamada “sabana pregonera”, exhibida tras la noche de bodas. El divorcio estaba prohibido, y solamente se disolvía la unión con la muerte de algún conyugue, aunque el matrimonio podía ser anulado por “impotencia” sexual del hombre, por el tamaño excesivo del pene que pusiese en peligro a la mujer, o por imposibilidad de la mujer para realizar el coito. La mujer debía ser fiel, pero podía ausentar el lugar del marido con otro hombre, mientras esta pensase que se trataba del marido (Campos, 2014; Galán, 2013). En base a ello, el Fuero Real permitía al marido decidir si perdonarlos o matar a ambos, y la decisión de otorgarles el perdón debía ser ante notario. Las leyes eran las que regulaban la práctica sexual. La homosexualidad femenina no era castigada durante la Edad Media, ya que no había derramamiento de semen, sin embargo, la homosexualidad masculina sí estaba prohibida. El aborto era condenado a muerte por parte del Fuero Real, tanto al que preparaba el brebaje como a la que la usaba. Durante esta época, existía diversidad de remedios de amor, destacando la pócima que se administraba a una mujer compuesta por testículos de lobo para garantizar su fidelidad, untarse en el pene con sebo de

macho cabrío para poder copular con una mujer considerada frígida, e incluso untar el pene con vinagre para evitar el embarazo, etc., (Galán, 2013).

A finales del siglo XIX, una nueva idea de “mala vida” surge en Italia y poco después se difundiría a España. Durante esta época, todos aquellos individuos y grupos considerados “marginales”, tales como prostitutas, echadoras de cartas, homosexuales, gitanos, mendigos, etc., eran catalogados como población peligrosa, comenzando a ser objeto de estudio y de psiquiatría a principios de los años XX.

De nuevo en España, con la II República, se produce una continua preocupación de los gobernantes por el orden público, iniciándose la promulgación de normativas como la “Ley de Vagos y Maleantes” de 1933, mantenida incluso por la dictadura de Franco hasta 1970 (Campos, 2014).

Durante los cuarenta años de la dictadura, se asumieron las ideologías de la Iglesia católica, imponiéndose que la sexualidad, y todos los contenidos derivados de la misma, eran un tema tabú, de silencio y prohibición (Barriga- Jiménez, 2013).

Tras esta situación, el 26 de diciembre de 1978, Adolfo Suárez puso fin a la homosexualidad en España. Actualmente en España, y a pesar de la gran diversidad de religiones que permanecen, e incluso corrientes agnósticas, todavía se siguen imponiendo las teorías de la iglesia católica, donde la mayoría inhiben a la libertad sexual (Férriz, 2011).

2.2. EL HECHO SEXUAL HUMANO: SEXO, GÉNERO, SEXUALIDAD Y SEXOLOGÍA

Desde la sexología hablar de “Educación Sexual”, es hablar del “Hecho Sexual Humano” (García Ruíz, 2011, p. 19), es decir, hablar de sexualidades en plural y de realidades diferentes (Padrón Morales et al., 2009).

Con el propósito de delimitar el objeto de estudio de esta investigación: conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales, es necesario conceptualizar que entendemos por sexualidad y, sobre todo, que aborda este término tan complejo, ya que para algunos profesionales, no solamente existe cierta confusión, sino que el uso del mismo es inadecuado (Consejo de la

Juventud de España, 2008; Padrón Morales et al., 2009), generando así cierta ambigüedad (De Juan & Pérez, 2007), y el mismo, puede hacer referencia al coito, a las características genéticas y biológicas del ser humano (Diamon & Yates, 2004).

Desde el campo de la sexología, se hace especial énfasis en la necesidad de diferenciar algunos conceptos que están estrechamente vinculados entre sí, pero que no son iguales en su significado (UNESCO, 2014).

2.2.1. Sexo versus género

Cuando se hace referencia a que el ser humano es un ser sexuado, se incide en el hecho de que tiene sexo y género, es decir, presenta unas características biológicas y fisiológicas que le dan una identidad sexual y unas dimensiones psicológicas, que le permiten vivir el sexo de una manera particular (Padrón Morales et al., 2009).

Desde el ámbito de la Biología (De Juan, 2007, p. 169), se denomina sexo al “conjunto de características biológicas de un organismo que permiten diferenciarlo como portador de uno u otro tipo de células reproductoras o gametos (óvulos o espermatozoides), o de ambos (organismos hermafroditas).

Durante mucho tiempo se ha considerado que la distinción entre hombres y mujeres se hacía por los genitales, por este mismo motivo el concepto de sexo era sinónimo de genitales. Sin embargo, no fue hasta el siglo XX, donde se empezó a relacionar este término también con gestos y conductas (Landarroitajauregi, 2003). Por tanto, cuando se alude al término de sexo, se hace referencia al conjunto de elementos que caracterizan a un ser humano como persona sexuada en masculino o femenino: sexo genético, sexo gonadal (testículos u ovarios), sexo genital (pene, vulva) y sexo somático o morfológico (hormonas). Estas características, dan lugar a una figura corporal que va variando durante el desarrollo evolutivo de cada una de las etapas del ser vivo (Padrón Morales et al., 2009).

A simple vista, parece que mediante la observación de los órganos sexuales, podemos establecer si se es varón o mujer. Sin embargo, existen factores que no son tan perceptibles, como, por ejemplo: los órganos internos (útero, ovarios, entre otros) y los cromosomas, que transmiten toda la información genética de las personas, incluida la determinación del sexo,

e incluso las hormonas, que pueden influir en la formación de los órganos sexuales y en la determinación del sexo de una persona. Cada uno de estos elementos, intervienen de diferentes formas, de acuerdo a las características individuales de cada ser humano tales como: hormonas, asignación de sexo, estilos educativos, etc., (Consejo de Juventud de España, 2008).

Cromosómicamente el cromosoma XX corresponde a la mujer, mientras que el XY corresponde al hombre. Sin embargo, hay personas que presentan diversidad entre sus cromosomas, de tal manera que puede darse el caso de XXY y X0 (Hernández et al., 2010). Estas características son dadas en personas conocidas como intersexuales o intersex, y la condición de estas personas lleva el nombre de intersexualidad (D'Elío et al., 2016).

Tal y como se ha comentado con anterioridad, el concepto de género también arroja confusión en cuanto a su uso terminológico, empleándose como sinónimo de sexo, constructo social, separación de lo sociológico y biológico (De Juan, 2007). Sin embargo, el concepto de género hace referencia a la conciencia de sentirse hombre o mujer (De Juan, 2007), de tal manera que construirse como hombres o como mujeres, no es más que una construcción sociocultural, que varía en función de unas sociedades u otras (Instituto de Juventud en España, 2016), y que define características emocionales, intelectuales y de comportamiento de las personas, por el simple hecho de ser mujer u hombre (Padrón Morales et al., 2009).

En definitiva, podemos decir que algunos términos incluidos en nuestro vocabulario cotidiano, no son más que conceptos “estereotipados” y socialmente contruidos, que hacen referencia a “comportamientos masculinos” (fortaleza, agresividad, dominio, impulsos sexuales, etc.), y “comportamientos femeninos” (debilidad, emocional, sumisión, dependencia, pasividad sexual, etc.).

2.2.2. Erótica

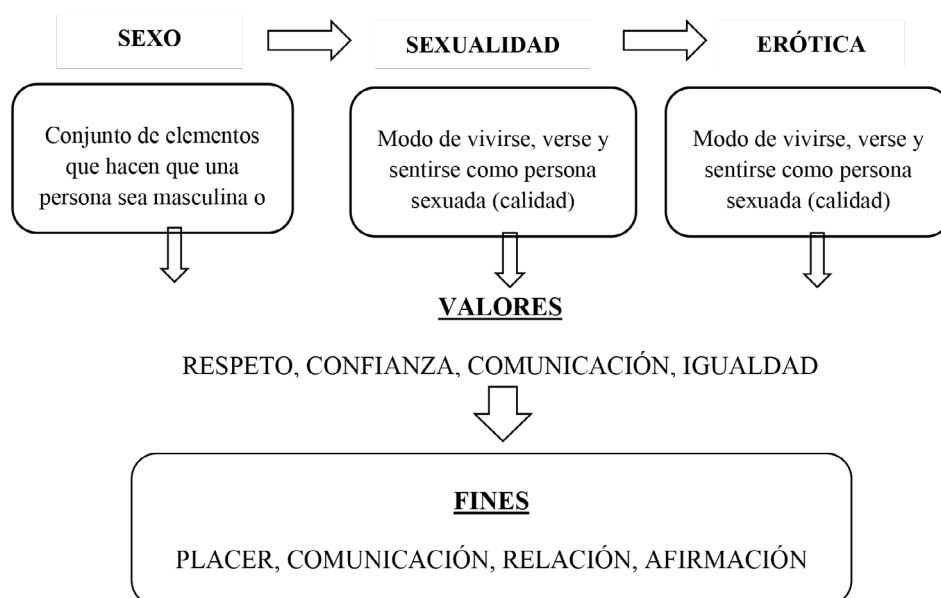
Cuando nos referimos a este concepto, o también denominado amatoria (Saéz, 2004), se hace alusión a los “hechos, realizaciones e interacciones, a través de las cuales vivenciamos y expresamos que somos sexuados y sexuales” (p. 11). Por tanto hace referencia a lo que somos y a lo que vivimos (Padrón Morales et al., 2009).

De acuerdo con Amezúa (2003), no concebir la erótica como complemento de la sexualidad, supone no entender las relaciones de los sexos, debido a que los encuentros no están abordados solo desde la genitalidad.

Gráficamente, estos últimos conceptos, quedan interrelacionados con la sexualidad de la siguiente manera (Figura 2.4):

Figura 2.4

El hecho sexual humano



Fuente: Adaptado a partir de Fuertes y López (2001, p. 17).

2.2.3. Orientación sexual

La sexualidad no puede entenderse solo desde la heterosexualidad. Es necesario hablar de la misma desde el respeto hacia la elección de todos los individuos (De la Cruz & Diezma, 2008). Esta está en continua evolución, y como tal, se han desarrollado nuevas terminologías de acuerdo a la orientación sexual, tales como: grisexual, demmisexual, pansexual, etc., (Dana, 2020). Cuando hablamos de orientación sexual, hacemos referencia a “la orientación emocional y/o erótica que una persona tiene respecto a un determinado género y sexo” (Rodríguez Otero & Facal Fondo, 2019, p. 187).

Tradicionalmente, se ha considerado que tanto la mujer como el hombre, deben sentirse atraídos por el género opuesto. Sin embargo, la orientación sexual “tiene diferentes formas de sentirse atraído erótica y afectivamente hacia hombres y mujeres” (Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] et al., 2015, p. 23). De acuerdo con las Naciones Unidas (2016, p. 3), hay que diferenciar tres grandes tipologías de orientación sexual:

- **Heterosexualidad:** Capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo y a la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas.
- **Homosexualidad:** Capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un mismo género y mantener relaciones íntimas y sexuales con estas personas. Se utiliza generalmente el término lesbiana para referirse a la homosexualidad femenina y gay para referirse a la homosexualidad masculina.
- **Bisexualidad:** Capacidad de una persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de dos sexos.

2.2.4. Identidad sexual

La orientación sexual de una persona no debe confundirse con la identidad de género. Ambos conceptos deben ser claramente diferenciados y no usarlos inadecuadamente. De acuerdo a ello, el término de identidad sexual hace referencia a la “conciencia del yo, que es el núcleo permanente de la identidad” (López, 2013, p. 210). Es decir, la identidad sexual hace referencia al sentimiento que tiene una persona de pertenecer a uno de los dos sexos (De la Cruz, 2003).

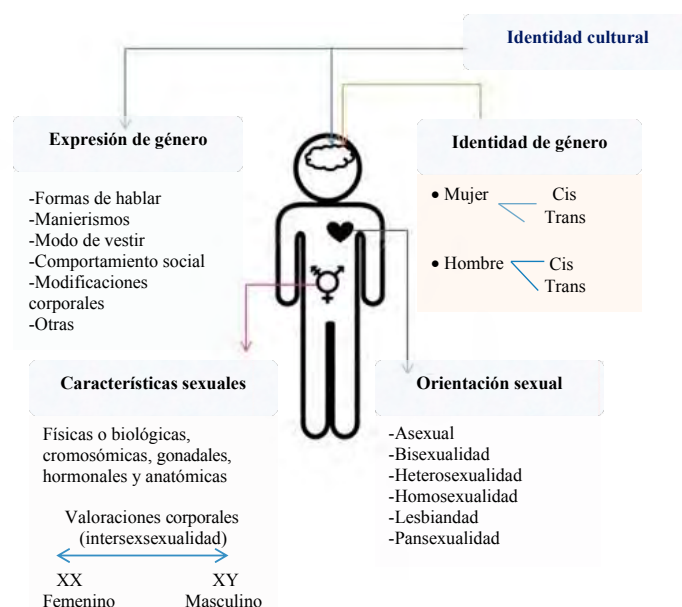
Una parte de los seres humanos, tienen una fisiología sexual definida claramente como hombre o como mujer, por tanto, se reconocen como tal y tienen una identidad sexual que se corresponde a la biología marcada por su cuerpo, (López, 2013). De acuerdo con ello, cuando existe una regulación entre el cuerpo y la identidad de género, es decir, quienes nacen biológicamente con el mismo sexo con el que se identifican, se las conoce como cisgénero (Serrano, 2007). Sin embargo, existen algunas personas que no aceptan el orden biológico como tal (López

Sánchez, 2013) y que no se identifican con el sexo impuesto al nacer. Estas personas son denominadas transgénero, transgénéricas o trans (D' Elio et al., 2016).

En definitiva, la identidad sexual es “la firme certeza que se tiene de pertenecer al propio sexo, y tiene que ver más con el sexo psicológico” (Hernández González et al., 2010, p. 82). En la Figura 2.5, se muestra la interrelación de algunos de los conceptos citados con anterioridad.

Figura 2.5

Diversidad sexual, de género y características sexuales



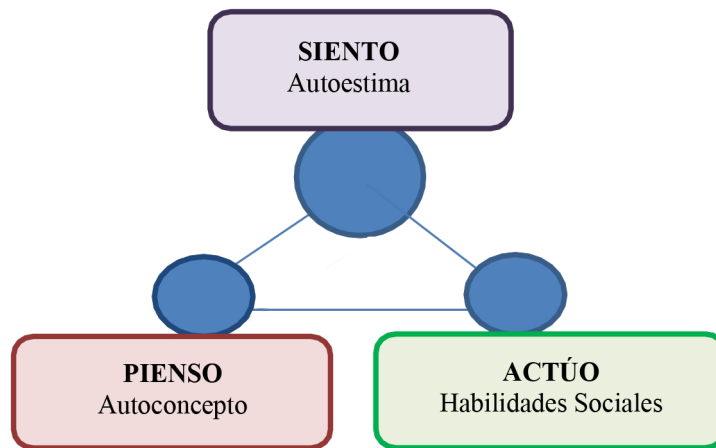
Fuente: Adaptado del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales, 2016, p. 37).

El periodo de la adolescencia es la etapa más crítica para el desarrollo de la autoestima, en la que es crucial el desarrollo de la identidad, algunos autores lo llaman el periodo de la “crisis de identidad” (Padrón Morales et al., 2009). Por tanto, durante estas etapas, es fundamental trabajar conceptos como el autoconocimiento y la autoestima, con la finalidad de que durante estas edades, aprendan a quererse, a aceptarse a sí mismos, a no dudar sobre sus capacidades y sus logros, etc., y así conseguir que puedan disfrutar de una sexualidad sana y placentera.

Trabajar a estas edades la autoestima es fundamental para su desarrollo integro. El concepto de autoestima, a su vez, se relaciona con dos conceptos que están muy relacionados con los objetivos de esta investigación, actitudes y prácticas. Esto queda reflejado en la Figura 2.6.

Figura 2.6

Concepto de autoestima y su relación con el autoconcepto y habilidades sociales



Fuente: Adaptado del Instituto Andaluz de la mujer (2007, p. 6)

2.3. LA SEXUALIDAD Y SUS DIMENSIONES

2.3.1. Concepto de sexualidad

La sexualidad es el ser humano en sí mismo, es el “modo en que cada persona sexuada vive su propio sexo, comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad” (Barragán, 2009, p. 1), es la forma de expresar el amor y los sentimientos (UNESCO, 2014). El reconocimiento de la sexualidad y las primeras aportaciones en torno a ella, datan del siglo XX con motivo de uno de los derechos primordiales del ser humano (Amezúa, 2003).

Referente al concepto de sexualidad, existen distintas visiones, definiciones y posiciones. En este sentido, y de acuerdo con Torres (2013), existen autores que se posicionan a favor de las definiciones reduccionistas, o por el contrario, hay quienes consideran y parten de una definición amplia y crítica, tal y como se puede apreciar a continuación (Tabla 2.1):

Tabla 2.1

Definiciones reduccionistas y amplia-crítica de la sexualidad

Definición reduccionista	Definición amplia y crítica
-Sexualidad como reproducción, biología y genitalidad	-Sexualidad como construcción socio-cultural y multi-dimensional
-Sexualidad como peligro, abuso y enfermedad	-Sexualidad como derecho, disfrute y cuidado
-Sexualidad como heterosexualidad	-Sexualidad como diversidad de identidades, prácticas y deseos sexuales
-Sexualidad como abstinencia y matrimonio heterosexual	-Sexualidad como placer y deseo

Fuente: Adaptada de Torres (2013, p. 43).

Dentro del segundo grupo de definiciones, encontramos la de Fuertes y López (1997), quienes entienden la sexualidad como “algo inherente a nuestro ser; mutua y continua interrelación entre los aspectos sexuales y los no sexuales; mediatizada por todo lo que hacemos como personas; e influye en la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos” (p. 242). La sexualidad, por tanto, es una opción personal que influye en nuestro comportamiento y pensamiento, que, a su vez, viene determinada por aspectos biológicos, sociales y afectivos. De acuerdo a esta posición, existen varias definiciones de sexualidad, propuestas por diferentes Organizaciones.

Según la OMS (2006), la sexualidad es:

Un aspecto central del ser humano durante toda su vida y comprende sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción. La sexualidad se experimenta y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones (...), influenciada por la interacción de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, étnicos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (p. 5)

Save the Children (2017), por su parte, la define como:

Una dimensión inherente a todas las personas que define la forma única e irrepetible que tiene cada uno y cada una de vivir su sexo, es decir, su cuerpo, su género, su deseo, sus prácticas, sus genitales, su pareja o parejas, etc. (p.41)

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN

De acuerdo con la UNESCO (2014), es necesario entender la sexualidad como forma de expresar el amor y los sentimientos. Por esta misma razón, si concebimos la sexualidad como reproducción, genitalidad o solo para prevenir enfermedades, estamos obviando otros términos relevantes para la sexualidad humana, ya que ésta hay que abordarla desde una posición integral, y esto no es posible sin concebir las emociones, el placer y la identidad de género, etc. En la actualidad, encontramos definiciones, como la propuesta por la UNESCO et al. (2018), que se centran en el componente afectivo:

Una dimensión central del ser humano que incluye: el conocimiento del cuerpo humano y nuestra relación con este; lazos afectivos y amor; sexo; género; identidad de género; orientación sexual; intimidad sexual; placer y reproducción. La sexualidad es compleja e incluye dimensiones biológicas, sociales, psicológicas, espirituales, religiosas, políticas, legales, históricas, éticas y culturales que evolucionan a lo largo de una vida. (p. 17)

Para otros autores (Padrón et al., 2009), la sexualidad es la manera de vivir, verse y sentirse como persona sexuada; el modo o los modos con que cada cual vive, asume, potencia y cultiva el hecho de ser sexuado.

Por tanto, concluimos que la sexualidad debe abordarse como la forma que cada persona tiene de vivir su propio sexo, más allá de la genitalidad (Amezúa, 1999) y está “vinculada a los afectos” (INJUVE, 2016, p. 11).

Tal y como se aprecia en las distintas definiciones, podemos encontrar diversidad de términos que engloban el concepto de sexualidad. A continuación, se puede observar los elementos que se recogen en las definiciones y que resumen todo lo que comprende, influye y se expresa en la sexualidad (Figura 2.7):

Figura 2.7

Elementos del concepto de sexualidad según la OMS (2010)



Fuente: Elaboración propia a partir de la OMS (2010).

2.3.2. Dimensiones de la sexualidad

A pesar de que durante muchos años se ha intentado explicar la sexualidad de manera unidimensional, entendiéndola como reproducción, hoy en día, y como hemos visto en sus definiciones, es imposible estudiarla y concebirla sin todas sus dimensiones. Para algunos autores, la sexualidad es una dimensión de la personalidad con características biopsicosociales y espirituales que se dan justamente en el momento del nacimiento (Carballo, 2006; García & Martín, 2011; OMS, 2006).

De las Heras y Polaino (1991), destacan como dimensiones más significativas de la sexualidad: las biológicas, psicológicas, relacionales, procreativas, ético-morales, y socioculturales (Tabla 2.2).

Tabla 2.2

Vertientes más significativas de la sexualidad

Biológicas	Características cromosómicas Características morfológicas Características gonadales y hormonales
Psicológicas	Identidad sexual Determinantes psicológicos de la sexualidad
Relacionales	Determinantes en la selección de la pareja Implicaciones de la afectividad Establecimiento de vínculos
Procreativa	La sexualidad como medio procreativo Influjo de la reproducción sobre la sexualidad Establecimiento de la familia
Ético-morales	Determinantes ético-morales de la sexualidad
Socio-culturales	Determinantes socio-culturales de la sexualidad

Fuente: De las Heras y Polaino (1991, p. 9).

La sexualidad humana se caracteriza a través de tres dimensiones íntimamente interrelacionadas: la dimensión relacional, la dimensión recreativa y la dimensión reproductiva. Por su parte la ONU (Organización de las Naciones Unidas, 2010), entiende la sexualidad como “un aspecto fundamental de la vida humana, con dimensiones físicas, psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas y culturales” (p. 5). Barragán (2009), entiende que se trata de una dimensión “biológica, cultural, social, afectiva, psicológica y moral” (p. 9). Venegas (2011), por su parte, define la sexualidad como una “dimensión fundamental del ser humano, entendida como: reproducción, comunicación, relación, afectividad y placer, considerando a las personas como sujetos agentes de su cuerpo y de su vida afectivosexual” (p. 6).

De acuerdo con estas aportaciones, podemos entender la sexualidad como un conglomerado de subdimensiones que están interrelacionadas entre sí, cuyo conjunto componen la dimensión sexual humana (Figura 2.8), y por tanto, la sexualidad afecta a todas las dimensiones de la persona, es decir, los sentimientos, las actitudes, los valores, etc., “comprende muchos componentes que desempeñan un papel central en la vida del ser humano (Rubio, 2014, p. 1), y, por tanto, se habla de que es un término multidimensional” (UNESCO, 2014).

Figura 2.8

Dimensiones de la sexualidad humana



Fuente: Elaboración propia.

2.4. MODELOS SOBRE LA SEXUALIDAD HUMANA: SU ESTUDIO Y EDUCACIÓN

Los primeros estudios sobre la sexualidad coinciden con el desarrollo de la cultura industrial y urbana (Fuertes & López, 1997), debido a la extensión de las ideas liberales de finales del siglo XIX y del XX, coincidiendo con que desde la mitad del siglo XX se dieran cambios importantes referentes a la sexualidad humana y su práctica, como por ejemplo la aparición de la pastilla anticonceptiva y la lucha por los derechos humanos con el fin de conseguir una justicia social (Granero, 2014).

La sexología es una ciencia relativamente joven (Macintyre et al., 2020) convirtiéndose en una disciplina “incómoda que debe luchar contra los prejuicios, los estereotipos y las costumbres de la sociedad” (Granero, 2014, p. 179).

A lo largo de la historia de la sexología, se le ha intentado definir desde diversos enfoques y disciplinas, y hoy en día, sigue siendo difícil llegar a un acuerdo sobre el concepto de esta, e incluso, de acuerdo con Amezúa (2003), se ha producido a una modernización en todos los campos y los ámbitos, excepto en la disciplina de la sexualidad, donde todavía existe un enfoque antiguo. Sin embargo, en el siglo XX, en España, aun cuando existen carencias importantes para el reconocimiento de esta ciencia, autores como Fernández (2005), apuestan y defienden la necesidad de institucionalizar esta ciencia, tal y como ocurre con la mayoría de las disciplinas.

A continuación (Tabla 2.3) se representan los inicios del estudio de esta, y los diferentes autores más representativos, a pesar de que para algunos autores, como Frago y Saéz (2004), consideran a Iwan Bloch (1872-1922) el “padre” de la sexología, ya que fue el precursor en desarrollar el término Sexual wissenschaft (ciencia sexual o sexología).

Tabla 2.3

Resumen de autores sobre los inicios de la sexología

CONCEPTO IDEOLÓGICO		AUTORES Y AÑO DE SU PRIMERA OBRA FUNDAMENTAL
PRECIENTÍFICOS	Confesionalismo científico	Tissot (1760)
		Krafft-Ebing (1886)
	Socialismo	Engelsw (1884)
		Bebel (1896)
PRIMEROS ESTUDIOS	Liberalismo	Kollontai (1921)
		Ellis (1896)
		Freud (1900)
		Bloch (1907)
		Hirschfeld (1908)
		Marañon (1926)
		Freudo-Marxista
Reich (1927)		

Fuente: Extraído de Padrón et al., (2009, p. 19).

Dentro del ámbito de la sexología, se pueden diferenciar dos campos: la “sexología clínica” y la “sexología educativa”, siendo esta última el objeto de nuestra de estudio. Según Bejarano y García (2016), es imprescindible la inclusión de la educación afectivo-sexual desde el sistema

educativo. Concebirla desde esta área, implica respetar los derechos humanos, fortalecer los principios democráticos de paz, libertad, igualdad, tolerancia y solidaridad (Fallas, 2009).

Resulta fundamental hacer un breve recorrido sobre los diferentes modelos de Educación Sexual que han ido sucediéndose (Amezúa, 2003; Barragán, 2009; Carrera et al., 2012; Fallas, 2012; López, 2013; Torres, 2013; Venegas, 2011), con el fin de comprender y analizar las diferentes perspectivas y posiciones de la sexualidad que subyacen en los distintos modelos de Educación Sexual. En primer lugar, asumimos la necesidad de partir desde diferentes disciplinas, debido a que explicar la dimensión sexual solamente desde una disciplina, produce una “colonización” más vinculada a la ideología de la represión que la ciencia (Barragán, 2009, p. 52). Así, lo ideal es entender la sexualidad bajo la concepción de diversas disciplinas como: Educación, Pedagogía, Psicología, Historia, Antropología, Sociología, etc. En este sentido, conocer los paradigmas sexuales que han existido hasta el día de hoy, nos ayuda a conocer y, sobre todo, entender el comportamiento de las personas en la sexualidad, puesto que “la cultura incide decisivamente en la salud y determina las pautas, creencias, costumbres y comportamientos de la sociedad (González Fernández et al., 2017).

Por tanto, es necesario conocer las diferentes postulaciones acerca de la sexualidad, y no caer en la imposición de algunas de estas teorías. Así, y de acuerdo con Barragán (1999), no debemos obviar la incorporación de elementos de cada una de ellas a fin de que se produzca un desarrollo integral de la sexualidad del individuo, tal y como defienden numerosos expertos de la UNFPA et al. (2015). Si concebimos la sexualidad basándonos exclusivamente en un modelo, caemos en el error de olvidar otros elementos esenciales que componen el “todo integral” de la sexualidad y los diferentes conceptos que la engloban (Unis y Sällström, 2020). Sin embargo, estamos de acuerdo con Barragán (2009), al afirmar que cada una de ellas debe ser incorporada en las estrategias de enseñanza y aprendizaje, respetando la lógica que comportan estas teorías.

En la Tabla 2.4 se muestran los diversos enfoques y tipologías desarrollados por diversos autores:

Tabla 2.4

Resumen de las diferentes tipologías de la sexualidad según autores

AUTOR	TIPOLOGÍA
Amezúa (1973) Amezúa y Foucart (2005)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo prohibitivo: adoctrinamiento, peligros del sexo, centrado en la reproducción. • Modelo permisivo: liberación sexual, naturalidad y espontaneidad en las relaciones. • Modelo social: cambio social, roles sexuales, igualdad entre los sexos y no marginación de las minorías. • Modelo instructivo: adquisición de conocimientos científicos e información sexual. • Modelo pregunta – respuesta: limitada a aquellos momentos en que se plantean consultas y dudas. • Modelo sanitario: inclusión dentro de la educación para la salud; prevención de ETS y embarazos no deseados. • Modelo psicológico: desarrollo de la personalidad, adecuación a las etapas evolutivas. • Modelo relacional: preparación para el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias y respetuosas. • Modelo integrador: reúne elementos del resto de modelos, haciendo hincapié en la empatía, el acercamiento y la comprensividad.
Gaudreau (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • Biológicos: este tipo de modelo pone especial interés en la transmisión de la información anatómica y fisiológica de la sexualidad. • Morales y religiosos: relaciona la sexualidad a la moral y al grupo familiar. • Sociales: considera el análisis de las relaciones sociales, roles, costumbres, conductas, entre otros, con un sentido crítico. • Modelo preventivo: enfatiza la prevención del riesgo a nivel sexual. • Modelo con contenidos personales: coloca el énfasis en la comunicación y la realización personal sexual.
Barragán (1991)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo Represivo-Religioso (Teoría Judeo-Cristiana) • Modelo Preventivo (Teoría Burguesa-Tradicional) • Modelo Liberal (Teoría Capitalista-Permisiva) • Modelo Mercantil (Teoría Productivista)
López (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de riesgo: Riesgos y consecuencias. Conductas y métodos eficaces para la prevención. Evitar costos económicos al sistema de salud. • Modelo revolucionario: Transformación revolucionaria de la sociedad. • Modelo moral: concepciones religiosas. Educación para el amor y para el matrimonio, abstinencia sexual. • Modelo biográfico y profesional: Favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual. Potenciar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan la vivencia sexual según la biografía personal.

Fuente: López (2005).

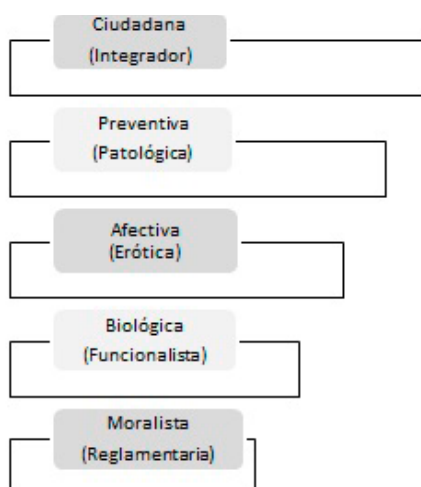
López (2005, p. 69), considera la existencia de cuatro modelos, que nos sirven como referentes para hablar de la sexualidad: “los que consideran que solo se debe intervenir cuando haya problemas específicos; los que sostienen que la intervención debe estar orientada a conseguir la abstinencia (excepto en el matrimonio); aquellos que reivindican hacer lo posible por transformar radicalmente la situación y prescriben la necesidad de actividad sexual; los que proponen que hay que respetar la biografía de las personas con discapacidad, sus tutores legales o familia, las características del centro y la sociedad y, a partir de todos estos factores, ayudarles a alcanzar el mejor grado de integración y normalización en la dimensión sexual y afectiva”.

El mismo autor, de acuerdo con los paradigmas ideológicos que determinan la historia de nuestra sexualidad, diferencia cuatro modelos principales que nos ayudan a entender la misma: el modelo de riesgos, el modelo moral y religioso, el modelo revolucionario y el modelo biográfico y profesional.

La UNESCO (2014), por su parte, relata la existencia de cinco enfoques principales en torno a la sexualidad durante los últimos cincuenta años (Figura 2.9), añadiendo a los ofrecidos por López (2005), el enfoque afectivo, lo cual ha generado cierto rechazo o dificultad para algunos educadores, ya que se tratan temas enfocados al amor o al placer tales como: la masturbación, las relaciones sexuales, la atracción sexual, la diversidad sexual, etc.

Figura 2.9

Enfoques principales en Educación de la Sexualidad según la UNESCO



Fuente: UNESCO (2014, p. 35).

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN

En general, y de acuerdo con la UNESCO, se considera que la mejor opción es optar por aquel modelo democrático que oriente sus acciones de educación sexual hacia un sentido más integral, una sexualidad centrada en lo positivo, sin miedos ni tabúes, vinculando la sexualidad con el placer, el deseo y el disfrute del cuerpo (Unis & Sällström 2020), y dando importancia y cabida a la afectividad, el apego, el cuerpo, etc. En definitiva, un modelo socio-psicobiológico (Carrera et al., 2012), o modelo emancipador y socio-político (Fallas, 2012), o modelo biográfico-profesional (López Sánchez, 2014), basado en el respeto a la biografía e identidad personal de cada individuo, que entre sus premisas desarrolle cuestiones de género, identidad, diversidad sexual y afectividad, etc., y sobre todo respete los derechos humanos de todas las personas (UNESCO, 2018).

De acuerdo con García Ruíz (2011, p. 51), la finalidad de un desarrollo integral es que todos los individuos se sientan bien, se acepten y expresen sus deseos como tal. Así, entender la sexualidad desde un enfoque más abierto (OMS, 2018) es aceptar que la sexualidad y sus dimensiones anexadas forman parte de la vida humana.

A continuación, hacemos una breve descripción de varios de los modelos señalados, aunque en esta investigación nos hemos centrado en el modelo integrador (UNESCO, 2015), puesto que nuestras preguntas de investigación están enfocadas a determinar que conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales tienen adolescentes y jóvenes en la actualidad, concibiendo la sexualidad desde un enfoque holístico que respeta los derechos del ser humano. En cada una de las preguntas, los temas a tratar, no hacen referencia únicamente a temas de prevención (embarazos no deseados, uso de métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión Sexual, etc.), concebida desde un punto de vista negativo, sino que se analizan los conocimientos, las actitudes y las prácticas, desde un enfoque más democrático, respetando las diferencias de género, e incluyendo temas que respetan la libertad sexual de todas las personas, diversidad sexual, así como temas enfocados al sexismo, el uso de las tecnologías con fines sexuales, etc.

A continuación se muestra una tabla que señala cada una de las premisas defendidas por cada uno de los modelos mencionados.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 2.5

Modelos de educación sexual

	MODELO DE RIESGOS	MODELO REVOLUCIONARIO
Objetivos	<p>Evitar:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Problemas de salud asociados a la actividad sexual -Caos en los servicios hospitalarios -Costos -Sufrimiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Transformación revolucionaria de la sociedad -Aumentar la conciencia crítica sobre la explotación social y la represión sexual -Reivindicación de la actividad sexual satisfactoria
Contenidos	<p>Información técnico-profesional sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Riesgos y consecuencias Conductas y métodos eficaces para la prevención 	<ul style="list-style-type: none"> -Análisis crítico de la sociedad capitalista y sus instituciones -Derecho universal a la sexualidad, con inclusión de todos los sectores poblacionales y minorías -Fisiología y psicología del placer: respuesta sexual humana -Superación de los roles de género
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> -Charlas aisladas o incluidas en planes de salud más amplios -Campañas publicitarias generales junto con otras dirigidas a grupos concretos de la población 	<ul style="list-style-type: none"> -Debates y análisis sociopolíticos -Inclusión generalizada de la educación sexual en el currículum formal escolar -Participación y apoyo de los servicios comunitarios
	MODELO MORAL	MODELO BIOGRÁFICO Y PROFESIONAL
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> -Principios morales asociados a concepciones religiosas -Educación para el amor y para el matrimonio -Evitación de riesgos mediante la abstinencia sexual (castidad y fidelidad) -Favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual -Potenciar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan la vivencia sexual según la biografía personal 	<ul style="list-style-type: none"> -Principios morales asociados a concepciones religiosas -Educación para el amor y para el matrimonio -Evitación de riesgos mediante la abstinencia sexual (castidad y fidelidad) -Favorecer la aceptación positiva de la propia identidad sexual -Potenciar el aprendizaje de conocimientos y habilidades que permitan la vivencia sexual según la biografía personal

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN

	MODELO MORAL	MODELO BIOGRÁFICO Y PROFESIONAL
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimientos anatómico- fisiológicos sobre la reproducción -Familia: vinculación afectiva y relacional -Normas y “formación del carácter” (aprender a decir no) Sexualidad como dimensión personal e interrelacional: placer, fecundidad, afectividad, comunicación -Conocimientos sexuales científicos -Habilidades de comunicación y toma de decisiones -Actitudes: erotofilia y tolerancia Ética relacional 	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimientos anatómico-fisiológicos sobre la reproducción -Familia: vinculación afectiva y relacional -Normas y “formación del carácter” (aprender a decir no) -Sexualidad como dimensión personal e interrelacional: placer, fecundidad, afectividad, comunicación -Conocimientos sexuales científicos -Habilidades de comunicación y toma de decisiones -Actitudes: erotofilia y tolerancia Ética relacional
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> -Transmisión de consignas y doctrinas definidas desde la ortodoxia de las creencias religiosas (catecismo) -Responsabilidad de los padres: asegurar una correcta educación sexual de sus hijos -Formación ético-moral de los educadores -Participación activa -Entrenamiento en habilidades -Diálogo y debate 	<ul style="list-style-type: none"> -Transmisión de consignas y doctrinas definidas desde la ortodoxia de las creencias religiosas (catecismo) -Responsabilidad de los padres: asegurar una correcta educación sexual de sus hijos -Formación ético-moral de los educadores -Participación activa -Entrenamiento en habilidades -Diálogo y debate
MODELO INTEGRAL		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> -Se imparte en entornos formales y no formales. -Trata de preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: <ul style="list-style-type: none"> -realizar su salud, bienestar y dignidad -Desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas -Considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás -Entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos. 	
Contenidos	<ul style="list-style-type: none"> -Salud sexual y reproductiva, tales como fisiología y anatomía sexual y reproductiva, pubertad y menstruación, reproducción, métodos anticonceptivos modernos, embarazo y parto; e ITS, incluidos el VIH y sida 	
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> -Amplitud y profundidad de temas. -Es gradual; no se trata de dar solo una lección o una intervención única, se trata de manera sistemática a lo largo del tiempo durante toda su educación, la nueva información se desarrolla sobre lo aprendido previamente, utilizando un enfoque de currículo en espiral. 	

Fuente: Adaptado de Fallas (2009, p. 40); López (2005) y UNESCO (2018).

2.4.1. Modelo moral y religioso

Se trata de uno de los enfoques más antiguos (López, 2005). También es conocido o designado por algunos autores como: “educación para la abstinencia, educación para el respeto, o educación para el matrimonio” (Fallas et al., 2012, p. 60), y se trata de una corriente caracterizada por emitir juicios de valor sobre lo que está bien y lo que está mal, sin respetar los derechos sexuales (UNESO, 2014).

López (2005), denomina este modelo como “promoción de la castidad” (p. 87). Al igual que ocurre con el modelo de riesgos, que se abordará a continuación, este modelo no nace con interés de educar para mejorar la vida sexual de las personas, sino que su fin es regular la sexualidad desde la moralidad católica. Para este enfoque, la educación sexual recae en los progenitores, la escuela y la iglesia. Esta concepción considera necesario a los padres en la educación sexual de sus hijos, coincidiendo con una de las teorías del modelo biográfico y profesional (López, 2011).

Para este enfoque, toda práctica sexual que no tenga como finalidad la procreación queda en lo que se conoce como moralmente “inaceptable”. De igual modo, desde esta perspectiva, todo aquello que esté relacionado con el placer, afectividad, relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, y aquellas relaciones sexuales fuera del matrimonio son concebidas como inmorales y obscenas (López, 2011). Entre sus objetivos se destacan (Fallas et al., 2012) “preparar para el matrimonio y enseñar los principios morales, enseñar a fortalecer la voluntad y la formación del carácter (para la abstinencia antes del matrimonio), neutralizar los mensajes liberales de los medios de comunicación, prevenir, con la abstinencia, los riesgos asociados a actividad sexual entre otros” (p. 60).

La metodología se centra únicamente en desarrollar medidas preventivas, haciendo alusión a la familia y el matrimonio. Como es obvio, este modelo no contempla la sexualidad como una dimensión integral. Entre sus tipologías no se incluyen conceptos propios de la diversidad afectivo-sexual. Los contenidos de este enfoque se centran en aspectos anatómicos, reproductivos, relaciones de familia, etc. Es destacable mencionar el hecho de que en este modelo, abordar la sexualidad en la etapa de infantil no tiene sentido, e incluso actualmente este modelo continúa siendo apoyado por algunos grupos religiosos o centros educativos moralistas (Fallas et al., 2012).

2.4.2. Modelo de riesgos

La OMS (2010), acentúa que la Educación Sexual siempre ha estado enfocada a transmitir valores acerca de los riesgos que supone la misma tales como: el embarazo no deseado y las I.T.S. Sin embargo, se trata de un enfoque negativo que niega la necesidad de información o adquisición de habilidades y con poca significatividad para sus vidas.

En palabras de Carrera et al. (2012), podemos resumir este modelo con la siguiente afirmación “Podéis gozar del placer mientras lo hagáis de forma higiénica, sin riesgos y con seguridad” (p. 7).

Este modelo, denominado también modelo del “buen comportamiento” (UNESCO, 2014, p. 29), es un enfoque que interviene cuando ya aparecen los síntomas de la enfermedad, debido a que la educación para mejorar la calidad de vida de los individuos y los grupos sociales no es considerada desde este enfoque como una preocupación propiamente médica (López, 2005, p. 84). Frente al surgimiento elevado y expandido de la considerada “epidemia del VIH”, aparece como medida preventiva, y la educación sexual aparece “como una necesidad social para evitar los riesgos que la actividad sexual conlleva” (López, 2005, p. 48). En definitiva, las premisas de este modelo surgen para evitar todos los riesgos que estén asociados con la actividad sexual y que conlleven un gasto, asociando indirectamente, la “sexualidad con la idea de peligro y proyecta una posición negativa de la sexualidad” (Fallas et al., 2012, p. 58).

Por tanto, estaríamos hablando de un modelo médico prevencionista y asistencial, pero con claros matices propios del modelo moralista. En este modelo de riesgos, lo que se venía considerando como tabú, ahora adquiere relevancia, concibiéndose como urgencia el abordaje de la misma. En palabras de Carrera et al. (2012) “se pasa de una actitud prohibitiva a una actitud permisiva, igual de mala o desaconsejable que la anterior” (p. 6). Esta afirmación ya era defendida por Amezúa (1978, p. 35), considerando que se había pasado de la “educastración” a la “deseducación”, entendiéndose que cuando algo se permite es porque está prohibido. La educación sexual es planteada y absorbida por la rama de educación para la salud (Ameca, 2001). Pero concebir la sexualidad únicamente desde el campo de la salud, conlleva una serie de riesgos (Carrera et al., 2012) como: “biologización de la sexualidad, como un único modelo válido una sexualidad heterosexual y genitalista, se niega o se silencia la sexualidad femenina, la sexualidad se convierte en el

sexo que se hace, se equipara con otras funciones biológicas humanas, hábitos o conductas mecánicas o repetitivas y se utiliza el miedo como principal recurso para el aprendizaje” (p. 8).

De acuerdo con los autores (Fallas et al., 2012), es un modelo utilizado por las instituciones de salud, educativas y judiciales y, actualmente, este modelo se muestra en las campañas publicitarias con temas como el uso del tabaco, uso del preservativo, prevención del VIH, etc. Estamos de acuerdo con López, (2001, p. 85) al considerar que este paradigma no es suficiente, puesto que “no enfoca la sexualidad de manera positiva”, es decir, ofrece conocimientos muy restringidos y no fomenta una actitud objetiva hacia las pluralidades de la sexualidad.

2.4.3. Modelo biográfico y profesional

Frente a los enfoques que desarrollan la educación sexual basados en el modelo moral (o modelo preventivo) o en el modelo de riesgos (o modelo permisivo), lo ideal es evolucionar hacia un modelo integrador (UNESCO, 2015) y democrático, denominado por algunos autores como modelo biográfico y profesional o modelo sociopsicobiológico (Carrera et al., 2012), educación sexual comprensiva-completa (Ferguson et al., 2008) o modelo emancipador y sociopolítico (Fallas, 2012). Hablamos de una sexualidad integral, definida como “un enfoque culturalmente relevante y apropiado a la edad del participante, que enseña sobre el sexo y las relaciones interpersonales a través del uso de información científicamente rigurosa, realista y sin prejuicios de valor” (UNESCO, 2015, p. 7).

Este modelo, incorpora los matices positivos de los modelos anteriores. Estaríamos ante un enfoque que parte de la premisa de que la educación sexual es un derecho de la persona y, por lo tanto, es algo incuestionable (Amezúa, 1999).

Dentro de este enfoque, la sexualidad está concebida desde el placer y la afectividad, abordándose la sexualidad como una dimensión de la persona que “merece la pena promocionar y cultivar” (Carrera et al., 2012, p. 10). Se trata de un paradigma que busca que todas las personas tengan una vida sexual placentera, sea casado o soltero. Entre sus fines está promocionar las diversas posibilidades que tiene la vivencia de la sexualidad. En definitiva, la finalidad de un modelo integral, permite garantizar que los jóvenes adquieran una educación sexual útil para la vida y que les permita tener unos conocimientos y habilidades que les ayude a tener unas decisiones sanas y respetuosas de su propia sexualidad (UNESCO, 2018).

Actualmente este modelo es utilizado por profesionales del sector educativo y está retomando cada vez mayor relevancia por sus características y trascendencias. A día de hoy, ya existen pruebas que evidencian que educar de manera integral la sexualidad, ejerce un efecto positivo en la salud sexual y reproductiva: disminuyen las Infecciones de Transmisión Sexual, el VIH, los embarazos no deseados (Haberland, 2015), mejora la autoestima y modifica actitudes en cuanto al género y las normas sociales (UNESCO, 2015). Al contrario de lo que otros autores puedan considerar, no incita a iniciar relaciones sexuales, sino que influye positivamente sobre la conducta sexual y aplaza el primer acto sexual (UNESCO, 2018), aumenta el uso del preservativo (Fonner et al., 2014; UNESCO, 2018), e incrementa actitudes hacia los jóvenes con el fin de que tengan más confianza en sí mismos (Unterhalter et al., 2014).

2.4.4. Modelo integral

Algunos autores como Barragán et al. (2009), Padrón et al. (2009), hacen especial hincapié en la dimensión socio-antropológica del hecho sexual humano, coincidiendo con las realidades sociales y los sistemas de valores actuales. Así, la Educación Sexual debe considerarse parte de las Ciencias Sociales, ya que es antropológica, social y ética (Heras Sevilla et al., 2017).

Internacionalmente, se está generalizando la corriente denominada educación sexual integral (EIS) (Grossman et al., 2015; Wesley et al., 2016). La UNESCO (2018, p. 15) la define como “un proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad”. Entre sus objetivos principales, destaca:

Preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos. (p. 16)

Este enfoque holístico y democrático, parte del reconocimiento de que somos seres sexuados, y por tanto es necesario trabajar la sexualidad desde diferentes dimensiones del ser humano (bienestar físico, emocional, mental y social). En la Tabla 2.5, se muestra cada uno de los modelos citados, así como los objetivos y metodología para enfocar la sexualidad.

2.5. SALUD SEXUAL Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A pesar de que la sexualidad tiene multitud de finalidades, dependiendo de la cultura, la persona, la época, la etapa, etc., existen tres funciones esenciales (Castellanos et al., 1997):

- **Función reproductiva:** Es la capacidad del hombre y la mujer de evolucionar, biológica y personalmente en cuanto a las actitudes, los conocimientos y las decisiones de ser madres y padres, así como los deberes correspondientes en la atención, la protección, los lazos afectivos y la educación de la descendencia durante muchos años.
- **Función erótico-placentera:** Capacidad del ser humano de separar de forma consciente la reproducción del placer sexual. Se trata de una sexualidad basada en la concepción del placer como tal, sin temor a la culpa por el mero hecho de disfrutar y gozar de la misma.
- **Función comunicativa-afectiva:** Posibilidad que ofrece la sexualidad de abandonar la soledad personal, para establecer el encuentro, el contacto e intimidad con otro ser humano mediante vínculos emocionales y sentimentales.

2.5.1. Salud sexual y reproductiva

Es en el año 1990, cuando se reconoce internacionalmente el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, empezando a formar parte ambos temas en las políticas de desarrollo sustentable y equitativo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

La salud sexual “es la integración de aspectos somáticos, afectivos e intelectuales del sexuado, de modo tal que de ella derive el enriquecimiento y el desarrollo de la persona humana, la comunicación y el amor” (Barriga-Jiménez, 2013, p. 98). La OMS, establece que la salud sexual está enfocada al bienestar físico, mental y social que se tiene en la sexualidad. Este planteamiento queda establecido dentro de la declaración de los derechos humanos (OMS, 2018), donde se expone: acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, buscar, recibir y transmitir información relacionada con la sexualidad, respeto de la integridad corporal, elegir libremente a la pareja, decidir participar en actividades sexuales o no, las relaciones sexuales consensuadas, el matrimonio consensuado, decidir si tener hijos o no, cuándo y cuántos, gozar de una vida sexual satisfactoria, segura y placentera. (p. 15).

CAPÍTULO 2. LA SEXUALIDAD Y SU EDUCACIÓN

Desde 1974, la OMS ha estado trabajando en el área de la salud sexual, y actualmente existe un reconocimiento mundial de la importancia de abordarla mediante normas, programas, tratados y pactos internacionales (OMS, 2016).

Es importante no caer en el error de entender únicamente la salud sexual como prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.), sino que, como hemos señalado, se debe tener en cuenta tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales relacionados con nuestra vida sexual. Es importante señalar que avalar los derechos reproductivos, no conlleva que garantizar los derechos sexuales. En este sentido, organizaciones y movimientos sociales como “Amnistía Internacional”, “Human Rights Watch” (Observatorio de Derechos Humanos) o los grupos LGTB (Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales), destacan que aún no existen políticas públicas dirigidas a la salud sexual concebida desde el respeto a los derechos humanos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). Por este motivo, existen numerosas reivindicaciones de estos y otros movimientos sociales (el movimiento internacional de mujeres) que solicitan la mejora de esta, y actuar bajo los principios de respeto e igualdad.

En la legislación española, existen algunas directrices y decretos sobre salud sexual, igualdad de oportunidades, violencia contra las mujeres, acoso y violencia sexual. En este sentido, y según orden cronológico, cabe citar los planteamientos legislativos en los que se hace alusión a estas premisas, tales como (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011):

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal que en su articulado recoge aquellos delitos que atentan contra la libertad e indemnidad sexual, en concreto, las agresiones sexuales, los abusos sexuales y el acoso sexual.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

- Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida en España.
- I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad aprobado por el Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2006.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en la que se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.
- Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011), aquellas acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, 11 de mayo de 2011.
- Plan integral de lucha contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual 2015-2018.

Por otro lado, la salud reproductiva comenzó a tener mayor auge a partir de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994, donde se manifestó la participación de los hombres en la salud sexual y reproductiva.

Se trata de un concepto que ha evolucionado y mejorado sustancialmente. La OMS (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2006), ya la definía como “un estado de bienestar físico, mental y social completo y no sólo la ausencia de enfermedades o de problemas en el proceso reproductivo” (p. 31). Esta definición, ha sido ampliada por la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, refiriendo y respetando la capacidad reproductiva de la persona de tener una vida sexual segura, siendo libre de decidir si quiere tener hijos y de cuándo tenerlos (BOE nº 22).

2.5.2. Derechos sexuales y reproductivos

La sexualidad no se ha enfocado de la misma manera en todos los países y culturas. Hay países que han creado leyes para cuestiones “ético- sexuales”; leyes que protegen los matrimonios homosexuales, acogida de niños por familias monoparentales, etc.

Por otro lado, “existen todavía hoy en día, países que no contemplan estos hechos, careciendo de leyes que podríamos catalogar como inflexibles, incluso hay que destacar que las relaciones homosexuales están penalizadas en 80 países con pena de muerte” (Morgade, 2016, p. 22). Los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los propios derechos humanos, con el fin de garantizar que los seres humanos opinemos sobre nuestra sexualidad y vida reproductiva con total libertad, confianza y seguridad (Fundación Huésped, s.f.). La primera Declaración de los derechos sexuales tuvo lugar en el XIII Congreso Mundial de Sexología en el año 1997, celebrado en la ciudad de Valencia (España).

La OMS (2006), entiende que es prioritario partir de los derechos sexuales que el ser humano posee, algunos de los cuales son: derecho a la libertad sexual, a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo, a la privacidad sexual, a la equidad sexual o al placer sexual entre otros. Sin embargo, todavía existen países como Inglaterra, donde únicamente usan el término “sex” para aludir únicamente a la “actividad sexual” (OMS, 2006, p. 4), sin concebir todos los elementos que conllevan el uso de este término, tal y como se ha comentado con anterioridad.

Actualmente la mayoría de los países han aceptado tratados internacionales, mediante los cuales se comprometen a respetar los derechos humanos y a su vez, los derechos sexuales y reproductivos. De acuerdo con la Declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (WAS), el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, (ciudad de Hong Kong), los derechos sexuales son universales y deben respetar el principio de libertad, dignidad e igualdad en cada ser humano.

Con el fin de garantizar el desarrollo de una sexualidad saludable, es necesario no solo partir del reconocimiento de los derechos sexuales, sino éstos sean “respetados y defendidos por toda la sociedad con todos sus medios” (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011, p. 15). Estos derechos sexuales, hacen referencia a: El derecho a la libertad sexual, el derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo, el derecho a la privacidad sexual, el derecho a la equidad sexual. el derecho al placer sexual, el derecho a la expresión sexual emocional, el derecho a la libre asociación sexual, el derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, el derecho a información basada en el conocimiento científico , el derecho a la educación sexual integral y el derecho a la atención de la salud sexual.

En el año 1992 fue creada la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), con carácter multigubernamental con la finalidad de promover el diálogo y cooperación en materia de juventud entre 17 países iberoamericanos (Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay y Venezuela). Esta organización diseñó (firmado en el año 2005 y que entró en vigor en el año 2008) el único tratado internacional donde se recogen los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las personas jóvenes. El mismo fue actualizado en el año 2016, mediante el “Tratado Internacional de los derechos de la juventud” y en su preámbulo se recoge que, mediante esta última directriz, los Estados miembros reconocen (p. 15):

- Que el derecho a la educación también comprende el derecho a la educación sexual como parte del desarrollo personal, afectivo y expresión comunicativa, así como la información relativa la reproducción y sus consecuencias.
- La educación sexual desde todos los niveles educativos, con el fin de crear conductas responsables aceptación e identidad, y prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH, los embarazos no deseados y el abuso o violencia sexual.
- Implementación de políticas de educación sexual, estableciendo planes y programas que aseguren la información y el pleno y responsable ejercicio de este derecho.

En este tratado aparecen un gran número de artículos de gran relevancia en relación con el tema que nos ocupa (p. 15-28):

- Artículo 6. Derecho a la igualdad de género.
- Artículo 11. Derecho a la protección contra los abusos sexuales.
- Artículo 14. Derecho a la identidad y personalidad propias.
- Artículo 15. Derecho al honor, intimidad y a la propia imagen.
- Artículo 16. Derecho a la libertad y seguridad personal.
- Artículo 17. Libertad de pensamiento, conciencia y religión.
- Artículo 18. Libertad de expresión, reunión y asociación.
- Artículo 20. Derecho a la formación de una familia.

- Artículo 22. Derecho a la educación, contribuyendo al desarrollo continuo e integral de los jóvenes.
- Artículo 23. Derecho a la educación sexual.
- Artículo 25. Derecho a la salud.

2.6. LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LAS LEYES EDUCATIVAS ESPAÑOLAS Y DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA ANDALUZA

Han pasado ya más de diez años, desde que se crease el documento Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad, (UNESCO, 2010) con la finalidad de apoyar a los países en la implementación de programas eficaces de educación en sexualidad, para cubrir las necesidades de los más vulnerables.

Sin embargo, y a pesar de los numerosos intentos de establecer una educación afectiva sexual integral en España, de acuerdo con la coordinadora Estatal de Organizaciones feministas (2016), podemos señalar que todavía existen importantes ausencias en el ámbito de la educación afectivo-sexual en el Estado español. Desde que, en 1990, mediante la LOGSE, se reconociese la Educación Sexual como un derecho fundamental para poder vivir una sexualidad satisfactoria, responsable sana y sin discriminaciones, podemos afirmar que ésta continúa a caballo entre la concepción de la sexualidad con fines reproductivos, o un modelo más democrático y libre que respeta los derechos de todas las personas y por tanto se adapta a las realidades sociales.

En la actualidad, las leyes continúan siendo inmunes a una educación sexual desde el ámbito educativo (Díez, 2018), a pesar de haber tenido hasta cinco leyes educativas desde la promulgación de la Constitución de 1978 en España, tal y como se comenta a continuación.

2.6.1. Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1990)

La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo 1/1990, de 3 de octubre (BOE núm. 238 de 4 de octubre de 1990), surge por la derogación a la Ley General de Educación de 1970

(LGE). Analizándola desde su preámbulo, descubrimos que alude a la necesidad de adaptarse a los rápidos cambios de la sociedad, mediante la formación de los nuevos ciudadanos del próximo siglo. Por tanto, menciona como prioridad ofrecer una nueva dimensión a la juventud, promoviendo las medidas y mejoras necesarias para garantizar su calidad de vida, y como tal reformando el sistema de acuerdo con estas necesidades.

De la misma manera, remarca como objetivo primero y fundamental de la educación (BOE nº 238):

Proporcionar a niños, niñas y jóvenes, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. (p. 28927)

En el artículo 1 (Título Preliminar, p. 28930), se expresa como principio fundamental, y tal como ya se establecía en la Constitución (1978), conseguir:

- a) Pleno desarrollo de la personalidad del alumno.
- b) La formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de convivencia. (p. 28928)

Es en los artículos 2 (Título Preliminar) y 57 (Título IV. De la Calidad de la Enseñanza) donde se hace mención por primera vez a la eliminación de todo tipo de estereotipos sexistas en general, se menciona: “la efectiva igualdad de derechos entre los sexos, el rechazo a todo tipo de discriminación, y el respeto a todas las culturas” (artículo 1, p. 28927). En cuanto a la elaboración de los materiales didácticos se describe: “se propiciará la superación de todo tipo de estereotipos discriminatorios, subrayándose la igualdad de derechos entre los sexos” (artículo 57).

2.6.2. Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002)

Poco hay que añadir con respecto a educación afectivo-sexual en esta ley. Se trata de una ley, que a pesar de que remarca la importancia de una educación de calidad para todos, y concibiendo la misma como vital para conseguir un desarrollo pleno individual y social, en materia afectivo-sexual no existen avances, creándose un importante retroceso con respecto la Ley derogada (LOGSE) (Díez, 2018), donde sí se recogen los derechos, la libertad y la igualdad de todos los sexos.

2.6.3. Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006)

Para algunos autores, es la ley que más ha apostado por introducir la educación afectivo-sexual entre sus artículos (Díez, 2018).

En el primer párrafo del preámbulo, podemos leer (BOE nº 206):

Las sociedades actuales conceden gran importancia a la educación que reciben sus jóvenes, en la convicción de que de ella dependen tanto el bienestar individual como el colectivo. La educación es el medio más adecuado para construir su personalidad, desarrollar al máximo sus capacidades, conformar su propia identidad personal y configurar su comprensión de la realidad, integrando la dimensión cognoscitiva, la afectiva y la axiológica. (p. 17158)

A diferencia del resto de legislación, podemos encontrar, más de diez veces en sus directrices la palabra afectivo. Incluso se trata de una legislación que denota preocupación por el desarrollo integral del alumnado, ya que introduce como novedad la materia de Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos, para la Educación Secundaria Obligatoria, centrandone una especial atención a la igualdad entre hombres y mujeres, facilitando la incorporación de contenidos referentes a la sexualidad, asignatura que no tardaría en acarrear una importante polémica al respecto.

Para el nivel educativo que nos ocupa, entre los objetivos se expone (BOE nº 295):

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado de los seres vivos y el medio ambiente, contribuyendo a su conservación y mejora. (p. 17168)

2.6.4. Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE, 2013)

En la LOMCE (Ley para la Mejora de la Calidad Educativa, 8/2013, de 9 de diciembre), se señala (en su preámbulo) que los Centros Educativos deben promover y fomentar valores como el respeto y la igualdad con el fin de conseguir una sociedad más justa, y así lo especifica en el preámbulo (BOE, nº 295):

La realidad familiar en general, y en particular en el ámbito de su relación con la educación, está experimentando profundos cambios. Son necesarios canales y hábitos que nos permitan restaurar el equilibrio y la fortaleza de las relaciones entre alumnos y alumnas, familias y escuelas. (p. 97859)

Asimismo, se abordan aspectos relativos a la educación afectivo-sexual para los alumnos/as que se encuentren en la Educación Secundaria Obligatoria. Según esta ley, se deberán trabajar aquellas capacidades que les permitan (BOE nº 295, p. 97897):

- Asumir responsablemente sus deberes, conocer y ejercer sus derechos en el respeto a los demás, practicar la tolerancia, la cooperación y la solidaridad entre las personas y grupos, ejercitarse en el diálogo afianzando los derechos humanos y la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres, como valores comunes de una sociedad plural y prepararse para el ejercicio de la ciudadanía democrática.
- Valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos.
- Fortalecer sus capacidades afectivas en todos los ámbitos de la personalidad y en sus relaciones con los demás, así como rechazar la violencia, los prejuicios de cualquier tipo, los comportamientos sexistas y resolver pacíficamente los conflictos.
- Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias y afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales.
- Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad.
- Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud y el consumo.

2.6.5. Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE, 2020)

La Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOMLOE) es la ley de educación general que, desde el 20 de diciembre, está vigente en España. En ella, se modifican artículos expuestos previamente en la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE), y se añaden nuevos artículos y apartados que hacen referencia a una educación menos discriminatoria, basada en el respeto hacia todo el alumnado, respetando la diversidad afectivo-sexual, así como las diferencias. Incluye entre sus textos la igualdad de género y promueve la educación para la salud, la educación afectivo-sexual y la prevención de la violencia de género. En el preámbulo señala que “las sociedades deben conceder gran importancia a la educación que reciben sus jóvenes, en la convicción de que de ella dependen tanto el bienestar individual como el colectivo” (p. 17264).

Al artículo 1 de la LOE (2006), en el que se señala la necesidad de “el cumplimiento de los derechos de la infancia según lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, su derecho a la educación, a no ser discriminado y a participar en las decisiones que les afecten y la obligación del Estado de asegurar sus derechos” (p. 122880), la nueva Ley añade:

a bis) La calidad de la educación para todo el alumnado, sin que exista discriminación alguna por razón de nacimiento, sexo, origen racial, étnico o geográfico, discapacidad, edad, enfermedad, religión o creencias, orientación sexual o identidad sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. (p. 122880)

De igual modo, la modificación de los artículos de esta ley con respecto a la anterior muestra la importancia que confiere a la no discriminación e igualdad de derechos y oportunidades. En este sentido, modifica la redacción de la letra b) del apartado 1 y el apartado 2 del artículo 2 también focalizado en la no discriminación por cualquier condición o circunstancia:

b) La educación en el respeto a los derechos y libertades fundamentales, en la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres y en la igualdad de trato y no discriminación de las personas por razón de nacimiento, origen racial o étnico,

religión, convicción, edad, de discapacidad, orientación o identidad sexual, enfermedad, o cualquier otra condición o circunstancia. (p. 122881)

También modifica el apartado e) del artículo 13 y se añade:

h) “Promover, aplicar y desarrollar las normas sociales que promueven la igualdad de género”. (p. 122885)

La acción educativa se adaptará a los ritmos de aprendizaje de todos los alumnos, así como (apartado 3 del artículo 16):

d) Conocer, comprender y respetar las diferentes culturas y las diferencias entre las personas, la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres y la no discriminación de personas por motivos de etnia, orientación o identidad sexual, religión o creencias, discapacidad u otras condiciones. (p. 122886)

k) Valorar la higiene y la salud, aceptar el propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias (...) como medios para favorecer el desarrollo personal y social. (p. 122888)

En cuanto a la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), en la Ley se recoge que se propiciará la educación emocional y en valores. Además, se expone que “deberá fomentarse de manera transversal la educación para la salud, incluida la afectivo-sexual, la igualdad entre hombres y mujeres, la formación estética y el respeto mutuo” (p. 122874).

De igual modo, cuando se trata la organización de los cursos desde primero a tercero de Educación Secundaria Obligatoria (Artículo 24), se indica que “se fomentarán de manera transversal la educación para la salud, incluida la afectivo-sexual, la formación estética, la igualdad de género y el respeto mutuo y la cooperación entre iguales” (p. 122892). En la educación secundaria se orientará hacia:

b) Consolidar una madurez personal, afectivo-sexual y social que les permita actuar de forma respetuosa, responsable y autónoma y desarrollar su espíritu crítico. Prever, detectar y resolver posibles situaciones de violencia. (p. 122897)

c) Fomentar la igualdad efectiva de derechos y oportunidades de mujeres y hombres, (...) impulsar la igualdad real y la no discriminación por razón de nacimiento, sexo, origen racial o étnico, discapacidad, edad, enfermedad, religión o creencias, orientación sexual o identidad de género o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. (p. 122897)

En cuanto a la finalidad de la educación secundaria, la LOMLOE (2020) pone mayor énfasis en temas relativos a la salud y a la sexualidad. Así, en el artículo 23, con respecto a la LOE (2006), añade que los alumnos deberán:

k) Conocer y aceptar el funcionamiento del propio cuerpo y el de los otros, respetar las diferencias, afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales e incorporar la educación física y la práctica del deporte para favorecer el desarrollo personal y social. Conocer y valorar la dimensión humana de la sexualidad en toda su diversidad. Valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo, el cuidado, la empatía y el respeto hacia los seres vivos, (...) (p. 122880)

l) El desarrollo de la igualdad de derechos, deberes y oportunidades, el respeto a la diversidad afectivo-sexual y familiar, el fomento de la igualdad efectiva de mujeres y hombres a través de la consideración del régimen de la coeducación de niños y niñas, la educación afectivo-sexual, adaptada al nivel madurativo, y la prevención de la violencia de género, así como el fomento del espíritu crítico y la ciudadanía activa. (p. 122881)

En el artículo 83, relativo al fomento de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, destaca que los centros educativos deberán incluir y justificar en sus proyectos educativos, las medidas establecidas para favorecer una educación para la eliminación de la violencia de género, el respeto por las identidades, culturas, sexualidades y su diversidad, así como la participación activa para hacer realidad la igualdad.

2.6.6. Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía

La Ley 9/2018, de 8 de octubre, de modificación de la Ley 12/2007, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, en su artículo 15, determina que se garantizará la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres en todos los ámbitos, y en su artículo 6 establece que (BOJA, nº 269):

Las administraciones educativas deben fomentar el desarrollo de la igualdad efectiva entre hombres y mujeres, la prevención de la violencia de género o contra personas con discapacidad y los valores inherentes al principio de igualdad de trato y no discriminación por cualquier condición o circunstancia personal o social. (p. 108207)

2.6.7. INSTRUCCIÓN 9/2020, DE 15 DE JUNIO, de la dirección general de ordenación y evaluación educativa, por la que se establecen aspectos de organización y funcionamiento para los centros que imparten Educación Secundaria Obligatoria promoción y titulación en Educación Secundaria Obligatoria

La Instrucción 9/2020, de 15 de junio sobre la organización y funcionamiento de los centros que imparte Educación Secundaria Obligatoria, propone algunas concreciones en aspectos relativos al alumnado de hoy, quien en el futuro necesitará desarrollar “capacidades de inteligencia emocional (habilidades sociales, control de las emociones, integridad, tolerancia, optimismo, empatía, et.), capacidad de responsabilidad, iniciativa, perseverancia (hábitos de vida saludable y deporte), equilibrio físico, mental y espiritual (cuidado de nuestro cuerpo) etc.” (p. 19)

Referente a las materias del bloque de asignaturas troncales, la Instrucción recoge que la enseñanza de la Biología y Geología deberá desarrollar en el alumnado:

6. Actitudes y hábitos favorables a la promoción de la salud personal y comunitaria, facilitando estrategias que permitan hacer frente a los riesgos de la sociedad actual en aspectos relacionados con la alimentación, el consumo, las drogodependencias y la sexualidad. (p. 3)

7. Comprender la importancia de utilizar los conocimientos de la Biología y Geología para satisfacer las necesidades humanas y participar en la necesaria toma de decisiones en torno a problemas locales y globales a los que nos enfrentamos. (p. 287)

Especialmente durante el primer ciclo de la E.S.O., y más concretamente en 3º de la ESO, la materia de Biología y Geología tiene como núcleo central la salud y su promoción. El principal objetivo es que los alumnos y alumnas:

Adquieran las capacidades y competencias que les permitan cuidar su cuerpo tanto a nivel físico como mental, así como valorar y tener una actuación crítica ante la información y ante actitudes sociales que puedan repercutir negativamente en su desarrollo físico, social y psicológico. (p. 7)

En cuanto a los contenidos impartidos en Biología y Geología de 3º de la E.S.O., en el bloque 2, se abordará el tema de “Las personas y la salud” en el que se desarrollarán contenidos relativos a la organización general del cuerpo humano; las enfermedades infecciosas y no infecciosas; la higiene y prevención; las sustancias adictivas como : el tabaco, el alcohol y otras drogas, la reproducción humana,; anatomía y fisiología del aparato reproductor; cambios físicos y psíquicos en la adolescencia; el ciclo menstrual; la fecundación, embarazo y parto; análisis de los diferentes métodos anticonceptivos; técnicas de reproducción asistida; enfermedades de transmisión sexual y su prevención; la respuesta sexual humana.; sexo y sexualidad; salud e higiene sexual.

En los criterios de evaluación de Biología y Geología de 3º de la E.S.O también se recogen aspectos relativos a la salud y la sexualidad. Así, se señala que los alumnos deberán:

Descubrir a partir del conocimiento del concepto de salud y enfermedad, los factores que los determinan; clasificar las enfermedades y valorar la importancia de los estilos de vida para prevenirlas; determinar las enfermedades infecciosas no infecciosas más comunes que afectan a la población, causas, prevención y tratamientos; identificar hábitos saludables como método de prevención de las enfermedades; referir los aspectos básicos del aparato reproductor, diferenciando entre sexualidad y reproducción; reconocer los aspectos básicos de la reproducción humana y describir los acontecimientos fundamentales de la fecundación,

embarazo y parto; comparar los distintos métodos anticonceptivos, clasificarlos según su eficacia y reconocer la importancia de algunos ellos en la prevención de enfermedades de transmisión sexual; recopilar información sobre las técnicas de reproducción asistida y de fecundación in vitro; valorar y considerar su propia sexualidad y la de las personas que le rodean, transmitiendo la necesidad de reflexionar, debatir, considerar y compartir. (p. 8-10)

En el currículum de los alumnos de ESO también existe la asignatura troncal “Ciencias Aplicadas a la Actividad Profesional”. Se trata de una materia que permite el conocimiento científico para capacitar a aumentar el control sobre su salud y mejorarla. Les permite comprender y valorar el papel de la ciencia y sus procedimientos en el bienestar social, de aquí la importancia de esta materia, ya que ofrece al alumnado la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos en Química, Biología o Geología a cuestiones cotidianas y cercanas (p. 12).

En cuanto a materias de libre configuración autonómicas, se ofrece la asignatura “Cambios Sociales y Género”. Se trata de una materia del bloque de asignaturas de libre configuración autonómica que se imparte en cada uno de los cursos del primer ciclo de la Educación Secundaria Obligatoria. Sus objetivos se centran en hacer realidad una sociedad más igual, libre y justa para hombres y mujeres, mediante la adquisición de mayores niveles de autonomía personal y un replanteamiento en las relaciones de género. La asignatura fomenta la educación emocional, ayuda a construir una identidad personal y un autoconcepto equilibrado entre los deseos más íntimos y las alternativas que se ofrecen. El alumnado valorará de forma positiva las actitudes y comportamientos que favorecen unas relaciones interpersonales completas y satisfactorias, independiente del sexo.

Mediante la misma, se propiciará el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales capacitando al alumnado para vivir en una sociedad democrática, con una apuesta decidida en contra de cualquier discriminación negativa en razón de sexo, se fomentará un uso correcto de las nuevas tecnologías, proporcionando herramientas a alumnos y alumnas para percibir la manipulación a la que, muchas veces, someten los medios de comunicación de masas; y favorece un uso responsable del tiempo libre y el ocio donde se respete la dignidad de todas las personas y no se introduzcan comportamientos misóginos y sexistas. (p. 263).

Una segunda materia de libre configuración autonómica es “Educación para la Ciudadanía y los Derechos Humanos” en 3º de Educación Secundaria Obligatoria. Se incluyen, entre otros contenidos, los relativos a las relaciones humanas y a la educación afectivo-emocional. Los contenidos no se presentan de modo cerrado y definitivo, con el fin de fortalecer la autonomía de alumnos y alumnas para analizar, valorar y decidir desde la confianza en sí mismos, contribuyendo a que construyan un pensamiento y un proyecto de vida propios.

2.7. EXPERIENCIAS EN EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. GUIAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Países como Argentina, Uruguay, Colombia, República Dominicana, Cuba, Perú y México, también han formulado marcos legislativos que hacen obligatoria la impartición de la Educación Sexual Integral, y desde hace 50 años, Europa Occidental ha incorporado programas de Educación Sexual en las escuelas, lo que explica sus reducidas tasas de natalidad en relación a otros países pertenecientes a Europa Oriental y Asia Central (UNESCO, 2015). Sin embargo, de acuerdo con UNESCO (2014), todavía son pocos los programas de educación sexual que respetan los derechos humanos. En este sentido, los jóvenes expresan frustración por la falta de información sexual que se incluyen en los programas de educación sexual; los jóvenes de minorías sexuales y de género, en particular, se sienten ignorados por los enfoques actuales (Kantor & Lindberg, 2020). En este sentido, enfocar los programas de sexualidad hacia la prevención y los riesgos, no se adecúa hacia los intereses y necesidades de los jóvenes, impidiendo que los mismos tengan un impacto positivo en sus comportamientos (OMS, 2010).

De acuerdo a la OMS, (2010), desde una perspectiva histórica global, los programas de educación sexual que se han diseñado, pueden agruparse en tres categorías:

- Programas enfocados a la abstinencia del coito antes del matrimonio (tipo 1).
- Programas donde se incluye la a abstinencia como una opción, pero donde también se presta atención a la contracepción y a las prácticas de sexo seguro (tipo 2).
- Programas que incluyen elementos del tipo 2 y también amplias perspectivas de desarrollo personal y sexual. Llamados programas de educación sexual holística (tipo 3).

En este sentido, es posible encontrar amplitud de guías educativas, folletos y publicaciones sobre Educación Sexual que focalizan la atención en la prevención de prácticas sexuales y/o de riesgo, pero que, a menudo, obvian muchos aspectos anulando otros temas de interés relacionados íntimamente con la sexualidad humana (UNESCO, 2018).

Según el último informe elaborado por la UNESCO (2018), las características para que un programa sea efectivo, y tengan un impacto positivo en los conocimientos, las actitudes o conductas, incluso en entornos variados (Fonner et al., 2014; Kirby et al., 2007), debe reunir las siguientes condiciones: decidir cuándo utilizar un programa independiente o integrado; Incluir sesiones múltiples secuenciales a lo largo de varios años; hacer pruebas piloto del currículo de EIS; emplear métodos de aprendizaje participativos que involucren de manera activa a niños y jóvenes y que los ayude a internalizar e integrar la información; elegir educadores capaces y motivados para implementar el currículo en establecimientos educativos y entornos no formales; proporcionar a los educadores sensibilización, aclaración de valores, capacitación de calidad antes y durante sus funciones y oportunidades de desarrollo profesional continuo; garantizar confidencialidad, privacidad y un entorno seguro para niños y jóvenes; Implementar iniciativas de componentes múltiples; evaluar el uso de los medios digitales como mecanismo de impartición apropiado y mantener la calidad cuando se reproduzca un programa de EIS (p. 102)

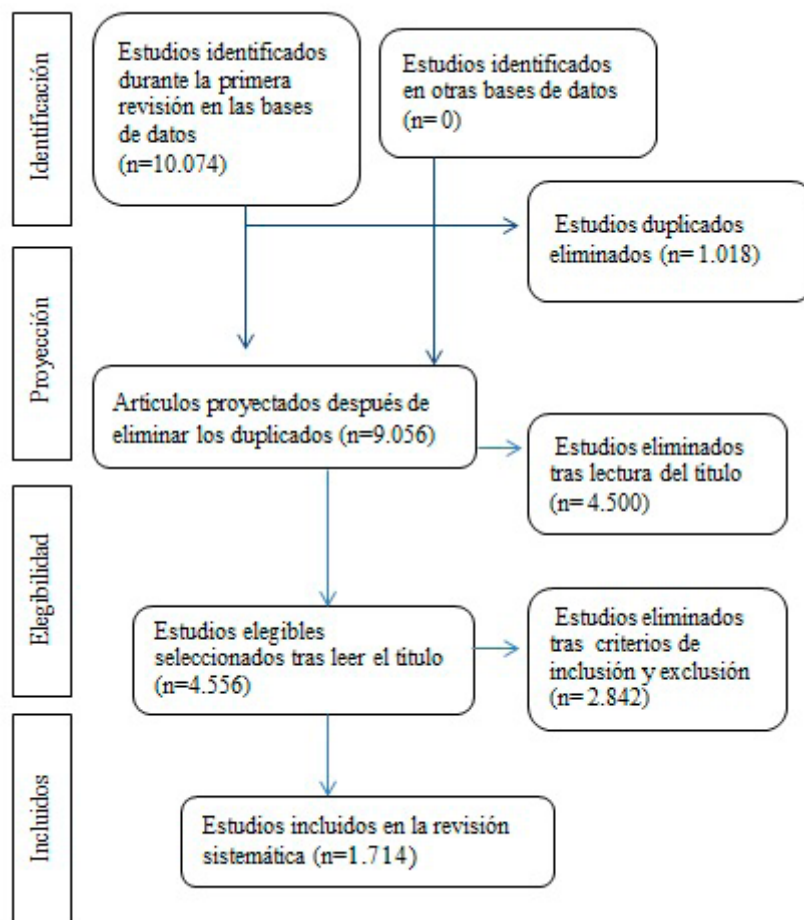
Hemos llevado a cabo una revisión de programas y guías de sexualidad, dirigidos a adolescentes y jóvenes de educación afectivo-sexual a nivel internacional y en España, mediante las palabras clave “guías”, “programas sexualidad”, “sexuality guides” que se han desarrollado en España e internacionalmente en los últimos años (Anexo I). Los estudios obtenidos tras las palabras clave mencionadas, eran analizados con detenimiento, así que hubo que incluir nuevos criterios de exclusión, eliminado aquellos estudios que presentaban poca relevancia académica, bajo índice de citas, duplicados y comprendiesen los últimos veinte años. Tras seleccionar finalmente 1.714 estudios para su análisis, se recopilaron aquellas guías que, tras su revisión se ajustaban a los fines de esta investigación. En las guías y programas que se recogen en el Anexo I, se puede observar que en la mayoría de ellos, incluso aquellos que son menos actuales (por ejemplo el Programa Harimaguada, 1994), se hace referencia a temáticas relacionadas con la identidad sexual, con el fin de eliminar elementos discriminatorios de género principalmente.

En las tablas que hemos elaborado para su descripción (Anexo I) se detallan el tipo de enfoque y las características de cada uno de los programas que se han diseñado para jóvenes y adolescentes. Además, también se identifica si a lo largo de los años los programas han evolucionado desde un enfoque dirigidos a la abstinencia, la prevención, los riesgos sexuales, o si por el contrario se adaptan a las necesidades actuales y se diseñan en base a una educación sexual integral, respetando la diversidad sexual, adecuado a cada edad y a cada etapa del desarrollo, tratando temas igualmente de importantes como el placer, la afectividad, el bienestar sexual, etc.

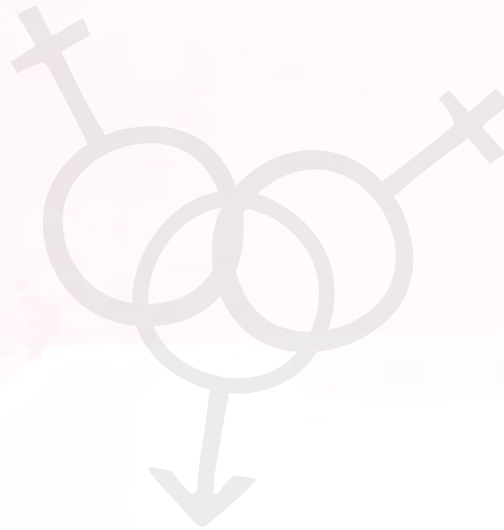
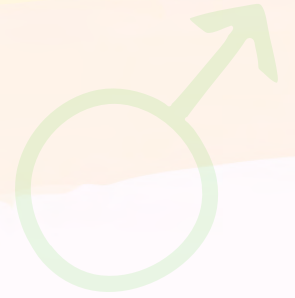
De acuerdo con Páramo (2020), se recomienda presentar el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con la finalidad de ofrecer una representación gráfica de los documentos que se han revisado y se han mencionado con anterioridad.

Figura 2.10

Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Adaptado de Páramo (2020). Como elaborar una revisión sistemática (p. 8).



*“Lo que en la juventud se aprende,
toda la vida dura”*

Francisco de Quevedo



CAPÍTULO 3.

ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD



CONTENIDO DEL CAPÍTULO 3

- 3.1. LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA
 - 3.1.1. Delimitación conceptual
 - 3.1.2. Etapas, características evolutivas y sexuales
 - 3.1.3. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales
- 3.2. LA ETAPA DE LA JUVENTUD
 - 3.2.1. Delimitación conceptual
- 3.3. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD
 - 3.3.1. ¿Por qué y cuándo enseñar sexualidad en la adolescencia?
 - 3.3.2. ¿Por qué educar en afectividad?
- 3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

RESUMEN

Freud (1905) decía que a los niños se les debía ocultar toda información sexual para no despertar su deseo, sin embargo, y de acuerdo con los datos arrojados por INJUVE (Informe Juventud en España, 2016), la mayoría de jóvenes declaran conceder a la sexualidad un lugar bastante importante (57.7%) en sus vidas, y únicamente un 5% de encuestados afirma que ésta es de nula importancia para ellos.

Por tanto, debemos reconocer que, queramos o no, con o sin intención, la sexualidad forma parte del ser humano y está presente a lo largo de toda la vida, desde que nacemos hasta que morimos (Barragán, 2009). En cada una de las etapas (Prenatal, Infancia, Niñez, Adolescencia, Juventud, Adulterez y Vejez), las personas viven la sexualidad de diferente manera, sintiéndola y expresándola de diferentes formas y, por supuesto, con diferentes finalidades (García Infante et al., 2009).

Lameiras y Carreras (2009), defienden que la sexualidad es un proceso lento que tiene su comienzo en el periodo de la infancia y perdura durante toda la vida hasta la muerte. En este sentido, defendemos la importancia de la educación afectivo-sexual en todas las etapas de la vida, sin embargo, consideramos las etapas de la adolescencia y la juventud como periodos clave, puesto que la sexualidad va a influir en todos los aspectos de la vida “biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (OMS, 2006, p. 6), y porque son unas de las etapas más importantes y complejas en la vida de la persona (Güemes-Hidalgo et al., 2017), caracterizadas principalmente por ser periodos de cambio y evolución (Ríos, 2006; UNICEF, 2012).

Numerosos autores coinciden en que la adolescencia y la juventud son períodos de grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales, etc., (Figuerola & Figuerola Pérez, 2017), por lo que son periodos que se estudian desde diversas disciplinas y con criterios muy dispares, lo que conlleva a que exista una amplia controversia en su delimitación conceptual (Acosta, 1993; Lozano, 2014). Los primeros debates sobre la naturaleza conflictiva de esta etapa han estado presentes en la psicología desde que Hall (a principios del siglo pasado) comenzase a describir este periodo evolutivo como una etapa “storm and stress” (tormenta y estrés) (Oliva Delgado et al., 2008, p. 11).

Diversos son los temas que han llevado a autores e Instituciones a estudiar la etapa de la adolescencia (Aguirre, 1994; Arnet, 1999; Escudero, 2012; Hall, 1904; López, 2013; Oliva et al., 2008; Rosseau, 1962; UNICEF, 2012), y la juventud (León Larios & Gomez-Baya, 2018; Martín Criado, 1998; Souto, 2007; UNESCO et al., 2018; UNICEF, 2015; Villa Sepúlveda, 2011), multiplicándose el estudio de la misma desde 1968 (Gerard Lutte, 1991; Lozano Vicente, 2014; UNICEF, 2017).

A cada época le corresponde una edad privilegiada y una periodicidad exclusiva de la vida humana: la juventud fue la edad predilecta del siglo XVII; la infancia del siglo XIX, y la adolescencia la del siglo XX (Lozano, 2014). Sin embargo, en la actualidad, adolescencia y juventud, se han convertido en objeto de estudio. Lozano (2014, p. 13) considera la adolescencia como “un tema actual y recurrente en nuestras sociedades, que sigue provocando un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia e instituciones ciudadanas y políticas”, para UNICEF (2017), se trata de un periodo donde “cada vez se tiene más conciencia sobre la importancia de la segunda década de la vida” (p. 1). Se trata de un concepto relativamente moderno, ya que en la antigüedad (Grecia, Roma, la Edad Media y la Época Preindustrial), el ciclo de la vida solo se dividía en los periodos de infancia, edad adulta y vejez (Izquierdo, 2005). Incluso sorprende que “el 60% de las sociedades preindustriales aún no tengan un término para definir la adolescencia” (Iglesias, 2013, p. 88).

García y Parada (2018), analizan las connotaciones que han tenido estas etapas, independientemente de su reconocimientos como tal, en cada uno de los siglos. En el siglo XVIII, el adolescente era asemejado con el “síndrome de Tarzán”, durante el siglo XX, se concebía como un individuo “revolucionario y consumista”, y en la actualidad se considera un ser de-

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

pendiente económicamente, con falta de espacio y responsabilidad e inmadurez intelectual (Feixa, 2005, p. 4).

Según el informe de UNICEF (United Nations Children's Fund, 2017) se han incrementado los estudios para fomentar el desarrollo y el bienestar de los adolescentes, por ser un periodo de los que más interés ha suscitado (Oliva, 2008; Güemes- Hidalgo et al., 2017), se trata de un periodo central de cualquier relato sobre la sociedad, incluso un periodo que está de moda y es actual (Lozano, 2014; Martín, 1998; Pereira, 2011).

La UNESCO (2018), reconoce que diversas evidencias muestran que una Educación Sexual Integral, hace posible que tanto niños, como jóvenes desarrollen actitudes, habilidades y conocimientos adecuados para disfrutar de una sexualidad sana y sin riesgos.

3.1. LA ETAPA DE LA ADOLESCENCIA

El término de adolescencia, derivado del latín *adolescere*, significa crecer, desarrollarse, madurar, entendiéndolo desde dos significados: “imperfección o defecto y también crecimiento y maduración” (Güemes-Hidalgo, 2017, p. 8).

La adolescencia, a pesar de ser un concepto que emerge en el siglo XIX, ya en la antigua Grecia (S. IV y V a. C.), Platón y Aristóteles contemplaban la adolescencia como la tercera fase diferenciada de la vida, después de la infancia y la niñez. Para ambos autores, la adolescencia se extiende desde los 14 años hasta los 21 años, interpretándola como una etapa de la vida donde da comienzo la razón. Platón, en su obra “La República”, defendía que hasta esta etapa no debía comenzarse la educación, puesto que anterior a ella, la mente aún no estaba preparada para aplicar la razón al aprendizaje (Ariés & Duby, 2001). Por su parte, su discípulo Aristóteles, entendía que durante la adolescencia todavía primaban los impulsos y deseos sexuales, estableciéndose durante el final de ésta la razón (Lutte, 1991).

En Roma antigua, hasta el siglo II a. C., no había un periodo de edad catalogado como adolescencia o juventud. La pubertad se celebraba a través de una ceremonia religiosa en la que el infante se quitaba la toga y la bula, reconocidos como símbolos de la infancia, para ponerse la toga viril, denotando el inicio a la edad adulta (Lutte, 1991). En los años 193–192 a.C. el senado aprueba la “Lex Plaetoria” (Acta de nacimiento de un nuevo grupo social), con la finalidad de instituir una acción penal contra todo aquel que abusase de la inexperiencia laboral de un joven de edad inferior a 25 años en un negocio jurídico. Algunos años más tarde, se limitaría la participación de los jóvenes en los cargos públicos, retrasándose hasta los 25 años, y con ello limitándose sus derechos, no pudiendo actuar como adultos, tal y como se había reconocido en la antigua Roma (Gerard Lutte, 1991).

Durante la Edad Media y la época preindustrial, la juventud duraba aproximadamente de los 7-10 años a los 25-30 años, sin considerar la posibilidad de estadios durante el tránsito de la misma (Arnet, 1999).

Con el inicio de la Revolución Industrial (S. XVIII), aparece en la clase burguesa el término adolescencia, para hacer distinción entre aquellas clases sociales con más poder adquisitivo. A consecuencia de esta revolución, muchos jóvenes son expulsados de sus puestos de trabajo y,

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

por tanto, no podían ser partícipes de la vida de los adultos como hasta entonces se había realizado. Por este motivo, muchos jóvenes comienzan a ir a las escuelas, y ésta comienza a hacer división entre la escuela primaria para la infancia y la escuela secundaria para la adolescencia (Gerard Lutte, 1991), iniciándose así una nueva concienciación social de considerar la adolescencia como una etapa del ciclo vital (Mendoza Berjano, 2008).

Por tanto, a partir de mediados del siglo XVIII, y gracias a autores como Rousseau, y posteriormente a Goethe, la adolescencia comienza a ser pensada como una etapa de merecida atención (Sureda García, 1998).

Rousseau, enfatiza a este periodo a través de su revolucionaria obra "Emile" (tomo IV y V), en la cual señala que la adolescencia constituye la etapa decisiva como "revolución y naturalismo, pasión y primitividad" (Aguirre, 1994, p. 6). A pesar de ser considerado por la mayoría de los autores como uno de los precursores en el estudio de esta etapa, las teorías de Rousseau no tuvieron éxito hasta finales del siglo XIX, donde fueron acogidas por pedagogos y psicólogos.

Pocos años después Hall (1904), considerado el "pionero de la psicología de la adolescencia" (Aguirre, 1994), desarrolló métodos científicos para analizar esta etapa. Escribió un tratado completo sobre la adolescencia en dos volúmenes (*Adolescence, Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*), donde recuperaría muchas ideas de Rousseau. Hall (1904), describía la adolescencia como un período de la vida de la persona que se extiende desde los 12-13 años hasta los 22-25. Para este autor, se trata de un segundo nacimiento, caracterizado por ser una fase crítica, de cambios profundos, de renovación completa, un tiempo de cambios de humor, del despertar de la sexualidad. En definitiva es una etapa determinada biológicamente y como tal dominada por las fuerzas del instinto que, para calmarse, necesitan un largo período durante el cual los jóvenes no deben ser obligados a comportarse como adultos porque son incapaces de hacerlo (Gerard Lutte, 1991).

Las ideas de Hall repercutieron en posteriores teorías psicológicas durante los dos primeros tercios del siglo XX (Lerner et al., 2011). En este sentido, algunos ejemplos fueron el psicoanálisis de Anna Freud (1969), entendiendo la adolescencia como un periodo de vivencia conflictiva marcado por la propia biología (Nágera, 1969). Años más tarde, Freud (1905), publicaría "Drei

Abhandlungen zur Sexualtheorie”, donde la aparición de la adolescencia está marcada por el protagonismo de la sexualidad, llegando incluso a definirla como una segunda etapa edípica. De la misma manera, para este autor el nuevo adolescente se caracteriza principalmente por sentir tres tipos de “pérdidas” desembocadas en un duelo caracterizado por “pérdida del cuerpo infantil, de la identidad infantil y de los padres de la infancia” (Aguirre, 1994, p. 12).

3.1.1. Delimitación conceptual

La adolescencia en España suele caracterizarse como la “edad del pavo”, y debería ser la mejor etapa de nuestra vida (Casas & Ceñal, 2005), sin embargo, existe cierta controversia para referirse a la misma, sobre todo al delimitar el inicio y fin de esta.

Se trata de una etapa que se inicia con la pubertad. De manera general, ambos conceptos suelen usarse como sinónimos, sin embargo, adolescencia y pubertad, son dos términos que tienen significados distintos. En este sentido, autores como Secadas y Serrano (2014), entienden que la adolescencia comienza una vez culminada la pubertad, al considerar que en ambas etapas se producen realidades diferentes. De acuerdo con Iglesias (2013), la adolescencia dura hasta el final del crecimiento y es un proceso más largo y complejo, que implica cambios a nivel social, psíquico, emocional, etc., mientras que la pubertad, cuyo nombre proviene del “pubere”, que significa pubis con vello, hace referencia a los propios cambios biológicos que se producen en el inicio de la adolescencia.

El comienzo de la pubertad suele variar en función de múltiples factores. En este sentido, es importante destacar que el desarrollo puberal de cada individuo dependerá en gran parte de variables genéticas y ambientales como inducen Hidalgo & Ceñal González-Fierro (2014): alimentación, actividad deportiva, higiene, estímulos psicosociales, etc.

Por tanto, no existe un concepto uniforme que defina la adolescencia, ni se puede establecer con exactitud su inicio y finalización cronológica. Los adolescentes conforman un grupo heterogéneo, son diversos en su desarrollo (Güemes-Hidalgo et al., 2017), y de hecho, la programación de nuestra genética, no está programada igualitariamente para todos (Casas & González, 2005).

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Existe acuerdo en que se trata de un periodo caracterizado por visibles cambios corporales, que nos alertan del comienzo de la adolescencia, pero existe la controversia para establecer cuando finaliza, ya que, para algunos individuos, cronológicamente suceden antes que para otros.

Referente a esto, autores como Moreno Mínguez et al. (2012), consideran que es más fácil determinar cuando finaliza la infancia, que cuando comienza la vida adulta. Por lo tanto, el inicio de estos cambios, serán la consecuencia que denote el fin de una etapa (infantil) para comenzar otra (adolescencia), es decir, se trata de un periodo definitivo de desencuentro con la niñez, para comenzar otro de encuentro con la adultez (Balanza, 2003).

Especialistas de diferentes disciplinas, describen esta etapa concentrándose en diversas características: algunos se centran en la edad cronológica; otros desde una perspectiva negativa o positiva; sucesión de continuos cambios corporales, sociales, culturales, psíquicos, etc. En lo que respecta a aquellos autores, como ya hemos mencionado, que definen la adolescencia desde la cronología, no existe unanimidad en cuanto al inicio y fin de la misma (OMS, 2010).

Para UNICEF (2011), el periodo de la adolescencia comienza a los 10 años y finaliza a la edad de 19 años. Para el Instituto de Juventud (2016), se trata de un periodo que suele producirse entre los 10 y los 20 años. La Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia la sitúa entre los 10 y 21 años, por su parte Save the Children (2017) la delimita entre los 8/9 años, para finalizar a los 20 años. Algunos investigadores afirman que en el 95% de las niñas, esta fase comienza aproximadamente entre los 8.5 y 13 años, mientras que en los chicos suele producirse un poco más tarde, aproximadamente entre los 9.5 y los 14 años (Casas & Ceñal, 2005).

Para otros autores como Arnet (2008), es preferible caracterizar esta etapa por criterios evolutivos en vez de cronológicos, ya que, desde ésta, no se tienen en cuenta las variaciones individuales y/o factores psicosociales. En ambos casos, se considera que el inicio de la adolescencia se caracteriza por el desarrollo de la madurez biológica (Iglesias, 2013), provocada por notables cambios corporales como aparición del vello púbico, primera menstruación, crecimiento del pene y de los testículos, etc. Durante la pubertad, los cambios que se van a producir, entre otros, son: aparición de vello, principalmente en los órganos sexuales y las

axilas, posibilidad de acné, en las chicas aumentan los senos, las glándulas mamarias y aparece la menstruación, y por consecuente la capacidad de procreación; en el caso de los chicos, aumenta el tamaño del pene y los testículos, aparece la eyaculación y con ello la capacidad de procrear espermatozoides.

Desde el área psicosocial, el inicio de la adolescencia se produce cuando: “se adquiere la independencia familiar; se toma conciencia de la imagen corporal y aceptación del cuerpo; se financian las relaciones de amistad; se establecen las parejas; o comienza un proceso de identidad” (González-Fierro, 2014, p. 42).

Desde el punto de vista de la medicina, refieren a la adolescencia como periodo de la vida con profundos cambios físicos, psíquicos y sociales, terminado con el fin del desarrollo bio-psicosocial (Casas & Ceñal González, 2005). Durante este proceso, el niño abandona la niñez para convertirse en adulto, capacitándole para la procreación.

Desde la perspectiva negativa, la primera referencia que se encuentra de los jóvenes se remonta a 4000 años, con autores como Platón (427-347 a. C.), quien ya caracterizaba al adolescente como arrogante, insistiendo en la necesidad de educarles (Ballén, 2010, p. 44). Aristóteles (384-322 a. C.), por su parte, reclamaba que se trataba de jóvenes calentados por la naturaleza como hombres ebrios por el vino, Sócrates los caracterizaba con la tendencia de contradecir a sus padres y tiranos con sus maestros (Arnet, 1999). De la misma manera Sócrates (siglo IV a. C.) escribía:

Nuestros jóvenes parecen gozar del lujo, son mal educados y desprecian la autoridad. No tienen respeto a los adultos y pierden el tiempo yendo y viniendo de un lado para otro. Están prestos a contradecir a sus padres, tiranizar a sus maestros y a comer desafortadamente. (p. 2)

Hall (1904), también señalaba connotaciones negativas mediante la designación de “Storm and Stress” en su libro “Adolescence” (Feixa, 2011). Más adelante, Rousseau mediante las teorías de Hall, escenificaba el periodo de la adolescencia como una etapa tormentosa, procedida por cambios que convierte al ser en indisciplinado: “el rugido de las olas precede a la tempestad, por lo que el murmullo de las pasiones crecientes anuncia el tumultuoso cambio (...), mantenga su mano sobre el timón, aconsejó a los padres, o todo está perdido” (Rousseau, 1962, p. 172-173).

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Incluso, desde la medicina, autores como Hidalgo & Ceñal González-Fierro (2014), consideran esta etapa como un período muy problemático y con riesgos de salud importantes, que pueden afectar en su futuro, derivados de sus malos comportamientos y hábitos saludables, tales como: lesiones, accidentes, violencia, delincuencia, consumo de tabaco, alcohol, drogas, conductas sexuales de riesgo que conducen a embarazos no deseados e infecciones, problemas de salud mental, etc.

De manera general, la imagen que predomina en la sociedad es concebir la adolescencia como un periodo difícil y complicado, donde aparecen conductas de riesgo, inadaptación con el medio que les rodea, conflictos familiares, inestabilidad emocional, etc.

Estamos de acuerdo, y no podemos negar e ignorar, que se trata de una etapa de desarrollo donde pueden aparecer conductas de riesgo, pero considerar esta etapa como negativa, es un gran error que se debe cambiar urgentemente y desde todas las disciplinas que así lo contemplan. Autores como López Sánchez (2015), sintetiza que la adolescencia no es, ni mucho menos, un periodo tormentoso, afirmando que solo un 10% o 15% son adolescentes problemáticos, por lo que defiende la necesidad de no entenderla como un periodo negativo y conflictivo.

A nuestro parecer, y desde el punto de vista positivo, destacamos las aportaciones de UNICEF (2017) al considerar la adolescencia como

Una etapa de la vida caracterizada por crecientes oportunidades, capacidades, aspiraciones energía y creatividad, un período de cambios positivos inspirados por la importante capacidad para aprender rápidamente, experimentar nuevas y diversas situaciones, utilizar el pensamiento crítico y ejercer más y nuevos espacios de libertad y autonomía, ser creativos y socializar. (p. 6)

De la misma manera, algunos autores insisten en las grandes facultades que poseen los individuos durante esta etapa (Casas & Ceñal González, 2005). Etapa durante la cual, los individuos poseen facultades como “fuerza, reflejos, rapidez, memoria, disfrutamos más de nuestro cuerpo y sus movimientos, cuando la comida sabe mejor, los olores son más profundos, la música es más bonita y el amor más real”. (p.20).

3.1.2. Etapas, características evolutivas y sexuales

De acuerdo con lo dicho, queda claro que para algunos autores no existe distinción entre la etapa de la adolescencia y juventud (Rousseau, Erikson, Elder, Ausubel, etc.), mientras que, para otros, el periodo de la adolescencia y juventud queda dividido en diferentes estadios.

En este sentido, existen organismos que hablan de adolescencia temprana y adolescencia tardía (Grupo de Estudio del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015; OMS, 2006; UNICEF, 2011), y otros que subdividen la adolescencia en varias subetapas o adolescencias: adolescencia primera o pubertad, adolescencia intermedia y adolescencia superior o edad juvenil (INJUVE, 2010; UNICEF, 2018).

A la luz de esta situación, algunos autores (Güemes-Hidalgo et al., 2017) y organismos (Save the Children, 2017; UNICEF, 2011) afirman que, durante el transcurso de la adolescencia, pueden darse tres periodos: la adolescencia temprana, la adolescencia tardía y la adultez emergente, aunque de igual manera que ocurre con la adolescencia, no existe unanimidad para acordar a que edad comienza o finaliza cada una de las etapas. En los últimos tiempos se observa una amplitud en el número de años que abarca el comienzo de cada una de las etapas, siendo la edad de inicio de estas etapas cada vez más precoz, y el final de la misma más tardío por diversas razones que veremos más adelante: economía, sistema educativo, etc., (Goossens, 2006).

Hall (1904), a través de su teoría psicológica, afirmaba que el individuo pasa por una serie de fases hasta llegar al periodo de la adultez: “infancia, niñez, juventud y adolescencia” (p. 38).

La juventud constituye la transformación a la humanidad, y la adolescencia pertenece a la fase avanzada del desarrollo previo a la madurez:

- **Juventud** (8-12 años). Etapa preadolescente de latencia, en la cual se desarrolla una vida educativa un tanto monótona, que tiene su parangón con el salvajismo.
- **Adolescencia** (12-22/25 años). Etapa tormentosa (Sturm und Drang). La sexualidad es el gran motor adolescente que permitir pasar del amor a sí al amor a la Humanidad y hasta al amor a Dios.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Por otro lado, UNICEF (2011) considera que hay que dividir este periodo en dos adolescencias, dada la gran diferencia que existe en cuanto a experiencia entre adolescentes que acaban de iniciarse, y aquellos que ya están terminando esta fase. En este sentido, considera la existencia de una adolescencia temprana y tardía (p. 6):

- **Adolescencia temprana** (10-14 años): Se trata de una etapa en la que de manera general empiezan a notarse los cambios físicos tales como aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos; el número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse, etc.
- **Adolescencia tardía** (15-19 años): Se trata de una etapa en la que ya se han dado los cambios físicos más importantes, pero a pesar de ello, el cuerpo y el cerebro siguen desarrollándose. Se aumenta la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo, las opiniones de los miembros de su grupo continúan siendo importantes, se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes, los adolescentes establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

A su vez, Save the Children (2017), indica que cada ser sexuado constituye su propio ritmo de evolución, sin embargo, considera la existencia de tres etapas claramente diferenciadas (de acuerdo con nuestros sujetos objeto de estudio), donde surgen nuevos comportamientos, actitudes, etc. Por tanto, establece (p. 8-10):

- **Preadolescencia** (8-9 años/12-13 años). Se caracteriza por ser una etapa en la que se empieza a sentir curiosidad por todo aquello que es menos conocido hasta el momento (porno, reproducción asistida, prácticas eróticas). Algunas características que se dan a lo largo de esta etapa son (p. 8):
 - Diferenciación de los estereotipos sexuales entre hombres y mujeres.
 - Interiorización de la moral sexual adulta (desigualdades entre hombres y mujeres, comienza la vergüenza para hablar de sexualidad, etc.).

- El grupo de iguales comienza a tener más protagonismo en sus vidas, empezando a desarrollar una mayor autonomía de la familia.
- Importancia de la identidad de género”.
- **Adolescencia** (12/13-17/18 años):
 - Comienza la capacidad reproductiva (menstruación y eyaculación).
 - Aparecen los primeros enamoramientos, las primeras parejas y los primeros encuentros, comenzando a su vez las primeras relaciones sexuales y desarrollando amplio interés, experimentación, curiosidad, etc.
 - Se desarrolla la concienciación de las orientaciones del deseo.
 - Comienzas las primeras parejas, marcadas por un romanticismo idealizado.
 - Se da más énfasis al distanciamiento con la familia estableciendo relaciones con iguales muy afianzadas.
 - Comienzan las sensaciones de desapego en la familia; se desarrolla un sentimiento de rechazo hacia los padres y familiares que no comprenden sus actitudes o formas de pensar.
- **Juventud y vida adulta** (18/20-55/60 años):
 - Aparece la primera o primeras parejas “estables”.
 - Algunas relaciones (otras no) comienzan a tener una relación basada en el compromiso, confianza, deseo, etc.
 - Surgen los deseos de maternidad o paternidad.
 - La familia y las amistades comienzan a tener un gran protagonismo en sus vidas, al contrario de lo que ocurría durante el periodo de la adolescencia.
 - Encuentros menos sexuales; en ocasiones aparecen las rutinas, infidelidades, etc.
 - La segregación de géneros masculino y femenino no es tan rígida.

A lo largo de estos periodos, el adolescente irá alcanzando una mayor independencia, la aceptación de su imagen, el desarrollo de su identidad, el establecimiento de lazos con sus iguales, etc., (Gèmes-Hidalgo et al., 2017) que le llevará a un desarrollo físico, psicosocial y sexual que le permitirá llegar a la vida adulta.

Referente a la actividad sexual, López (2014), expone que los adolescentes, conforme se van aproximando a la mayoría de edad, comienzan a tener unas conductas mucho más inadecuadas e irresponsables, debido a: motivos relacionados con la evolución, el sentimiento de riesgo es menor (recordándonos a la maduración sexual ya citada), la conciencia de poder es mayor, la presión del grupo es muy significativa, el sentimiento de experimentación y aventura aumenta, y se cuestionan las opiniones y consejos de los adultos.

Para conocer el porqué de estas actitudes, es necesario tener en cuenta las características sexuales señaladas por la Junta de Andalucía, a través del Programa Forma Joven (2015-16), en cada una de estas etapas:

- Entre los 12-14 años: definida porque los sentimientos y las emociones aún no están completamente consolidados. Existe dificultad para considerar los posibles riesgos sexuales en las malas prácticas sexuales.
- De 15-17 años: Caracterizado por ser un periodo de constante duda. Comienzan a considerar los riesgos de la actividad sexual, pero no consideran que los mismos puedan afectarles a ellos.
- A partir de los 18 años: A partir de esta edad, empiezan a comprender que las relaciones sexuales pueden traer riesgos sexuales, mejorando su capacidad para pedir ayuda en todo aquello que les genere duda.

3.1.3. Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales

De acuerdo con algunos autores (Berk, 2000; Hidalgo & Ceñal González-Fierro, 2014), en la etapa de la adolescencia, se producen una serie de cambios, estrechamente interrelacionados, fundamentalmente en tres niveles: biológico, psicológico y social. Cada uno de estos cambios, a su vez quedan influidos por la cultura, la propia genética familiar, el contexto, el momento sociohistórico en el que esté viviendo el individuo, etc. Sin embargo, para autores como Güemes-Hidalgo et al. (2017), los cambios más significativos que ocurren durante la etapa de la adolescencia tienen lugar en la dimensión sexual.

A pesar de que cada individuo comienza las etapas a un ritmo diferente, no se puede obviar que la adolescencia se caracteriza por el inicio de cambios físicos que pronto se harán notar, y

que a su vez, influirán en el desarrollo psicológico. En cuanto a la sexualidad, de igual manera, cada individuo lo hará a distintas velocidades (Save the Children, 2017) y generalmente suele estar “marcado por el incremento en la secreción hormonal, variando mucho de un sujeto a otro” (Oliva Delgado et al., 2008, p. 6).

Las características morfológicas más notorias durante el desarrollo de esta etapa son aquellas en las que participan el desarrollo reproductor: desarrollo del vello en el pubis, crecimiento de los testículos, y desarrollo de las mamas (Iglesias, 2013). Cada uno de estos cambios, se inician con una finalidad reproductiva para cada uno de los sexos (Casas & Ceñal, 2005).

De acuerdo con los trabajos de Piaget (1969), sabemos que durante la adolescencia se pasa del pensamiento concreto al pensamiento abstracto, llegando a alcanzar aproximadamente a la edad de 12 años el desarrollo cognitivo abstracto, mientras que a la edad de 15-16 años, se logra el desarrollo moral, distinguiendo aquellas acciones que están bien, frente a las que están mal.

Sin embargo, Giedd (2004), demostró que no es hasta la edad de 25-30 años cuando se consigue el desarrollo completo de la corteza prefrontal, permitiendo tener capacidad para comprender lo que es más adecuado hacer (planificación, razonamiento y control de impulsos emocionales), logrando con ello la maduración definitiva. Investigaciones más recientes confirman estos datos, mostrando que el cerebro sigue madurando aproximadamente hasta la edad de 23 a 25 años, sin embargo, las regiones prefrontales maduran más tarde, tratándose de funciones encargadas de controlar los impulsos emocionales inapropiados (Güemes-Hidalgo et al., 2017; Guied, 2004), y las que se encargan de funciones de alto nivel, como la planificación y el razonamiento (Iglesias, 2013).

En cuanto al desarrollo emocional, algunos autores apoyan la idea de que la primera etapa de la adolescencia se caracteriza por una alta impulsividad, con sentimientos intensos y cambios frecuentes de humor; la segunda etapa se caracteriza por que el adolescente se siente invulnerable, asumiendo en ocasiones conductas nocivas para la salud; y una última etapa, en la que adquieren la suficiente experiencia vital para sentirse más vulnerables y considerar las necesidades emocionales de los demás (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015). Estos hechos, explican el porqué de las conductas de riesgo tan pronunciadas en esta etapa.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

En esta etapa, los cambios que se van a producir a nivel psicológico van a influir en sus pensamientos y sentimientos principalmente. Se presenta una etapa donde se va a producir una reconstrucción de la propia identidad personal involucrando a su vez (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015, p. 10): “la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo y la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, la identidad vocacional y una ideología personal (filosofía de vida), que incluya valores propios (identidad moral)”.

Es una de las etapas más decisivas del ciclo vital en la que tiene lugar la “consolidación de algunos comportamientos relacionados con los estilos de vida” (Hernando et al., 2013, p. 22). Algunos autores como Sosman Selowski (2010), refieren que se trata de una etapa donde los adolescentes pueden sufrir extrañeza de ellos mismos al llegar a este periodo. En este sentido, Lameiras y Failde (1998), señalan que durante esta etapa se delimitan, instauran y refuerzan de manera definitiva los patrones de conducta hasta la llegada del adolescente al grupo de adultos.

Por otro lado, a la vez que se van produciendo cambios fisiológicos en el periodo de la adolescencia, se van produciendo cambios en las interacciones sociales. Las figuras de apego que tan importante eran en la edad de niño empieza a cambiar, debilitándose la referencia familiar. Ahora el adolescente quiere autonomía, empiezan a crear lazos con sus iguales, empiezan a compartir “los mismos problemas”, y quien mejor que su igual para aconsejarle. Esta situación, es conocida por algunos autores como el “logro de la autonomía” (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015, p. 10).

En definitiva, de acuerdo con la OMS (2012, p. 417), el desarrollo bio-psicosocial en cada una de las etapas, queda establecido de la siguiente manera:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 3.1

Cambios psicosociales en la adolescencia

	ADOLESCENCIA TEMPRANA 10 – 13 AÑOS	ADOLESCENCIA MEDIA 13 – 17 AÑOS	ADOLESCENCIA TARDÍA 17 – 23 AÑOS
BIOLOGÍA	Maduración puberal. Desarrollo de las características sexuales secundarias al final de este periodo.	Cambio continuo hacia un cuerpo de adulto. Cambios en la composición corporal y metabolismo.	Imagen de cuerpo de adulto. Composición corporal adulta.
PSICOLOGÍA	Pensamiento abstracto cognitivo desarrollado con una limitada capacidad de análisis. Omnipotencia e invulnerabilidad. Perspectivas de futuro limitadas.	¿Quién soy yo? Pico máximo del desarrollo de la identidad. Implicación romántica.	Desarrollo cognitivo como los adultos. El futuro se convierte en real. La planificación a largo plazo es posible. Son autocríticos.
ÁMBITO SOCIAL	Rebelión contra los padres, principalmente por regañíos y discusiones. Etapa para fantasear y soñar.	La aceptación de sus compañeros es su principal preocupación. ¿Estoy bien? Juego de roles y fase de exploración para encajar. Citas y encuentros sexuales.	Las relaciones íntimas cobran importancia. La planificación vocacional se vuelve realista. - Preocupación por los resultados a largo plazo de enfermedades crónicas.
SEXUALIDAD	Interés y experimentación con el propio cuerpo.	Implicación romántica. Coqueteo y juegos sexuales	Desarrollo de relaciones amorosas estables.

Fuente: Extraída de Iglesias (2013, p. 40).

3.2. LA ETAPA DE LA JUVENTUD

Al igual que ocurre con la etapa de la adolescencia, actualmente uno de los temas más preocupantes en Europa es el futuro de los jóvenes (Melendro & Rodríguez, 2015). Este grupo es concebido como un colectivo especialmente vulnerable (Pérez Serrano et al., 2014), debido a que su trayectoria a la vida adulta, se ve influida y afectada por la “adaptación a nuevas estructuras psicológicas y ambientales que llevan a la vida adulta”, (Instituto de la Juventud, 2007, p. 11), y principalmente, la dificultad de acceso al trabajo que propiciará que pueda llevar una vida autónoma e independiente (Benedit & Stokes, 2004; Cachón, 2004; Machado País & Pohl, 2004).

En la antigüedad, las sociedades europeas preindustrializadas no establecían distinción entre infancia y otras etapas posteriores. Así, en la Edad Media y a principios de la Edad Moderna los niños comenzaban a formar parte de la comunidad de los hombres a la edad de los siete años. De hecho, la edad para catalogar las diferentes etapas eran diferentes a las que existen actualmente; la adolescencia era hasta los 21-28 años y la juventud estaba concebida hasta los 40-50.

Las primeras organizaciones juveniles obreras surgieron, por el agrupamiento de los propios jóvenes en defensa de sus derechos; aunque algunos investigadores consideran que la juventud fue creada con anterioridad a esto, e impuesta por los adultos, para la clase obrera, con el fin de tener mayor control sobre los mismos y así poder formar trabajadores conformistas. En lo que respecta a España, los movimientos juveniles se crearon con algo más de retraso en comparación con otros países, teniendo su origen en asociaciones universitarias, y durante la dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República. Estas asociaciones dieron lugar a una intensa implicación en la política, culminando con la guerra civil (Souto, 2007).

La segunda revolución industrial, provocó grandes cambios en la formación y la vida laboral de los jóvenes. Las consecuencias de la industrialización hicieron que la gente joven pasase a ser un grupo definido y con mayor independencia en las ciudades.

A partir de finales del siglo XIX, se desarrollaron importantes cambios culturales, aumentando actividades de ocio: salones de baile, bares, salas de cine, et., y otras actividades al aire libre. Sin embargo, estaban limitadas a las clases más altas, por lo que los jóvenes de las clases más bajas se agrupaban en las calles para jugar, conversar, etc.

Referente a los estudios sobre juventud, en España fueron impulsados a partir de la década de 1970, promovidos por los procesos de transición democrática, y coincidiendo con la entrada en la Comunidad Europea (Bendit & Miranda, 2017). Algunos factores que incidieron el desarrollo de este colectivo fueron (Souto, 2007, p. 173) “regulación del acceso al mercado laboral; el establecimiento de un periodo de educación obligatoria que se fue ampliando con el paso del tiempo y que se hizo cada vez más importante para asegurar el acceso al trabajo y el mantenimiento del estatus social; la creación de “ejércitos nacionales” a través del servicio militar obligatorio; y la regulación del derecho de voto”.

3.2.1. Delimitación conceptual

Como se ha ido apuntando, de igual manera que ya ocurría con el periodo de la adolescencia, en algunas disciplinas como la sociología de la educación, la sociología de la juventud y la sociología en general surge un recelo al delimitar el concepto de juventud (Singly, 2005). Moreno (2015), coincide en afirmar que se trata de un estadio de la vida, que denota controversia en cuanto al inicio y fin de la misma, siendo un término un tanto versátil.

De acuerdo con la OMS (2018), el periodo de la juventud comprende la edad de los 18 a los 20 años, y muestra las siguientes características (p. 45):

- Se dan las primeras parejas estables.
- Surgen deseos de maternidad y paternidad que pueden llevarse a cabo de muchas formas.
- Comienza a ganar protagonismo nuevamente la familia, pero a su vez también tienen importancia las relaciones con amigos.
- No se da tanta importancia a que los encuentros sexuales sean solamente genitalizados.
- La segregación sobre hombres y mujeres es más flexible, a diferencia de lo que ocurría en la preadolescencia.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Cuando se hace referencia a la juventud “se alude a una condición social con cualidades específicas que se manifiestan de diferentes maneras, según la época histórica y la sociedad específicamente analizada en cada época” (Villa Sepúlveda, 2011, p. 149).

No podemos precisar un único significado sobre juventud ni, incluso, determinar un periodo temporal exacto. Así, la UNESCO (2017), entiende la juventud como el periodo que comprende los 15 y 24 años. La OMS (2012), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2003), las Naciones Unidas (ONU, 2008) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012), habla del periodo que va desde 10 a 25 años.

A nuestro parecer, y coincidiendo con uno de los sociólogos especialista en el estudio de la juventud (Martín Criado, 1998) y en las políticas de juventud adoptadas por los países e instituciones de la UE (Bendit, 2004), se ha retrasado el fin del periodo de juventud a la edad de los 29 y 30 años, debido a los cambios sociales, económicos, culturales, etc., que se han producido durante los últimos tiempos (Martín Criado, 1998).

Tal y como se ha mencionado, no existe consenso en determinar el fin de la etapa de la adolescencia y el inicio de la juventud, aunque en lo que sí existe unanimidad es en relacionar esta etapa con la aceptación de responsabilidades sociales (Ríos, 2006).

Actualmente, para algunos autores, el periodo de la juventud está relacionado con el comienzo de la emancipación residencial, pero debido a numerosos cambios en la sociedad, este proceso de independencia se ha ralentizado, siendo la causa principal el desarrollo económico actual del país, impidiendo que los jóvenes puedan encontrar un trabajo que les garantice una independencia y poder responder a esos gastos que conlleva independizarse. Esta situación de transición hacia la vida adulta es lo que algunos autores han denominado la “adulthood emergente” (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015, p. 4)

Las actuales cifras, nos indican que un 65.1% de los jóvenes españoles de entre 16 y 30 años aun residen en el hogar familiar, un porcentaje 7 puntos superior al de hace diez años (58.1%) (Fundación BBVA, 2019). En este sentido, son varios los autores que coinciden en relacionar el inicio de esta etapa con la emancipación, aludiendo a:

Jóvenes que aún no han transitado de forma clara a una vida adulta autónoma y que alcanzan los diferentes niveles de independencia –laboral, familiar, social, económica– cada vez a una edad más tardía y de forma menos lineal. (Melendro y Rodríguez, 2015, p. 15)

La etapa que va desde el surgimiento de la adolescencia hasta la consecución de la emancipación respecto al hogar de origen. (Brunet & Pizzi, 2013, p. 13)

La prolongación de la juventud se debe tanto al bloqueo de la emancipación juvenil. (Gil-Cano et al., 2019, p. 20)

Un periodo indefinido que se prolonga en el tiempo debido a los problemas sociales, económicos y laborales que les impiden lograr una mínima estabilidad que les haga posible diseñar su trayectoria de vida con autonomía. (Pérez Serrano et al., 2014, p. 1)

De la misma manera que ocurre con la adolescencia, el periodo de la juventud es concebido desde un punto de vista negativo o positivo. Por un lado, “los enfoques reactivos enfatizan el periodo de la juventud en problemas o en situación de vulnerabilidad, y los más avanzados reconocen a las personas en la fase juvenil como ciudadanas, productoras de cultura y actores estratégicos del desarrollo. (UNESCO, 2014, p. 4)

En resumen, se puede concluir que se trata de un concepto variante en cuanto a su determinación cronológica, cuya caracterización se ajusta a las circunstancias sociales, culturales, económicas y políticas de la actualidad histórica (Güemes-Hidalgo & Ceñal Hidalgo, 2017; Moreno, 2015).

3.3. EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA Y LA JUVENTUD

Los “jóvenes exigen cada vez más el derecho a recibir Educación Sexual” (UNESCO, 2015, p. 8), por ello, cada vez más especialistas (Güemes-Hidalgo et al., 2017; López, 2011) defienden la necesidad urgente de atender y dar respuestas las diferentes necesidades de jóvenes y adolescentes, ya que la omisión de información “no sólo refuerza sus problemas sino que también augura un futuro incierto para su desarrollo personal y social que no es otro que el de la exclusión con sus profundas raíces y diferentes caras visibles” (Vega et al., 2012, p. 168).

3.3.1. ¿Por qué y cuándo enseñar sexualidad en la adolescencia?

Centrándonos en la teoría psicosexual de Freud, los adolescentes están en la etapa genital del desarrollo psicosexual, es la etapa en la que se inicia la conciencia de los problemas sexuales. Por su parte, la teoría de Erik Erickson afirma que la intimidad comienza en jóvenes adultos, e incluso a estas edades, la repercusión de los medios de comunicación contribuyen a la exposición de contenidos sexuales mediante revistas, películas, videos musicales, etc.

No podemos elegir si educar o no en sexualidad, ya que continuamente somos receptores, de una u otra manera, de información sobre la misma. Desde el momento que nacemos estamos en contacto con la sexualidad a través del descubrimiento de nuestro sexo, la afectividad, etc. Por tanto, de manera consciente o inconsciente constantemente estamos en contacto lo sexual, ¿Por qué no hacerlo de tal manera que la sexualidad sea educada en base a la realidad y necesidades de nuestros adolescentes, con el fin de poder vivir una sexualidad lo más natural, sana, y responsable posible?

Estudios como el de López (2013, p. 93), “muestran como en aquellos países donde se han aplicado programas de forma sistemática y profesional, como ocurre en el Norte de Europa, los riesgos asociados a la actividad sexual son menores”, porque de acuerdo con Barragán (2009), el periodo de la adolescencia y primera juventud “son etapas fundamentales para la configuración de la sexualidad” (p. 22). El adolescente, al iniciarse en esta etapa descubre que debe empezar a definir gustos, intereses y preferencias en relación con la construcción

de su mundo afectivo-sexual. Llevar a cabo esas decisiones, e ir construyendo su autonomía e independencia, propiciará que el adolescente tenga una vida afectiva y sexual saludable, ya que toda esta fase de cambios les provocará un estado continuo de confusión (Liga Española de la Educación, 2013).

Una buena, y sobre todo temprana educación afectivo-sexual, puede ayudar a suprimir malas conductas sexuales y que no son más que prácticas derivadas de la ignorancia. Como hemos mencionado en puntos anteriores, científicamente queda demostrado que hasta los 25-30 años no se alcanza la maduración definitiva, lo que explica la implicación del joven, hasta ese momento, en conductas de riesgo (Güemes- Hidalgo et al., 2017).

Sánchez et al. (2009, p. 221), señalan que los jóvenes “tienen derecho a una educación sexual efectiva. Una información de calidad y educación sexual pueden aportarles el conocimiento, las capacidades y las actitudes necesarias para la toma de decisiones informadas durante el presente y el futuro”.

De acuerdo con este autor, y por todo lo dicho, nos llama la atención que con la concienciación que tenemos de la necesidad de una educación sexual, aún educar en sexualidad continúa una gran laguna, y más aún en el ámbito familiar (López, 2011).

En una investigación realizada con jóvenes y adolescentes en Andalucía, concretamente en la provincia de Granada, se reveló como aún la sexualidad era concebida como tema tabú en las familias, y si estas conversaciones se daban en algún momento concreto, se dirigían principalmente a las hijas en términos de evitación y prevención por el temor a los embarazos no deseados (Venegas, 2013).

De las diferentes posiciones que existen al respecto de la educación afectivo-sexual, apostamos por la necesidad de concebir la enseñanza de la sexualidad a nuestros adolescentes y jóvenes desde una perspectiva holística, ya que educar desde la sexualidad se pueden evitar determinadas actitudes. En este sentido, destacamos las consideraciones de Bejarano y García (2016):

El tratamiento educativo integral de lo afectivo y sexual amplía la perspectiva educativa hacia nuevas realidades sociales que son precisos abordar desde la consideración beneficiosa y

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

enriquecedora que merecen. En el ámbito educativo, se debe insistir en el hecho de que todas las opciones sexuales pueden coexistir, basándonos en el principio fundamental de igualdad. (p. 1508)

Señalada la necesidad, la cuestión que surge en este punto podría ser en qué periodo comenzar a enseñar sexualidad. En este sentido, se considera relevante la educación sexual desde los inicios del ciclo vital (Fundación Victor Grifols i Lucas, 2011), sin embargo, el periodo de la adolescencia y la juventud, son considerados como periodos cruciales, por ser un periodo caracterizado por profundos cambios, tal y como se ha ido citando a lo largo de este capítulo.

De manera oficial, en cada país, la edad de inicio de la educación sexual es muy distinta. De acuerdo con el Informe elaborado por la UNESCO (2015), la educación sexual debe comenzarse antes de que los adolescentes y jóvenes tengan sus primeros encuentros sexuales, orientándoles hacia actitudes sanas y responsables. Bajo esta finalidad, mediante el documento (Orientaciones Técnicas Internacionales para la Educación Sexual), se propone un conjunto de temas y de objetivos de aprendizaje, adaptados a cada edad.

A nivel Europeo, el documento Standards for Sexuality Education in Europe (Estándares de Educación Sexual para Europa, OMS, 2010), recomienda comenzar con la Educación Sexual Integral (ESI) impartición de la misma desde el nacimiento, sin embargo, destaca la importancia de estructurar una autoestima positiva, y conductas sanas durante la adolescencia, por los numerosos efectos positivos que conlleva. En este sentido, señala la edad de los 10 a 14 años fundamental, por considerarse una etapa de cambios profundos.

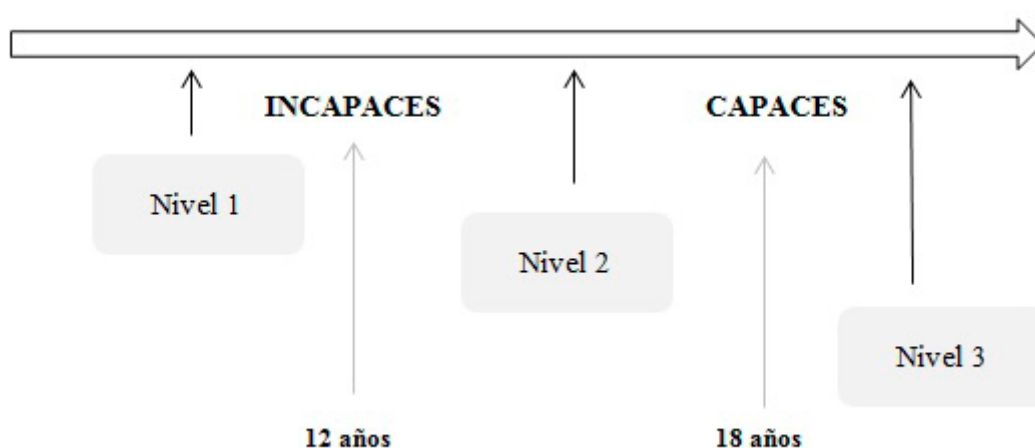
Numerosos expertos reconocen que existen comportamientos de riesgo durante la etapa de la adolescencia y la juventud, debido principalmente a las características de la personalidad adolescente (López, 2011; UNESCO, 2015). Durante este proceso de cambios, es conveniente integrar aspectos relacionados con la autoestima, habilidades sociales, emocionales, etc., además de conceptuales.

Sin embargo, la sexualidad de los jóvenes, no debe entenderse desde la senda negativa, inculcándoles únicamente a evitar actitudes de riesgo. A partir de la educación afectivo-sexual, los educadores y todos los que formamos parte del proceso educativo del joven, debemos transmitir lo positivo de la sexualidad, es decir, entender la sexualidad desde el disfrute, el respeto, la comunicación, las fantasías, los miedos, dudas, satisfacciones, etc. En este sentido, se trata de ayudarlos (ética y humanamente) a saber “dónde están, qué quieren, qué riesgos asumen, hasta dónde los asumen, qué problemas pueden tener al asumirlos y qué consecuencias pueden derivarse. Y finalmente, que cada cual elija su opción” (Fundació Victor Grifols i Lucas, 2011, p. 68).

En definitiva, resulta difícil establecer cuando se considera a un individuo responsable de sus actos. Algunos autores establecen que el desarrollo moral alcanza su madurez plena entorno a los 16-18 años (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 2015). Sin embargo, la psicología evolutiva, a través de la escala de Drane, ha demostrado que, a la edad de 12 años, podemos considerar que el individuo ya es lo suficientemente maduro como para ser consecuente de sus propios actos, remarcando la importancia de comenzar la educación afectivo-sexual durante el periodo de la adolescencia, tal y como se muestra en la Figura 3.1:

Figura 3.1

Escala móvil de Drane



Fuente: Adaptado de Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (2015, p.50).

3.3.2. ¿Por qué educar en afectividad?

Tras décadas de confrontaciones, ya nadie niega la necesidad de la educación sexual (López, 2013) y nadie obvia la importancia de la afectividad en todas las dimensiones del ser humano. La afectividad es “una dimensión del vivir” (Quiroga, 2001, p. 1). Además, como ya se ha visto, aunque la sexualidad tiene un importante influjo biológico, no solamente está formada de elementos anatómicos y fisiológicos, ya que el dominio socioafectivo está también implicado en ella (Barragán et al., 2009).

Educar en afectividad es educar para la vida para la igualdad, el respeto, la tolerancia, para lograr una convivencia plena, por ello aquellos que trabajan desde esta perspectiva más global de la educación sexual atribuyen importancia a lo afectivo (Barragán et al., 2009) defendiendo que la educación sexual y afectiva implica educar en la libertad y en responsabilidad, cuidando las emociones y el bienestar integral de la persona.

Se tiende a olvidar que la población joven tiene derecho a tener toda la atención educativa que esta precisa, siendo necesario que se dé la suficiente respuesta desde las diferentes instituciones educativas. Ahora bien, la información que se proporcione en la educación sexual no debe imponer límites, abordándose todos los contenidos necesarios para poder disfrutar de una sexualidad integral.

La OMS (2006) recoge la educación afectivo-sexual como un derecho de todos los niños, niñas y adolescentes. Por tanto, no debemos obviar que la educación emocional y afectiva debe ser equiparable a la importancia que se le ofrece a la educación cognitiva, dado el carácter permanente que presenta a lo largo de toda la vida y las consecuencias que puede afectar al resto de áreas que conforman el desarrollo “integral” de un individuo. En otras palabras, no hay que olvidar que el ser humano está compuesto de “mente, cuerpo y alma” (teoría filosófica).

Pese a ello, la educación no ha prestado excesiva importancia a la afectividad en el proceso formativo del desarrollo de la personalidad, puesto que se ha considerado que no aportaba ningún valor en relación con el éxito teórico que el alumno podía alcanzar en el aula (Fernández et al., 2010). No obstante, si pensamos que la educación debe buscar el desarrollo

integral (UNESCO, 2018), el aspecto emocional debería considerarse como un complemento del proceso educativo, puesto que las emociones están intrínsecamente relacionadas con las relaciones interpersonales, el ambiente, la propia aula educativa, el clima del aula, la relación con sus iguales, etc.

La sexualidad está compuesta por un conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan a cada ser humano y lo determinan decisivamente en todas las fases de su desarrollo (Bejarano & García, 2016).

De acuerdo a ello, la educación emocional, debería conformarse mediante la conjunción de elementos que componen distintas disciplinas como serían la Pedagogía o la Psicología, entre otras. La Pedagogía puede convertirse en el elemento favorecedor de la integración del conocimiento y lo afectivo a lo largo del proceso educativo.

A través de las emociones los humanos podemos expresar de qué manera nos sentimos (tristeza, alegría, miedo, ira, celos, etc.). Si las personas no tuviésemos emociones seríamos “máquinas sin sentimientos”. Durante mucho tiempo las emociones no debían de ser mostradas, sin embargo, hoy en día, sabemos que la educación emocional es una forma de prevenir posibles conductas violentas. Algunos autores describen (Nussbaum, 2010):

Se están produciendo cambios drásticos en aquello que las sociedades democráticas enseñan a sus jóvenes. Los Estados nacionales y sus sistemas de educación están descartando ciertas aptitudes que son necesarias para mantener viva a la democracia. Si esta tendencia se prolonga, las naciones de todo el mundo en breve producirán generaciones enteras de máquinas utilitarias, en lugar de ciudadanos cabales con la capacidad de pensar por sí mismos, poseer una mirada crítica sobre las tradiciones y comprender la importancia de los logros y los sufrimientos ajenos. (p. 4)

De acuerdo a ello, diversos estudios realizados sobre la violencia escolar ponen de manifiesto que los jóvenes transgresores presentan carencias en habilidades emocionales, como el control de los impulsos o la capacidad de empatía (Criado & González, 2002).

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

De igual modo, algunos estudios demuestran como las conductas de las emociones influyen con las conductas de salud, mediante la resolución de problemas y la evitación (Bermúdez et al., 2009). De esta manera, si el individuo presenta insuficiencias emocionales, ello podría dificultar su capacidad para afrontar situaciones de riesgo para la salud (Fuhrel & Kalichman, 2006).

De acuerdo con esto, es obvia la necesidad de desarrollar la afectividad y de todos los valores que conlleva la educación de esta en los centros educativos. Barragán (2009), por su parte, insiste que es necesario aprovechar el marco normativo e influir una vez más sobre los poderes públicos para que la educación sexual sea una realidad en el sistema educativo, pero implicando a todos y todas: alumnado, profesorado y familias.

El adolescente está sometido a un bombardeo salvaje de información, pero precisa, y, no encuentra, los espacios donde repensar y contrastar todo lo que ha aprendido y debe interiorizar para poder compartir (Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2011). La sexualidad es ante todo una dimensión humana, un valor que necesita ser promocionado y cultivado en la escuela, y sobre todo desde el marco de la identidad (Lamieras & Carrera, 2009).

Por todo lo señalado, se puede concluir que la educación emocional, no solo ayuda al desarrollo integral del individuo y evita conductas de riesgo, sino que nos ayuda a desarrollar algunas capacidades básicas como: “capacidad para comprender emociones y expresarlas de manera productiva, además de escuchar a los demás y sentir empatía respecto de sus emociones” (Steiner & Perry, 1997, p. 27). De igual modo, la educación afectivo-sexual es una educación orientada al bienestar pleno de las personas, “se trata de una educación que pone en alza el respeto por los valores humanos básicos: igualdad y equidad entre sexos, corresponsabilidad, comunicación, empatía y respeto hacia la diversidad” (Barragán, 2009, p. 4).

3.4. DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Uno de los principales temas que preocupa más a investigadores de diversas ciencias, es el tema de la sexualidad y las consecuencias de no hacer un buen uso de esta. En este sentido, es necesario conocer las prácticas sexuales, los pensamientos y los sentimientos (Guía Forma Joven, 2015-16), con la finalidad de entender las mismas y así poder ofrecer mejores soluciones. En nuestro país “los problemas asociados a la forma en que adolescentes y jóvenes viven su sexualidad y las relaciones amorosas son muy conocidos” (López, 2014, p. 25), por tanto, no faltan investigaciones que indaguen sobre las conductas de riesgo con la finalidad de dar soluciones a esta situación (Vega et al., 2012).

En los últimos años estamos asistiendo a situaciones alarmantes en lo que se refiere a la actitud sexual: precocidad en el inicio de las relaciones sexuales, embarazos no deseados, riesgos sexuales, sexismo, uso de métodos anticonceptivos, Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S), etc., que según la OMS (2010) se han disparado por causas como:

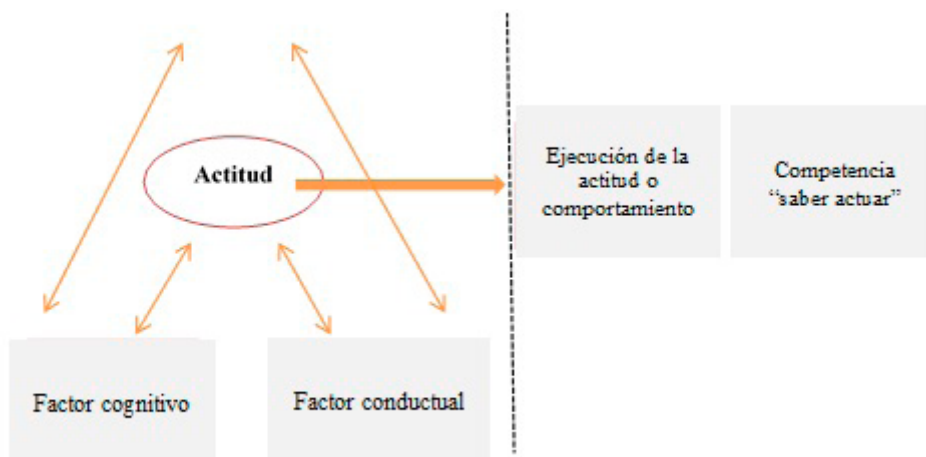
La globalización, la migración de nuevos grupos de población con diferentes contextos culturales y creencias religiosas, la rápida propagación de nuevos medios de comunicación, en particular Internet y la tecnología de telefonía móvil, el surgimiento y propagación de VIH/SIDA, el cambio de actitudes hacia la sexualidad y el cambio de comportamiento sexual. (p. 12)

Las actitudes, definidas como las predisposiciones, tanto favorables o desfavorables hacia algo y la tendencia a comportarnos de una u otra forma (Huerta Paredes, 2008), tienen una gran influencia en lo pensamos, lo que sentimos y cómo actuamos (Pozueta & Ibáñez, 2005). Por tanto, si se desea cambiar una conducta, es necesario cambiar la actitud (Huerta Paredes, 2008). Las actitudes tienen tres componentes estrechamente vinculados entre sí: cognitivo, afectivo emocional y comportamental (Huerta Paredes, 2008). Montané et al. (2007), a través del modelo cambio de actitudes, indican que para iniciar un cambio de éstas es necesario intervenir en cada una de estas dimensiones.

Algunas de las teorías que más han influido en el cambio de actitudes son: la teoría del aprendizaje y la teoría de la Consistencia Cognitiva. La primera de ellas defiende que cuando aprendemos adquirimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas sociales, mientras que la segunda consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes relacionando la nueva información con alguna otra que ya se sabía (Huerta Paredes, 2008).

En cuanto a la ejecución de la actitud, varios son los autores que relacionan el pensamiento con las emociones y los hábitos, y quienes defienden que la unión de los tres ejecutan la actitud (Eagly & Chaiken, 2007; Maio & Haddock, 2010; Montané et al., 2007), tal y como se muestra en la Figura 3.2:

Figura 3.2
Ejecución de la actitud



Fuente: Extraída de Montané (2010, p. 8).

Tanto psicólogos como sociólogos muestran un elevado interés en el estudio de las actitudes, puesto que desempeñan un papel muy importante en la dirección y canalización de la conducta social, e insisten en que las mismas se pueden cambiar, puesto que no son innatas en el ser humano, sino adquiridas (Delgado, 2015).

Diversos estudios han intentado describir los conocimientos, las conductas y prácticas sexuales de los jóvenes y adolescentes españoles (García Polanco, 2011; Liga Española de la Educación, 2013). Según los últimos datos ofrecidos por el Instituto de Juventud sobre sexualidad

en jóvenes (INJUVE, 2016), éstos continúan manifestando actitudes y prácticas inadecuadas en relación a su sexualidad (Benedicto et al., 2016).

La juventud española se considera bien informada en materia de sexualidad, algunos estudios muestran cómo “un 86% de jóvenes dice tener bastante o mucha información al respecto” (Centro de Investigaciones Sociológicas [CIS], 2010, p. 72), sin embargo, llama la atención como los profesionales sanitarios están bastante impactados por las continuas prácticas sexuales de riesgo (Lavielle- Sotomayor et al., 2014).

Según el informe del Ararteko¹ (2008), otra situación de riesgo que se está dando en la actualidad, es la situación que pueden vivir las personas con una sexualidad diferente. En el reciente estudio “Acoso escolar homofóbico y riesgo de suicidio en adolescentes y jóvenes lesbianas, gays y transexuales” (FELGTB [Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales] & COGAM [Colectivo de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales de Madrid], 2013, p. 4) que ha encuestado a 653 menores de 25 años, los participantes reconocen haber sufrido acoso escolar a causa de su orientación sexual. Entre ellos, el 43% ha llegado a idear el suicidio, el 35% lo ha planificado y el 17% lo ha intentado en una o varias ocasiones.

En un estudio realizado a jóvenes de entre 15 y 29 años, por el CIS (2010), se analizaron las opiniones y actitudes en torno a la diversidad afectivo-sexual. En el mismo, llama profundamente la atención, que a pesar de que más de la mitad de jóvenes (54.6%) declararon tener en su grupo de amigos a un chico gay, solamente un 37% de los sujetos, son respetuosos ante el hecho de que existan relaciones sexuales entre personas del mismo sexo y matrimonio homosexual. El mismo estudio muestra que una gran mayoría de encuestados (76%), afirma haber sido en alguna ocasión testigo de comportamientos y agresiones homófobas: violencia psicológica, ya sean rumores y comentarios negativos (presenciados por un 79%), los insultos o las burlas e imitaciones (76.7%).

En lo que refiere a los conocimientos, los jóvenes de hoy en día presentan numerosas vías de información para conocer temas sexuales que son objeto de su interés o preocupación. Sin

¹ Ararteko es una Institución que da cuenta de sus actuaciones y actividades al Parlamento Vasco, por medio del informe anual. Elabora diagnósticos sobre las políticas públicas de las administraciones vascas, y formula recomendaciones conseguir una mejor protección sobre todo de aquellas personas en circunstancia de vulnerabilidad, riesgo de exclusión, discriminación o precariedad social.

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

embargo, algunas de esas fuentes, como por ejemplo el uso de internet, pueden que no sean medios lo suficientemente fiables, o incluso los mismos jóvenes no estén formados para discriminar y detectar información falsa. De acuerdo con López (2010), existe una masificación de información, que puede ser debida mayoritariamente a las nuevas tecnologías y sus múltiples posibilidades.

Actualmente vivimos en un mundo sometido a intensos cambios tecnológicos, donde las TICS (Tecnologías de la Información y Comunicación) se han convertido en la fuente principal de información para las consultas y preocupaciones de los jóvenes, por lo que está siendo objeto de reflexión sobre su uso y consumo (Sánchez-Navarro & Aranda, 2011), especialmente el uso de internet. Diversos autores (Carneiro et al., 2021), defienden que el colectivo más joven son los primeros en abrazar las TICS, creándose nuevas formas de relación y comunicación (Asociación Dianova España, 2017).

Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), mediante el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI, 2018) refieren, como “para la mayoría de jóvenes de entre 16 a 35 años, el uso de esta herramienta es prácticamente universal (98%) siendo considerados en la actualidad como usuarios intensivos de multitud de contenidos” (p. 42). Sin embargo, a pesar de estos datos, se conoce que los jóvenes presentan carencias informativas, educativas y de habilidades para hacer uso de estos conocimientos (Escuela Andaluza de Salud Pública, 2009, p. 10).

Aun cuando es positivo el uso de las tecnologías de la información y la comunicación (las TICS), existe la opción de caer en información errónea y no legitimada (López, 2014), que impida que la información masiva que nos ofrece el uso del internet no consiga el fin deseado, llegando a producir cierta saturación y contradicción cuando se quiere obtener información sobre una determinada cuestión.

Hoy en día, los jóvenes están maravillados con las múltiples posibilidades que encuentran en internet, el uso del móvil, etc. Éstas le cubren todas sus necesidades, convirtiéndose en un medio excelente de relación, comunicación, aprendizaje, satisfacción de curiosidad, etc. (Castellana et al., 2007). Sin embargo, un mal uso de las mismas puede derivar en riesgos importantes para los jóvenes, tales como recibir mensajes de personas desconocidas, o incluso citarse con estas personas. En este sentido, según un estudio realizado en el año 2010 a 23.420 usuarios en España (EU Kids Online II), sobre el uso que hacen de internet los niños europeos de veinticinco

países, un 35% de los menores que navegan tiene contactos con personas que no conoce, y un 18% acude a encuentros con personas desconocidas (Asociación Dianova España, 2017).

Existe un vínculo importante entre la afectividad y las nuevas tecnologías (Asociación Dianova España, 2017), son mediadoras del afecto (Alfama et al., 2005). Según un estudio aportado por la Liga de la Educación Española (2013), tres de cada cinco chicas y chicos indicaron que tenían interés en salir a ligar solo para lograr más amistades en las redes sociales, siendo de un 66% para las chicas, y un 55.9% para los chicos. De la misma manera, otro estudio realizado en Cataluña en el año 2012 muestra que el 31.4% de los chicos y el 10.3% de las chicas que habían tenido relaciones sexuales, usaron internet para conseguir parejas.

Por otro lado, y en relación al conocimiento sobre conductas de riesgo, actualmente, entre los jóvenes, sólo el 36% de los hombres y el 24% de las mujeres tienen conocimientos para protegerse contra el virus (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2014), lo que causa que “aproximadamente un 25-30 % de las personas restantes infectadas en España, no sepa que está infectada de VIH (p. 33). Frente a estos resultados, se confirma que sólo una minoría de los jóvenes europeos dispone de una información completa y rigurosa sobre las I.T.S. y su prevención” (Calatrava & López-del Burgo, 2012, p. 3).

De la misma manera, un estudio realizado por Dair et al. (2014), arrojó que solo el 20% de adolescentes tenía los conocimientos suficientes para evitar I.T.S., coincidiendo a su vez con Machado et al. (2013), donde según su estudio únicamente un 80% de adolescentes tiene una información inadecuada para evitarlas.

Durante la adolescencia y la juventud aumentan los problemas en tres áreas: los conflictos con los padres (Oliva Delgado et al., 2007), la inestabilidad emocional (Larson & Richards, 1994) y, sobre todo, las conductas de riesgo (Arnet, 1999). Las conductas de riesgo son interpretadas como aquellas acciones que pueden ser realizadas tanto de forma voluntaria como involuntaria y que pueden llevar a consecuencias nocivas (Fonseca, 2010). La mayoría de las definiciones que se establecen para las conductas de riesgos, abogan por aspectos como el inicio de la vida sexual a temprana edad, uso del preservativo en las relaciones sexuales, las prácticas sexuales con sustancias perjudiciales para la salud (ej. drogas), promiscuidad sexual, embarazos no deseados y aborto (Forcada et al., 2013; Huitrón- Bravo et al., 2011).

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Casas y Ceñal González (2005), afirman que determinados comportamientos pueden resultar inadecuados para el desarrollo físico y mental, pudiendo desencadenar consecuencias perjudiciales para el resto de la vida. Uno de los grandes factores que podrían vincularse con algunas prácticas de riesgo, tienen relación con una falta de información adecuada en materia de sexualidad, tanto con la familia, como con un abordaje insuficiente de este tema en la escuela (Luces et al., 2015). La información que se ofrezca a los jóvenes y adolescentes debe ser integral, adecuada a su edad y nunca bajo ningún prejuicio, miedo, abstinencia, etc., (OMS & Organización alemana BZgA, 2010).

El periodo de la adolescencia se caracteriza por desarrollar los principales problemas de salud que en su mayoría vienen provocados por la práctica de comportamientos de riesgo (Rodrigo et al., 2004), ya que se trata de un estadio de la vida donde va a influir de manera considerable el desarrollo madurativo del individuo (Iglesias, 2013) y puede darse el caso de que algunos jóvenes no estén lo suficientemente preparados para abordar algunas situaciones que se les presenten en esta etapa, pudiendo provocar en ellos importantes conductas de riesgo.

Según las cifras, aunque la mayoría de los jóvenes están sanos, otros no consiguen llegar a ser adultos con una salud óptima (UNESCO, 2018). Sin embargo, esta afirmación se opone a algunos de los datos que muestran que cada año se registran más de 2.6 millones de defunciones en la población de 15 a 24 años (García Polanco, 2014), debido a los malos hábitos de vida saludable, entre ellos, la sexualidad.

Estudios del área sanitaria del Centro de Planificación Familiar de Gijón, determinan que los principales problemas de salud vienen provocados por las prácticas sexuales de riesgo. Estas actitudes, junto con los accidentes, el consumo drogas, los suicidios, constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad entre los chicos y chicas (García Polanco, 2014). Por todo ello, para autores como Muñoz y Revenga (2005), es de suma importancia saber de qué manera se produce el aprendizaje sexual y cuáles son las fuentes de información más consultadas, con el fin de poder evolucionar en materia afectivo sexual.

Existen diversos factores (biológicos, culturales, etc.) que han adelantado la edad de introducción en ciertas conductas como el consumo de bebidas alcohólicas, de tabaco, de drogas, la edad de inicio a la sexualidad, etc., no paran de adelantarse (Serapio Costa, 2006). En este sentido, varios son los factores que favorecen esta situación: la pobreza, el desempleo, la crisis

económica, la migración, el sistema educativo, políticas educativas cada vez con menos presupuestos, los altos índices de violencia, el consumo de alcohol, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc. (López, 2014). Sin acceso a una educación sexual integral, y a servicios de salud sexual y reproductiva, los adolescentes son más vulnerables a problemas de salud sexual y reproductiva (Instituto de Salud Pública, 2014).

Las habilidades son definidas como la capacidad de revelar comportamientos relacionados con un tema, es decir, aspectos prácticos relativos tras el proceso de aprendizaje. En materia de sexualidad, incluye habilidades relativas a cómo comunicar y negociar, cómo expresar los sentimientos o cómo manejar situaciones no deseadas, como usar los métodos anticonceptivos, la prevención de infecciones de transmisión sexual y pedir ayuda en caso de problemas (OMS & Organización alemana BZgA, 2010). El estudio de los comportamientos de los adolescentes es un tema de interés para la comunidad científica (León Larios, 2018), e incluso en las últimas décadas, el estudio y la medición de los comportamientos juveniles de riesgo ha atraído el interés desde una perspectiva epidemiológica y con un enfoque en sus consecuencias sobre la salud (Brener et al., 2003).

Diferentes estudios muestran que ha habido un incremento entre nuestra población adolescente y joven de embarazos no deseados, suicidios, alcohol, drogas, trastornos de alimentación, bullying, maltrato, excesivo uso TICs, trastornos emocionales, falta de trabajo, prácticas de riesgo, etc., (INJUVE, 2016).

Los adolescentes en España inician sus relaciones sexuales a edades más tempranas, basadas en el coitocentrismo y sin uso de métodos anticonceptivos (García Polanco, 2014).

En países desarrollados, existe una elevada tasa de jóvenes que, a pesar de haber finalizado la educación obligatoria, informan de haber realizado comportamientos sexuales de riesgo (González et al., 2017).

De acuerdo con las consideraciones de López (2014), algunas de las causas de estas situaciones, son (p. 25):

- a) Falta de información legitimada por la familia, la escuela y los profesionales de la salud.
- b) Las contradicciones de la sociedad en los planteamientos sobre la sexualidad de los adolescentes y jóvenes.

- c) Los nuevos mitos sobre la sexualidad.
- d) Los escenarios de ocio asociados al alcohol y otras drogas.
- e) La carencia de figuras de apego adecuadas, que sean modelo de relaciones amorosas.
- f) La falta de una verdadera educación sexual en la escuela.
- g) La no implicación de los profesionales de la salud en la prevención y asistencia en este campo.

En los últimos años hemos sido testigos de un aumento alarmante de malas prácticas relativas a la sexualidad de los jóvenes: inicio precoz de relaciones sexuales, embarazos no deseados (Avery & Lazdane 2008), riesgo sexual (Unis & Sällström 2020), sexismo (Lamb et al., 2018; Mackenzie & Debra 2020), sexting (Klettke et al., 2014), uso de métodos anticonceptivos (Frost et al., 2008) e infecciones de transmisión sexual (ITS) (Pinquart 2010; Tzilos et al. .2020).

De las múltiples conductas sexuales de riesgo existentes entre los jóvenes, la mayoría de los estudios recogen el mal uso de métodos anticonceptivos, frecuencia de actividad sexual con múltiples parejas y relaciones sexuales bajo efectos de drogas y alcohol (Forcada et al., 2013).

A continuación, profundizamos en estas y en algunas otras prácticas sexuales de riesgo de los adolescentes y los jóvenes, tanto en España como en la Comunidad autónoma de Andalucía:

En lo que respecta al inicio precoz de las relaciones que se establecen entre parejas han evolucionado, predominando las relaciones esporádicas (León-Larios, 2018) y sin ningún tipo de vínculo afectivo y/o emocional, donde se observa que el concepto sexual ha tornado hacia una mayor liberación de la persona para poder elegir qué tipo de compromiso quiere adquirir con una persona sea hombre o mujer. La sexualidad no lleva consigo un compromiso afectivo, ni sentimental y, menos aún, se produce con fines reproductivos, siendo hoy en día el principal objetivo de tener contacto sexual, el satisfacer el deseo carnal mediante el placer, lujuria, el deseo, etc., denominado por los jóvenes como “ligues”. En este sentido, de acuerdo con INJUVE (2016), “el 74.1% de los encuestados declara que “La sexualidad es un medio para buscar comunicación y placer” (p. 12).

Una de las cuestiones más significativas para los jóvenes de hoy en día, es tener una vida sexual satisfactoria (Junta de Andalucía, 2011). En este sentido, según un último estudio realizado por la Liga Española de la Educación (2013), respecto a la importancia de tener relaciones

ocasionales, y cambiar más frecuentemente de pareja, eran algo más importante para los varones (72.9%) que para las mujeres (68.7%). De acuerdo con el último informe INJUVE (2016), el 86% de jóvenes españoles, afirma haber tenido ya su primera relación sexual coital. Según datos aportados por el Observatorio de la Salud de la Infancia y la adolescencia del Hospital Sant Joan de Déu, en los últimos 50 años la media de edad de la primera relación sexual se ha adelantado en España 5.6 años (Moreno et al., 2018).

Por otro lado, en la precocidad sexual ya no suelen existir a penas diferencias entre hombres y mujeres. Estos datos, quedan corroborados por los siguientes estudios:

Rodríguez y Traverso (2012) concluyen que, en la Comunidad Autónoma de Andalucía, los adolescentes comienzan su actividad sexual coital con una media de edad de 14 años, tanto para el género masculino como femenino, aunque la mayor precocidad es en los chicos.

González et al. (2017), muestran que la edad de inicio de las relaciones sexuales completas se sitúa entre los 15 y los 16 años (50.9%), mientras que un 18.8% afirma haberlas iniciado entre los 13 y los 14 años.

En el estudio realizado por INJUVE (2016), se confirma que ha disminuido la edad de inicio de su primera relación sexual coital. Los jóvenes adolescentes indican que un poco antes de los 16 años, los jóvenes entre 20 y 24 años a los 16 y 10 meses, y los jóvenes adultos a los 17 años y 3 meses. En definitiva, “más del 60% de los jóvenes adolescentes dice haber tenido al menos una experiencia sexual completa antes de los 16 años. A nivel europeo, la media se sitúa en un promedio de edad de 16-18 años” (Instituto de la Juventud en España, 2016, p. 404-405).

La Liga de la Educación Española (2013), según su estudio realizado a un total de 657 adolescentes, arroja que más de la mitad de los jóvenes encuestados había tenido la primera relación a los 14 y 15 años (14 años: 25.6% y 15 años: 32.1%), destacándose en los porcentajes respectivos una proporción mayor de chicos; así, a los 15 años se inició en el 34% de los varones frente al 29.1% de las mujeres. Cabe destacar, que solamente un 0.8% de tenían 18 años.

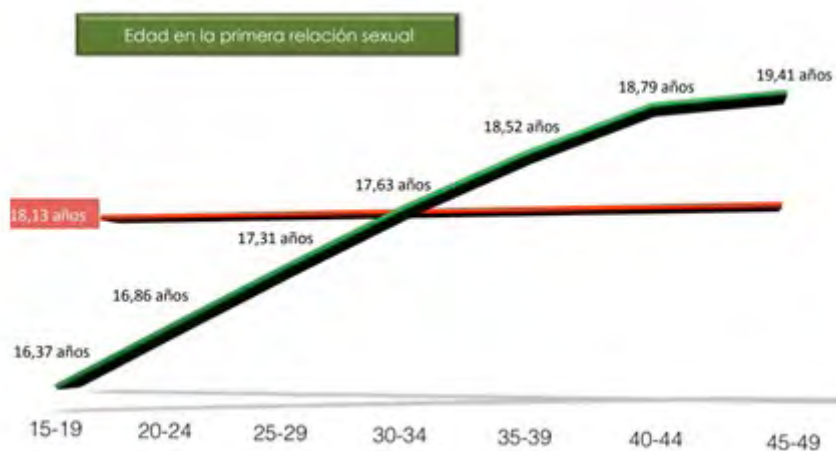
CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

A la luz de estos datos, podemos afirmar que existe la tendencia de iniciar las primeras relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas, lo cual conlleva a realizar prácticas sexuales cada vez menos seguras y de riesgo, propias de esta precocidad (García Polanco, 2014), provocadas a su vez por el escaso desarrollo madurativo del individuo (Iglesias, 2013).

Según el actual estudio realizado por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de España (2018) a mujeres de entre 15 a 49 años, podemos apreciar que el inicio de las relaciones sexuales está siendo cada vez más precoz. En la figura, observamos cómo las mujeres que ahora presentan una edad de entre 45-49 años, comenzaban su primera relación sexual a los 19 años y medio aproximadamente, mientras que las chicas de entre 15 y 19 años, lo hace a una edad media de 16 años aproximadamente (Figura 3.3).

Figura 3.3

Variación en el inicio de las relaciones sexuales de mujeres entre 15 y 49 años



Fuente: Extraída del Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2018, p. 4).

Si examinamos los informes aportados por el Instituto de Juventud del año 2008, 2012 y 2016, observamos que los datos arrojados en el año 2008, sitúan la media de la primera relación sexual entre los 18 y los 20 años (INJUVE, 2008). El informe del año 2012, sitúa la media en 17 años, mientras que el informe del año 2016, muestra como más del 60% de los adolescente refiere haber tenido su primera relación sexual antes de los 16 años (INJUVE, 2016).

En cuanto a los embarazos “no deseados”, el aborto en la adolescencia es un grave problema, convirtiéndose en uno de los problemas de salud más comunes. España se ha consolidado como el tercer país con mayor porcentaje de abortos de la Unión Europea, situándose por detrás de países como Francia y Reino Unido (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, 2014).

Estos datos se confirman en el estudio del Instituto Juventud (INJUVE, 2016, p. 411), que determina que el 3% de las jóvenes encuestadas que han sufrido un embarazo no deseado, ha sido antes de los 15 años, el 24% entre los 15 y 17 años, el 31% entre 18 y 20 años y el 38% con más de 20 años.

De acuerdo a ello, la edad media a la que las adolescentes y jóvenes tienen un embarazo no deseado se aproxima a los 20 años. Este estudio coincide con los datos arrojados por el Instituto Andaluz interuniversitario de Criminología (2017), en el que se afirma que “la edad en que las mujeres más interrumpen su embarazo es entre los 20 y los 24 años, seguida por la edad de 25 a 29 años y posteriormente la de 30 a 34 años”. (p. 4)

Estos datos, a su vez coinciden con otros estudios realizados por la Sociedad Española de Contracepción (2013), en lo que se muestra que el 32% de los españoles declaró haber tenido relaciones sexuales sin protección. A su vez, la VII Edición de la Encuesta Bayer Healthcare de Anticoncepción (2011, p. 1), declara que “España ha consolidado un uso aceptable de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, sin embargo 1.950.000 mujeres siguen expuestas a un embarazo no deseado”. En este sentido, cabe señalar que de acuerdo con los datos arrojados por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2018), un 72% de mujeres de entre 15 y 35 años, utiliza algún método anticonceptivo, sin embargo, existe todavía un 28% que no utiliza. Otros datos aportados por INJUVE (2016), indican que los jóvenes de más edad tienen un porcentaje de utilización de anticonceptivos ligeramente inferior a la media, entre los menores de 25 años el 87% había utilizado algún método, y entre los 25 y 29 años el 81%.

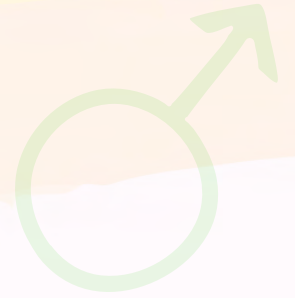
Según el estudio de la Liga Española (2013), señala el preservativo masculino (95.2%) como el método anticonceptivo más utilizado por los jóvenes, seguido de la píldora del día después (72.7%); las píldoras anticonceptivas (64.5%); el coito interruptus, popularmente conocido como “marcha atrás” (47.6%).

CAPÍTULO 3. ADOLESCENTES, JÓVENES Y SEXUALIDAD

Referente al uso del preservativo, el estudio de Meneses (2010), sobre los comportamientos de riesgo (consumo de drogas, violencia, seguridad vial y relaciones sexuales) en la población adolescente de tres comunidades autónomas, (Andalucía, Madrid y País Vasco), determina que “el uso del preservativo en las relaciones sexuales ocasionales es bajo, ya que el 4% de las personas jóvenes afirma no haberlo usado en el último año” (p. 170).

Sólo un 34% de mujeres de entre 15 y 32 años, suele llevar preservativos por si los necesitase, frente a un 66% que argumenta no llevarlos nunca (Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva, 2018). En este sentido, la mayoría de jóvenes, concibe el preservativo como un método anticonceptivo “incómodo” y que “reduce la sensibilidad”, además de resultar “poco erótico” (Instituto de Asturias de administración pública, 2015). Según aumenta la edad de los jóvenes, disminuye el porcentaje de su uso (del 91% entre los 15 y 19 años al 64% entre los 25 y 29 años), elevándose el uso de la píldora anticonceptiva del 8% entre los 15 y 19 años al 30% entre los 25 y 29 años. Por tanto, el grado de no usar el preservativo como método anticonceptivo aumenta con la edad, pasando del 25,3% entre quienes tienen 15 y 19 años al 36.7% entre los 25 y 29 años (INJUVE, 2016).

Referente a las Infecciones de Transmisión Sexual, actualmente, existe un nuevo tipo de relaciones sexuales, que conlleva ausencia de compromiso, y por tanto aumento de la promiscuidad. Tradicionalmente, se ha mantenido la imagen de asociar este tipo de práctica a los homosexuales (Moreno Sánchez & Pichardo Galán, 2006), sin embargo, se trata de una práctica actual y en auge en los jóvenes, cada vez más practicada (Hernán et al., 2001), lo que conlleva numerosos riesgos sexuales como pueden ser el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH, embarazos no deseados, etc.



"Es más fácil desintegrar un átomo que un prejuicio"

Albert Einstein



CAPÍTULO 4.

DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD



CONTENIDO DEL CAPÍTULO 4

- 4.1. BREVE RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD
- 4.2. DISCAPACIDAD: CONCEPTO Y ENFOQUES
 - 4.2.1. Concepto de discapacidad
 - 4.2.2. Paradigmas y modelos de la discapacidad
- 4.3. DISCAPACIDAD AUDITIVA
 - 4.3.1. Breve historia de la comunidad de los sordos y su lengua
 - 4.3.2. Clasificación de la pérdida auditiva
 - 4.3.3. La adquisición del lenguaje en las personas con discapacidad auditiva. implicaciones en las distintas áreas del desarrollo
 - 4.3.4. Desarrollo cognitivo, social y afectivo de las personas con discapacidad auditiva
- 4.4. DISCAPACIDAD Y SEXUALIDAD
- 4.5. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SORDOS

RESUMEN

Tradicionalmente, las personas con discapacidad han estado aisladas de la sociedad en general, considerándose que no tenían nada que contribuir a la comunidad (Palacios, 2008). Sin embargo, estas personas constituyen un grupo significativo en cualquier sociedad, representan el 15% de la población mundial (OMS, 2011), estimándose que para el año 2025 su número sobrepasará los 800 millones (Castillo, 2010). Referente al ámbito de la salud, algunos estudios muestran como los comportamientos de personas con discapacidad son distintos a las personas que no la presentan, ya que presentan necesidades insatisfechas (OMS, Informe Mundial sobre la discapacidad, 2011). A continuación, se muestra uno de los relatos ofrecidos por una chica con discapacidad auditiva, recogidos a través del Informe Mundial de la discapacidad (2011):

(...) Quedé sorda a los nueve años debido a un brote de meningitis. Los análisis arrojaron un resultado positivo en VIH. La noticia me afectó profundamente y perdí el deseo de vivir porque pensaba que ser positivo era el fin del mundo para mí...las personas sordas no tienen información sobre ello...Hay que derribar las barreras que nos aíslan del mundo. (Susan, p.22)

Tanto la sexualidad como la discapacidad son dos términos que, a lo largo de los siglos, se ha cuestionado si se encontraban dentro de lo “normal” y lo “desviado” (González & Castellanos, 2006). Esta situación demuestra, que durante mucho tiempo, la sexualidad no ha sido reconocida en las personas con discapacidad (López, 2011), simplemente no tenían derecho a ella ni a su disfrute, ya que eran percibidas como personas asexuadas o sexualmente desinhibidas (UNESCO, 2018). Esta situación todavía persiste en la mente de muchos, sin embargo, debemos tener presente que el deseo sexual está en todos los seres humanos que conforman la sociedad, independientemente de sus condiciones físicas, psicológicas, etc.

De acuerdo con lo descrito en capítulos anteriores, un correcto desarrollo sexual no solo implica satisfacer los deseos sexuales y/o genitales, sino va más allá, es una parte fundamental en el desarrollo del ser humano, que ayuda a fomentar las habilidades sociales, la autoestima, las relaciones interpersonales y la afectividad, con el fin de lograr una vida plena y satisfactoria en todas las dimensiones humanas (Campo, 2003). Su correcto desarrollo, por tanto, favorecerá necesidades básicas como: contactar, intimar, lograr placer, etc., (Castillo, 2010). Si al hecho de tener “discapacidad”, añadimos las dificultades comunicativas que presentan las personas con pérdidas auditivas, estamos ante una situación, que urgentemente necesita el apoyo de todos lo que conformamos la sociedad, pero más aun de todos los educadores y organizaciones responsables de la misma.

Todos somos sexuados y, como tal, todos tenemos un desarrollo sexual diverso y a diferentes velocidades (Save the Children, 2017). Sin embargo, a pesar de que continuamente estamos evolucionando, de acuerdo con la Federación de Asociaciones en favor de las Personas con discapacidad intelectual (FEAPS [Federación de Asociaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual], 2015), las personas con discapacidad han estado continuamente expuestas a una gran diversidad de mitos sexuales, que han promovido y fomentado que la sexualidad de estas no se tuviese en cuenta en las organizaciones, en el ámbito educativo y legislativo y, mucho menos, en la familia. Algunos de los mitos sexuales más conocidos que giran en torno a la discapacidad son, entre otros (FEAPS, 2015, p.2-10):

- No tienen sexualidad o necesidad de expresión sexual, son asexuadas y/o no les interesa.
- Sus dificultades les impiden tener relaciones sexuales “normales”.
- No pueden tener pareja.
- La educación afectivo-sexual “incita” e incrementa las conductas sexuales.

Este panorama, incrementa la necesidad de apostar por una educación afectivo-sexual, basada en el respeto y los derechos de igualdad para todos, independientemente de su condición.

4.1. BREVE RESEÑA SOBRE LA HISTORIA DE LA DISCAPACIDAD

Una de las principales disciplinas científicas es la Historia, ya que nos permite conocer hechos y experiencias que ocurrieron en el pasado y dan coherencia al presente (Aparicio Ágreda, s.f.). Gracias a la misma sabemos que, desde tiempos remotos, las personas con alguna discapacidad o anomalía han sufrido una discriminación constante por ser consideradas “diferentes”, “limitadas”, o incluso catalogadas, peyorativamente, como minusválidas (López, 2014).

En la época de la prehistoria y la antigüedad, en el Antiguo Egipto, existía y estaba permitido el abandono e infanticidio de niños y niñas con discapacidad. De igual manera, la sociedad hebrea, y posteriormente el cristianismo, consideraba la discapacidad señal de un pecado cometido, por lo que estas no podían ejercer funciones religiosas (Valencia, 2014). En la India los niños con discapacidad eran abandonados en el bosque o arrojados al río sagrado Ganges; en África Oriental (los Chagga) las utilizaban para espantar a los demonios, y los Jukus de Sudan, los abandonaban para que murieran por considerarlos obra de los malos espíritus (Di Nasso, 2010); en Esparta, los ancianos examinaban a los niños y niñas al nacer, y si los considerados “débiles” eran abandonados o dejados morir, las leyes de Licurgo obligaba a que todo el que tuviese una discapacidad física fuera arrojado desde el monte Taigeto (Figura 4.1).

Por otra parte, la sociedad romana otorgaba al padre de familia, el derecho a decidir sobre la vida de sus hijos, permitiendo que los niños considerados “débiles” o “enfermos” se arrojasen al río Tiber o se despeñasen por la roca Tarpeia, junto con ancianos y personas adultas que habían adquirido alguna discapacidad (Figura 4.2). Incluso en las luchas de gladiadores, las personas con enanismo eran fenómeno de diversión para la plebe, obligándoles a luchar contra las mujeres.

Figura 4.1

Monte Taigeto



Fuente: Wikicommons.

Figura 4.2

Río Tíbet



Fuente: Wikicommons.

Con la llegada del Imperio Romano, estas prácticas infanticidas comenzaron a desaparecer, sin embargo, aún los niños eran abandonados en las calles para ser explotados como esclavos o mendigos (Di Nasso, 2010).

Con la caída de Roma y la llegada del cristianismo, las condiciones de las personas con discapacidad volvieron a la dureza de los inicios. Incluso eran confundidas con los locos, brujas, delincuentes, vagos, etc. Durante el siglo XIV los nacidos con discapacidad física, sensorial o mental eran partícipes de encierros o exhibiciones en circos para hacer ver a las familias lo que provocaba “cometer pecados” (Valencia, 2014).

En España, durante el siglo XV, con motivo de las sucesivas guerras entre los árabes en la Península Ibérica, se crearon las primeras instituciones y asilos con la finalidad de atender a todos los que habían sido heridos durante las mismas (Torres González, 2010).

A partir del siglo XVI, con el desarrollo de la burguesía urbana, creció un nuevo interés hacia el trato de las personas con discapacidad (Joly, 2007), y concretamente en Francia, en el siglo XVIII, hubo un gran desarrollo hacia la educación de las personas sordas con la incorporación de la Lengua de Signos. En 1620, Bonet, pedagogo y logopeda español, incorpora la Lengua de Signos con las personas sordas para que puedan comunicarse. Por otro lado, aquellas personas que padecían alguna enfermedad mental, eran recluidas en asilos o manicomios, sin embargo, continuaban siendo personas aisladas del resto de la sociedad. Incluso jurídicamente, el artículo doscientos de Código Civil apuntaba: (...) “se someterá a tutela a los locos o dementes, aunque

tengan intervalos de lucidez y los sordomudos que no sepan leer y escribir”... (Real Decreto de 24 de julio de 1889, p. 1372).

Con la promulgación de la Constitución de 1978 (artículos 9.2, 10.1, 14, 49 y 50), comienza en España una nueva etapa en el tratamiento jurídico y social de las personas con discapacidad, y será a partir de la promulgación de la Ley 13/1982 (ley de Integración Social de los Minusválidos), donde se dará un gran avance importante en materia de salud, empleo y educación para las mismas.

Es a partir de la segunda mitad del siglo XX, gracias al surgimiento de movimientos sociales, promovidos principalmente por personas con alguna discapacidad, o los propios familiares de los mismos, cuando se empieza a manifestarse a favor de los derechos de todas las personas con discapacidad, reclamando derechos mediante políticas inclusivas (Molina, 2017).

4.2. DISCAPACIDAD: CONCEPTO Y ENFOQUES

4.2.1. Concepto de discapacidad

Etimológicamente discapacidad, es una palabra formada por el prefijo dis- y la palabra capacidad, que significa “falta de capacidad”. A lo largo de la historia, el concepto de discapacidad ha sufrido numerosos cambios, debido a las diferentes situaciones sociales y/o políticas (Abellan & Hidalgo, 2011; Valencia, 2014) y al desarrollo de diferentes enfoques y corrientes médicas, sociales, educativas, laborales, morales, etc., (Pope & Tarlov, 1991; Toboso & Guzmán, 2010), que mostramos en la Tabla 4.1.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 4.1

Fases, consideración y tratamiento social de la evolución del concepto de discapacidad

Época	Enfoque	Tratamiento	Actitud a nivel social
En las culturas antiguas	Enfoque mágico- religioso: la locura y los grandes trastornos físicos o sensoriales son debido a la intervención de poderes sobrehumanos que ponen a prueba o castigan a las personas por algún mal cometido.	Remedios: magia e intervención de brujos y Chamanes, masajes, baños, hierbas...	Objeto de rechazo y a veces causa de muerte. Postración pasiva y culpabilizada.
Desde el S.XV	Enfoque técnico y secularizado: la discapacidad como resultado de fenómenos naturales (accidentes) que requieren una terapia adecuada, igual que otras enfermedades.	Instituciones manicomiales orientadas a la rehabilitación con tratamientos que persiguen la inserción social de los pacientes.	Internamiento masivo, las tareas terapéuticas fueron sustituidas por la custodia y cronificación de los atendidos.
Finales S.XIX y II Guerra Mundial	Enfoque médico y asistencial: Identificación y explicación de muchos trastornos, relacionados con factores físicos (bioquímicos, traumáticos o perinatales) como psíquicos (formas de aprendizaje o socialización infantil)	Atención educativa y asistencial. Implicación del estado. Creación de "Centros especiales" de educación y ocupación.	Efecto estigmatizador: Prevalen las etiquetas y una política paternalista que refuerza la dependencia respecto a las instituciones y el desarrollo de nuevas formas de discriminación social y laboral
2ª Mitad del S.XX	Se pone acento en el origen social de la discapacidad, prevención, rehabilitación e inserción comunitaria.	Se favorecen centros de salud y servicios comunitarios. Se defiende la inclusión y normalización escolar y laboral con el soporte que sea necesario.	Movimiento social, a través de asociaciones, formadas por personas con discapacidad y familiares, que defienden los derechos de las personas con discapacidad.

Fuente: Extraído de la *Consejería de Empleo y Turismo de la Comunidad de Madrid (2010, p. 3). Guía inclusiva de prevención de riesgos laborales en las organizaciones.*

Algunas definiciones, dentro de estos enfoques, las mostramos a continuación:

El Diccionario de la Real Academia, define la discapacidad para referirse a “la cualidad del discapacitado y discapacitado como la persona que tiene impedida o entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por alteración de sus funciones intelectuales o físicas”.

La Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES, 2000, p. 9), la define como “toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia”.

La OMS (2010, p. 14), por su parte refiere este concepto como “restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera “normal” para un ser humano”.

Según la Encuesta de Población Activa (EPA, 2002, p. 5), es “toda limitación en el desarrollo de las tareas diarias, incluyendo el trabajo, que puede afectar tanto a la naturaleza, como a la duración o a la calidad de la actividad a desarrollar”.

La Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008, p. 4), se identifica con “limitaciones importantes para realizar actividades de la vida diaria que hayan durado o se prevea que vayan a durar más de un año y tengan su origen en una deficiencia”.

Según el Informe Mundial de la Discapacidad (OMS, 2011), la definición abarca desde pequeñas dificultades en el funcionamiento hasta grandes impactos en la vida de una persona.

De acuerdo con el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (Abellán García & Hidalgo Checa, 2011, p. 4) se trata de “un concepto global que abarca las deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación”.

En definitiva, la gran mayoría de autores u organismos, la definen “como la consecuencia de una deficiencia fisiológica que padece, a título personal, un individuo” (Rodríguez & Ferrerira, 2010, p. 292).

Sin embargo, en la actualidad, encontramos la definición del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, (CERMI, 2018, p. 18) entendiéndola como “un fenómeno complejo que no se limita simplemente a un atributo de la persona y que en ningún caso puede ser vista como un “fallo” de la sociedad, sino como un elemento de su diversidad”.

Según se muestra en estas definiciones, se ha producido una evolución en el concepto de deficiencia, sin embargo, en pleno siglo XXI la sociedad designa y ve a las personas con alguna dificultad física, psíquica y/o sensorial, etc., con connotaciones que negativas y peyorativas tales como “anormal” (de acuerdo al diccionario de la Real Academia (DRA) persona que está fuera de lo normal), “subnormal” (de acuerdo al DRA persona con coeficiente intelectual por debajo de lo normal), “minusválido” (menos válido), “deficiente” (de acuerdo al DRA persona incompleta, que tiene algún defecto y no alcanza el nivel considerado normal), e incluso “discapacitado”, que como hemos citado se usa para referirse a las personas que tienen “falta de capacidad”.

En este sentido, coincidiendo con Palacios y Romañech (2006), actualmente en España la palabra socialmente aceptada para dirigirse a este colectivo es “minusválido”, cuya terminología viene a significar “menos válido”. Esto puede verse en los diferentes lugares que están habilitados para los mismos: plazas de aparcamiento de minusválidos, servicios con letreros indicativos de minusválidos, etc., e incluso en los textos jurídicos españoles, donde podemos apreciarlo.

Sin embargo, nosotros compartimos la idea propuesta por los autores León y Crisol (2019), al considerar que la “normalidad” es algo subjetivo y que a menudo somos la misma sociedad, con nuestros comportamientos de rechazo y minusvaloración hacia algunas personas, los que creamos las barreras.

4.2.2. Paradigmas y modelos de la discapacidad

De acuerdo con lo indicado, podemos hablar de la existencia de varios paradigmas que han abordado la cuestión de la discapacidad, que a su vez, incluyen varios modelos (CERMI, 2017; Palacios, 2008):

Paradigma de la prescindencia. El modelo eugenésico y el modelo de la marginación

Se trata de una corriente que centra las causas de la discapacidad en las personas a motivos religiosos, las cuales eran concebidas innecesarias o inútiles para la sociedad. Se consideraban “seres diabólicos” que “no merecían vivir o eran destinadas a ser tratadas como objeto de caridad” (Palacios & Buffini, 2007, p.13). Dentro de este paradigma, se distinguen dos modelos: el eugenésico y el de la marginación (Palacios & Buffini, 2007).

El modelo eugénico, pertenece a la Antigüedad clásica de Grecia y Roma. Se trata de un enfoque caracterizado por la constante obsesión por la perfección corporal. De acuerdo con la mitología griega el infanticidio de los niños considerados débiles al nacer, era bastante común. Toda aquella persona “con imperfecciones físicas o intelectuales suponían un peligro para la sociedad” (Barnes, 1998, p. 67-72). Bajo la influencia de las teorías de la herencia y la genética, se concebía la discapacidad como motivo de acabar con la continuidad de esas familias, mediante la eugenesia, o la segregación de los individuos en instituciones (Planella & Pié, 2012).

Por otro lado, el “modelo de la marginación”, caracterizado porque las personas con discapacidad eran incluidas en el grupo de pobres y los marginados (Palacios & Buffini, 2007, p. 14). Como consecuencia de la discapacidad, se excluían del resto de la sociedad, en instituciones segregadoras, donde se les dotaba de una atención caritativa (Barnes, 1998).

Paradigma de la rehabilitación: el modelo médico y el modelo integrador o bio-psico-social

Definido así porque concentra “el problema en el individuo, en sus deficiencias y dificultades” (Jiménez, 2007, p. 190). Se trata de un enfoque científico que parte de la necesidad de que las personas con estas características debían ser rehabilitadas psíquica, física, mental o sensorialmente, con “la finalidad de normalizarlas” (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad [CERMI], 2017, p. 25). El referente de este paradigma es la Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (2001). Dentro de este paradigma se distinguen dos modelos: *el modelo médico y el modelo integrador*.

El modelo médico pone énfasis en la discapacidad como patología, defendiendo la prevención, la cura o el tratamiento del mismo. Para este modelo, la discapacidad es un problema individual, causado por una enfermedad, un traumatismo o cualquier otra alteración de la salud. Por otro lado, el modelo integrador (OMS, 2001), mediante el documento del CIF, la Discapacidad y la Salud, enfoca el protagonismo a los factores ambientales, pero manteniendo el centro de su análisis en las deficiencias médicas. Este modelo integrador o modelo bio-psico-social, por lo tanto, trata de articular las concepciones médicas y psicológicas de la discapacidad con las concepciones sociales del modelo social emergente (Palacios & Romañach, 2006).

Paradigma de la autonomía personal. El modelo social y el modelo de la diversidad funcional

Con vistas a un nuevo enfoque positivo, que abandona los términos negativos utilizados hasta el momento, nace este paradigma, en donde se considera al entorno como “el núcleo del problema, y no en la deficiencia o la falta de destreza del individuo” (Jiménez, 2007, p. 190). El problema principalmente se sitúa en el contexto, que es que el “discapacita” a través de la exclusión (CERMI, 2017; Palacios 2008).

Dentro de este paradigma, encontramos, por un lado, el “modelo social”, promovido por la idea de que las causas de que existan personas con discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino sociales. Las personas con “discapacidad” son igual de necesarias que el resto de los miembros de la sociedad. Se trata de un modelo promovido por el respeto a la diferencia y a los derechos de las personas, propiciando la inclusión social. Parte de la premisa de que la discapacidad simplemente es el resultado de una sociedad irrespetuosa, que impide a la persona decidir respecto a su vida privada (CERMI, 2017).

De acuerdo con Jiménez (2007), la solución a esta situación de “incapacitar” (Oliver, 2008), solo puede ofrecerla la sociedad, realizando las modificaciones necesarias en el entorno, es decir, creando una sociedad sin barreras (Barton, 1998), para lograr la plena participación de las personas con discapacidad.

Por otro lado, y en el mismo paradigma, se encuentra el reciente *modelo de la diversidad funcional*, apoyado en la teoría principal de la ética, la dignidad y el derecho humano (CERMI, 2017). Al igual que el modelo social, para este modelo el problema radica en la discriminación social, además considera vital partir de los derechos, teniendo como referencia la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), aprobada en el año 2006 por la ONU (Organización de las Naciones Unidas).

De acuerdo con Palacios y Romañach (2006), el término correcto y real para este colectivo es diversidad funcional, ya que las personas sordas, ciegas, tetraplégicas, etc., hacen la misma función que cualquier otra persona, pero de diferente manera, es decir, de manera diversa. Por ejemplo, una persona sorda se comunica a través de sus manos mediante la Lengua de Signos y no con su voz, o una persona que se traslada de un lugar a otro en silla de ruedas, a diferencia de

aquel que lo hace con las piernas, etc. Este nuevo concepto, es considerado, al contrario que los utilizados hasta ahora, pionero en la historia por no tener un carácter negativo y/o peyorativo (Romañech & Lobato, 2005).

El término de diversidad funcional, con el que nos sentimos plenamente de acuerdo, es un concepto todavía novedoso para algunos, y se comenzó a utilizar en el Foro de Vida Independiente en España en el año 2005. El motivo principal por el que surgió fue el que algunas personas con diversidad funcional se rebelaron ante las imposiciones médicas, institucional-rehabilitadoras, y reivindicaron el derecho a decidir sobre sus propias vidas (Rodríguez & Ferrerira, 2010, p. 292).

A modo de conclusión, y tras la revisión expuesta sobre la evolución de los diferentes paradigmas históricos, es importante subrayar las palabras de Palacios y Romañach, (2006, p. 71), quienes afirman que “todavía vivimos bajos las sombras del modelo rehabilitador desde la legislación, lo judicial, políticas sociales, y desde la bioética”.

4.3. DISCAPACIDAD AUDITIVA

4.3.1. Breve historia de los sordos y de su lengua

Existen dos factores fundamentales que determinan el hecho de la existencia de un grupo social: la historia y la lengua (Gascón Ricao et al., 2004). A continuación, desarrollaremos ambas para adentrarnos hacia el tema que nos ocupa.

En primer lugar, es necesario destacar que la historia de las personas sordas como colectivo está marcada por una continua lucha dirigida a conseguir que sus derechos fuesen reconocidos en todo el mundo. En este sentido, son muchos los autores que forman parte de la amplia historia de los sordos (Lasso, Pedro Ponce de León, San Agustín, San Pablo, Hipócrates, Aristóteles, Bonet, Sánchez de Yedra, etc.). Sin embargo, de acuerdo con algunos autores (CNSE [Confederación Estatal de Personas Sordas], 2002), un médico llamado Girolamo Cardano (nacido en 1501), es la primera persona que pensó que una persona sorda podía ser educada mediante los signos manuales para comunicarse con las personas oyentes.

Previamente a Cardano, Aristóteles decía que los sordos no podían razonar y pensar. En los primeros textos históricos de los siglos IV a XV, a las personas sordas se les denominaba “sordomudos”, ya que se afirmaba que al no poder escuchar no podía adquirir el habla y aprender una lengua. Igualmente, Hipócrates (460 al 356 a. C) afirmaba que la mudez era una enfermedad que no tenía cura (Federación de Personas Sordas de la Comunidad Valenciana [FESORD], 2000).

De la misma manera, Heródoto (484 al 424 a. C), consideraba que los sordos eran seres castigados por los dioses por los pecados de sus antepasados. Años más tarde, la Iglesia Católica continuaría con estas ideas, al considerar que no eran dignas de una educación, puesto que no podían hablar como Dios, eran personas sin alma, manteniendo esta actitud hasta el siglo XX (APADA Asturias, 2018).

En el S. XVI Pedro Ponce de León (1520 al 1584), a raíz de las declaraciones de Cardano, en el año 1545 utilizó un sistema de escritura, que consistía en enseñar a los niños sordos mediante signos manuales asociados a objetos. El método de enseñanza de Ponce de León se centraba en la dactilología (representación del alfabeto con las manos), la escritura y el habla. Les hablaba a los niños sordos por medio de signos y escritura, pidiéndoles a los alumnos que respondieran de forma oral.

Casi cuarenta años después de la muerte de Ponce de León, Juan Pablo Bonet publica en el año 1620 el libro “Reduction de las letras y Arte de enseñar a “ablar los Mudos”, considerado el primero en el mundo en su género sobre la educación del sordo. En esta obra se incluye el primer abecedario dactilológico con el que Ponce de León enseñaba pedagógicamente a sus alumnos a leer y escribir.

No fue hasta el siguiente siglo, en 1755, cuando surge la figura más relevante en la educación de los sordos el francés Abad de L'Épée, iniciándose un nuevo periodo en la educación de las personas sordas. Fue el fundador de la primera escuela pública para los sordos, que comenzó con seis alumnos y llegó a tener setenta y dos en 1785. L'Épée inventó unos “gestos” para que los sordos aprendieran a leer y escribir, ya que estaba convencido de que los sordos eran capaces de comunicarse entre ellos mismos, pero no simplemente con un lenguaje mímico, sino un lenguaje con un método lingüístico, ya que se trataba de unos gestos que cumplían con las funciones de una lengua (Skliar, 1997).

CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD

El sistema que utilizó es lo que hoy se denomina sistema bimodal, que consiste en hacer signos al mismo tiempo que se habla siguiendo la estructura de la lengua oral. El método que creó L'Éppé no fue aceptado, especialmente por Heinicke, quien discrepaba sobre el mencionado método y hacía hincapié en un enfoque únicamente oralista. A finales del siglo XVIII, fue cuando se inició la controversia entre el método oral y el método manual.

En el siglo XIX, concretamente en el año 1816, Thomas Hopkins Gallaudet, ciudadano estadounidense, se trasladó a Europa para aprender un método para enseñar a los sordos y poder crear una escuela. Sin embargo, no tuvo una gran acogida en el país, porque además de la lengua oral, él iba a enseñar Lengua de Signos, sistema que no era bien recibido. Poco después, Gallaudet conoció a Sicard (sucesor de L'Éppé) y ambos colaboraron para que, en Estados Unidos, en 1817, se creara el Asilo Americano para la Educación e Instrucción de Sordos y Mudos, donde la Lengua de Signos sería la lengua principal en toda la educación de los sordos (FESORD, 2000).

Años más tarde se permitió la alfabetización de los sordos en Lengua de Signos y en 1864 el Congreso Americano aprobó una ley que permitía que Gallaudet se convirtiera en una universidad de enseñanza superior exclusivamente para sordos. En España con la Ley de 1857, se desarrolló el Real Decreto de Reglamento del Colegio de Sordomudos y de Ciegos de Madrid, una normativa oficial sobre colegios para sordos, siendo a partir de 1857 cuando se empezaron a fundar los colegios para sordos (Marchesi, 1987).

En el año 1880, sin embargo, se produjo un acontecimiento histórico que marcaría un antes y un después en la comunidad de las personas sordas: en el Congreso de Milán se aprobó oficialmente el método oralista, vetándose a los profesores sordos a participar en la decisión y, posteriormente, no permitiéndoles dedicarse a la profesión docente. Como consecuencia de ello, en España se prohibió el uso de la Lengua de Signos.

No sería hasta el año 1970, en el Primer Congreso Nacional de educadores sordos, donde los resultados de varias investigaciones sobre la eficacia de la Lengua de Signos en el aprendizaje harían que se plantease nuevamente el uso de la misma, ya que los resultados académicos sin el mismo estaban resultando nefastos (Marchesi, 1987). A partir de este momento, comenzarían nuevas perspectivas para los sordos, incorporándose la Lengua de Signos, junto a la lengua oral, como método para la enseñanza, es decir, el bilingüismo.

Tras décadas de reivindicaciones, el 24 de octubre del año 2007, se publicó en el Boletín Oficial del Estado la Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconoce la Lengua de Signos Española y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas.

Sin embargo, coincidiendo con algunos autores (Esteban Saiz, 2019), a pesar de este gran hito histórico, todavía quedan muchos obstáculos pendientes para lograr con éxito un reconocimiento total de la Lengua de Signos.

A pesar de este logro, quedan retos pendientes y la comunidad signante sigue reclamando un reconocimiento explícito de la Lengua de Signos desde la perspectiva de los derechos lingüísticos y no simplemente desde el prisma de la discapacidad.

La Lengua de Signos es considerada la lengua natural de las personas sordas, siendo su “vehículo de aprendizaje y mayor bien cultural” (Amezcúa-Aguilar & Amezcúa-Aguilar, 2018, p. 123), es decir, es su signo de identidad.

Se trata de una lengua de modalidad no-vocal del lenguaje humano, desarrollada de forma natural y espontánea a partir de una experiencia visual del entorno, expresada por la configuración, posición y movimiento de las manos, además de la expresión corporal y facial. Es una lengua natural que tiene sus propias estructuras sintácticas y organizativas, pero con las mismas propiedades que la lengua oral. Además, posee coherencia interna y se estructura en los mismos niveles lingüísticos que cualquier lengua oral (fonológico, morfosintáctico, semántico y pragmático) capaces de transmitir todo tipo de expresiones y significados (CNSE, 2014).

Según datos ofrecidos por la OMS (2018), 466 millones de personas en todo el mundo, es decir, más del cinco por ciento de la población, tienen pérdida auditiva, de las cuales 32 millones son niños. En España, según datos ofrecidos por la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD, 2008), existen 1.064.000 personas, mayores de 6 años, afectadas por una discapacidad auditiva de distinto tipo y grado, de las cuales 13.300 personas utilizan la Lengua de Signos.

La Lengua de Signos es un sistema de comunicación que identifica a las personas sordas (García Fernández, 2004). Es un error considerar que se trata de una lengua universal (CNSE,

2002), ya que depende de la zona geográfica que pertenezca, cada persona sorda tendrá una Lengua de Signos u otra. En el caso de España, existen dos lenguas en este momento: la Lengua de Signos Española (LSE) y la Lengua de Signos Catalana (LSC), consideradas ambas como lenguas de cultura (Herrero, 2007).

Durante mucho tiempo, la Lengua de Signos, por ser una lengua minoritaria (Huerta-Solano et al., 2018), como ya hemos visto, ha sido discriminada y no reconocida como tal, llegando incluso a estar prohibido su uso en lugares públicos (Amezcúa-Aguilar & Amezcúa-Aguilar, 2018), por lo que las personas sordas la han reivindicado como su lengua natural. Actualmente, de acuerdo con la Ley 27/2007, de 23 de octubre, se reconocen las Lenguas de Signos Españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas. Además, la Lengua de Signos, es reconocida como una lengua oficial, es decir, una lengua más de los seres humanos, puesto que cumple los requisitos formales al igual que otras lenguas: fuente, emisor, existencia de un código comunicativo consensuado a nivel morfológico, gramática, sintáctico y semántico, receptor o decodificador, canal, ruido (barreras o interferencias) y retroalimentación (mensaje de retorno o mensaje secundario) (Fischer & Van, 2011).

Algunos de los errores más extendidos sobre la Lengua de Signos son detallados en la Guía de buenas prácticas sobre personas con discapacidad, Junta de Andalucía, 2013, y la CNSE (Confederación Estatal de personas Sordas, 2002, p. 10):

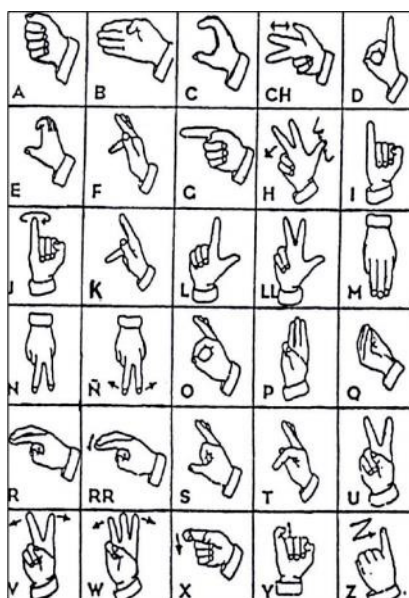
- La Lengua de Signos es universal.
- Es mímica.
- No tiene gramática.
- Un invento de los sordos.
- Todas las personas sordas hablan Lengua de Signos.
- No se utiliza lenguaje de signos, debido a que es una lengua oficial, por tanto hablamos de Lengua de Signos.
- Escribirla en mayúscula (Lengua de Signos); se debe hacer en minúscula al igual que lengua oral, lengua inglesa, lengua catalana, etc.
- La Lengua de Signos es la lengua natural de las personas sordas; por el mero hecho de ser sorda, no se nace con esta lengua, hay que aprenderla como otra lengua cualquiera.

Sin embargo, de acuerdo con la CNSE (2007), algunos investigadores, han puesto en duda el uso de la Lengua de Signos, por entender que interfiere en el desarrollo del sordo y, por consiguiente, en la lengua oral. Sin embargo, se ha evidenciado que el aprendizaje de esta aporta beneficios a las niñas y niños sordos, constatándose su naturaleza lingüística.

Dentro de la Lengua de Signos, aunque no se puede considerar como tal, existe el alfabeto dactilológico, siendo la representación manual de las letras del abecedario del lenguaje oral, usado por las personas sordas para comunicarse (Figura 4.3).

Figura 4.3

Alfabeto dactilológico español



Fuente: Extraído de I.E.S "Campo Charro" (2010).

4.3.2. Clasificación de la pérdida auditiva

El ser humano percibe todo lo que le rodea mediante experiencias sensoriales. El sentido del oído es fundamental, es "determinante para el desarrollo neurológico" (CNSE, 2011, p. 28), facilita la comunicación y promueve la interacción social, lo que nos permite establecer relaciones, participar en las actividades cotidianas, ser alertados de un peligro, y percatarnos de las vivencias (Organización Mundial de la Salud, s.f.).

CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD

Para adentrarnos en los sujetos objetos de esta investigación, previamente es necesario conocer las nociones fundamentales acerca de la discapacidad auditiva, ya que se trata de una población heterogénea y parte de diversas causas, motivos, grados, etc., en cuanto a la pérdida auditiva.

Existen alrededor de 466 millones de personas con discapacidad auditiva en el mundo (Azevedo Guimarães & Pereira da Silva, 2020). En España, esta discapacidad afecta a 402.615 personas y el 51.5% afirma tener dificultades para comunicarse y el 33.9% dificultades para relacionarse con otras personas (Simón Cayuela et al., 2019). Del total de afectados, 34 millones son niños, es decir, cinco de cada mil recién nacidos padecen una sordera de distinto grado (Asociación de Padres y Amigos de Deficientes Auditivos de Asturias, 2018).

La audición es definida como “el proceso de decodificación que realiza nuestro organismo de las vibraciones y llegan al oído. Entendemos por frecuencia el número de veces que las vibraciones se repiten por unidad de tiempo”, entendiéndose que el “odio del ser humano tiene una frecuencia perceptible entre 20 y 20.000 ciclos por segundo” (Ferrández & Villalba, 1996, p. 1).

De acuerdo con FIAPAS (2007), la discapacidad auditiva se define como la pérdida o anomalía de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo, y tiene su consecuencia en una discapacidad para oír, lo que implica un déficit en el acceso al lenguaje oral.

La OMS (2006, p. 45), por su parte, considera que una persona es sorda, si “no es capaz de percibir los sonidos con ayuda de aparatos amplificadores”.

De acuerdo con la OMS (2011), alguien sufre pérdida de audición cuando no es capaz de oír tan bien como una persona cuyo sentido del oído en ambos oídos es igual o superior a 25 dB. La pérdida de audición puede ser leve, moderada, grave o profunda (FEAPS, 2015). Afecta a uno o ambos oídos y entraña dificultades para oír una conversación o sonidos fuertes.

Las personas cuya pérdida de audición está entre leve y moderada, generalmente se comunican mediante la palabra y pueden utilizar como ayuda audífonos, implantes cocleares y otros dispositivos. Para las personas con una pérdida de audición más grave, definidas como sordas o hipoacúsicas, generalmente utilizan el implante coclear, definido como “un dispositivo electrónico compuesto por una estructura interna, que permite la estimulación de las fibras nerviosas auditivas tras su implantación quirúrgica, y otra parte externa que recoge, analiza y codifica los sonidos” (Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, 2008, p. 8).

La sordera, o sordo, es el término general usado para referirse a las personas con pérdidas de audición (Jiménez et al., 2009). Sin embargo, dentro del colectivo con discapacidad auditiva, éstos pueden clasificarse como hipoacusicos o sordos (APADA Asturias, 2018):

- **Hipoacusia:** decimos que una persona es hipoacusica, cuando son capaces de adquirir el sonido por vía auditiva, con la ayuda de prótesis adecuadas (audífono, implante coclear). Esta agudeza, le permite aprender la lengua oral, y como consecuencia tener más facilidades para acceder a las actividades diarias de la sociedad.
- **Sordo:** Una persona es sorda cuando la pérdida auditiva es de un alto grado, los restos auditivos no son aprovechables, y por tanto no puede adquirir la lengua oral por la vía auditiva. La Unión Europea de Sordos y la Federación Mundial de Sordos, dictaminan que sordo se refiere a “una persona que utiliza la Lengua de Signos como modo de comunicación primaria y se identifica a sí misma con otras personas sordas” (Dominguez Gutiérrez & Baixeras, 2004, p. 26).

A pesar de esta clasificación, este último concepto se ha utilizado y se utiliza para referirse a cualquier grado de pérdida auditiva, sin embargo, es importante conocer que hay algunos términos que identifican a sujetos con pérdidas auditivas, pero no identifican la misma situación. Por este motivo, es necesario conocer las características que diferenciaran cada pérdida auditiva que se ofrece a continuación.

La OMS (2018), mediante su guía de pérdida de audición en la niñez, establece que factores determinan la pérdida de audición. Estos factores son: edad de aparición, el grado de la pérdida auditiva, y la edad de detección (Tabla 4.2):

Tabla 4.2

Criterio y clasificación de la discapacidad auditiva

CRITERIO	CLASIFICACIÓN
-TOPOGRÁFICO (LOCALIZACIÓN) (dónde está la lesión)	Hipoacusia conductiva o de transmisión Hipoacusia neurosensorial o de percepción. Hipoacusia mixta.
-GRADO DE INTENSIDAD (cantidad de pérdida)	Hipoacusia leve: 20-40 dB Hipoacusia media: 40-70 dB. Hipoacusia severa: 70-90 dB. Hipoacusia profunda: +90 dB.
-MOMENTO DE ADQUISICIÓN	Hipoacusia prelocutiva Hipoacusia perilocutiva. Hipoacusia postlocutiva.

Fuente: Extraída de la guía de recursos de la discapacidad auditiva (APADA Asturias, 2018, p. 27-30).

Edad/momento de aparición:

- *Sordera prelocutiva:* La pérdida auditiva se presenta antes de que se haya desarrollado la lengua oral (antes de los dos años, aproximadamente).
- *Sordera perilocutiva:* La pérdida auditiva aparece entre los 2 y los 4 años aproximadamente, momento en que se está desarrollando la lengua oral.
- *Sordera postlocutiva:* La pérdida auditiva aparece tras la adquisición del lenguaje, aproximadamente a partir de los cuatro años.

Grado o intensidad de la pérdida auditiva:

- *Pérdida ligera:* La pérdida tonal media está comprendida entre 20 y 40 decibelios (dB). Pueden existir algunas dislalias y dificultades de aprendizaje.
En estos casos, se tendrá dificultades para comprender todo lo que oye, sobre todo en ambientes ruidosos, y/o situaciones de grupo.
- *Pérdida moderada:* La pérdida tonal media se sitúa entre los 41 y los 60 dB. El lenguaje puede desarrollarse de forma espontánea, aunque presentará retrasos en su evolución y requiere del uso de prótesis auditivas. Además, también pueden presentarse dificultades para la comprensión ya que no se percibe la palabra hablada a intensidad «normal».
- *Pérdida intensa:* La pérdida tonal se sitúa entre los 61 y los 80 dB. Solo se oye la voz a intensidades muy elevadas y la lengua oral no puede desarrollarse de manera espontánea. Suele detectarse en edades cada vez más tempranas y requiere el uso de prótesis auditivas, así como de apoyo logopédico para el desarrollo de la lengua oral.
- *Pérdida profunda:* La pérdida tonal media está por encima de los 80 dB. Debido a la ausencia de estimulación auditiva, pueden existir alteraciones importantes en el desarrollo global. Están afectadas las funciones de alerta y orientación, la estructuración espaciotemporal y el desarrollo social. Es imprescindible el uso de prótesis auditivas y el apoyo logopédico para que pueda desarrollarse la lengua oral.

Lugar del sistema auditivo afectado:

- *Sordera de conducción o transmisión:* La pérdida auditiva tiene su origen en alguna alteración del oído externo o del oído medio que impide o dificulta la transmisión de las ondas sonoras hasta el oído interno. Suelen ser sorderas de grado ligero o medio y, por lo general, son tratadas desde el ámbito médico con medicación o cirugía.
- *Sordera neurosensorial o de percepción:* Está relacionada con alteraciones del oído interno y las vías nerviosas asociadas. Son frecuentes las pérdidas auditivas de grado severo y profundo. Afecta a la cantidad de audición que no se percibe, y a la calidad.

4.3.3. La adquisición del lenguaje en las personas con discapacidad auditiva. Implicaciones en las distintas áreas del desarrollo

El oído, junto con toda su anatomía fisiológica, es el órgano sensorial por el que recibimos continuamente información acerca del medio que nos rodea, podemos decir que es “un órgano privilegiado para recoger información” (APADA-Asturias, 2018, p. 47). Tanto la vista como la audición son dos sentidos fundamentales que nos acercan al conocimiento de las cosas, y nos permite a las personas un desarrollo íntegro en todos los aspectos (Fischer & Van, der Hurlst, 2011). Ambos son un elemento fundamental en el ser humano para la adquisición del lenguaje y, en consecuencia, en el desarrollo integral de la persona.

El proceso de adquisición del lenguaje en el niño es un proceso progresivo e ininterrumpido, en el que influye la maduración del sistema neurosensorial y motor, y que, a su vez, tiene una gran repercusión sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo (FIAPAS, 2013), incluida la autoestima (OMS, s.f.).

Las consecuencias más importantes de la discapacidad auditiva son las barreras comunicativas que conlleva la misma. Situación que, entre otros motivos, genera retrasos que se producen en la adquisición del lenguaje (OMS, s.f.; APADA-Asturias, 2018). Algunas de las limitaciones más importantes en el desarrollo de habilidades lingüístico-comunicativas son (Ramos, 2013, p. 283-284):

- Dificultad en la recogida de información.
- Diversidad de niveles en la calidad de la lectura labial.
- Pobre comprensión auditiva y expresión comunicativa.

CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD

- Alteraciones en la morfología.
- Uso de un lenguaje infantil, empobrecido con: reducido vocabulario, escaso uso de nexos, de pronombres, preposiciones y formas verbales.
- Estructuras lingüísticas incorrectas.
- Uso casi exclusivo de oraciones simples.
- Acceso limitado al lenguaje escrito y la comprensión lectora.
- Necesita de signos como apoyo para la comprensión.
- Entiende un determinado vocabulario, pero no pueda entenderlo fuera del contexto.
- Sólo comprende frases muy sencillas y no llega a entender dos órdenes juntas.
- Limitaciones en los conceptos e ideas abstractas.
- Necesidad de apoyo de la imagen para entender lo que le estás diciendo.

Otros autores defienden que estos retrasos en el lenguaje, además, propiciarán otras dificultades tales como (Bobillo, 2003, APADA-Asturias, 2018, p. 47):

- Dificultades de comunicación con los demás.
- Tendencia al aislamiento.
- Dificultad para transmitir y comprender emociones.
- Asignación de significados unívocos a palabras polisémicas.
- Desconocimiento de palabras clave que permitan una comprensión del texto de forma global.
- Problemas con la estructura morfosintáctica del lenguaje oral y con el uso de palabras funcionales, etc.

De acuerdo con la Federación de Asociaciones por la Integración del Sordo en la Comunidad Valenciana-Helix (HELIX-C.V, 2017, p. 58-60), los niños que presentan discapacidad auditiva, pueden presentar dificultades en el aprendizaje, en el desarrollo del lenguaje, en la lecto-escritura, en el acceso a la información y en el comportamiento, conducta y participación, tal y como se resume a continuación en la Tabla 4.3:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 4.3

Dificultades en diferentes áreas debidas a la discapacidad auditiva

APRENDIZAJE	<ul style="list-style-type: none"> -Retraso significativo en los aprendizajes del aula. -Demuestra falta de interés por las actividades que tienen mayor componente verbal. -Dificultad en memorizar canciones y poemas. -Dificultad para aprender conceptos nuevos. -Dificultad para seguir y recordar las indicaciones verbales del profesor. -Presenta, en general, bajo rendimiento escolar.
DESARROLLO DEL LENGUAJE	<ul style="list-style-type: none"> -El ritmo del desarrollo del lenguaje es lento, utiliza estructuras muy sencillas. -No se le entiende bien cuando habla. -Comete errores en la articulación por no disponer de patrones fonoarticulatorios (omite sílabas, sustituye unas sílabas por otras, etc.). -Dificultad para seguir una conversación larga. -Dificultad para aprender vocabulario nuevo. -Dificultad para contar una historia. -Dificultad para aprender una lengua extranjera.
LECTO-ESCRITURA	<ul style="list-style-type: none"> -Leer y escribir algunos fonemas que no percibe claramente por la audición (/f/, /s/, /d/, y aquellos cuyos puntos no se ven fácilmente /k/, /x/, /l/...). -Leer y escribir algunas sílabas, al no tener debidamente interiorizada su imagen fonológica. -Realizar ejercicios al dictado. -Comprender los textos, sobre todo si se utilizan estructuras más complejas y vocabulario nuevo. -Responder a preguntas cuya respuesta no se encuentra directamente expresada en el texto.
ACCESO A LA INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Periodos de atención cortos. -En ocasiones dan respuestas incorrectas a preguntas que, con seguridad, conoce. -Parece oír solo “lo que quiere”. -Tiene dificultad en responder a órdenes verbales. -Confunden palabras que tienen fonemas similares y suenan parecido (ejemplo: vino/pino). -No presta atención a las explicaciones ni participa en las clases. -Se distrae con frecuencia, sobre todo si hay ruido de fondo o el ambiente es ruidoso. -Necesita que se le repitan las cosas.
COMPORTAMIENTO, CONDUCTA Y PARTICIPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Pueden manifestar problemas de comportamiento. -Conductas inmaduras. -Pueden parecer niños lentos o “torpes” en sus respuestas, inseguros o frustrados. -Presentar baja autoestima. -Aislarse de sus compañeros.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos extraídos de la Federación de Asociaciones por la integración del Sordo (2017).

4.3.4. Desarrollo cognitivo, social y afectivo de las personas con discapacidad auditiva

Históricamente se ha considerado que las personas sordas poseen déficit intelectual (FIA-PAS, 2007). Los investigadores asumen que existe una estrecha vinculación entre tener discapacidad auditiva y presentar un déficit cognitivo-lingüístico (APADA-Asturias [Asociación de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Auditiva de Asturias], 2018; Kyle, 2010;). En este sentido, se han realizado investigaciones sobre la inteligencia de los sordos, arrojando resultados altamente desfavorables en comparación con los oyentes. Sin embargo, en la actualidad queda demostrado científicamente, que los sujetos que presentan discapacidad auditiva no presentan ninguna alteración en su Coeficiente Intelectual (C.I.), y por tanto no tienen diferencias con respecto al C.I. de los oyentes (Alonso et al., 1991).

En las investigaciones realizadas, tanto los oyentes como sordos han presentado semejanzas en las puntuaciones de tareas intelectuales, exceptuando aquellas que son de tipo verbal, o aquellas otras pruebas que exigen mayor abstracción, y la realización de estas se ven afectadas por la ausencia o dificultades que presentan en el lenguaje oral (Benito Rodríguez, 2015). En definitiva, se afirma que las personas sordas no tienen una estructura cognitiva insuficiente, sino diferencias en cuanto su desarrollo cognitivo (Benito Rodríguez, 2015).

El déficit que presentan las personas sordas en la adquisición del lenguaje oral repercute considerablemente en la escritura, en la lectoescritura y la articulación del habla (Villalba, 2010), provocando limitaciones importantes para entender muchos conceptos abstractos (Domínguez et al., 2012).

El niño oyente vivirá rodeado auditivamente de una lengua que posteriormente le facilitará la rápida adquisición tanto del lenguaje, como de la escritura (Domínguez et al., 2012). Sin embargo, de acuerdo con algunas investigaciones sobre las causas que originan el fracaso en la lecto-escritura de las personas sordas, todos coinciden que esto se debe a que (Herrera, 2005):

- La forma de la Lengua de Signos es estructuralmente diferente al lenguaje oral.
- La experiencia lingüística de los sordos generalmente es limitada.
- Los estudiantes sordos reciben menor calidad y cantidad en instrucción lectora.

- Los estudiantes sordos presentan restricciones en la competencia lingüística a nivel léxico, sintáctico, semántico y discursivo.

Los seres humanos nacemos con un conocimiento innato de sintáctica y semántica que permiten al niño acceder a la adquisición del lenguaje (Chomsky, 1988). Sin embargo, en el caso del niño sordo ocurre todo lo contrario, tienen pocas habilidades de alfabetización (Kyle & Harris, 2010; Morris et al., 2017; Robles-Bykbaev, 2019), lo que provoca, entre otras, “un dominio de representaciones fonológicas muy deficitarias, unas habilidades para descifrar las claves morfosintácticas mínimas, y serias dificultades para la competencia semántica y pragmática” (Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras de Andalucía, 2012, p. 2).

Uno de los principales factores que provoca esta situación, es el orden lingüístico, el léxico y sintáctico que presenta la lengua oral. Según estudios realizados recientemente (Mayberry et al., 2011) que evalúan la correlación entre niveles lector y lingüístico, los investigadores observan evidencias en la importancia y la necesidad de que para comprender un texto es fundamental conocer las palabras que lo componen y disponer de una sintaxis suficiente (Domínguez et al., 2012).

En base a ello, algunos investigadores han analizado las vías que utilizan las personas sordas para comprender una frase escrita. Los resultados han establecido que la vía más frecuente es la denominada “palabra clave”, es decir, identificar algunas palabras de la frase, generalmente de alta frecuencia con contenido semántico, y elaborar sobre esta base un significado global (Alegría et al., 2009). Debido a estas complicaciones lingüísticas, la mayoría de las personas sordas construyen sus propios pensamientos (APADA-Asturias, 2018), cargados generalmente de falsos mitos y creencias, propias de esa generalización de significados.

Como hemos comentado con anterioridad, hay que tener presente que carecer de audición no significa tener un coeficiente intelectual inferior a la media, pero si va a limitar el desarrollo intelectual del niño (Ferrández & Villalba, 1996) y sus posibilidades de comprensión si no se establecen canales de comunicación que favorezcan unas relaciones sociales adecuadas y no se desarrollan estrategias para el procesamiento de la información. “Las personas sordas viven en un mundo donde la comunicación y el acceso a la información se realizan principalmente a través de la lengua oral y escrita” (CNSE, 2007, p. 15), es decir, viven en un mundo dominado por la lengua oral y a su vez por los oyentes.

Para que se dé una comunicación fluida, es necesario que haya un emisor, un receptor y ambos intercambien un mensaje, habiendo un acuerdo entre los mismos sobre el código, situación que no ocurre entre oyentes y no oyentes. Este mensaje se transmite mediante unas reglas semánticas, sintácticas y fonológicas del lenguaje, siendo imprescindible que el receptor las descodifique y por lo tanto deberá conocerlas (FIAPAS, 2007).

Durante la etapa de desarrollo evolutivo, tanto la atención, la percepción, la identificación, la discriminación visual y auditiva, son procesos cognitivos que interactúan entre sí (FIAPAS, 2007). En este sentido, las personas que no presentan ninguna alteración visual y/o auditiva, reciben la información del medio que les rodea de manera simultánea a través del oído y de la vista. Sin embargo, en las personas con sordera, la recepción de la información no ocurre a la vez, sino que su atención ante los estímulos es una atención dividida y secuencial (Wood et al., 1986).

Bajo estas premisas, es necesario considerar que la información que se presente tanto auditiva como visualmente, resulte significativa para los mismos, potenciándoles y facilitándoles la información, de tal manera que pueda asociar palabra y significado.

De acuerdo con la psicología cognitiva, otro proceso cognitivo fundamental en el ser humano tiene que ver con la memoria y el procesamiento de la información. Una de las tareas fundamentales en el funcionamiento de la memoria, es “codificar, registrar y recuperar grandes cantidades de información, que resultan fundamentales para la adaptación de un individuo” (Ballesteros, 1999, p. 87). En este sentido, los resultados de algunos investigadores del área de psicología (Atkinson & Shiffrin, 1968) nos muestran que en el funcionamiento del proceso de la información intervienen dos tipos de memoria (Ballesteros, 1999): la memoria a corto plazo (MCP) y la memoria a largo plazo (MLP).

Según Jáuregui & Razumiejczyk (2011), la MCP se encarga de almacenar visualmente las letras, mientras que la MLP se encarga de la dimensión semántica. Con estos datos, queremos destacar la importancia que tiene en una persona con discapacidad auditiva la información visual que se le presenta, ya que el sentido visual se convierte en uno de los principales soportes de acceso a la información (FIAPAS, 2007).

De acuerdo con Villalba (2010), las dificultades cognitivas del sordo se deben principalmente al lenguaje pobre que presentan, lo cual les origina importantes inconvenientes en la representación mental de la realidad, la formulación de hipótesis, la memoria, planificación de estrategias, etc. Debemos recordar lo que ya mencionábamos en el capítulo de adolescencia y sexualidad (capítulo 3), al apuntar que, durante la etapa de la adolescencia, suele haber más complicaciones en la capacidad para discernir lo que conviene hacer, planificación de estrategias adecuadas, etc. Esto unido a las dificultades mencionadas con anterioridad que presentan los sordos, hace necesario el trabajo que aquí presentamos.

En resumen, estamos de acuerdo con Villalba (2010), que señala que los sordos no presentan repercusiones intelectuales debido a la sordera en sí, sino que las mismas son debidas a las barreras de comunicación, informativas y al déficit experiencial que genera el mismo hecho de ser sordo, por lo que en nuestro trabajo de investigación, se han tenido en cuenta cada una de estas consideraciones, de tal manera que la información se le ha adaptado a la Lengua de Signos, con la finalidad de que le resulte más visual y el contenido sea accesible.

Referente al ámbito afectivo-social, hay que tener presente las particularidades del desarrollo de la personalidad de cada individuo, y, en el caso de las personas sordas, partir de que no existen dos personas iguales a pesar de tener la misma dificultad, es decir, puede influir el grado de pérdida auditiva, el tipo, el momento de aparición, el contexto familiar, etc.

Los seres humanos adquirimos el conocimiento del mundo, aprendemos y razonamos, gracias a la interacción comunicativa que tenemos con el resto de la sociedad (APADA-Asturias, 2018). De acuerdo con la encuesta realizada a personas con Discapacidad por la Fundación Vodafone España (EPDFVE, 2013), las principales barreras a las que se enfrenta el colectivo de personas con discapacidad auditiva están relacionadas con su incapacidad de comunicación con otras personas.

Esta situación, provoca limitaciones comunicativas con el resto de la sociedad, lo que genera dificultades en su desarrollo psicosexual (García González, 2010), puesto que para que se produzca la comunicativa debe haber interacción (Luterman et al., 1999), en la que intercambiamos conversaciones que nos permiten adquirir conocimiento del mundo y aprender diversas formas de razonamiento (APADA-Asturias, 2018).

Con respecto a la autorregulación y la planificación de las conductas, cabe destacar que el niño con discapacidad auditiva va a presentar mayores dificultades (Benito Rodríguez, 2015). De manera general, se considera que el 50% de los niños y jóvenes sordos padecen trastornos emocionales, de conducta y de adaptación (Hindley et al., 1994). La ausencia de audición influye en que el niño se sienta aislado del entorno que le rodea, creándose una dependencia emocional hacia la familia (Pabón, 2009).

En el caso de aquellos padres que no comparten el mismo sistema de comunicación que el hijo (la Lengua de Signos), el problema emocional se agrava aún más (FIAPAS, 2013). Teniendo en cuenta que las estadísticas nos indican que más del 90% de los niños sordos nacen de padres no sordos (CNSE, 2009; National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (Instituto Nacional de la Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación), 2010), e incluso, en los últimos años, estos datos han aumentado al 95% (Helix, 2017), podemos decir que esto es un problema para la mayoría de los sordos que genera que estén privados de input lingüístico, siendo su ambiente comunicativo mucho menos eficiente que en los niños oyentes o que en los niños sordos hijos de sordos (Daza González et al., 2011).

En estos casos, al haber una comunicación pobre entre el adulto y el niño o adolescente, el contenido se reduce sustancialmente, provocando que éste se desarrolle de manera aislada, faltándole información sobre el funcionamiento de las cosas o de las normas existentes. A consecuencia de esta situación, presentará un comportamiento inadecuado (Consejería de Educación, 2008, Ley 17/2007, de 10 de diciembre, de Educación de Andalucía).

Por otro lado, generalmente los padres suelen sobreproteger a los niños que presentan mayor vulnerabilidad. En el caso de los padres que tienen hijos con discapacidad auditiva, esta protección desmesurada influirá de manera considerable en la personalidad del niño sordo, provocándole mayor inseguridad a la hora de tomar sus propias decisiones (Cárdenas Navarro, 2019; Jaramillo et al., 2006; Rodríguez-Rodríguez et al., 2016).

4.4. DISCAPACIDAD Y SALUD SEXUAL

Según las Instrucciones del 8 de marzo del 2017, por las que se establecen los criterios para los diferentes grados y tipos de capacidades personales, la discapacidad visual queda establecida en “orden físico, psíquico, cognitivo o sensorial” (p. 38). Para esta investigación, únicamente nos hemos centrado en la discapacidad sensorial que afecta a la audición, definida por la OMS (2011) como la discapacidad que afecta a uno o varios de los sentidos. Las discapacidades sensoriales más reconocidas son la discapacidad visual y la auditiva, siendo esta última el foco de atención de nuestro objeto de estudio.

Como hemos venido diciendo, educación sexual es un derecho igual para todos, sin importar la capacidad, la cultura, el género, la etnia, etc. Todos somos seres sexuados y como tal, todos tenemos la necesidad de afecto, de emocionarnos y de sentir placer. Sin embargo, estamos de acuerdo en afirmar que todavía en el siglo XXI las personas con discapacidad presentan barreras para acceder a la información y servicios sobre salud sexual (Gómez, 2011; UNICEF, 2012), a pesar de que tienen las mismas necesidades y deseos sexuales que cualquier otra persona (Aunos & Feldman, 2002; Eastgate, 2008).

De acuerdo con algunos autores (Martínez Sola, 2003), pocos son los estudios enfocados hacia la sexualidad de las personas con discapacidad, y menos todavía hacia personas con discapacidad auditiva (Suter & Mccracken, 2009). Sin embargo, estamos de acuerdo con las aportaciones de Gomez (2011, p. 302), al afirmar que “el hecho de que sea culturalmente inaceptable hablar de cuestiones relativas a la sexualidad no borra el problema”.

De igual manera que resulta inmoral concebir la sexualidad solo como reproducción, o desde la genitalidad, resulta alarmante no concebirla para las personas que presentan alguna discapacidad por severa que parezca, coincidiendo con De la Cruz (2003), al argumentar que solo nos ocupamos de la sexualidad de aquellos que parecen que pueden practicarla, o lo que es peor “practicarlo sin nuestro control” (p. 82).

Algunos autores encargados de estudiar la sexualidad también desde la “discapacidad”, señalan la necesidad de romper con aquellas falsas creencias que giran en torno a los mismos (López, 2000, p.2), afirmando que son asexuadas, son como niños, también sexualmente; no resultan sexualmente atractivas para otras personas; no debe despertarse su interés sexual, ya que son inocentes; el coito es la conducta sexual más importante; la actividad sexual es para tener hijos, en ningún caso conviene que formen pareja y menos aún que tengan hijos; las chicas retrasadas no tienen intereses sexuales”.

La Consejería para la Igualdad y Bienestar Social (2012, p. 7), apunta que “la consideración de que la sexualidad de forma exclusiva como genitalidad; la creencia de que las personas con discapacidad son ángeles permanentes; que la intervención sexual sólo despierta su sexualidad dormida y que tienen una motivación sexual “incontrolada”.

Serrano et al. (2012, p. 8) señala que “son niñas y niños eternos”; tienen una importante falta de control de impulsos (hipersexualidad); subestiman las fantasías sexuales; el cuerpo de una persona con discapacidad no puede producir placer; la única satisfacción sexual a la que puede aspirar es la de satisfacer a su pareja; existe un temor a la transmisión genética de la lesión”.

Estos y otros mitos han propiciado que existan barreras de acceso hacia la sexualidad en personas con discapacidad, privándose su libertad hacia la misma (UNICEF, 2012). Frente a esta situación, cabe destacar que lo poco que ha elaborado o diseñado para personas con discapacidad, no se ha hecho desde la perspectiva de educar para vivir la sexualidad, si no de intentar informar sobre los peligros que conlleva la práctica de la misma (Rodríguez et al., 2006).

Este hecho se contradice con las aportaciones recogidas en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), la Guía de recomendaciones generales sobre la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR) de las Personas con Discapacidad (OMS, 2009) y en la Declaración Universal de los Derechos Sexuales aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (1999) y López (2011), donde se acentúan los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito afectivo-sexual (p. 35):

Derecho a la integridad y propiedad de su cuerpo, de forma que nadie los y las instrumentalice o abuse sexualmente de ellos y ellas.

Derecho a recibir Educación Afectiva y Sexual en la familia y formación en los centros, colaborando familias y centros para que, por un lado, puedan aprender a defenderse de posibles abusos y a pedir ayuda cuando la necesiten y, por otro, puedan conocer su cuerpo, sus emociones, sentimientos y afectos, aprendiendo a relacionarse con los demás de forma adecuada.

Derecho a tener la vida sexual y afectiva que deseen y sea posible, según sus características personales, con la ayuda de la familia o tutores-as legales y los profesionales.

Por otro lado, es importante destacar que las personas con discapacidad son un colectivo mayormente vulnerable ante los abusos sexuales (O'Malley et al., 2020). Proteger a estos grupos es todavía una asignatura que está pendiente en nuestra sociedad. A pesar de ser un tema tabú, y por consiguiente un tema donde sus investigaciones y estudios están muy limitados (Consejería para la Igualdad y Bienestar social, 2012), el Consejo de Europa estima que, aproximadamente, en Europa, uno de cada cinco niños y adolescentes son víctima de alguna forma de violencia sexual, superándose hasta cuatro más las cifras en población de la misma edad con discapacidad (Jones et al., 2012).

En definitiva, la falta de información que presentan tanto niños, adolescentes y jóvenes con discapacidad en temas afectivo-sexuales, afecta no solo a la privatización de sus derechos, sino además favorece la vulnerabilidad de estas personas en actividades sexuales de riesgo (Polo & Cáceres, 2014), tales como los abusos sexuales. Adoptamos las palabras del autor De la Cruz (2003, p. 86), al afirmar que “no hay ninguna sexualidad que merezca estar escondida o arropada por el silencio, y mucho menos la de las personas con discapacidad”.

En este sentido, la sexualidad forma parte de la vida, al igual que la discapacidad es parte de la condición humana (OMS, Informe Mundial de la Discapacidad, 2011).

Actualmente no podemos negar que “a las personas con discapacidad se les niega o reprime el derecho al ejercicio de su propia sexualidad” (Serrano et al., 2012, p. 8). A día de hoy supone todo un reto constituir un marco legislativo que establezca unos límites de

actuación y que por supuesto “no marginen a determinados sectores considerables del conocimiento que viven la sexualidad de manera muy diversa” (Cabello, 2010, p. 13), presenta serias dificultades.

Algunos autores señalan que, en los últimos años, debido a las reformas legislativas, estos derechos se han limitado exhaustivamente, impidiendo la libertad de los seres humanos y coartando las decisiones personales en base a la sexualidad de cada uno (Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, 2016).

A pesar de que ciertos matices denotan un cambio de actitud hacia la concepción de las personas con discapacidad, sin embargo, por alguna razón inexplicable continúan existiendo mitos acerca de su sexualidad y el derecho al disfrute de esta. Como ya hemos señalado, uno de los principales errores es seguir creyendo que la sexualidad se reduce a la genitalidad, y con ello privando de otros derechos que están enmarcados dentro de la sexualidad como: el enamoramiento, las fantasías, el deseo, el placer, etc., (Parchomiuk, 2012).

Sin embargo, apreciamos cierto reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad en el ámbito afectivo-sexual, gracias a actuaciones normativas como las del Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI), o como las declaraciones de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) en donde los estados parte reconocen que:

Artículo 23:

Las personas con discapacidad tienen derecho a formar una familia y al libre desarrollo de la maternidad o paternidad, y los Estados Parte deben ofrecer los medios necesarios que les permitan ejercer estos derechos en igualdad de condiciones que el resto de la ciudadanía. (p. 20653)

Artículo 25:

Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, y proporcionarán a las personas con discapacidad programas y

atención de la salud, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductivo. (p. 20654)

Sin embargo, la realidad indica que su disfrute y ejercicio están todavía lejos de conseguirse (Olavarrieta et al., 2013). En este sentido, de acuerdo con la Asociación Vale (s.f., p. 8), “la sociedad debe aprender a respetar el derecho a la sexualidad de las personas con discapacidad, y darle las posibilidades de educarse sexualmente para poder ejercerla y vivirla satisfactoriamente”.

4.5. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO- SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES SORDOS

Si a las situaciones anteriormente señaladas, añadimos la falta de uno de los sentidos más relevantes para la comunicación, la audición y al acceso a la información ocasionada por ella, crecerán los obstáculos, presentándose alteraciones en las relaciones sociales, culturales, afectivas (Observatorio Estatal de la Discapacidad, 2018), cognitivas, emocionales y psicosociales (Lauwerier et al., 2003).

Los resultados de los estudios realizados al respecto muestran que los jóvenes que disponen de más información sobre sexualidad se exponen a menos situaciones de riesgo (León-Larios & Gómez- Baya, 2018). Sin embargo, como ya hemos visto, en la mayoría de los jóvenes y adolescentes se observan determinadas conductas sexuales inapropiadas, derivadas de una falta de información sexual adecuada.

Las discapacidades sensoriales tienen un profundo impacto en el desarrollo de la sexualidad (Dammeyer et al., 2019), sin embargo, existen pocas investigaciones empíricas sobre la salud sexual de los sordos (Azevedo Guimarães & Pereira da Silva, 2020; Barnett et al., 2017; Gil-Cano, 2019; Joharchi & Clark, 2014), siendo especialmente relevante la poca atención que reciben en Europa (Suter & Mccracken, 2009).

En los últimos 40 años, la literatura relativa a la sexualidad y los sordos ha establecido que las personas sordas no tienen información adecuada sobre la sexualidad (Gomez, 2011).

De acuerdo con autores como Bento (2005), las personas sordas tienen un conocimiento simplista sobre la sexualidad y desproporcionado en comparación con la población en general (Watkins, 2018).

Los resultados de las escasas investigaciones nos indican, por una parte, que las poblaciones de usuarios sordos experimentan disparidades en materia de salud (Azevedo Guimarães & Pereira da Silva, 2020; Heiman et al., 2016; UNICEF, 2012), situación que aumenta las limitaciones y dificultades para vivir una sexualidad sana y responsable. Estas personas, presentan barreras de comunicación, que les impiden acceder a una adecuada información sexual con calidad (Heiman et al., 2016) que les permita disfrutar de una sexualidad sin miedos, tabúes, o conductas de riesgo. Anderson et al. (2018), señalan que el bajo conocimiento de la salud sexual, es causado por: el acceso limitado al lenguaje durante los períodos clave de desarrollo, una vida de acceso limitado a la información que a menudo se considera de conocimiento común entre las personas que no presentan problemas de audición, falta de acceso a servicios y recursos, desempleo, aislamiento, discriminación percibida y nivel de aceptación de la discapacidad.

Según un estudio realizado a 282 sujetos sordos jóvenes de Estados Unidos (Heiman et al., 2016), el hecho de tener más parejas sexuales, pareciera ser un comportamiento socialmente más aceptable o esperado dentro de la comunidad de sordos, subestimando así el riesgo asociado a tener más parejas sexuales. Según el estudio, los individuos sordos fueron significativamente más propensos a tener dos o más parejas sexuales en el último año con respecto a la población general, independientemente de si estaban casados o no. Esta situación, puede repercutir significativamente en que sean más propensos a tener mayor riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual.

Otros estudios, también nos señalan que existe una prevalencia de lagunas de conocimiento en una variedad de relaciones sexuales (Dammeyer et al., 2019; Joseph et al., 1995; Landsberger et al., 2014), siendo la mayoría sobre el VIH (Heiman et al., 2016; Smith, 2012;), ya que los sordos no tienen una información adecuada acerca de la sexualidad (Job, 2004; UNICEF, 2012), debido a que los materiales educativos que existen son demasiado densos en sus textos y por lo tanto no les resultan accesibles (Saunders & Lantaffi, 2017; Suter et al., 2012; Morris). Incluso, las mujeres sordas, presentan una elevada desinformación adecuada sobre la salud sexual y reproductiva (Robles-Bykbaev et al., 2019).

En este sentido, ser sordo produce barreras de acceso a la información que afectan al bienestar de la persona en las relaciones interpersonales. Se trata de un grupo minoritario, pero con altos riesgos de “mala salud”, debido a la disminución en el acceso a la información sobre salud (Alexander et al., 2012; Dammeyer et al., 2019; UNICEF, 2012), vulnerando así el artículo 25 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006), mediante el cual se declara la igualdad de condiciones en acceso a la información en materia de salud. Estas barreras comunicativas, pueden perjudicar gravemente a su diagnóstico y tratamiento (Chaveiro et al., 2008).

Algunos investigadores (Robles-Bykbaev, 2019; Smith et al., 2012; Watkins, 2018), consideran muy importante tener en cuenta la alfabetización en salud de las personas con discapacidad auditiva, y que por tanto los materiales de educación para la salud estén también diseñados y adaptados a sus lenguas, sus características socioculturales, y por supuesto, a sus carencias informativas (Dammeyer et al., 2019; Morris et al., 2017; Pollard, et al., 2009). Según un estudio realizado a 61 profesores de Inglaterra de alumnos sordos, para explorar las opiniones de estos en el área de la educación sexual, se observó una preocupación general sobre la idoneidad de los métodos y materiales actuales que se utilizan a menudo para enseñar a los niños sordos sobre la sexualidad y las relaciones, mostrando la urgente necesidad de diseñar materiales adaptados a sus necesidades (Suter & Mccracken, 2009).

En este sentido, en el estudio cualitativo de la Junta de Andalucía (Gomez Bueno et al, 2011) realizado a jóvenes sordos, estos referían la necesidad de que se les hablase “sin tapujos”, claro y directo en materia de sexualidad. Un sujeto de los encuestados argumentaba:

Los videos y formas visuales despistan menos que las palabras escritas o habladas de los oyentes, las personas sordas muchas veces no entendemos conceptos y palabras técnicas, (...) busco información en google o youtube, por ejemplo, (...) si leo concepto “marcha atrás” creo que es cuando voy en coche para poder aparcar y quiero coche vaya atrás, pero no es. (p. 107)

Aunque es cierto que existen todavía pocos datos referentes a la salud de los sordos (Barnett, et al., 2011; Heiman et al., 2016; Job, 2004), algunos estudios que muestran las percepciones erróneas que tienen las personas sordas acerca de la sexualidad.

CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD

En general las personas sordas poseen un conocimiento pobre acerca de la anatomía y funcionalidad corporal (Berry & Stewart, 2006; Pereira & de Carvalho, 2010), relaciones íntimas, VIH, ITS/ETS (UNICEF, 2012), debido a sus competencias de lecto-escritura que provocan limitaciones para acceder a la información y por consiguiente no puedan beneficiarse de información optima sobre temas relacionados con salud, a pesar de estar subtitulados, puesto que los conocimientos son esenciales para la comprensión de la información que se le presenta (Harner, 1999; Napier & Kidd, 2013). Otros autores acentúan la falta de información y educación en salud, adaptada a la Lengua de Signos y vocabulario clínico específico (Barnett et al., 2017; Morris et al., 2017; Pollard, et al., 2009; UNICEF, 2012), con la finalidad de poseer conocimientos lícitos acerca de la misma.

En materia de *Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual*, la falta de información accesible también para adolescentes y jóvenes (Heiman et al., 2016), les conduce solo a un entendimiento limitado de técnicas efectivas para la prevención del VIH/ITS (Hanass-Hancock et al., 2010; UNICEF, 2012) sino a una mayor prevalencia de las mismas de entre dos y cinco veces más con respecto a las personas oyentes (Morris et al., 2017). En este sentido, de acuerdo a una investigación realizada por Luckner y Gonzales (1993), se demostró que el 70% de los sordos estudiantes, considera que podían contraer SIDA al donar sangre, opinando a su vez, casi más de la mitad de los estudiantes, que las personas que más podían contraer esta enfermedad eran los homosexuales (43%). Otro estudio, realizado en EE.UU (Spellun et al., 2019) a una muestra de 235 jóvenes sordos de entre 18 y 26 años, (de padres sordos), y 135 jóvenes oyentes, demostró que los sordos apenas tenían conocimientos sobre el VPH (Virus del Papiloma Humano), refiriendo que habían escuchado algo sobre ello, pero no sabían ni el tratamiento, ni la forma de contagio, etc. El mismo estudio refleja la poca comunicación existente entre los médicos y los pacientes sordos, sobre estos temas, debido a la falta de comunicación, destacando la falta de información que precisan los jóvenes sordos en Infecciones de Transmisión Sexual.

En el estudio llevado a cabo por Morris et al (2017) realizado a 28 participantes sordos, con edades comprendidas entre 20 y 59 años, los participantes identificaron varios obstáculos importantes para la prevención, las pruebas y la atención del VIH: la comunicación con los proveedores de atención de la salud; problemas con la confidencialidad de los servicios de interpretación; falta de competencia cultural de los expertos en materia; acceso limitado a

la información que solo está disponible para oyentes; miedo y aislamiento; infantilización y desexualización de las personas sordas; concienciación de las diferencias entre los ambientes de los sordos y los de los oyentes, etc. (Morris et al., 2017).

Por otro lado, según el Centers for Disease Control and Prevention (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, 2011), las conductas de riesgo, como alcohol, drogas, sexo sin protección, etc., suelen ocurrir en grupos, es decir, por razas, etnias, niveles, grados, etc. Algunos autores, insisten en que puede ser este el motivo el cual les provoque esta carencia sobre conocimientos sexuales (Job, 2004), o que les lleva a esas conductas de riesgo, sin embargo, muchos refieren a las barreras comunicativas, demostrándose que la persona sorda recurre a sus iguales para informarse sobre aspectos que les preocupa (Harmer, 1999). Según un estudio realizado a una muestra de estudiantes de la Gallaudet University (Institución educativa para sordos) los estudiantes respondieron que obtenían información sobre sexualidad de sus compañeros, debido a la falta de comunicación con sus familias, propia de la edad, y por el tema que era (Anderson & Pezzarossi, 2012). Incluso, algunos autores refieren, y quizás este pueda ser otro motivo del aumento de conductas de riesgo, que la mayoría de familias que tiene un adolescente o joven con alguna discapacidad, infantiliza la relación con sus hijos (Fava de Quevedo et al., 2017).

Otro hecho que agrava la situación, es aquella que está relacionada con ser hijo sordo de una familia de oyentes o de sordos, situación que cambia radicalmente a la hora de hablar sobre temas afectivo-sexuales. La familia de oyentes proporciona menos comunicación interna, debido a las barreras comunicativas por el uso de la Lengua de Signos, pero a su vez, mejora o facilita las relaciones con el mundo exterior; por el contrario, la familia de sordos refuerza la intimidad y comunicación con el hijo, pero los aísla con respecto al exterior (Gómez Bueno, 2011). En definitiva, los adolescentes y jóvenes sordos, se sienten incomprendidos por sus familiares (Delaporte, 2002).

Al margen de esta situación, Doyle (1995), en su estudio a jóvenes sordos, informó que más del 80% de los estudiantes sordos encuestados confían plenamente en sus amigos para obtener información sobre sexo, seguido del material escrito. De la misma manera, una investigación realizada por Heuttel y Rothstein (2001), muestra como para los jóvenes sordos, los amigos son la

fuentes de información más fiable para temas en materia de sexualidad, en comparación con los jóvenes oyentes.

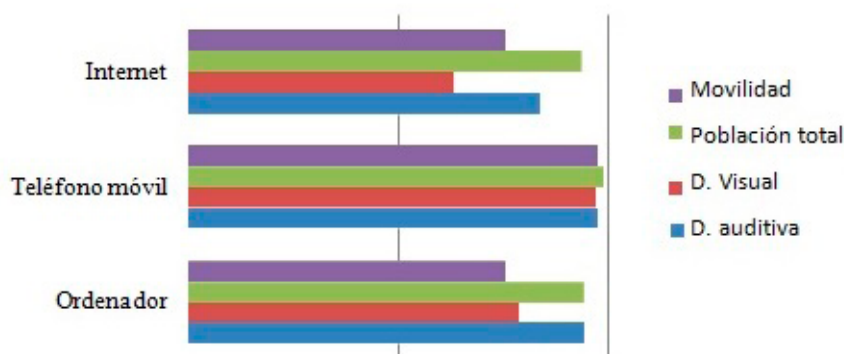
Por otro lado, si una persona sorda visita un centro médico para informarse sobre algún tema en materia de salud, que le preocupa o le inquieta, las barreras comunicativas con las que se encuentran son múltiples, debido a la inexperiencia que tienen los profesionales sanitarios sobre la comunidad sorda y las implicaciones comunicativas, lectoras, de acceso, etc., que presenta esta discapacidad (Alexander et al., 2012; Simón et al., 2019).

Las personas que acompañan a algún sordo, en su mayoría suelen ser intérpretes de Lengua de Signos o familiares del paciente. Cuando la persona que lo acompaña es un familiar, y signante, de igual manera los términos que se utilizan suelen ser muy técnicos y la información que se le transmite puede estar sesgada (Aragao et al., 2014; Gomez Bueno et al., 2011; Loredó & Matus, 2012) pudiendo resultar errónea, e incluso puede tratarse de temas íntimos y el paciente prefiere no ir acompañado por no sentir vergüenza, lo que provocará que no pueda acceder a una información fiable y válida por parte del médico debido a las barreras comunicativas. Otra consideración a tener en cuenta, tiene que ver con la falta de intérpretes de Lengua de Signos que tengan una formación adecuada en materia de sexualidad, mediante profesionales debidamente capacitados para lograr un conocimiento transdisciplinario de alfabetización en salud sexual (Gomez & Genera, 2020).

Eventualmente los adolescentes encuentran alternativas para adquirir la respuesta que le inquieta o le preocupa, sin embargo, de acuerdo con Schaefer y De Geronimo (1997), la pregunta es de quien o como la encuentran. En este sentido, las personas sordas han visto grandes oportunidades (sociales, laborales, comunicativas, etc.) con la revolución de las nuevas tecnologías. De hecho, según la Encuesta realizada a personas con Discapacidad por la Fundación Vodafone España (EPDFVE, 2013), las personas con discapacidad auditiva, en comparación con el resto de población, son las más propensas a utilizarlas, tal y como se aprecia en la Figura 4.4 que se muestra a continuación (Figura 4.4):

Figura 4.4

Población con discapacidad visual, auditiva y de movilidad y total de población adulta española que utiliza herramientas de comunicación (%)



Nota: D. = Discapacidad.

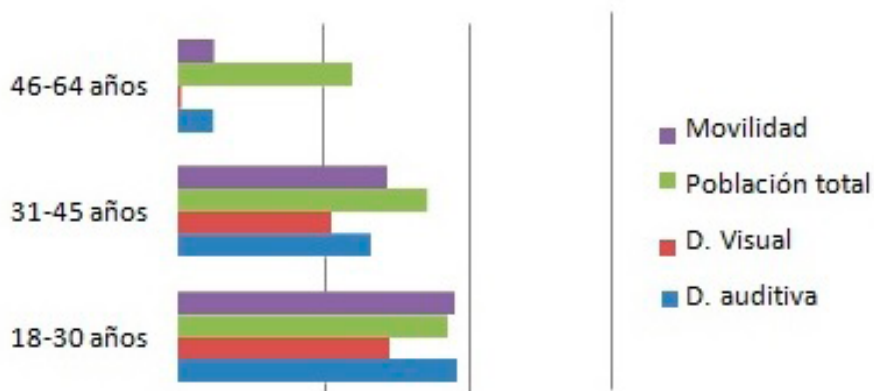
Fuente: Encuesta realizada a personas con Discapacidad por la Fundación EPDFVE (2013, p. 80).

La encuesta (EPDFVE, 2013), muestra como se ha ido incrementando el uso de las nuevas tecnologías entre las personas que presentan discapacidad visual, auditiva y problemas de movilidad, y pone de manifiesto como el uso del ordenador y de internet es más habitual entre el colectivo de personas con discapacidad auditiva, a pesar de que algunos contenidos de los mismos, siguen suponiendo una barrera de acceso importante. Parece ser que a pesar de que internet no es del todo accesible para las personas sordas, es importante investigar porque los adolescentes y jóvenes sordos buscan información sobre la salud en las mismas, y sobre todo, analizar la calidad de esas respuestas y si son relevantes (Smith et al., 2012).

Los resultados aportados por la misma encuesta arrojan que las personas sordas son las que más utilizan el ordenador (61.8%), siendo de igual manera para hombres (62.9%) que para mujeres (61%). En función de la edad, entre las generaciones más jóvenes oyentes, es decir de 18 a 30 años, el uso del ordenador es mayoritario (93.4%), superándose estas cifras en aquellos jóvenes que presentan discapacidad auditiva (96.2%), tal y como se aprecia en la Figura 4.5.

Figura 4.5

Población con discapacidad visual, auditiva y de movilidad y total de población adulta española usuaria del ordenador, por edad (%)



Nota: D. = Discapacidad.

Fuente: Encuesta realizada a personas con Discapacidad por la Fundación EPDFVE (2013, p. 84).

De manera similar ocurre con el uso del móvil, aumentando su uso un 90.6% en la población con discapacidad auditiva, y con el acceso a internet, siendo de un 47.5%.

Tras todos estos datos, comprobamos que las nuevas tecnologías han supuesto un avance para las personas que encuentran dificultades y obstáculos comunicativos con el resto de la sociedad, y que la mayoría de los adolescentes y jóvenes sordos recurren a ellas para paliar estas barreras de acceso a la comunicación. El problema frente a todo esto reside en la calidad de información que encuentran, por lo que la pregunta que nos hacemos es si ¿las personas con discapacidad auditiva, realmente adquieren unos conocimientos afectivo-sexuales fiables para poder tener actitudes y prácticas saludables sin riesgos?

Por otro lado, centrándonos en el ámbito socio-afectivo (Garvía & Miquel, 2009; UNICEF, 2012), las personas con discapacidad auditiva presentan dificultades en sus relaciones afectivas (sentir atracción, enamorarse, desear, etc.). Esta situación puede agravarse por el trato infantil recibido y la sobreprotección que en muchas ocasiones se les da por parte de padres, madres y educadores en general.

Este cuidado excesivo de los padres hacia los hijos, les impide desarrollar cierta autonomía que les influirá en sus relaciones afectivas (Joharchi & Clark, 2014).

Las investigaciones sugieren que el impedimento de los padres para el desarrollo autónomo de sus hijos está relacionado con comportamientos futuros agresivos hacia sus compañeros y parejas románticas (Jhai, 2017). Esta sobreprotección paternalista, a su vez, provoca que las familias estén más enfocadas a prevenir en sus hijos el VIH, las relaciones sexuales prematrimoniales y el abuso sexual, en lugar de expresar una preocupación por su expresión y disfrute sexual (Joharchi & Clark, 2014).

Otra situación que preocupa, y es un tema a abordar desde la sexualidad, es la violencia en la pareja, ya que según diversos estudios, se han encontrado incidencias que muestran que las tasas de violencia hacia las mujeres sordas son más elevadas que las que se dan en las mujeres oyentes (Anderson & Leigh, 2011; Anderson & Pezzarossi, 2013; Barnett et al., 2011; Pollard et al., 2013; Porter & McQuiller Williams, 2011). Según esto, Elliott Smith y Pick (2015) encontraron que el 69% experimentó al menos una tipo de agresión sexual durante alguna vez en su vida. Barnett et al. (2011), analizaron que el 20.8% de 308 personas sordas fueron “forzadas a tener relaciones sexuales” en su vida contra el 5.8% de personas oyentes.

Otro tema a considerar, son los abusos sexuales que las personas con discapacidad auditiva suelen padecer (Anderson & Leigh, 2011; Barnett et al., 2011; Elliott Smith & Pick, 2015; Gomez, 2011; Labarre, 1998; Morris et al., 2017), debido al desconocimiento y a la falta de educación afectivo-sexual, que les enseñe a discernir entre los afectos, el cariño y los abusos (Opsahl & Pick, 2017; Smith et al., 2012). Autores como Yu et al. (2017) examinaron los conocimientos de autoprotección de niños con problemas de audición, en cuanto a las aptitudes y prevención de abusos sexuales, destacando la necesidad de formación para aprender a rechazar las solicitudes o demandas inapropiadas e identificar a un abusador. En una investigación realizada por Gómez (2011), los participantes informaron de experiencias que incluían tanto abuso sexual como coacción sexual. Según el autor, los encuestados no comunicaron estas primeras experiencias como abuso, debido a su falta de comprensión sexual.

En el mismo estudio, se les preguntó a los encuestados “¿Con quién tendrás sexo?”, a lo que los sujetos respondieron: primo, mejor amigo, novio y enamorados, entendiéndolo como comportamientos normales (Gomez, 2011). Durante el mismo, todos los varones encuestados informaron de que habían tenido su primer encuentro sexual con un hombre mayor (con orien-

tación del mismo sexo). Todos los sujetos sordos, que de alguna manera habían sido obligados a tener comportamientos sexuales obligados, refirieron no sentirse culpables por esos encuentros sexuales. Estas situaciones son debidas a las barreras de información que presentan las personas con discapacidad auditiva, que les impide discernir entre estas conductas inapropiadas de abuso sexual.

Al hilo de este tema, también son alarmantes los datos que nos indican la situación de muchas mujeres sordas en cuanto a la violencia de género. De acuerdo con algunos autores (Anderson & Leigh, 2011), se ha estimado que aproximadamente el 25% de todas las mujeres sordas en los Estados Unidos son víctimas de la violencia de la pareja íntima, una cifra similar a las tasas de la población general. Otro estudio (Anderson & Pezzarossi, 2012), investigó las experiencias de abuso en una muestra de 97 estudiantes universitarias sordas, los resultados indicaron que más de la mitad de la muestra optó por no calificar las experiencias de agresión psicológica, agresión física y coacción sexual como abuso, incluso cuando estas experiencias incluían violencia grave.

Según los autores, las consecuencias perjudiciales para las personas sordas de estas situaciones, son entre otras: miedo, depresión, ansiedad, estrés postraumático, disminución de la autoestima, problemas de sueño, suicidio y daño autoinfligido, etc., (Ullman, 2010). Incluso, estas situaciones varias de violencia sexual, tanto por parte de la pareja íntima, como relativas al abuso sexual, puede aumentar el riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual (Heiman et al., 2016).

Hasta la fecha, se han realizado pocas investigaciones y se han desarrollado pocas herramientas para analizar las relaciones afectivas y románticas de los adolescentes sordos (Jhai, 2017). Estos presentan dificultades en asuntos relacionados con las emociones, es decir, conceptos como la bondad, el amor, enamoramiento, la amabilidad, la venganza, etc. (Kolibiki, 2014) y sentimientos sexuales en general, tratándose de conceptos que las personas sordas no entienden de igual manera que los oyentes (Anderson et al., 2018; Bat-Chava, 2000; Crowe, 2003; Job, 2004; Smith et al., 2012). En este sentido, algunas investigaciones (Landsberger et al, 2014), afirman que los niños y los jóvenes sordos corren mayor riesgo de sufrir problemas emocionales y sociales.

Algunas investigaciones han mostrado como las personas sordas, presentan dificultades en asuntos relacionados con las emociones, es decir, conceptos como la bondad, el amor, enamoramiento, la amabilidad, la venganza, etc. (Kolibiki, 2014) y sentimientos sexuales en general, tratándose de conceptos que las personas sordas no entienden de igual manera que los oyentes (Bat-Chava, 2000; Crowe, 2003; Job, 2004; Smith et al., 2012). De acuerdo con esto, algunos estudios (Landsberger et al, 2014), muestran que los niños y los jóvenes sordos corren mayor riesgo de sufrir problemas emocionales y sociales. Algunos estudios enfatizan que los adolescentes sordos requieren educación sexual sobre las citas y la interacción con el sexo opuesto (Jhai, 2017).

La comunidad de sordos parece tener una mayor prevalencia de orientaciones sexuales de gays, lesbianas, bisexuales y transexuales (Gomez & Geneta, 2020; Heiman et al., 2016). Sin embargo, según investigaciones realizadas, el tema de la homosexualidad es el menos recurrente en las investigaciones científicas (Azevedo Guimarães & Pereira da Silva, 2020; Gomez & Geneta, 2020; Santos Dias de Abreu et al., 2015). Sin embargo, algunos estudios muestran que las actitudes de hombres homosexuales, bisexuales, transexuales, etc., están vinculadas a conductas sexuales de riesgo relacionadas con el VIH (Everett, 2013; Kashubeck-West & Szymanski, 2008), y las mujeres bisexuales tienen un mayor riesgo de contraer ITS (Gomez & Geneta, 2020). De la misma manera, señalan que este colectivo, suele tener sexo casual practicado con múltiples parejas (Geneta, 2016). En este sentido, autores (Morris et al., 2017) afirman que en general, las prácticas sexuales de los LGTB, se ven agravadas por la necesidad de representación visual adaptada a su comunicación.

Tras todos estos hallazgos, consideramos suficientemente evidenciada la necesidad urgente de establecer instrumentos válidos y adaptados a adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, que nos permitan analizar los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales de los jóvenes y adolescentes con discapacidad auditiva, en el contexto escolar, ya que éste es el escenario ideal para promover la salud y para que los niños adquieran conocimientos de hábitos de vida saludables, sobre la anatomía y fisiología del cuerpo humano, enfermedades, etc., para fomentar que en un futuro tomen buenas decisiones sobre salud y cuestiones emocionales (Harmer, 1999; Muñoz-Baell, 2009).

CAPÍTULO 4. DISCAPACIDAD AUDITIVA Y SEXUALIDAD

En este sentido, algunos investigadores destacan que los programas para sordos deben encontrar formas para influir en el conocimiento, las actitudes y el comportamiento de los mismos (Luckner & Gonzales, 1993).

En conclusión, las personas sordas presentan carencias informativas que les hacen vulnerables ante las relaciones afectivo-sexuales por lo que es un imperativo diseñar instrumentos adecuados a ellos, que detecten su nivel de conocimiento antes estos temas, así como sus actitudes y prácticas sexuales, cuyos resultados den las claves para diseñar programas cultural y lingüísticamente apropiados con la finalidad de mejorar la salud sexual en estas comunidades (Anderson et al., 2018; Heiman et al., 2016).



*“No hay enseñanza sin investigación,
ni investigació sin enseñanza”*

Paulo Freire

The background features soft, abstract watercolor splashes in shades of pink, purple, yellow, and orange. Scattered throughout are various gender symbols: a pink female symbol in the top left, a purple circle in the top center, a teal female symbol with an arrow in the middle left, a yellow female symbol in the middle right, a blue female symbol with two arrows in the bottom left, and a red male symbol with two arrows in the bottom right.

CAPÍTULO 5.

METODOLOGÍA: DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

CONTENIDO DEL CAPÍTULO 5

- 5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO. LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y EL CUESTIONARIO COMO RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA
- 5.2. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN
 - 5.2.1. Fases de la investigación
- 5.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN, POBLACIÓN Y MUESTRA
 - 5.3.1. Contexto del estudio
 - 5.3.2. Población y muestra
 - 5.3.3. Caracterización de la muestra seleccionada
- 5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN
 - 5.4.1. Fase 1. Revisión de la literatura y de instrumentos para elaborar los instrumentos de recogida de la información
 - 5.4.2. Fase 2. Construcción de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA y validación de jueces expertos
 - 5.4.3. Fase 3. Adaptación de los instrumentos CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a la Lengua de Signos y validación de jueces y expertos
 - 5.4.4. Fase 4. Recogida de la información y feedback a las asociaciones de sordos voluntarias del estudio
 - 5.4.5. Fase 5. Análisis psicométrico

RESUMEN

En este capítulo se describe la metodología y el proceso que se ha llevado a cabo para obtener los criterios necesarios de rigor de los cuestionarios CUCONO-DA (cuestionario de conocimientos sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva), y CAPSEXAS-DA (Cuestionario sobre actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con Discapacidad Auditiva), que se muestran en el capítulo de resultados.

Primeramente, se presenta un breve análisis sobre la relevancia de la investigación educativa y el instrumento como recogida de información. Tras lo cual, se detalla el diseño y la planificación que ha tenido lugar durante este proceso de investigación, la población y la muestra seleccionada para el mismo, así como la revisión de instrumentos y escalas que se han seleccionado para poder construir los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA. Posteriormente, se presenta el proceso y las consideraciones que se han tenido en cuenta para la selección de los dos grupos de comités de expertos, quienes han validado el contenido de éstos; el primer comité ha evaluado el contenido cualitativo y cuantitativo de los cuestionarios, mientras que el segundo comité la adaptación a la Lengua de Signos Española de cada uno de los ítems propuestos para ambos cuestionarios.

En segundo lugar, se especifica el procedimiento realizado para la aplicación de los cuestionarios y la recogida de la información, además del feedback que se ha ofrecido a los sujetos pertenecientes a las asociaciones de sordos que han participado en el estudio. En tercer lugar, se define el proceso que se ha llevado a cabo para el análisis psicométrico de los cuestionarios, que corresponden a la validez de constructo, de contenido y de criterio, mediante el acuerdo de jueces expertos, el Análisis Factorial Exploratorio, el Análisis Factorial Confirmatorio y la fiabilidad de los cuestionarios, siguiendo las medidas de bondad de ajuste recomendadas por los autores.

Por último, se describe el proceso llevado a cabo para analizar los datos descriptivos y comparativos de los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales de la muestra de esta investigación.

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO. LA INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y EL CUESTIONARIO COMO RECOGIDA DE INFORMACIÓN EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

La investigación es un proceso sistemático de solución de interrogantes y búsqueda de conocimientos mediante un método (Navarro et al., 2017), con el fin de obtener “información relevante para generar, verificar, corregir o aplicar el conocimiento” (Tejedor, 2018, p. 316).

La investigación en educación es considerada como una acción cada vez más urgente para identificar y diagnosticar necesidades educativas, sociales, personales, etc., y promover cambios eficaces (Martínez González, 2007), facilitando la transformación y mejorando la acción educativa (Navarro et al., 2017). Este tipo de investigación se considera educativa, ya que permite a los sujetos investigados desarrollar nuevas formas que les permita reflexionar autónomamente sobre sus prácticas y sus posibilidades de mejora (González et al., 2007). Como indican McMillan y Schumacher (2005, p. 4) se trata de un proceso que implica un estudio científico y sistemático de un objeto a través de aproximaciones cualitativas y cuantitativas. En esta investigación, se ha optado por un enfoque cuantitativo psicométrico no experimental de corte transversal, ya que las medidas se han tomado en un solo momento (Bisquerra, 2014; Hernández-Samperi et al., 2006). Autores como Hernández et al. (2010) definen la investigación cuantitativa como “la recolección de datos para probar hipótesis con base a medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (p. 4). Se trata de una técnica estadística que sirve para conocer aspectos que suscitan el interés sobre la población que se está estudiando (Hueso & Cascant, 2012).

En la investigación educativa se utilizan varias técnicas estadísticas como: la observación, el cuestionario y la entrevista, ya que son métodos que permiten analizar datos cuantitativos y utilizar la información de las variables en la investigación (Navarro et al., 2017). Para esta investigación, se ha utilizado la técnica del cuestionario siendo la herramienta más empleada en el área de Ciencias Sociales (García Muñoz, 2003), definido como (Fàbregues et al., 2016):

La herramienta que permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, empleando el tratamiento cuantitativo y describir a la población a la que pertenecen y/o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre medidas de su interés. (p.24)

A su vez, se trata del método de uso más frecuente para la investigación educativa (McMillan & Schumacher, 2005), enfocado a la medida de fenómenos no directamente observables, mediante la recogida sistemática (Fàbregues et al., 2016). El cuestionario, permite obtener exhaustivamente medidas sobre los conceptos derivados de un problema de investigación previamente construido (López Roldán & Fachelli, 2015).

Esta investigación, parte de la construcción y validación de dos cuestionarios, que permitirán evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

5.2. DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con autores como Dannels (2010), el primer paso fundamental del proceso de investigación es el diseño, entendido como como un procedimiento que proporciona una estructura para integrar los elementos de un estudio empírico, con el fin de que los resultados sean verídicos, libres de sesgo y generalizables a toda la población.

El diseño es una parte del método que se centra en la recogida y análisis de la información necesaria para resolver el problema. En el ámbito de la investigación, el concepto de diseño se restringe a la planificación de la estrategia para alcanzar los objetivos de la investigación (Cea D'Ancona, 2005).

Utilizar unos cuestionarios adecuados, nos permitirá, a posteriori, evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

5.2.1. Fases de la investigación

Fases y temporalización de la investigación

Como se observa en la Figura 5.1, el proceso de construcción, adaptación, validación y administración de los cuestionarios queda enmarcado en un total de seis fases. Estas, a su vez, quedan divididas por diferentes etapas, que revelan la temporalización sistemática y exhaustiva llevada a cabo durante el proceso de investigación entre los años 2016-2021.

Figura 5.1

Fases y temporalización de la investigación



La Tabla 5.1, muestra de manera más exhaustiva, cada uno de los procesos llevados a cabo durante cada una de estas cinco fases y etapas:

Tabla 5.1

Temporalización de la investigación

FASE 1. REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ANÁLISIS DE INSTRUMENTOS	
Septiembre 2016- Junio 2017 -Conceptualización, contextualización y diseño de la investigación	Etapa 1. Revisión sistemática de modelos de educación afectivo-sexual, política legislativa actual y de instrumentos de recogida de información
FASE 2. CONSTRUCCIÓN DE LOS CUESTIONARIOS CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA Y VALIDACIÓN DE JUECES EXPERTOS	
Julio 2017- Abril 2018 -Construcción de los cuestionarios y evaluación del primer comité de jueces expertos	Etapa 1. Construcción de los cuestionarios. Primer borrador de los cuestionarios
	Etapa 2. Primera validación de contenido y resultados del primer comité de expertos - Diseño de la plantilla para evaluación jueces y selección de jueces expertos - Proceso de validación del contenido de los cuestionarios, reestructuración y cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA
	Etapa 3. Evaluación de contenido y resultados por primer comité de expertos
FASE 3. ADAPTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA A LA LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA Y VALIDACIÓN DE JUECES EXPERTOS	
Mayo 2018- Noviembre 2019 -Adaptación a LSE y validación de jueces expertos	Etapa 1. Adaptación de los cuestionarios a la Lengua de Signos Española
	Etapa 2. Validación de contenido de la adaptación por el segundo comité de jueces expertos - Selección jueces expertos en LSE - Proceso de validación y reestructuración - Cuestionarios en LSE

FASE 4. RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

Diciembre 2019- Junio 2020 -Pilotaje	Etapas 1. Aplicación de los cuestionarios y feedback a sujetos participantes en la investigación
--	--

FASE 5. ANALISIS PSICOMÉTRICO

Julio 2020- Febrero 2021 -Análisis psicométrico de la investigación

FASE 6. RESULTADOS Y PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL

Julio 2020- Febrero 2021 -Resultados investigación e informe	Etapas 1. Resultados
	Etapas 2. Elaboración del informe final y presentación de la investigación

5.3. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN, POBLACIÓN Y MUESTRA

5.3.1. Contexto del estudio

El contacto con los sujetos objeto de estudio de esta investigación, se realizó a través de Asociaciones de sordos provinciales, Institutos de Educación Secundaria Obligatoria (E.S.O.), universidades de todas las provincias de Andalucía y redes sociales.

En primer lugar, para establecer los centros educativos que disponían de alumnado con discapacidad auditiva, fue necesario establecer contacto con el coordinador del equipo de orientación educativa especializado de la provincia de Granada, para facilitarnos todos los centros educativos que habían sido asignados, durante ese curso escolar, con intérprete de Lengua de Signos, y por consiguiente, tenían matriculados a alumnos con discapacidad auditiva. El mismo responsable nos facilitó el contacto del resto de centros de las demás provincias de Andalucía. En lo que refiere a los colegios de educación primaria, tras establecer contacto con los mismos, no hubo ninguna familia que nos autorizase el acceso a sus hijos, por tratarse de temas afectivo-sexuales.

En lo que refiere a los centros educativos de secundaria, tal y como se muestra en la Tabla 5.2, un total de 34 centros de educación secundaria participaron de manera voluntaria en el estudio, por tener en ese momento alumnos con discapacidad auditiva. Otros centros educativos con los que se contactó refirieron que los alumnos con estas características no habían continuado durante ese curso escolar, bien por falta de intérpretes de Lengua de Signos u otros motivos.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 5.2

Centros educativos de Andalucía que forman nuestro contexto de investigación

PROVINCIA	NOMBRE DEL CENTRO	TIPO CENTRO	TOTAL ALUMNADO D.A.
Almería	I.E.S. *	Público	11
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	2
Cádiz	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	2
Córdoba	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	2
	I.E.S. *	Público	1
Granada	I.E.S. *	Público	4
	I.E.S. *	Público	3
	I.E.S. *	Público	2
	I.E.S. *	Concertado	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
Jaén	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	2
	I.E.S. *	Público	1
Málaga	I.E.S. *	Público	4
	I.E.S. *	Público	10
	I.E.S. *	Público	12
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
Sevilla	I.E.S. *	Público	2
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	1
	I.E.S. *	Público	2
	Universidad I.E.S. *	Público	5
TOTAL			86

Nota: D.A. (discapacidad auditiva); I.E.S. (Instituto de Educación Secundaria). * = se ha sustituido el nombre del centro educativo por protección de datos. La provincia de Huelva no se muestra en la tabla por no haber obtenido muestra de la misma.

5.3.2. Población y muestra

Entendemos por población al “conjunto de todos los individuos a los que se desea hacer extensible los resultados de la investigación” (Bisquerra, 2014, p. 143). En esta investigación, nuestra población son los sujetos adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva de la comunidad autónoma de Andalucía.

De acuerdo con Cea D’Ancona (2004), para conocer a una población no es necesario que la investigación incluya rigurosamente a todos los sujetos. En este sentido, será suficiente con la selección de una pequeña muestra o representación de esta, entendida como “un subconjunto de la población que se selecciona a través de alguna técnica de muestreo y que debe ser representativa de aquella” (Bisquerra, 2014, p. 143).

Para definir la muestra que participará en este proceso de validación, se ha establecido como criterio de inclusión el que sean adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, de 12 a 30 años y pertenecientes a la comunidad autónoma andaluza. Esta muestra permitirá extrapolar los datos y generalizar los resultados de la población (Otzen et al., 2017).

Para conocer el tamaño de la población, en un primer momento, se analizaron los últimos informes ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) a través en su página web (<https://www.ine.es/>). Sin embargo, los últimos datos reflejados por el Instituto datan del año 2008, por lo que ha sido necesario contactar directamente con el INE, quienes nos facilitaron datos específicos de la población de adolescentes y jóvenes de 12 a 30 años con discapacidad auditiva de Andalucía correspondiente al año 2017, tal y como se muestra en la Tabla 5.3 y puede consultarse detalladamente en el Anexo II.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 5.3

Tamaño de la población de estudio (adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva superior al 33% de 12 a 30 años)

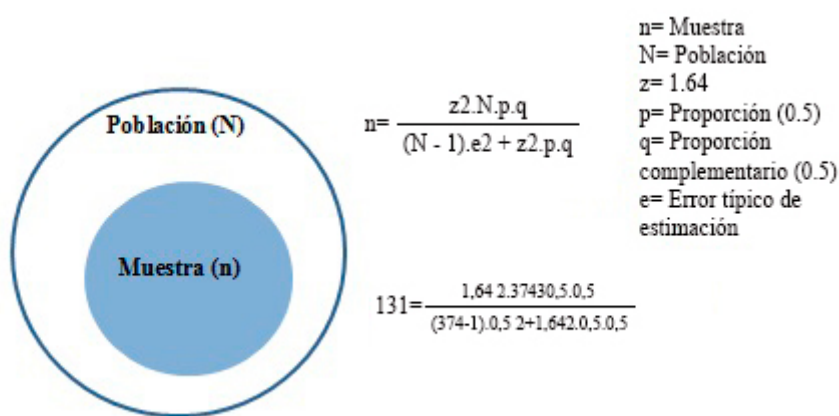
Provincia	Hombre	Mujer	Total
Almería	20	10	30
Cádiz	28	32	60
Córdoba	14	21	35
Granada	36	24	60
Huelva	15	10	25
Jaén	22	15	30
Málaga	30	50	80
Sevilla	20	54	75
ANDALUCIA			374

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el INE (2017).

Conociendo la dificultad para acceder a adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, se consideró realizar un muestreo de conveniencia no probabilístico (Canal Díaz, 2006), con el fin de obtener una muestra representativa de la población a estudiar, con la intencionalidad de garantizar la validez externa del estudio mediante el cálculo del tamaño de la muestra propuesta por Tagliacarne (1968).

Figura 5.2

Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra



Fuente: Extraída del *modelo de Tagliacarne* (1968).

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA: DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Tras realizar los cálculos muestrales mediante la fórmula anterior, y asumiendo un error muestral = .05%, se obtuvo acceso a un total de 131 adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva pertenecientes a las diferentes provincias de Andalucía. El acceso a la muestra fue posible gracias a las asociaciones de personas sordas, centros educativos de Educación Secundaria y el contacto proporcionado, mediante el efecto “bola de nieve” por los propios participantes, quienes nos proporcionaban el contacto con amigos, familiares, compañeros de otros institutos o centros, etc.

En lo que refiere a las asociaciones de personas sordas, tras contactar con las diferentes asociaciones de Andalucía, solamente nos informaron de su voluntad de colaborar en nuestra investigación, la Asociación de Personas Sordas de Granada (ASOGRA) y la Asociación Provincial de personas de Córdoba (APPSC). ASOGRA nos permitió una reunión de adolescentes y jóvenes sordos, durante varios encuentros, para poder contactar con los mismos y poder aplicar los cuestionarios, mientras que APPSC, nos invitó a un encuentro de adolescentes y jóvenes sordos de Andalucía, que tendría lugar en la provincia de Cádiz durante el mes de Junio del año 2019. El resto de los participantes para esta investigación, fueron localizados mediante redes sociales y asistencia a otras celebraciones de personas sordas (conciertos musicales, charlas, cursos, etc.,).

5.3.3. Caracterización de la muestra seleccionada

Del total de participantes (n = 131), 65 sujetos (49.6%) representan al género masculino y 66 (50.4%) al género femenino. En lo que respecta a la identificación sexual, un 84% (n = 110) se considera heterosexual, un 9.2% (n = 12) bisexual, un 4.6% (n = 6) homosexual y 1.5% (n = 2) de otra identidad.

La muestra representativa presenta edades desde los 12 a los 30 años, con una media de 21 años.

En cuanto a la localización geográfica, un 23.7% (n = 31) pertenecen a Granada, un 23.7% (n = 31) de Málaga, un 11.5% (n = 15) pertenecen a Almería, un 10.7% (n = 14) pertenecen a Sevilla, un 12.2% (n = 16) son de Cádiz, un 4.6% (n = 6) de Córdoba, un 6.1% (n = 8) son de Jaén, y un 7.6% (n = 10) de Huelva.

En lo que refiere a la pérdida auditiva, la mayoría de la muestra presenta una pérdida de audición de más del 33%, concretamente 112 sujetos (85.5%), a diferencia de un 9.2% (n = 12) que presenta una pérdida menor al 33 %, por último, solo un 5.3% (n = 7) tiene igual al 33%.

En cuanto a la causa que ha provocado la pérdida de audición, más de la mitad de sujetos, es decir un 55% (n = 72) refiere que el motivo es genético o hereditario, frente aquellos sujetos que su causa es congénita con un 32.8% (n = 43), siendo la causa menos frecuente la adquirida con un 11.5% (n = 15). De la misma manera, para la mayoría de los sujetos los niveles de pérdida son profundos, con un 56.5% (n = 74), posteriormente están aquellos sujetos que su nivel de pérdida es severa, con un 22.1% (n = 29), y con menos niveles solo un 16% (n = 21) y 5.3% (n = 7).

Según la religión, los datos indican que un 47.3% (n = 62) no son partidarios de ninguna religión, seguido de un 45.8% (n = 60) que por el contrario optan por la religión católica. Con menos porcentaje, un 4.6% (n = 6) de los sujetos encuestados prefieren otra religión.

Respecto a la situación laboral, la mayoría de los encuestados, es decir un 70.2% (n = 92), son estudiantes, mientras que un 15.3% (n = 20) se refiere como activo, un 7.6% (n = 10) desempleado, y solo un 6.9% (n = 9) es estudiante y a la vez trabaja.

De acuerdo con las relaciones sexuales, un 64.1% (n = 84) de los sujetos, afirma haber tenido ya la primera relación sexual coital, mientras que por el contrario, y en menor proporción, un 35.9% (n = 47) aún no ha tenido su primera relación sexual coital.

En cuanto a su primera relación sexual, de total de los participantes un 39.7% (n = 52) la recuerda agradable, un 11.5 % (n = 15) satisfactoria, frente a un 13% (n = 17) que afirma que su primera vez fue desagradable. En lo que respecta las chicas, un 34.4% (n = 26) la considera agradable, un 18.2% (n = 12) la recuerda desagradable, un 10.6% (n = 7) satisfactoria, y un 3% (n = 2) no lo recuerda. Los hombres, indican que un 12.7% (n = 8) dice haber sido satisfactoria, un 12.3% (n = 26) que fue agradable, un 7.7% (n = 5) la recuerda como desagradable, mientras que un 10.8% (n = 7) de los sujetos no recuerda cómo fue su primera vez.

En cuanto al motivo que les llevó a esta primera relación sexual coital, en mayor proporción fue porque existía una relación afectiva importante con su pareja (24.4%; n = 30), mientras que un 16% (n = 21) considera que el motivo fue para saber que se sentía al realizarlo. En menor

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA: DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

proporción, solo un 2.3% (n = 3) fue porque estaba bajo la influencia del alcohol, o porque sus amigos ya lo habían experimentado (2.3%). Un 31.8% (n = 21) de las chicas indica que el motivo principal era porque existía una relación afectiva con su pareja, mientras que un 18.2% (n = 12) el motivo fue porque se presentó la oportunidad, un 12.1% (n = 8) porque tenía interés en saber que se sentía, un 4.5% (n = 3) indica que el motivo es otro diferente, mientras que con menos proporción (3%; n = 2) dice ser porque sus amigos ya lo habían experimentado. Por último, solo un 1.5% (n = 1) dice por haber estado bajo los efectos del alcohol. En segundo lugar, los hombres señalan en mayor proporción que el motivo fue porque se presentó la oportunidad (30.8%; n = 20), seguido de un 20% (n = 13) que indica que tenía interés en saber que se sentía, seguido de un 13.8% (n = 9) que señala que el motivo fue porque existía una relación afectiva importante con su pareja, solamente un 3.1% (n = 2), indica que estaba bajo la influencia del alcohol, mientras que 1.5% (n = 1) indica que fue por otro motivo.

Referente a los métodos anticonceptivos, concretamente el motivo de no usar el preservativo, un 42% (n = 55) de los encuestados no encuentra o encontraría ninguna dificultad para usarlo, un 32.1% (n = 42) ha indicado que les impide tener mayor sensibilidad para tener relaciones sexuales, un 9.9% (n = 13) de sujetos afirma que el motivo es el precio, o porque les daría vergüenza comprarlos (10.7%). Con menos porcentaje, solo un 2.3% (n = 3) sugiere que el motivo es porque si los llevas encima pueden pensar que buscas rollo, u otros motivos (2.3%). Las chicas en mayor proporción (50%; n = 33), señalan no encontrar ninguna dificultad para su uso, mientras que el 28.8% (n = 19) encuentra menor sensibilidad en las relaciones sexuales, un 10.6% (n = 7) porque les daría vergüenza comprarlos. Con menor proporción indican que los motivos son el precio (7.6%; n = 5). No ha habido respuestas para las opciones de: me daría vergüenza usarlos y si los llevas contigo pueden pensar que buscar rollo. Los hombres, en mayor proporción indican que el principal motivo es porque da menor sensibilidad en la relaciones sexuales (35.4%; n = 23), seguido de un 33.8% (n = 22) que señalan que no encuentran ninguna dificultad para su uso. Un 12.3% (n = 8) dice que el motivo es el precio, y un 4.6% (n = 3) indica que el motivo es porque si los llevas contigo pueden pensar que buscar rollo. En menor proporción, un 1.6% (n = 1) dice que le daría vergüenza comprarlos y refiere otro motivos (1.5%; n = 2).

En cuando a la pastilla del día después, un 85.5% (n = 112) afirma no haberla tomado nunca (ella o su pareja), un 9.9% (n = 13) señala que una vez, y un 2.3% (n = 3) dos veces, o incluso tres

o más veces un 2.3%. Las chicas indican que nunca la han tomado (83.3%; n = 55), un 10.6% (n = 7) la ha tomado una vez, y solo un 3% (n = 2) dos veces y un 3% (n = 2) la ha tomado tres o más veces. Los chicos indican un 87.7% (n = 57) que sus parejas sexuales nunca han tenido que tomar la pastilla del día después, mientras que un 9.2 (n = 6) indica haberlo hecho una vez. Solo un 1.5% (n = 1) señala dos veces o tres y más veces (1.5%; n = 1).

Por último, respecto al nivel de información que consideran que tienen sobre lo afectivo-sexualidad, un 51.9 (n = 68) considera que su nivel es bueno, frente a un 26.7% (n = 35) que afirma que es regular, un 17.6% considera que muy bueno y un 3.8% afirma que su nivel es malo. Las chicas indican con 54.5% (n= 36), que su nivel es bueno, un 27.3% (n = 18) considera que es regular, un 15.2 (n = 10) refiere ser muy bueno, mientras que solo un 3% (n = 2) indica ser malo. Los chicos consideran en mayor proporción (49.2%; n = 32) que es bueno, un 26.2% (n = 17) regular, un 20% (n = 13) dice ser muy bueno y un 4.6% (n = 3) refiere ser malo su nivel de información afectivo-sexual (Anexo III).

5.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN

5.4.1. Fase 1. Revisión de la literatura y de instrumentos para elaborar los instrumentos de recogida de la información

La elaboración de los cuestionarios se inició con una revisión bibliográfica sobre el tema y, sobre todo, de los instrumentos que se empleaban en los distintos estudios realizados. La revisión de modelos afectivo-sexuales e instrumentos a cerca de sexualidad y el análisis de investigaciones ha sido realizado a través de diferentes bases de datos electrónicas: Web of Science (WOS), SCOPUS y Dialnet. Para la base de datos WOS, únicamente se tuvieron en cuenta como bases de datos principales: Collection Web of Science (revista dirigida a Ciencias, Ciencias Sociales, Artes y Humanidades), MEDLINE (salud pública) y SciELO Citation Index (Ciencias, Ciencias Sociales, Artes y Humanidades). Como criterio de inclusión, la indagación se ha limitado a: artículos de revistas, con idioma en castellano, inglés, portugués y de acceso abierto. Como criterio de exclusión se han filtrado y eliminado aquellas investigaciones o artículos que no estuviesen enfocadas a adolescentes y jóvenes, y cuya temática afectivo-sexual, estuviese más enfocada al

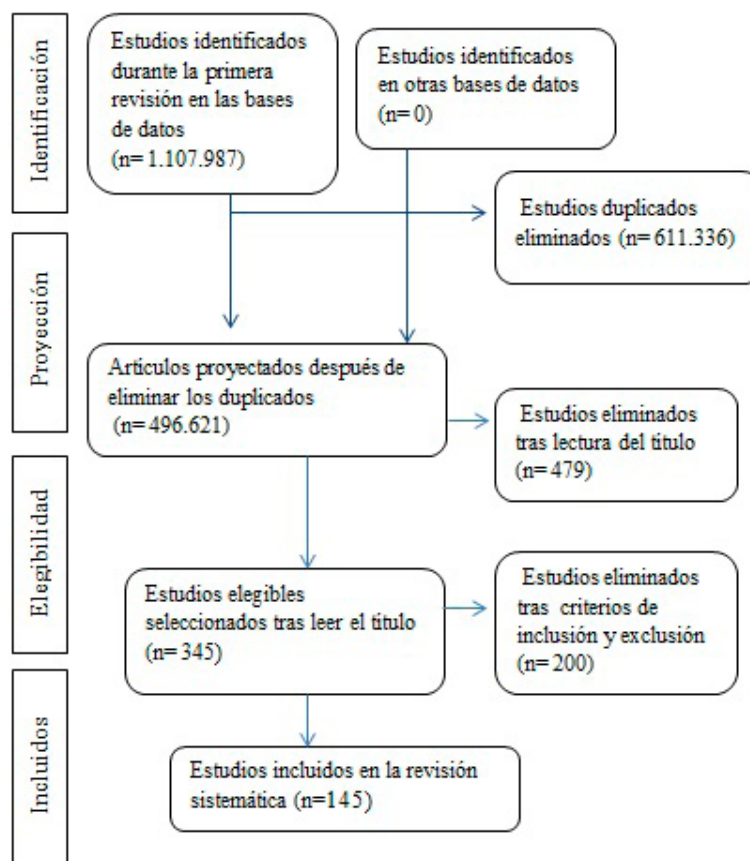
diagnóstico y la enfermedad, tales como desórdenes mentales y/o físicos, sobre abusos o acosos sexuales, etc.

Para la búsqueda de artículos sobre modelos de educación afectivo-sexual, las palabras clave que se han tenido en cuenta en un primer filtro (agregando cuatro filas para su búsqueda mediante el nexo “or” “and”) son: *adolescent “or” teenager “or” people young “and” sex “or” sexuality “and” education “and” models “or” approach*. Tras los criterios de inclusión y filtrando estas palabras clave, el resultado arrojó un total de 1.107.987 artículos. Al ser tan elevado el total de estos, fue necesario hacer una búsqueda más exhaustiva, eliminando aquellos artículos con poca relevancia académica, bajo índice de citas que estuviesen duplicados. En esta búsqueda, no se limitó la franja de años, por tratarse de una revisión dada en el tiempo de los diferentes modelos afectivo-sexuales que habían tenido lugar. En total se indicaron 611.336 artículos. Siendo nuevamente muy elevada la cantidad, se realizó una segunda búsqueda mediante las palabras clave: *adolescent “or” teenager “or” people young “and” sex “or” sexuality “and” questionnaire “or” scale*, arrojando un total de 496.621. El número de artículos continuaba siendo muy elevado para una revisión adecuada, por lo que fue necesario precisar la búsqueda, eliminando aquellos artículos con poca relevancia académica, bajo índice de citas y con intervalos de tiempo comprendidos entre el año 1990 y 2020. Tras ello se mostraron un total de 545 artículos, cuyos títulos fueron revisados y analizados para desestimar aquellos que no fuesen relevantes y objeto de estudio de esta investigación, analizándose un total de 145 artículos, para detectar aquellos estudios que incluyesen en sus investigaciones instrumentos o cuestionarios de sexualidad.

De acuerdo con Páramo (2020), se recomienda presentar el diagrama PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con la finalidad de ofrecer una representación gráfica de los documentos que se han revisado y se han mencionado con anterioridad (Figura 5.3).

Figura 5.3

Diagrama de flujo PRISMA



Fuente: Adaptado de Páramo (2020). Como elaborar una revisión sistemática (p. 8).

Tras un análisis exhaustivo de los documentos, en un primer momento se seleccionaron un total de 42 instrumentos para analizar (Anexo IV), desechando aquellos instrumentos que no eran afines a nuestro objeto de estudio. Finalmente quedaron 17 instrumentos que consideramos adecuados a nuestro objeto de estudio. En las siguientes Tablas 5.4 y 5.5, se muestra el resultado de aquellos instrumentos y escalas que han sido seleccionados finalmente para el cuestionario CUONO-DA (cuestionario de conocimientos afectivo-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva) y para el cuestionario CAPSEXAS-DA (cuestionario de actitudes y prácticas afectivo-sexuales para adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva).

Tabla 5.4

Instrumentos seleccionados para el cuestionario CUCONO-DA

INSTRUMENTOS	AUTORES	AÑO
Cuestionario de Prevención del Sida-CPS	Ballester, Gil, Guirado & Bravo	2004
Cuestionario de Identificación de Mitos (CIM)	Castro, Sueiro, López & Cortegoso	2004
Escala VIH/SIDA-66	Bermúdez, De los Santos-Roig & Buela- Casal	2006
Batería de instrumentos de evaluación en educación sexual: - Cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales (CAS) - Cuestionario de métodos anticonceptivos (ANTI) - Cuestionario de sexualidad y salud (SYS)	Claramunt & Moreno-Rosset	2009

Tabla 5.5

Instrumentos seleccionados para el cuestionario CAPSEXAS-DA

INSTRUMENTOS	AUTORES	AÑO
Attitudes Toward Sexuality Scale. Escala de Actitudes hacia la sexualidad (ATSS)	Fisher & Hal	1988
Escala de Autoeficacia Generalizada	Baessler & Schwarzer	1996
SCALA Sexual Assertiveness Scale (SAS)	Morokoff	1997
Cuestionario de Prevención del Sida (CPS)	Ballester, Gil, Guirado & Bravo	2004
Cuestionario de Identificación de Mitos (CIM)	Castro, Sueiro, López & Cortegoso	2004
Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24)	Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos	2004
Doble Moral Sexual (Sexual Double Standard Scale)	Cuadrado, Recio & Ramos	2005
Escala VIH/SIDA-66	Bermúdez, De los Santos-Roig & Buela- Casal	2006
Escala para la Detección de Sexismo en Adolescentes (DSA)	Recio, Cuadrado & Ramos	2007
Cuestionario de relaciones entre sexos (CRS)	Martínez Benlloch	2008
Batería de instrumentos de evaluación en educación sexual: -Cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales (CAS) - Cuestionario de métodos anticonceptivos (ANTI) - Cuestionario de sexualidad y salud (SYS)	Claramunt & Moreno-Rosset	2009
Batería explotaría de adicción al Cibersexo (BEAC) -Cuestionario de adicción a internet -Internet sex addiction test (Delmonico, 1997)	Young, Ballester, Gil & Gómez	2010
Escala de actitudes hacia la diversidad sexual	Herek, Kevin & McLemore	2011

5.4.2. Fase 2. Construcción de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA y validación de jueces expertos

5.4.2.1. Etapa 1. Construcción de los cuestionarios.

Elaboración del primer borrador de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Una vez seleccionados los instrumentos o escalas afines a nuestro objeto de estudio, y determinados los contenidos que deben conocer los jóvenes en relación a la afectividad y la educación sexual (propuestos en la fase 1), se extrajeron 15 afirmaciones que podían servir para el cuestionario CUCONO-DA, que determinará los conocimientos afectivos-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva y 19 afirmaciones para el cuestionario CAPSEXAS-DA, para conocer las actitudes y prácticas afectivos-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, dando lugar a los primeros borradores de los cuestionarios.

Para la construcción de los cuestionarios, se han tenido en cuenta las siguientes consideraciones en cuanto a la formulación y tipo de preguntas (Albert, 2006; García, 2003; Hernández Sampieri, 2003; Requena & Ayuso, 2018):

Formulación y tipo de preguntas de los cuestionarios:

En el diseño de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA, se ha optado por preguntas cerradas, caracterizadas por presentarse a través de una escala numérica (Hernández Sampieri, 2003), ya que requieren menos esfuerzo por parte del sujeto y conservan el anonimato de los encuestados (García, 2003), lo que nos permitirá no caer en el inconveniente de falta de sinceridad por parte de los sujetos encuestados (Albert, 2006; Requena & Ayuso, 2018). Debido a la gran variedad de preguntas, si hubiésemos optado por preguntas abiertas o mixtas, el análisis e interpretación de los datos hubiese sido demasiado copioso. De esta manera la elección de preguntas cerradas para ambos cuestionarios nos permitirá, a posteriori, un análisis de resultados más rápido y eficaz.

El cuestionario CAPSEXAS-DA presenta una escala de respuestas Likert de 1 a 4 grados de acuerdo o desacuerdo. Para algunos autores (Albert, 2007; Alamicos & Castejón, 2006), este tipo

de escala obliga al encuestado a situarse en una posición favorable o desfavorable hacia cada uno de los ítems que componen los cuestionarios.

Para el cuestionario CUCONO-DA, las respuestas son estructuradas y dicotómicas con la opción de *verdadero, falso o no sabe*, siendo necesario considerar este último tipo de respuestas en un cuestionario porque puede haber sujetos que no conozcan la información requerida (López-Roldán & Fachelli, 2015; Requena & Ayuso, 2018). En esta investigación, partimos de la realidad que presentan las personas con discapacidad auditiva en cuanto al acceso a la comunicación y por tanto las barreras que suponen el acceso a diferentes tipos de información, tal y como se justifica en el capítulo cuatro de esta investigación, por ello se ha tenido en consideración este tipo de respuesta.

5.4.2.2. Etapa 2. Primera validación de contenido por juicio de expertos de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

El juicio de expertos es definido como “una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones” (Escobar & Cuervo, 2008, p. 29). El uso de esta estrategia es fundamental para evaluar los instrumentos de recogida de información (Barroso & Cabero, 2010; Cañibano & Alberto, 2008; Romero et al., 2012). Se trata de un método de validación muy útil para verificar la confiabilidad de un instrumento junto con algunos criterios de calidad como: la validez de constructo y la fiabilidad (Albert, 2008).

Para estimar la confiabilidad de los cuestionarios, ha sido necesario calcular el grado de acuerdo entre los mismos, definido como el grado en el que un instrumento mide con precisión, descartando errores, mediante la consistencia y el acuerdo entre los expertos (Robles Garrote & Rojas, 2015; Rodríguez & Fernández, 2015). Para calcular esta concordancia entre jueces, para los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA, se ha elaborado una plantilla en el que los ítems eran valorados mediante una escala tipo Likert (1: Deficiente; 2: Aceptable; 3: Bueno; 4: Excelente) en cuanto a claridad, coherencia y relevancia de cada uno de los ítems. Este comité de jueces expertos, al pertenecer a diferentes ámbitos profesionales, sus consideraciones aportaron mayor validez y fuerza en el proceso de esta investigación, contribuyendo a la rigurosidad

de los cuestionarios (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008). De acuerdo a García (2003), han de ser personas que entendiendo del tema presenten puntos de vista diferentes.

De acuerdo con Wilson et al. (2012), la validez de contenido por el comité de jueces expertos queda establecida en cuatro periodos:

- Periodo 1. Preparación de las instrucciones para los evaluadores y plantilla de evaluación de acuerdo con los ítems propuestos.
- Periodo 2. Selección de jueces, contacto, envío de la información a cumplimentar y recepción de la correspondiente plantilla de expertos.
- Periodo 3. Volcado de datos en programa estadístico y análisis de datos extraídos.
- Periodo 4. Reestructuración del cuestionario.

Diseño de la plantilla de los jueces expertos

Este documento, está conformado por:

- Breve presentación de los cuestionarios, informando sobre los objetivos de la investigación, la finalidad de estos y los sujetos a los que irá dirigida esta investigación.
- Información profesional del juez experto, donde se deberá especificar: organismo de trabajo, categoría profesional y años de experiencia.
- Presentación de los ítems que deberán analizar y evaluar de cada cuestionario en cuanto a claridad, coherencia y relevancia.

Además de las columnas con la escala de 1 a 4, junto a cada ítem, se habilitó un espacio con la intención de que cada juez anotase la consideración a tener en cuenta en cuanto al ítem propuesto u otras observaciones. De la misma manera, para una mayor precisión, y con el fin de evitar confusiones durante el proceso de evaluación, se proporcionó a cada uno de los evaluadores, junto a cada una de las plantillas, una tabla detallada que define cada una de las características para tener en cuenta durante el análisis de los ítems, y orientará el proceso de evaluación de los cuestionarios, tal y como se muestra en la Tabla 5.6.

Tabla 5.6

Categorías para validez de contenido de los ítems de cuestionario CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a través de la plantilla para jueces expertos

CATEGORÍAS	INDICADORES
<p>CLARIDAD</p> <p>El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas</p>	<p>-El ítem no es claro</p> <p>-El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con sus significado o por la ordenación de estas</p> <p>-Se precisa modificación muy específica de algunos de los términos del ítem</p> <p>-El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada</p>
<p>COHERENCIA</p> <p>El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo</p>	<p>-El ítem no tiene relación lógica con la dimensión</p> <p>-El ítem tiene una relación tangencial con la dimensión el ítem tiene una relación moderada con la dimensión que está midiendo</p> <p>-El ítem se encuentra completamente relacionado con la dimensión que está midiendo</p>
<p>RELEVANCIA</p> <p>El ítem es esencial o importante, es decir, debe ser incluido</p>	<p>-El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión</p> <p>-El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide este</p> <p>-El ítem es relativamente importante</p> <p>-El ítem es muy relevante</p>

Fuente: Adaptado de Escobar Pérez y Cuervo-Martínez (2008, p. 37).

Selección del primer comité de jueces expertos

La identificación de las personas que formarán parte del juicio de expertos es una parte crítica en este proceso, sin embargo, no existe un acuerdo unánime para su determinación (Cabero & Llorente, 2013). Algunos autores (Cabero & Barroso, 2013; Robles Garrote & Rojas, 2015), proponen que para la selección del número de expertos hay que considerar algunos factores que se han tenido en cuenta a la hora de seleccionar a los jueces. Entre los mismos, proponen tener en cuenta la facilidad para acceder a los evaluadores o la posibilidad de conocer expertos suficientes sobre la temática objeto de la investigación y que presenten “diversidad del conocimiento sobre lo estudiado” (Escobar Pérez & Cuervo-Martínez, 2008, p. 29), y la “competencia experta” (Cabero & Barroso, 2013, p. 26).

Una vez identificados los criterios de selección y definida la plantilla de evaluación, se contactó vía e-mail con un total de seis expertos para proceder al análisis de la validez de contenido de los cuestionarios. Las características profesionales y laborales quedan reflejadas en la Tabla 5.7.

Tabla 5.7

Características profesionales de los jueces expertos

EXPERTO/A	CATEGORÍA PROFESIONAL, INSTITUCIÓN Y EXPERIENCIA DOCENTE
E.1	Profesora Titular de la Universidad de Granada. Dpto. Didáctica y Organización Escolar. Más de 10 años de experiencia docente
E.2	Profesora Titular de la Universidad de Granada. Dpto. Psicología. Universidad de Granada. Más de 5 años de experiencia docente
E.3	Profesora Titular de la Universidad de Granada. Dpto. Psicología. Universidad de Granada. Más de 9 años de experiencia docente
E.4	Ex Vicepresidenta de la Federación de Sexología (FESS). Socióloga, Psicóloga y Terapeuta Sexual. Especialista en Antropología Sexual
E.5	Profesora Titular. Dpto. Psicología. Universidad de Granada. Más de 5 años de experiencia docente
E.6	Catedrático de la Universidad de Granada. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Más de 20 años de experiencia docente

Nota: E= Experto; Dpto= Departamento.

Como se puede apreciar en la Tabla 5.7, todos los expertos tienen amplia experiencia profesional y formación académica relacionada con el tema objeto de estudio y con el proceso de elaboración y validación de instrumentos, considerados como criterios de inclusión para seleccionar al grupo evaluador.

A los seis expertos, se les envió a través del correo electrónico los dos cuestionarios (CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA), así como las consideraciones e instrucciones a tener en cuenta para la validación del mismo, tal y como recoge el Anexo V.

Proceso de validación y reestructuración de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA según las valoraciones del primer comité de jueces expertos

Para el análisis de los ítems, las respuestas de los jueces fueron almacenadas en el programa Microsoft Excel y procesadas estadísticamente en el programa SPSS versión 26. Los criterios de rigurosidad tenidos en cuenta para la valoración de ambos cuestionarios y establecer el grado

de acuerdo son: medias de los ítems (\bar{x}); Coeficiente alfa de Cronbach (α); Coeficiente de concordancia de W de Kendall (W); Correlación de ítems; Coeficiente de correlación Intraclase (CCI) y análisis de las consideraciones cualitativas de los ítems. Estos resultados se pueden comprobar en el capítulo de resultados.

Tras la evaluación del primer comité de expertos de ambos cuestionarios y mediante el análisis de sus evaluaciones cualitativas (comentarios y sugerencias proporcionados para cada ítem y para los cuestionarios en general) se analizaron los resultados cuantitativos, mediante el programa SPSS, de los índices estadísticos del coeficiente alfa de Cronbach, el Coeficiente de Correlación Intraclase y el Coeficiente de concordancia de W de Kendall. Los resultados de este proceso quedan recogidos en el apartado de resultados.

5.4.3. Fase 3. Adaptación de los instrumentos CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a la Lengua de Signos y validación de jueces expertos

5.4.3.1. Etapa 1. Adaptación de los cuestionarios a la Lengua de Signos Española

Como afirman Beaton et al. (2000), para que el instrumento que se va a adaptar conserve las propiedades de fiabilidad y validez, es necesario realizar una adaptación contextual. Cuando un cuestionario proviene de un contexto cultural diferente a nuestro objeto de estudio, en nuestro caso sujetos con discapacidad auditiva, “se requiere mucho más que un simple esfuerzo de traducción literal, dado que el significado y la interpretación pueden ser muy distintos” (Chahín-Pinzon, 2014, p. 110). Tal y como señalan Muñiz et al. (2013), habitualmente “las malas traducciones se apoyan en traducciones literales en lugar de en una esmerada adaptación de significados” (p. 153).

Dicho esto, para proceder a la adaptación de los cuestionarios, se han considerado diferentes aspectos culturales, lingüísticos y contextuales (Hambleton & Zenisky, 2011), que presentan los sujetos con discapacidad auditiva.

De acuerdo con Ramada-Rodilla et al. (2013, p. 60), existe un acuerdo en que la traducción, adaptación y validación de un cuestionario debe tener:

- a) adaptación cultural, donde es necesario tener en cuenta los giros idiomáticos, el contexto cultural, y las diferencias en la percepción de las poblaciones.
- b) la validación en el idioma de destino, para evaluar el grado de preservación de las propiedades psicométricas.

Por tanto, con el objetivo de poder aplicar este instrumento a un contexto con discapacidad auditiva, ha sido necesario tener en cuenta las características diversas, propias de su pérdida auditiva que pudiesen tener cada uno de los sujetos, tanto si son usuarios de la Lengua de Signos Española como aquellos que no la utilizan.

En este sentido, se ofrece al sujeto encuestado dos alternativas de respuesta, por un lado, el cuestionario en papel (Anexo VI) y, por otro, el cuestionario online diseñado mediante la plataforma Google forms (Anexo VII). Estas consideraciones permitirán una igualdad de oportunidades de acceso a la comunicación y la información, tanto para los signantes (uso LSE) como los no usuarios de la LSE.

Para aquellos sujetos que no utilizan esta lengua, y que por tanto el cuestionario fue administrado en formato papel, ha sido necesario revisar cada uno de los ítems, clarificando aquellos conceptos que se consideraban muy abstractos y que pudiesen suponer una barrera para su comprensión, ya que se han considerado las dificultades lingüísticas de las personas con discapacidad auditiva (Kyle & Harris, 2010; Ramos 2013; Villalba, 2010).

Así mismo, y para evitar los inconvenientes que se puedan presentar en la adaptación de los cuestionarios, se ha tenido en cuenta:

- Realizar un cuestionario simplificado.
- Se han redactado frases cortas de una sola idea, evitando grandes esfuerzos al sujeto.
- Se ha evitado la formulación de frases de manera negativa, para que sea más fácil su comprensión y evitar posibles confusiones.
- Se ha optado por elegir preguntas estructuradas en escala Likert con cuatro grados de respuesta para el cuestionario CAPSEXAS-DA y tres grados de respuesta para el cuestionario CUCONO-DA, con el fin de obtener una respuesta inmediata y evitar excesivos esfuerzos para el sujeto.

CAPÍTULO 5. METODOLOGÍA: DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- Los ítems han sido redactados de acuerdo con las necesidades que presentan nuestros sujetos y atendiendo a un lenguaje fácil y sencillo de comprender, debido a las barreras lingüísticas que presenta el colectivo con discapacidad auditiva, evitando términos técnicos e incluyendo una breve definición si es necesario para clarificar la frase.
- Las preguntas de los cuestionarios están adaptadas a la Lengua de Signos Española, siendo lo suficientemente claras para que estas puedan ser interpretadas con la misma intención que plantea el investigador, por tanto, se trata de un cuestionario totalmente accesible a su capacidad comprensora.
- Las grabaciones de estos videos han sido posibles gracias a los recursos disponibles en la Universidad de Granada, concretamente de la Facultad Ciencias de la Educación, donde han sido analizados, organizados y subtitulados, e incluso supervisada la interpretación de cada uno de los ítems por una persona joven con discapacidad auditiva, con la finalidad de detectar si el mensaje se recibe con la misma intención que se pretende, y por tanto, se recibe adecuadamente.

A continuación, se muestra un ejemplo de la visualización del cuestionario online:

Figura 5.4

Ejemplos de adaptaciones de ítems en LSE (Lengua de Signos Española) de los cuestionarios



5.4.3.2. Etapa 2. Validación de la adaptación de los cuestionarios a la Lengua de Signos por el segundo comité de jueces

Una vez realizadas las consideraciones y los análisis estadísticos del primer comité de expertos, y establecidos los ítems de ambos cuestionarios, se realizó una adaptación a la Lengua de Signos Española de los mismos, con el fin de permitir una accesibilidad a los sujetos objeto de esta investigación. Para ello, se necesitó una evaluación de las adaptaciones de un segundo comité de expertos en discapacidad auditiva y LSE (Lengua de Signos Española), para analizar y evaluar si la adaptación y la comprensión de los ítems era la adecuada. El fin de este juicio de expertos debe ser consolidar un cuestionario en el idioma o lenguaje de destino que garantice una comprensión total por las personas objeto del estudio (Ramada-Rodilla et al., 2013).

Selección del segundo comité de jueces expertos para evaluar la adaptación de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA a la Lengua de Signos Española

Se contactó con un total de siete expertos, quienes reunían las características necesarias para evaluar la interpretación de estos y permitir la accesibilidad. Cada uno de los expertos que conforman este comité, están profundamente conectados a la cultura de la discapacidad auditiva y la Lengua de Signos Española. Al pertenecer a diferentes ámbitos de conocimiento dentro de esta discapacidad, sus aportaciones contribuirán a establecer mayor validez y rigurosidad al proceso de esta adaptación de los cuestionarios.

Las características del biograma profesional de los siete evaluadores expertos (Cabero & Barroso, 2013), quedan recogidas en la Tabla 5.8.

Tabla 5.8

Comité jueces expertos LSE para la evaluación de la adaptación de los cuestionarios

EXPERTO/A	CATEGORÍA PROFESIONAL, INSTITUCIÓN Y RELACIÓN CON LA LENGUA DE SIGNOS ESPAÑOLA
E.1	Bilingüe (CODA). Intérprete de Lengua de Signos y productor audiovisual
E.2	Presidenta jóvenes sordos de Andalucía. Discapacidad auditiva y usuaria de Lengua de Signos. Graduada en Educación Social
E.3	Presidenta jóvenes sordos de Granada. Discapacidad auditiva y usuaria de Lengua de Signos. Graduada en Psicología
E.4	Profesora de Pedagogía Terapéutica, Graduada en Psicología. Discapacidad auditiva superior al 33%
E.5	Intérprete de Lengua de Signos Española. Graduada en Psicología
E.6	Intérprete de Lengua de Signos Española. Graduada en Educación Social
E.7	Alumno Universidad de Granada con discapacidad auditiva Facultad Ciencias de la Educación

Nota: E = experto; CODA = persona oyente nacida de uno o dos padres Sordos, son consideradas biculturales y bilingües de la comunidad Sorda.

Proceso de validación de los cuestionarios en Lengua de Signos Española

Analizadas las primeras valoraciones del primer comité de jueces expertos, se ha procedido al segundo análisis cualitativo y cuantitativo de las valoraciones de los jueces expertos, quienes han valorado la interpretación de los ítems en Lengua de Signos (Anexo VIII), mediante la visualización de videos, de cada una de las preguntas que componen los cuestionarios de CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA, era adecuada. Las evaluaciones se han calculado a través del análisis de la media de cada uno de los ítems en cuanto a claridad y coherencia. La relevancia de los ítems ya había sido previamente evaluada por el anterior comité de expertos respuestas han sido analizadas mediante el programa SPSS.

Tras la evaluación de los expertos de ambos cuestionarios y el análisis de sus evaluaciones cualitativas, a partir de los comentarios y sugerencias proporcionados por los jueces evaluados para cada ítem y para los cuestionarios en general, se analizaron los resultados cuantitativos, arrojados a través del análisis de la media en cuanto a claridad y coherencia del ítem interpretado. En cuanto a la modificación de la redacción o la consideración de eliminar el ítem propuesto,

se ha tenido en cuenta que el ítem no presentara una media igual o superior a 1.5 en claridad y/o coherencia, y una puntuación superior a 1.5 en desviación típica (Kohan, 1999). Tras obtener estas puntuaciones, mediante el programa SPSS, se volvieron a interpretar aquellos ítems en los que alguno de los jueces no hubiese puntuado con “excelente” (4) en claridad y/o coherencia.

Cuestionarios CUONO-DA (Cuestionario de Conocimientos Afectivo-Sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva) y CAPSEXAS-DA (Cuestionario sobre Actitudes y Prácticas Afectivo-Sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva)

Una vez llevado a cabo los dos procesos de validación del cuestionario llegamos a los cuestionarios definitivos que se aplicarían a la muestra (Anexo V y VI) en sus dos modalidades.

A continuación, se presenta brevemente la estructura y modalidad de administración de los cuestionarios.

Ambos cuestionarios tenían en común un conjunto de ítems descriptivos que recogían, por una parte, variables personales y, por otra, variables relacionadas con su actividad sexual.

Variables descriptivas personales:

En las variables descriptivas personales se recogen las características personales, académicas e información sobre su discapacidad auditiva: edad, provincia de residencia, identificación sexual, situación laboral, religión, etapa educativa, nivel más alto de estudios, grado de discapacidad auditiva, tipo de pérdida y momento de la pérdida auditiva.

Variables descriptivas en función a su actividad sexual:

Las variables descriptivas en función de su actividad sexual, los ítems recogen información sobre: la edad de su primera relación sexual, el motivo de su primera relación sexual, la satisfacción de la primera relación sexual, el recuerdo de la primera vez, pareja o ligue estable, interés sobre temas sexuales, si se ha recibido información sexual, cómo se le ha informado sobre sexualidad, consideración sobre su nivel de información, cómo se informaría sobre sexualidad, frecuencia de la pastilla del día después y principal dificultad del uso del preservativo.

Cuestionario CUCONO-DA (Cuestionario de conocimientos afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva)

El cuestionario CUCONO-DA que proporciona información sobre el conocimiento que se posee acerca de aspectos relacionados con la sexualidad, está compuesto por 10 ítems con una escala dicotómica, aunque también se ofrece una tercera respuesta “no sabe”.

Cuestionario CAPSEXAS-DA (Cuestionario sobre actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva)

El cuestionario CAPSEXAS-DA que proporciona información sobre las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales, está compuesto por 15 ítems con una escala tipo Likert de 4 alternativas.

Modalidades de administración

Los cuestionarios fueron administrados en dos modalidades: en papel de forma presencial online.

a) Cuestionarios en formato papel

Cuando el investigador presenta el cuestionario personalmente se genera un mayor compromiso y hay menos probabilidades de que los sujetos ofrezcan respuestas parciales o se nieguen a contestar (Van Dalen & Meyer, 1981). Entre las ventajas de haber asistido presencialmente, han sido:

- Poder establecer un contacto directo con los adolescentes y jóvenes, aclararle las dudas que se le presenten al sujeto para responder a algún ítem y facilitarles la comprensión de cada uno de los ítems, ya que al ser en formato papel, las preguntas podían ser aclaradas por la propia investigadora.
- Establecer un contacto directo con los sujetos a investigar; en este sentido, a través de ellos, se pudo acceder a más colectivo con discapacidad auditiva, al pedirles que diesen difusión entre amistades y familiares con edades comprendidas entre 12 a 30 años.

Sin embargo, este tipo de formato puede generar algunos inconvenientes que se han tenido en cuenta para la aplicación de estos:

- Cuando se han presentado los cuestionarios personalmente, se ha evitado intimidar al sujeto no estando cerca para evitar que se pueda sentir observado y así permitir que los entrevistados fuesen lo más sinceros posibles en sus respuestas, insistiendo en el anonimato y la finalidad de este (Día de Rada, 2012; García, 2006).
- Se ha permitido al sujeto disponer de todo el tiempo necesario, con el fin de adaptarse en todo momento a sus necesidades.

b) Cuestionarios administrados online

El aspecto principal que caracteriza a esta modalidad es que se trata de una encuesta autoadministrada, en la que no existe la presencia de un entrevistador que lea las preguntas y anote las respuestas (Díaz de Rada, 2012). Se trata de una modalidad con un gran impacto para la investigación (Couper & Miller, 2009; Díaz de Rada, 2012; Fàbregues et al., 2016; Requena & Ayuso, 2018), que nos ha permitido:

- Establecer un formato accesible, permitiendo a los sujetos contestar libremente y de manera totalmente anónima.
- Gran rapidez en su aplicación.
- Posibilidad de introducir elementos audiovisuales en el cuestionario
- Posibilidad de reflexionar para el entrevistado.
- Se adapta a los diferentes ritmos de lectura y comprensión de cada sujeto, permitiendo visualizar el video en LSE todas las veces necesarias.
- Mayor garantía de anonimato, por no tener que estar presente el encuestador en el momento de responder el sujeto.
- Comodidad para su aplicación.
- Nos ha permitido mayor rapidez para gestionar posteriormente las respuestas y registrarlas sin errores de transcripción.
- Permite el seguimiento de los participantes encuestados, mediante el envío selectivo de recordatorios, y el cálculo exacto de las tasas de respuesta durante todo el proceso.

Así mismo, para evitar los inconvenientes que se puedan presentar en la aplicación del cuestionario que se ha usado para investigación, se han tenido en cuenta:

- Para aquellos sujetos que no disponían de internet (Fàbregues et al., 2016), podía rellenar el cuestionario desde las reuniones celebradas en la Asociación de sordos de Granada.
- Precisa tener especial atención con el proceso de adaptación de los cuestionarios, considerando elementos como: la presentación en pantalla, el formato empleado para administrar las preguntas y alternativas de respuesta, la longitud y el tiempo exigido para su cumplimiento, etc.
- Con el fin de evitar una menor tasa de respuesta y disminución en la sinceridad (López-Roldán, 2016), en todo momento se le explicaba al encuestado el anonimato y fines del mismo.
- Teniendo en cuenta las consideraciones de los autores (Bowker & Dillman, 2000; Johnson, 2001; López-Roldán, 2016), los cuestionarios que se han proporcionado de manera online, a través de Google forms, han podido ser en todo momento controlados, permitiendo que el sujeto no remita la información del cuestionario, hasta completar todas las preguntas, evitando así que los encuestados devuelvan los cuestionarios sin contestar de forma íntegra o alguna de sus preguntas. Otra de las aportaciones a tener en cuenta hace referencia al control que el investigador realiza para detectar si la encuesta ha sido respondida varias veces por la misma persona (López-Roldán, 2016), situación que este formato nos ha permitido controlar mediante la indicación de cada sujeto de las iniciales de su nombre, dando la opción que fuesen ficticias o reales, permitiendo el anonimato del encuestado.
- Por otro lado, según Díaz de Rada (2012), este formato ha facilitado el proceso de investigación, ya que, por un lado, es accesible los sujetos objeto de nuestra investigación, ya que existe la posibilidad de adaptación a sus características, respeta su intimidad y permite mayor alcance de sujetos, además de suponer un bajo coste económico en cuanto a gasto de material y traslado. Por otro lado, ha permitido acceder a una población de difícil acceso por sus características sensoriales.

5.4.4. Fase 4. Recogida de la información y feedback a las asociaciones de sordos voluntarias del estudio

Una vez realizada la validación de contenido de los cuestionarios CUONO-DA y CAPSE-XAS-DA por el criterio del primer comité de jueces expertos y la valoración de contenido de la adaptación a la Lengua de Signos Española por el segundo comité de expertos, se llevó a cabo un estudio piloto con una muestra compuesta por 131 adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva, a los que se ha tenido acceso, tal y como se ha mencionado con anterioridad, en centros educativos de secundaria, asociaciones de personas sordas y por redes sociales.

Tras contactar con los centros educativos y las diferentes asociaciones de personas sordas y presentarle un informe detallado sobre los objetivos de la investigación y el compromiso de mantener el anonimato de los participantes en el estudio, se procedió a la aplicación de los cuestionarios en formato papel o u online. Como ya se ha dicho, ambos formatos, permitían al usuario voluntario la posibilidad de acceder a cada una de las preguntas por escrito o por medio de la Lengua de Signos Española, mediante la visualización de esta.

Como agradecimiento a los sujetos encuestados en las asociaciones de personas sordas y reuniones, se propuso realizar un feedback a través de una serie de charlas informativas sobre aspectos afectivo-sexuales, mediante la Lengua de Signos, en las que se respondieron a las dudas que se les habían planteado mientras respondían los cuestionarios. Tal y como se puede apreciar en las imágenes, la información traducida a la Lengua de Signos siempre estaba apoyada mediante la visualización de imágenes en una pantalla que abordaba la cuestión en sí misma.

A continuación, se muestran algunas imágenes que fueron tomadas durante el desarrollo del encuentro en Cádiz durante el año 2019.

Figura 5.5

Ejemplos de las charlas informativas sobre sexualidad a algunos sujetos de la muestra obtenida en LSE



5.4.5. Fase 5. Análisis psicométrico

La validación del constructo, a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), el Análisis Confirmatorio (AFC) y la fiabilidad de los cuestionarios, nos ha permitido comprobar que los ítems resultantes son pertinentes y adecuados para el modelo final de cada uno de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA y que ambos instrumentos son efectivos y los resultados obtenidos son significativos, útiles y aplicables a la población de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

Para el análisis estadístico nos hemos valido de los programas SPSS, FACTOR y MPLUS. En primer lugar, y previo a estos estadísticos, se ha comprobado, mediante los estadísticos de asimetría y curtosis (calculado con el programa SPSS), si la distribución de las respuestas era adecuada, para poder proceder al Análisis Factorial Exploratorio (AFE), calculado mediante el

programa FACTOR, siguiendo las medidas de bondad de ajuste propuestas por Bentler y Bonett (1980), Tanaka y Huba (1985) y Kelley (1935).

Tras estos análisis, se ha realizado un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), mediante el programa MPLUS, siguiendo las medidas de bondad de ajuste propuestas por Muthén & Muthén (2007), con la finalidad de construir un modelo de ecuaciones estructurales y contrastar relaciones existentes entre las variables del estudio.

Para la fiabilidad de los cuestionarios, se ha calculado el alfa de Cronbach, con el fin de establecer que se trata de dos cuestionarios válidos y fiables para analizar los conocimientos, las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

A continuación, mostramos con más detalle estos análisis:

Condiciones previas al Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de los cuestionarios CUCO-NO-DA y CAPSEXAS-DA

Previo a estos análisis, ha sido necesario calcular la media de los ítems, para confirmar que existe variabilidad entre las respuestas de los sujetos encuestados, la asimetría y curtosis, así como una serie de pruebas, que nos indicarán si es pertinente estadísticamente llevar a cabo el Análisis Factorial Exploratorio con los datos y la muestra disponible. Estas pruebas previas hacen referencia a: “la media de adecuación de la muestra; índice Kraiser-Meyer-Olkin (KMO), el Test de Esfericidad de Bartlett y el Determinante de matriz de correlaciones” (Monoya, 2007, p. 282-286).

Posterior a ello, y tras confirmar que los datos son válidos y se ajustan a los índices recomendados, se procede al Análisis Factorial Exploratorio (mediante la extracción de los factores iniciales), el Análisis Factorial Confirmatorio y la fiabilidad de los cuestionarios.

Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

El análisis Factorial Exploratorio, permitirá reducir datos con el objetivo de encontrar grupos homogéneos de variables a partir de un conjunto de variables. Estos grupos se forman con las variables que se correlacionan entre sí, procurando inicialmente que unos sean independientes de otros (Pardo & Ruíz. 2002). De acuerdo con Catena et al. (2003), las variables del estudio

que correlacionan entre sí serán agrupadas en un factor y las que no contribuyen a la definición de ningún factor serán descartadas.

Este tipo de técnica constituye una herramienta útil para describir un conjunto de variables o distintos grupos de variables interrelacionadas. En este sentido, nos permitirá confirmar la agrupación de los ítems del cuestionario CUCONO-DA y los del cuestionario CAPSEXAS-DA, así como los ítems que forman parte de cada una de las dimensiones de este último cuestionario y aluden a las actitudes y prácticas afectivo-sexuales. Esta técnica de reducción de datos se lleva a cabo a partir de un proceso estructurado mediante el programa estadístico FACTOR 10.4.01 (Lorenzo-Seva & Ferrando, 2007), con el fin de establecer las medidas de bondad de ajuste y validez de la escala (Bentler, 1990; McDonal & Marsh, 1990).

Extracción de los factores

Tras calcular y examinar la matriz de correlaciones, donde observamos la variabilidad conjunta de todas las variables, y habiendo comprobado que los datos se encuentran en los supuestos básicos de un Análisis Factorial, estamos en condiciones de decidir el método de extracción de factores. La finalidad de esta prueba es explicar la existencia de correlaciones altas entre las variables que permitirán explicar gran parte de la variabilidad total. Para este proceso, es necesario considerar aquellos que presentan los valores mayores, ya que éstos indican una mayor relación entre ese factor y variable, lo que permitirá una mayor interpretación en los resultados. De acuerdo con Catena, Ramos y Trujillo (2003. p. 140) “resulta imprescindible realizar la rotación de los ejes factoriales con el objetivo de redistribuir la varianza de los primeros factores a los últimos para lograr un patrón de factores más simple y teóricamente más significativo que facilita su interpretación”.

Para rotar los ejes, se ha utilizado el método de rotación Varimax de Kaiser, siendo el método más empleado entre investigadores (Calvo, 1990), debido a que se trata de un método de rotación que “minimiza el número de variables con cargas altas en un factor, mejorando así la interpretación de factores” (De la Fuente. 2011, p. 45). Para interpretar los resultados obtenidos, hay que tener en cuenta que, si en dicha correlación aparece en la variable factor +1 – 1, se indica una clara relación positiva o negativa entre variables y factor, y si aparecen valores cercanos a cero señalan un clara ausencia de relación. En resumen, se trata de minimizar el número

de ítems que hay con pesos elevados en cada factor de tal manera que cada ítem esté cargado en un solo factor.

Análisis Factorial Confirmatorio

Con el objetivo de contrastar el modelo construido a través del Análisis Factorial Exploratorio (AFE), se ha realizado un Análisis Confirmatorio mediante el programa MPLUS (Muthén & Muthén, 2007), y posteriormente el alpha de Cronbach, para verificar la consistencia interna de los cuestionarios (Muthén & Muthén, 2007).

Este tipo de prueba se trata de una estrategia basada en la explicación de las correlaciones entre un conjunto de variables observadas a través de un conjunto reducido de factores (Herrero, 2010). Permitirá comprobar como cada una de las variables determinadas está relacionada con su factor e interrelacionadas entre sí. Como resultado se obtiene un modelo estructural con mayor validez de constructo que facilitará la posterior interpretación de resultados. Sin embargo, de acuerdo a los expertos, es necesario recurrir a algunos índices de bondad de ajuste global del modelo. Aunque existe un amplio número de indicadores en el ajuste de un modelo, éstos se pueden clasificar en dos grandes tipos (Escobedo Portillo et al., 2016): medidas de ajuste absoluto y medidas de ajuste incremental (Tabla 6.22 y 6.23 del capítulo de resultados).


Una de las primeras medidas que se obtiene para estos modelos es el Chi-cuadrado (χ^2). Se trata de un estadístico muy sensible al tamaño de la muestra, por tanto debe apoyarse con otras medidas, siendo las más utilizadas para este tipo de investigaciones el RMSEA, CFI, GFI, AGFI y TLI (Herrero, 2010).

El RMSEA es uno de los índices de bondad de ajuste es el de la raíz de error cuadrático medio de la aproximación (RMSEA). Se trata de un índice que evalúa el “error de aproximación” porque evalúa como se ajusta el modelo a la población. Un valor de cero indica un ajuste perfecto, mientras que valores alejados el cero para este índice muestran un ajuste menor (Hair et al., 2006). El estadístico de Ajuste Comparativo (CFI), evalúa el ajuste del modelo estimado contra una solución restringida o de modelo nulo, el GFI (Goodness of Fit Index), evalúa si el modelo debe ser ajustado. Por su parte el TLI (Tucker Lewis Index) muestra la idoneidad del ajuste del modelo al tomar valores próximos a la unidad.

Fiabilidad de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Una vez se han establecido los dos modelos de ambos cuestionarios, se ha calculado la fiabilidad de estos. La prueba de la fiabilidad es considerada el método más utilizado en la investigación social (Cea, 2001; Ledesma, 2004) y el medio de estimación, en el caso de diseños de consistencia interna, más utilizado en la actualidad (Frías Navarro, 2019).

Para medir la consistencia interna de la versión final de los cuestionarios, calculada mediante el programa de SPSS, se ha analizado la fiabilidad mediante el índice de alfa de Cronbach.



*“Ninguna investigación humana puede ser ciencia real
si no puede demostrarse matemáticamente”*

Leonardo da Vinci

CAPÍTULO 6.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN



CONTENIDO DEL CAPÍTULO 6

- 6.1. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO, CONSTRUCTO Y FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA
 - 6.1.1. Resultados de la primera validación de contenido por jueces expertos de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA
 - 6.1.2. Resultados de la segunda validación de jueces expertos de la adaptación en Lengua de Signos Española de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA
 - 6.1.3. Resultados del análisis psicométrico de la validación de los cuestionarios, elaboración y presentación de informe final de investigación
- 6.2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO- SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA
 - 6.2.1. Descriptivo de las respuestas sobre las opiniones de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva sobre los conocimientos afectivo-sexuales
 - 6.2.2. Descriptivo de los aciertos, errores y desconocimiento en conocimientos afectivo-sexuales
 - 6.2.3. Descriptivo de los conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales
 - 6.2.4. Descriptivo de las actitudes afectivo-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva
 - 6.2.5. Prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva
- 6.3. DIFERENCIAS RESPECTO AL GÉNERO EN CONOCIMIENTOS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA
 - 6.3.1. Diferencias según género entre aciertos, errores y desconocimiento afectivo-sexual
 - 6.3.2. Diferencias según género entre conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales
 - 6.3.3. Diferencias según género entre puntuación total de aciertos en conocimientos afectivo-sexuales
 - 6.3.4. Diferencias según género en las actitudes afectivo-sexuales
 - 6.3.5. Diferencias según género de las prácticas afectivo-sexuales

RESUMEN

En este capítulo se muestran los resultados de este trabajo de investigación, los cuales hacen relación a los criterios de rigor de los cuestionarios CUCONO-DA (cuestionario de conocimientos afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva), y CAPSEXAS-DA (cuestionario sobre actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva).

La validez de contenido, calculada para el primer comité de jueces expertos ha arrojado para el cuestionario CUCONO-DA, un valor del Coeficiente alfa de Cronbach (α) de .91, un valor de Coeficiente de Correlación Intraclase (ICC, Intraclass Correlation Coefficient) de .919, y un índice de Coeficiente de concordancia de W de Kendall de .20. El cuestionario CAPSEXAS-DA, ha arrojado un valor de α de .78, un ICC de .910, y un índice W de Kendall de .135. Por tanto, para ambos cuestionarios se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces para los cuestionarios.

La adaptación a la Lengua de Signos de los cuestionarios ha sido evaluada mediante un segundo comité de jueces expertos, en la que se ha tenido en cuenta las anotaciones cualitativas revisando la puntuación media aportada por cada uno de ellos en cada uno los ítems, volviendo a interpretar nuevamente aquellos en los que alguno de los jueces no hubiese puntuado con “excelente” (4) en claridad y/o coherencia.

La validez de constructo, se ha calculado mediante los índices de asimetría y curtosis, el Análisis Factorial Exploratorio (AFE), con el programa FACTOR, el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), a través del programa MPLUS, y el Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad.

El cuestionario CUCONO-DA, arroja índices de asimetría y curtosis entre el rango - 1.5 y 1.5, quedando un total de 15 ítems en este cuestionario para proceder al Análisis Factorial Exploratorio (AFE). Se determina un valor aceptable del estadístico de medida de adecuación muestral

(KMO, Kaiser, Meyer y Olkin), con un resultado de .55, con un nivel de significación de .000. En cuanto a las correlaciones, los resultados aportan un valor de .10, indicando que los datos pueden ser adecuados para la realización del Análisis Factorial. Los resultados obtenidos tras el método de extracción de máxima verosimilitud (superiores a .30), indican que deben eliminarse cinco ítems, quedando un total de 10 ítems, en un solo factor, explicando un 24% de la varianza total. Los índices de bondad de ajuste del AFE, indican un valor CFI de .93, un GFI de .9 y un valor RMSR de .052. En cuanto al Análisis Confirmatorio, los resultados han arrojado un valor de RMSEA = .037, un CFI = .95, y un GFI = .95. El análisis de fiabilidad obtiene un valor de .70.

El cuestionario CAPSEXAS-DA, tras calcular los índices de asimetría y curtosis, determinan un total de 18 ítems para proceder al Análisis Factorial Exploratorio (AFE). El KMO, indica un valor de .72, con un nivel de significación de .000. Las correlaciones son altas con un valor de 1.2. Tras la rotación de los factores mediante la rotación Varimax, hay dos factores por encima de 1 que explican el 41% del total de la varianza explicada, siendo de un 29% para la primera dimensión (prácticas afectivo-sexuales) y un 12% para la segunda dimensión (actitudes afectivo-sexuales). Tras la saturación de las comunalidades, el cuestionario queda conformado por un total de 10 ítems para el factor 2 (prácticas), y un total de 5 ítems para el factor 1 (actitudes). Los índices de bondad de ajuste del AFE señalan un CFI de .99, GFI de .95 y RMSR de .052. En cuanto al Análisis confirmatorio, el RMSEA ha obtenido un valor de .039, el CFI un valor de .90. El estadístico de fiabilidad arroja un valor de $\alpha = .79$.

Una vez que se ha contrastado la fiabilidad y validez de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA, se han analizado las respuestas de los sujetos en cuanto a los conocimientos, las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales. Estos resultados se presentan estructurados dos partes: en la primera parte se presentan los resultados descriptivos de los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales de los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva; y en la segunda parte, las diferencias estadísticamente significativas encontradas en función del género respecto a los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales.

6.1. RESULTADOS DE LA VALIDACIÓN DE CONTENIDO, CONSTRUCTO Y FIABILIDAD DE LOS CUESTIONARIOS CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA

6.1.1. Resultados de la primera validación de contenido por jueces expertos de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA

En la Tabla 6.1 y 6.2, se muestran los ítems de los cuestionarios que fueron presentados inicialmente a cada uno de los miembros del primer comité de jueces expertos. Por un lado, el cuestionario CUCONO-DA, formado por un total de 15 ítems y por otro, el cuestionario CAPSEXAS-DA, con un total de 19 ítems.

Tabla 6.1

Cuestionario CUCONO-DA presentado al comité de jueces expertos

Ítems	Pregunta
V1	Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito.
V2	Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.
V3	Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados.
V4	Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales
V5	La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.
V6	La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.).
V7	Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de E.T.S./I.T.S.
V8	Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.
V9	Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.
V10	Abrazar, tocar o besar a una persona con VIH es muy peligroso porque puedes contagiarte también.
V11	Las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.
V12	Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España
V13	Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.
V14	Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.
V15	Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.2

Cuestionario CAPSEXAS-DA presentado al comité de jueces expertos

Ítems	Pregunta
V1	Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.
V2	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.
V3	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.
V4	Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.
V5	Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.
V6	Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".
V7	Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.
V8	Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.
V9	Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.
V10	Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.
V11	Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.
V12	Creo que las personas LGBTI tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.
V13	Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.
V14	Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de transmisión sexual.
V15	Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.
V16	En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.
V17	Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.
V18	He publicado fotos/videos en redes sociales como Facebook, Instagram, etc., en posturas sexys y provocativas.
V19	He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.

Validación de contenido por el primer juicio de expertos del cuestionario CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

En cuanto a las medias de los ítems obtenidos, según el grado de acuerdo o desacuerdo en claridad, coherencia y relevancia, estos quedan mostrados en la Tabla 6.3 y la Tabla 6.4. Con respecto a los valores arrojados por la media, se tuvo en cuenta que estos tuvieran valores entre 2 y 4, coincidiendo en la escala Likert con *aceptable*, *bueno* y *excelente*. En este caso, teniendo en cuenta los criterios propuestos por Cortada de Kohan (1999) se estableció como criterio para la eliminación de los ítems que obtuvieran una puntuación superior a 1.5 en desviación típica (SD).

Tanto para el cuestionario CUCONO-DA como el cuestionario CAPSEXAS-DA, los resultados indican que todos los ítems cumplen con la condición de una media adecuada en claridad, coherencia y relevancia, no eliminando así ningún ítem en su totalidad. Como se puede apreciar en la Tabla 6.3, la desviación típica de los ítems tampoco arrojan ningún valor superior a 1.5 en claridad, coherencia o relevancia, para ser eliminado en su totalidad o modificado.

Tabla 6.3

Medias de los ítems obtenidas por el juicio de expertos para el cuestionario CUCONO-DA

Ítems	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	Media	SD	Media	SD	Media	SD
V1	3.29	.488	3.71	.488	3.57	.787
V2	3.71	.756	3.71	.756	3.57	.787
V3	3.57	.535	3.57	.787	3.71	.488
V4	3.71	.488	3.57	.787	3.71	.488
V5	3.43	.787	3.86	.378	3.86	.378
V6	3.57	.787	4	0	4	0
V7	3.43	.787	3.86	.378	3.86	.378
V8	4	0	3.86	.378	3.86	.378
V9	3.71	.488	4	0	4	0
V10	3.71	.488	3.86	.378	3.86	.378
V11	3.29	.951	3.00	1.00	3.29	.951
V12	3.71	.488	3.29	1.11	3.14	1.21
V13	3.57	.787	3.29	1.25	3.43	1.13
V14	3.57	.535	3.71	.488	3.71	.488
V15	3.43	1.13	3.57	1.13	3.43	1.13

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.4

Medias de los ítems obtenidas por el juicio de expertos para el cuestionario CAPSEXAS-DA

Ítems	Claridad		Coherencia		Relevancia	
	Media	SD	Media	SD	Media	SD
V1	3.57	.535	3.71	.488	3.57	.535
V2	4	0	4	0	4	0
V3	4	0	4	0	4	0
V4	3.71	.488	3.71	.488	3.71	.488
V5	3.71	.756	3.29	1.254	3.29	1.254
V6	3.86	.378	3.43	1.134	3.43	1.134
V7	3.14	1.069	2.57	1.134	2.57	1.134
V8	3.00	1.291	2.71	1.380	2.71	1.380
V9	3.14	1.215	2.86	1.345	2.86	1.345
V10	2.86	.900	3.00	1.155	2.86	1.069
V11	3.57	.535	3.71	.488	3.71	.488
V12	3.14	1.215	2.57	1.512	2.86	1.345
V13	3.71	.488	3.71	.488	3.71	.488
V14	3.71	.488	3.71	.488	3.71	.488
V15	3.57	.535	2.71	1.254	2.71	1.254
V16	3.57	.535	3.71	.488	3.71	.488
V17	3.57	.535	3.71	.488	3.71	.488
V18	3.86	.378	3.86	.378	3.86	.378
V19	4	0	4	0	4	0

En cuanto a los criterios de rigurosidad (Tabla 6.5) a tener en cuenta para la valoración de ambos cuestionarios y establecer el grado de acuerdo entre los jueces, tanto el cuestionario CUCONO-DA, como el cuestionario CAPSEXAS-DA, arrojan índices muy aceptables en: Coeficiente alfa de Cronbach, Coeficiente de correlación Intraclase y el Coeficiente de concordancia de W de Kendall.

Tabla 6.5

Validez y fiabilidad de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA por el primer comité de jueces expertos

Cuestionario	Nº elementos	α	IC	W	p	SD
CUCONO-DA	15	.910	.983	.201*	3.587	18.000
CAPSEXAS-DA	19	.786	.968	.135*	3.589	16.000

Nota: α = Alpha de Cronbach; IC = Coeficiente de Correlación Intraclase; W = Coeficiente de Kendall; P = Promedio; SD = Desviación típica.

* $p < .01$.

Para el cuestionario CUCONO-DA, el valor del Coeficiente alfa de Cronbach (α) ha resultado excelente con un valor de .91. Se establece el valor máximo aceptable, ya que por encima de este se considera que existe redundancia o duplicación de ítems (Soriano, 2014). Con respecto al Coeficiente de Correlación Intraclase, los resultados obtenidos son excelentes, arrojando un valor de .919 (con un intervalo de confianza del 95%). Estos resultados deben oscilar entre 0 y 1, donde 0 indica ausencia de concordancia y 1 fiabilidad absoluta. Valores por encima de .75 significan una fiabilidad excelente (Cortés-Reyes et al., 2010, Frías Navarro, 2015; Tavakol & Dennick, 2011). Referente al Coeficiente de concordancia de W de Kendall, los resultados muestran un valor de .20, con un valor de significación inferior al .05, por tanto, se rechaza la H0 (Hipótesis nula) y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces para este cuestionario (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Para el cuestionario CAPSEXAS-DA, el valor del Coeficiente alfa de Cronbach (α) ha resultado aceptable con un valor de .78, considerándose un valor admisible por ser superior a .7 (Soriano, 2014). Con respecto al Coeficiente de Correlación Intraclase (IC), los resultados obtenidos son excelentes, arrojando un valor de .910 (intervalo de confianza del 95%). Estos resultados deben oscilar entre 0 y 1, donde 0 indica ausencia de concordancia y 1 fiabilidad absoluta. Valores por encima de .75 significan una fiabilidad excelente (Cortés-Reyes et al., 2010). Referente al Coeficiente de concordancia de W de Kendall, los resultados muestran un valor de .135, con un valor de significación inferior al .05, por tanto, se rechaza la H0 y se concluye que hay concordancia significativa entre los rangos asignados por los jueces para este cuestionario (Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008).

Reestructuración de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA

A partir de los resultados estadísticos se decidió no eliminar ningún ítem de los propuestos.

En cuanto a las valoraciones cualitativas, la mayoría de las aportaciones se centralizaron en clarificaciones conceptuales y mejora de expresiones gramaticales. Tras ello, todas las sugerencias se consideraron para mejorar los cuestionarios y la finalidad de los mismos, y así cumplir con los objetivos determinados para esta investigación.

6.1.2. Resultados de la segunda validación de jueces expertos de la adaptación en Lengua de Signos Española de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA

El análisis cuantitativo, a través de la escala Likert, en cuanto al grado de acuerdo o desacuerdo en claridad y coherencia (se obvió que los jueces analizaran la relevancia, puesto que ya el primer comité de jueces había analizado la relevancia de los mismos) con la adaptación realizada, en general los resultados arrojan valores positivos. Las medias de los ítems obtenidos quedan mostradas en las Tablas 6.6 y 6.7.

Tabla 6.6

Medias de los ítems obtenidas por el segundo juicio de expertos en LSE para el cuestionario CUCONO-DA

Ítems	Claridad		Coherencia	
	Media	SD	Media	SD
V1	3.33	1.211	4.00	1.211
V2	3.83	.408	4.00	.408
V3	3.17	1.169	4.00	1.169
V4	3.17	1.329	4.00	1.329
V5	4.00	.000	4.00	.000
V6	4.00	.000	4.00	1.033
V7	3.83	.408	4.00	.408
V8	2.83	1.472	4.00	1.472
V9	3.67	.816	4.00	.816
V10	4.00	.000	4.00	1.225
V11	3.50	1.225	4.00	.408
V12	4.00	.000	3.83	.408
V13	4.00	.000	4.00	.816
V14	4.00	.000	4.00	.000
V15	4.00	.000	4.00	.000

Nota: V= Variable; SD = Desviación típica.

Tabla 6.7

Medias de los ítems obtenidas por el segundo juicio de expertos en LSE para el cuestionario CAPSEXAS-DA

Ítems	Claridad		Coherencia	
	Media	SD	Media	SD
V1	3.50	.548	4.00	.000
V1	2.83	1.329	4.00	.000
V2	3.83	.400	4.00	.000
V3	4.00	.000	4.00	.000
V4	4.00	.000	4.00	.000
V5	4.00	.000	4.00	.000
V6	4.00	.000	4.00	.000
V7	4.00	.000	4.00	.000
V8	4.00	.000	4.00	.000
V9	4.00	.000	4.00	.000
V10	3.67	.816	3.83	.408
V11	3.83	.408	4.00	.000
V12	4.00	.000	4.00	.000
V13	4.00	.000	4.00	.000
V14	4.00	.000	4.00	.000
V15	4.00	.000	3.50	1.225
V16	4.00	.000	4.00	.000
V17	4.00	.000	4.00	.000
V18	4.00	.000	4.00	.000
V19	4.00	.000	4.00	.000

Nota: V= Variable; SD = Desviación típica.

Tanto para el cuestionario CUCONO-DA, como el cuestionario CAPSEXAS-DA, en cuanto a la modificación de la redacción o la consideración de eliminar el ítem propuesto, se ha tenido en cuenta que el ítem no presentara una media igual o superior a 1.5 en claridad y/o coherencia, y una puntuación superior a 1.5 en desviación típica (SD) (Cortada de Kohan, 1999).

Los resultados indican que todos los ítems cumplen con la condición de una media adecuada en claridad y coherencia. Sin embargo, se tuvieron en cuenta las anotaciones cualitativas para algunos de los ítems en los que los expertos evaluaban la necesidad de mejorar la claridad de la adaptación en algunos ítems. Para ello se revisó la puntuación media aportada por cada uno de ellos en cada uno los ítems, volviendo a interpretar nuevamente aquellos en los que alguno de los jueces no hubiese puntuado con “excelente” (4) en claridad y/o coherencia.

Respecto a las valoraciones cualitativas, la mayoría de las aportaciones se focalizaron hacia clarificaciones conceptuales y mejora de la interpretación de la pregunta. Todas las sugerencias se llevaron a cabo, volviendo a interpretarse, con la finalidad de aclarar la pregunta al encuestado y poder ofrecer una interpretación en LSE lo más clara posible.

Reestructuración de los cuestionarios CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA

A partir de los comentarios y sugerencias proporcionados por el segundo comité de jueces evaluadores, todas las sugerencias fueron consideradas.

Para el cuestionario CUCONO-DA se volvió a interpretar: el Ítem 1 (*Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito*), el 2 (*Los hombres tienen más deseo sexuales que las mujeres*), el 3 (*Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyacuación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados*), el 4 (*Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales*), el 7 (*Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de Infecciones de Transmisión Sexual*), el 8 (*Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una I.T.S.*) y el Ítem 12 (*Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España*).

Para el cuestionario CAPSEXAS-DA: el Ítem1 (*Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico*), el 2 (*Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia*), el 3 (*Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos*), el 10 (*Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual*) y el Ítem 15 (*Me resulta incómodo hablar de temas LGTB*).

6.1.3. Resultados del análisis psicométrico de la validación de los cuestionarios, elaboración y presentación de informe final de investigación

Condiciones previas al Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Como primer paso, se recomienda revisar las distribuciones de los ítems (Lloret-Segura et al., 2014). Los resultados que se muestran en la Tabla 6.8 permiten observar que para el cuestionario CUCONO-DA, los resultados arrojan la media de todas las variables en valores medios en la mayoría de ellas, obteniendo un mínimo de .73 en el Ítem 9 (*Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse*) y un máximo de 1.37 en el Ítem 7 (*Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de Infecciones de Transmisión Sexual*) y el Ítem 12 (*Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España*), indicando que existe variabilidad entre las respuestas de los sujetos, existiendo así poco acuerdo entre las variables por los sujetos encuestados.

En lo que refiere a los valores de asimetría y curtosis, según las recomendaciones de Forero et al. (2009), las distribuciones para este estadístico deben situarse entre el rango - 1.5 y 1.5, no eliminándose así ningún ítem en su totalidad, quedando un total de 15 ítems en este cuestionario para proceder al Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.8

Medias, desviaciones típicas, asimetría y curtosis de CUCONO-DA

Ítems	Media	SD	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
V 1	1.36	.912	-.777	.212	-1.352	.420
V 2	1.29	.718	-.496	.212	-.931	.420
V 3	1.27	.745	-.495	.212	-1.045	.420
V 4	1.02	.673	-.027	.212	-.761	.420
V 5	.73	.755	.505	.212	-1.081	.420
V 6	.85	.749	.258	.212	-1.172	.420
*V 7	1.37	.897	-.814	.212	-1.266	.420
V 8	1.25	.817	-.496	.212	-1.325	.420
*V 9	.73	.691	.424	.212	-.854	.420
V 10	1.09	.717	-.137	.212	-1.033	.420
V 11	.88	.794	.223	.212	-1.379	.420
*V 12	1.37	.862	-.808	.212	-1.169	.420
V 13	.99	.650	.007	.212	-.595	.420
V 14	1.13	.727	-.204	.212	-1.079	.420
V 15	1.21	.969	-.030	.212	-.864	.420

Nota: *= Valor máximo y mínimo en puntuación media.

En la Tabla 6.9 se observan los 15 ítems que proceden al AFE para el cuestionario CUCONO-DA.

Tabla 6.9

Ítems del cuestionario CUCONO-DA para proceder al AFE

Ítems	Pregunta
V 1	Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito.
V 2	Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.
V 3	Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados.
V 4	Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales.
V 5	La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.
V 6	La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de E.T.S. /I.T.S.
V 7	Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de E.T.S. /I.T.S.
V 8	Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de E.T.S. /I.T.S.
V 9	Una vez que se ha detectado una E.T.S. /I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.
V 10	Abrazar, tocar o besar a una persona con VIH es muy peligroso porque también puedes contagiarte.
V 11	Las personas LGTB (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S. /I.T.S.
V 12	Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España.
V 13	Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.
V 14	Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.
V 15	Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.

El cuestionario CAPSEXAS-DA, mediante el análisis de la media, indica variabilidad entre las respuestas de los sujetos encuestados y como tal, poco acuerdo entre las variables, obteniendo un mínimo de 1.29 en el Ítem 18 (*He publicado fotos/videos en redes sociales como Facebook, Instagram, etc., en posturas sexys y provocativas*) y un máximo de 2.63 en el Ítem 2 (*Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia*).

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

En lo que respecta a los valores de asimetría y curtosis, se elimina el Ítem 18 (Tabla 6.10), por arrojar un resultado inferior al rango 1.5 ($M = .29$) (Forero et al., 2009), quedando compuesto por un total de 18 ítems (Tabla 6.11), frente a los 19 ítems iniciales que se propusieron al primer comité de expertos, para proceder al Análisis Factorial Exploratorio (AFE).

Tabla 6.10

Medias, desviaciones típicas, asimetría y curtosis del cuestionario CAPSEXAS-DA

Ítems	Media	SD	Asimetría		Curtosis	
			Estadístico	Error estándar	Estadístico	Error estándar
V 1	2.55	.896	-.281	.212	-.676	.420
V 2	2.63	1.061	-.200	.212	-1.173	.420
V 3	1.93	.921	.737	.212	-.298	.420
V 4	1.80	.964	.932	.212	-.253	.420
V 5	2.08	1.020	.419	.212	-1.062	.420
V 6	1.74	.925	1.016	.212	-.017	.420
V 7	2.24	1.149	.234	.212	-1.435	.420
V 8	1.86	.951	.770	.212	-.496	.420
V 9	1.96	.988	.710	.212	-.571	.420
V 10	2.01	.932	.390	.212	-.983	.420
V 11	2.52	1.139	.016	.212	-1.408	.420
V 12	2.16	.991	.250	.212	-1.104	.420
V 13	1.86	1.006	.833	.212	-.531	.420
V 14	1.61	.908	1.356	.212	.781	.420
V 15	1.67	1.070	1.340	.212	.278	.420
V 16	1.71	.932	1.017	.212	-.164	.420
V 17	1.68	.930	1.150	.212	.190	.420
*V 18	1.29	.626	2.368	.212	5.572	.420
V 19	1.56	.785	1.233	.212	.704	.420

Nota: *= valor máximo y mínimo en puntuación media.

En la Tabla 6.11, se observan los 18 ítems resultantes para el cuestionario CAPSEXAS-DA, tras el análisis de asimetría y curtosis, y que proceden al Análisis Factorial Exploratorio.

Tabla 6.11

Ítems resultantes del cuestionario CAPSEXAS-DA tras el análisis de asimetría y curtosis para proceder al AFE

Ítems	Pregunta
V1	Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.
V2	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.
V3	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.
V4	Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.
V5	Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.
V6	Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica “fácil”.
V7	Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.
V8	Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.
V9	Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.
V10	Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.
V11	Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.
V12	Creo que las personas LGBTI tienen más posibilidades de transmitir de una E.T.S. /I.T.S.
V13	Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.
V14	Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de trasmisión sexual.
V15	Me resulta incómodo hablar de temas LGBTI.
V16	En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.
V17	Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.
V18	He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.

Índice Kraisier-Meyer-Olkin (KMO)

Para esta investigación hemos trabajado con una muestra de 131 sujetos, según lo recomendado, es preferible trabajar con 100 o más unidades muestrales (Hair et al., 2004). Los resultados de esta investigación arrojan un valor aceptable del estadístico de medida de adecuación muestral (KMO), con un resultado de $KMO = .55$ para el cuestionario CUCONO-DA. Kaiser (1970), consideraba una matriz con valores para KMO por debajo de .50 como inadecuada para realizar el AFE (Lloret Segura et al., 2014). Para el cuestionario CAPSEXAS-DA, los resultados indican un valor excelente, con un $KMO = .72$.

Test de Esfericidad de Bartlett

En este caso, la prueba de esfericidad de Bartlett, ha arrojado un nivel de significación de .000 para ambos cuestionarios (Tabla 6.12), dando como válidos aquellos resultados cuya fiabilidad sea menor a .05 (Montoya, 2007). Por tanto, se rechaza la Hipótesis nula de que las muestras de la matriz de correlaciones es una matriz de identidad y por tanto, que existen intercorrelaciones significativas.

Tabla 6.12

Prueba de esfericidad de Barlett de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

	Aprox. Chi-cuadrado	Sig.	gl
CUCONO-DA	554.2	.000	105
CAPSEXAS-DA	125.646	.000	118

Determinante de la matriz de correlaciones

En cuanto al Análisis Factorial Exploratorio, a través del método de máxima verosimilitud (uno de los procedimientos más relevantes, según autores como Forero et al., 2009), el primer dato a comprobar es el determinante de la matriz de correlaciones. Si dicho determinante es muy bajo, entonces significa que existen variables con intercorrelaciones muy altas, y en consecuencia, es factible continuar con el análisis factorial (Montoya, 2007).

Para el cuestionario CUCONO-DA, los resultados aportan un valor de .10 (Tabla 6.13), mientras que para el cuestionario CAPSEXAS-DA los resultados indican un valor de .01 (Tabla 6.13), ambos con índices bajos, lo que nos indica que en ambos cuestionarios las correlaciones entre las variables son altas y por tanto, los datos pueden ser adecuados para la realización del Análisis Factorial (de la Fuente, 2011).

Tabla 6.13

Determinante de la matriz de correlaciones del cuestionario CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Determinante de la matriz	
CUCONO-DA	.10
CAPSEXAS-DA	.01

Análisis Factorial Exploratorio (AFE) de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Extracción de los factores iniciales

Tal y como se puede apreciar en la Tabla 6.14, respecto a la determinación de las comunidades, los resultados obtenidos tras el método de extracción de máxima verosimilitud para el cuestionario CUCONO-DA, indican que los valores resultantes para todos los ítems son superiores a .30 (de la Fuente Fernández, 2011), excepto el ítem 1, el 2, el 3, el 4 y el ítem 10, procediendo así a su eliminación, y quedando un total de 10 ítem para este cuestionario.

Las restantes variables, sus valores oscilan entre .306 como es el caso de la variable 15 (*Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene*), que a pesar de su valor elevado, es la variable peor explicada por el modelo, ya que sólo puede reproducir el 30% de su variabilidad original, hasta el 72% correspondiente a la variable 7 (*Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de Infecciones de Transmisión Sexual*) que es la mejor explicada, ya que es capaz de reproducir el 72% de su variabilidad original.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.14

Comunalidades. Factorial Exploratorio del cuestionario CUCONO-DA

	Ítems	Inicial	Extracción
V1	Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito.	1.00	*.288
V2	Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.	1.00	*.274
V3	Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados.	1.00	*.225
V4	Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales.	1.00	*.293
V5	La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.	1.00	.508
V6	La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.).	1.00	.400
V7	Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de Infecciones de Transmisión Sexual.	1.00	.722
V8	Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una I.T.S.	1.00	.593
V9	Una vez que se ha detectado la I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.	1.00	.427
V10	Abrazar, tocar o besar a una persona con VIH es muy peligroso porque puedes contagiarte también.	1.00	*.265
V11	Las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.	1.00	.514
V12	Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España.	1.00	.368
V13	Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	1.00	.374
V14	Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.	1.00	.608
V15	Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	1.00	.306

Nota: *= Valores permitidos tras el método de extracción de máxima verosimilitud

En cuanto a la extracción de componentes o factores, el cuestionario CUCONO-DA ha sido sometido a un único factor por tratarse solo de conocimientos afectivo-sexuales, explicando un 24% de la varianza total, lo que indica que es pertinente someter el instrumento a un análisis factorial. De acuerdo con el criterio de asignación de los ítems a los factores, se han tenido en cuenta las consideraciones de algunos autores (Tabachnick & Fidell, 2001), al afirmar que .3 es una buena regla para determinar la saturación mínima, ya que equivale aproximadamente al 10% de la varianza explicada.

Tras examinar la matriz obtenida de componentes principales tras el proceso de rotación Varimax, se han analizado las saturaciones que cargan en cada uno de los ítems que configuran el cuestionario CUCONO-DA., como se refleja en la Tabla 6.15. De acuerdo con los autores (Lloret-Segura et al., 2014), los factores comunes mayores son los que interesa retener, ya que realmente miden lo que se desea medir y en consecuencia explican una parte realmente sustantiva de los ítems que forman la escala.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.15

Matriz de componentes del cuestionario CUONO-DA

	Ítems	Componente F1
V5	La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.	.508
V6	La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.).	.400
V7	Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de Infecciones de Transmisión Sexual.	.722
V8	Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una I.T.S.	.593
V9	Una vez que se ha detectado la I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.	.427
V11	Las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.	.514
V12	Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España.	.368
V13	Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	.374
V14	Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.	.608
V15	Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	.306

Respecto a la determinación de las comunalidades (Tabla 6.16), obtenidos tras el método de extracción de máxima verosimilitud, el cuestionario CAPSEXAS-DA, indica que los valores resultantes para todos los ítems son superiores a .30 (Lloret-Segura et al., 2014). En general, sus valores oscilan entre .30 como es el caso de la variable 15 (*Me resulta incómodo hablar de temas LGTB*), que es la variable peor explicada por el modelo, ya que su sólo puede reproducir el 30% de su variabilidad original, hasta el 72% correspondiente a la variable 7 (*Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja*), que es la mejor explicada, ya que el modelo es capaz de reproducir el 72% de su variabilidad original.

Tabla 6.16

Comunalidades. Factorial exploratorio. Cuestionario CAPSEXAS -DA

	Ítems	Inicial	Extracción
V1	Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.	1.00	.20
V2	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.	1.00	.23
V3	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.	1.00	.36
V4	Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.	1.00	.56
V5	Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.	1.00	.42
V6	Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".	1.00	.53
V7	Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.	1.00	.24
V8	Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.	1.00	.72
V9	Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.	1.00	.49
V10	Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.	1.00	.25
V11	Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.	1.00	*.17
V12	Creo que las personas LGBTI tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.	1.00	*.21
V13	Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo	1.00	.55
V14	Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de trasmisión sexual.	1.00	*.08
V15	Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.	1.00	.51
V16	En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.	1.00	.33
V17	Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.	1.00	.26
V18	He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.	1.00	.24

Nota: * = Valores permitidos tras el método de extracción de máxima verosimilitud.

Para establecer las variables que formarán parte de cada uno de los factores, el método de rotación es la rotación Varimax, rotación que ha sido convergida en dos interacciones de acuerdo a nuestro instrumento y a la literatura revisada, para hacer distinción entre las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Según la Tabla 6.17 de varianza explicada, hay dos factores por encima de 1 que explican el 41% del total de la varianza explicada, siendo de un 29% para la primera dimensión (prácticas afectivo-sexuales) y un 12% para la segunda dimensión (actitudes afectivo-sexuales).

Como resultado de la rotación se ha obtenido la siguiente matriz de componentes rotados, mostrados en la Tabla 6.17.

Tabla 6.17

Matriz de componente rotado CAPSEXAS-DA

Ítems		Componente	
		FI	FII
V1	Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.	-.001	.448
V2	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.	.314	.251
V3	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.	.592	.023
V4	Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.	.699	.108
V5	Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.	.030	.634
V6	Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".	.277	.562
V7	Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.	.210	.360
V8	Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.	-.055	.872
V9	Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.	-.220	.775
V10	Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.	.116	.444
V11	Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.	*.280	.214
V12	Creo que las personas LGBTI tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.	*.298	.245
V13	Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.	.597	.247
V14	Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de transmisión sexual.	-.324	*.223
V15	Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.	.583	.229
V16	En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.	-0.486	.600
V17	Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.	-.010	.407
V18	He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.	-.400	.308

Nota: FI= factor (actitudes); FII=factor (prácticas).

Teniendo en cuenta la consideración anterior para determinar la saturación mínima (.3) (de la Fuente Fernández, 2011; Lloret-Segura et al., 2014; Tabachnick & Fidell, 2001), se ha eliminado el Ítem 11 (.280), el 12 (.298) y el Ítem 14 (.223), ya que su carga factorial está situada por debajo del valor recomendado, quedando conformado por un total de 10 ítems para el factor 2 (prácticas), y un total de 5 ítems para el factor 1 (actitudes), un número de ítems adecuado según los autores (Fabrigar et al., 1999; Ferrando & Anguiano-Carrasco, 2010).

Los resultados obtenidos permiten determinar que existe una total correspondencia entre factores y dimensiones teóricas, lo que nos permite afirmar la validez de constructo del instrumento. Tras analizar y valorar el peso de cada variable de acuerdo con el factor, se determina que el Factor I está compuesto por los Ítems 2, 3, 4, 13 y 15; y el Factor II por los Ítems 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17 y 18.

Los 2 factores, con un 41% de varianza explicada, se interpretan en función de las dimensiones teóricas de la siguiente manera:

El Factor I (compuesto por los ítems 2, 3, 4, 13 y 15), denominado como *actitudes afectivo-sexuales*, formado por preguntas que hacen referencia a las diferentes posiciones de los jóvenes en temas sobre sexualidad tales como: *Infecciones de Transmisión Sexual, sexismo, diversidad sexual, relaciones sexuales de riesgo, mitos sexuales*, etc. Se trata de un factor explicado por un 29 % de varianza, y compuesto por las siguientes cinco variables mostradas en la Tabla 6.18.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.18

Cargas factoriales del cuestionario CAPSEXAS-DA (dimensión de Actitudes)

	Ítems	peso
V2	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.	.314
V3	Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.	.592
V4	Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.	.699
V13	Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.	.597
V15	Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.	.583

El Factor II (compuesto por los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17 y 18), denominado *prácticas afectivo-sexuales*, con un 12% de varianza explicada, qué hace referencia a los comportamientos que tienen los jóvenes en materia de sexualidad, compuesto por las siguientes diez variables:

Tabla 6.19

Cargas factoriales del cuestionario CAPSEXAS-DA (dimensión de Prácticas)

	Ítems	peso
V1	Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.	.488
V5	Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.	.634
V6	Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".	.562
V7	Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.	.360
V8	Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.	.872
V9	Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.	.775
V10	Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.	.444
V16	En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.	.600
V17	Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.	.407
V18	He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.	.308

Finalizado el Análisis Factorial Exploratorio, tras realizar los análisis con el programa FACTOR, se obtienen índices de bondad de ajuste del modelo para los cuestionarios, de acuerdo con lo establecido por los expertos (Tanaska & Huba, 1985).

El cuestionario CUCONO-DA, señala índices de bondad de ajuste del modelo con un factor, indicando resultados excelentes, con índices superiores a lo recomendado por la mayoría de los expertos. El valor del Chi², indica un valor de 180.55, este valor de no debe ser significativo (Bentler & Bonett, 1980), se trata de un estadístico extremadamente sensible al tamaño de la muestra, pues con $n \geq 200$ sujetos suele ser, en la mayoría de los casos, significativo. Como aconsejan los autores, esto se debe acompañar de otros indicadores (Tabla 6.20): El CFI (Comparative Fit Index), con un valor de .93, y el GFI (Goodness Of Fit Index), con un valor de .90, ambos con valoraciones por encima de lo recomendado por los autores (Tanaka & Huba, 1985).

El indicador RMSR (Root mean Square of Residuals, Kelley, 1935), arroja un índice de .52, indicando un ajuste bueno, puesto que este valor debe estar por debajo de .58 (Byrne, 2010; Kelley, 1935; Kline, 2010).

Tabla 6.20

Indicadores de bondad de ajuste del cuestionario CUCONO-DA que se desprenden del AFE con el FACTOR

X ²	gl	X ² /gl	p	CFI	GFI	RMSR
180.55	90	2	.000	.93	.90	.052

Nota: χ^2 = Chi cuadrado; gl = grados de libertad; χ^2 /gl = Chi cuadrado/grados libertad; p = pvalor; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit Index ; RMSR = Root mean Square of Residuals; α = alpha de Cronbach.

El cuestionario CAPSEXAS-DA, arroja índices de bondad de ajuste del modelo con dos factores, indicando resultados excelentes (Tabla 6.21), con índices superiores a lo recomendado por la mayoría de los expertos. El CFI, señala un valor de .99, y el GFI con un valor de .95, situados por encima de lo recomendado por los autores. El indicador RMSR, arroja un índice de .052.

Tabla 6.21

Indicadores de bondad de ajuste del cuestionario CAPSEXAS-DA que se desprenden del AFE con el FACTOR

X ²	gl	X ² /gl	p	CFI	GFI	RMSR
125.646	118	1.06	.000	.99	.95	.03

Nota: χ^2 = Chi cuadrado; gl = grados de libertad; χ^2 /gl = Chi cuadrado/grados libertad; p = pvalor; CFI = Comparative Fit Index; GFI = Goodness Of Fit Index ; RMSR = Root mean Square of Residuals; α = Alpha de Cronbach.

Los datos obtenidos hasta aquí nos sugieren aceptar la determinación de los factores que se obtienen a través del Análisis Factorial, tanto del cuestionario CUCONO-DA como del cuestionario CAPSEXAS-DA. Los resultados indican que la muestra tomada para el estudio es apropiada y superan satisfactoriamente todos los análisis sobre la pertinencia y validez de constructo y que por lo tanto se puede proceder a la aplicación del Análisis Factorial Confirmatorio, mediante el programa MPLUS, para confirmar finalmente la validez de constructo de los cuestionarios.

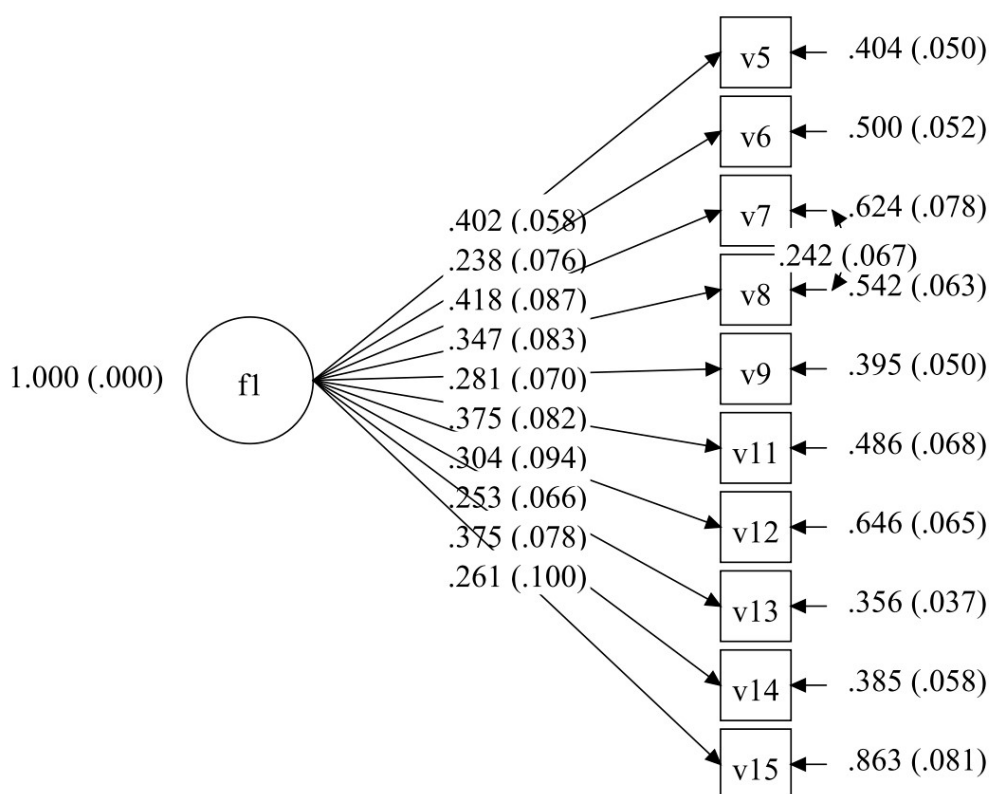
Análisis Factorial Confirmatorio

Los índices arrojados (Tabla 6.22), pueden clasificarse en dos tipos (Escobedo Portillo et al., 2016): medidas de ajuste absoluto y medidas de ajuste incremental.

A continuación, se muestra el modelo final para el cuestionario CUCONO-DA:

Figura 6.1

Análisis factorial confirmatorio. Cuestionario CUCONO-DA



$\chi^2 = 168.985$; CFI = .95; GFI = .95; RMSEA = .03; $\alpha = .7$

En la Figura 6.1, se observan que, para el cuestionario CUCONO-DA, las correlaciones cuadráticas entre los ítems y su factor son positivas, pero para proceder a la interpretación de estas relaciones, consideramos necesario remitirnos a expertos en el tema en lo que refiere a las medidas de ajuste absoluto y las medidas de ajuste incremental.

En cuanto a las medidas de ajuste absoluto, los resultados han arrojado un valor de RMSEA = .037, lo que significa un ajuste excelente, de acuerdo con los expertos el valor óptimo ideal para la medida RMSEA es .05 o menos (Kaplan, 2009; Mulaik, 2009). Un valor de cero indica un ajuste perfecto, mientras que valores alejados del cero para este índice muestran un ajuste menor (Hair et al., 2006).

En lo que refiere a las medidas de ajuste incremental, los resultados obtenidos para el CFI, GFI, sus valores varían entre 0 (ausencia de ajuste) y 1 (ajuste absoluto). De acuerdo a los autores (Herrera, 2010), para que un instrumento sea adecuado, este debe ser $\geq .90$, los resultados para este cuestionario han arrojado un CFI = .95, GFI = .95. Estos resultados, son indicativos de un ajuste razonable del modelo (Hooper et al., 2008).

Tabla 6.22

Resumen de las medidas de bondad de ajuste del cuestionario CUCONO-DA

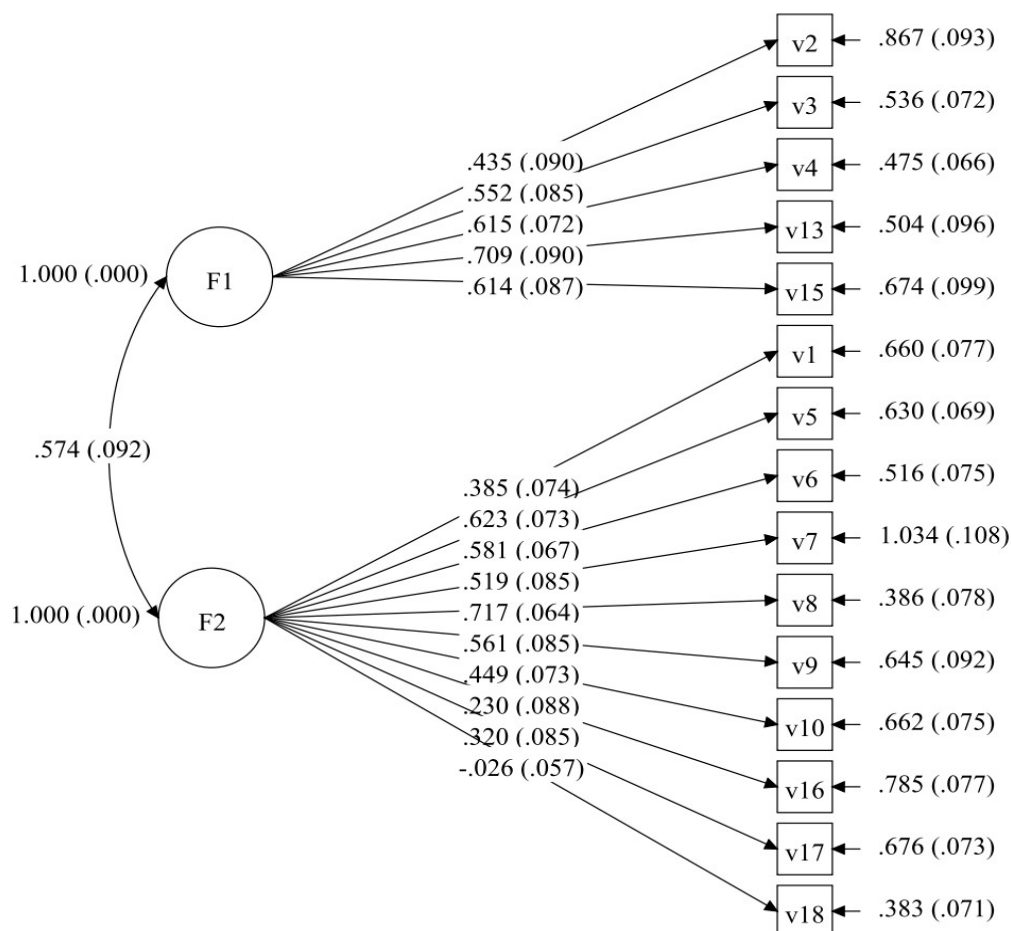
Estadísticos de bondad de ajuste	Abrev.	Criterios de ajuste aceptable	Resultado
Medidas de ajuste absoluto			
Chi-cuadrado (CMIND)	χ^2		168.985
Grados de libertad	<i>gl</i>	Sig.> .05	45
Nivel de probabilidad	<i>p</i>		.000
Error de aproximación cuadrático medio	RMSEA	< .05	.037
Medidas de ajuste incremental			
Índice de bondad de ajuste	GFI	> .9	.95
Índice de bondad de ajuste comparativo	CFI	> .9	.95

A continuación, se muestra el modelo final para el cuestionario CAPSEXAS-DA:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Figura 6.2

Análisis factorial confirmatorio. Cuestionario CAPSEXAS-DA



Análisis factorial confirmatorio. Cuestionario CAPSEXA-DA
 $\chi^2 = 438.893$; CFI = .90; GFI = .9; RMSEA = .039; $\alpha = .8$

De acuerdo con los datos mostrados en la Tabla 6.23, la medida obtenida por el Chi-cuadrado (χ^2), los resultados arrojan un valor de 438.893. A través de RMSEA, se ha obtenido un valor de .039, siendo un valor ajustable excelente (Kaplan, 2009; Mulaik, 2009). Para el CFI, se ha obtenido un valor de .90, indicando un buen ajuste del modelo debiendo estar por encima de $> .9$ (Byrne, 2010; Herrera, 2010; Hooper et al., 2008).

Tabla 6.23

Resumen de medidas de bondad de ajuste para el cuestionario CAPSEXAS-DA

Estadísticos de bondad de ajuste	Abrev.	Criterios de ajuste aceptable	Resultado
Medidas de ajuste absoluto			
Chi-cuadrado (CMIND)	χ^2	Sig.>.05	438.893
Grados de libertad	<i>gl</i>		105
Nivel de probabilidad	<i>p</i>		.000
Error de aproximación cuadrático medio	RMSEA	< .05	.039
Medidas de ajuste comparativo			
Índice de bondad de ajuste	GFI	> .9	.90
Índice de bondad de ajuste comparativo	CFI	> .9	.90

Fiabilidad de los cuestionarios CUCONO-DA y CAPSEXAS-DA

Para el cuestionario CUCONO-DA, el análisis ha arrojado un valor de $\alpha = .70$ para el total de los 10 ítems, lo que indica un valor satisfactorio señalado por autores como Frías Navarro (2015), indicando que el valor de alfa de Cronbach debe oscilar entre 0 a 1 (Bojórquez et al., 2013; Lao & Takakuwa, 2017; Londoño & Velasco, 2015). Algunos autores (Figuroa et al., 2015), afirman que cuando se trata de análisis exploratorios, es posible aceptar hasta valores $\alpha = .50$. Por tanto, podemos afirmar que es un valor aceptable por estar próximo a 1.

Para el cuestionario CAPSEXAS-DA, el estadístico arroja un valor de $\alpha = .79$ para el total de los 15 ítems. Para cada una de las dimensiones (*actitudes y prácticas sexuales*), el alfa de Cronbach indica un valor de $\alpha = .74$ para la dimensión de actitudes y $\alpha = .70$., para la dimensión de prácticas afectivo-sexuales, tratándose ambos un valor aceptable (George & Mallery. 2003). Autores como Loewenthal (1996), sugiere que un valor de fiabilidad de .60 puede ser considerado suficiente para escalas con menos de 12 ítems. En nuestro caso, la dimensión de actitudes contiene un total de cinco ítems y la dimensión de prácticas un total de diez.

Tras analizar los procesos de validez de contenido y la adaptación de los cuestionarios, mediante los dos comités de expertos, y la validez de constructo a través del Análisis Factorial Exploratorio y Confirmatorio, junto con el análisis de fiabilidad de los cuestionarios, podemos concluir que tanto CUCONO-DA como CAPSEXAS-DA, son dos cuestionarios válidos y fiables, con

excelentes índices de bondad de ajuste. Ambos presentan índices de consistencia interna aceptables, ya que las puntuaciones obtenidas están consideradas como medidas satisfactorias para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales de jóvenes y adolescentes con discapacidad auditiva.

En este sentido, se han construido y adaptado dos cuestionarios, coincidiendo con las pocas investigaciones empíricas sobre la salud sexual de los sordos (Barnett et al., 2017), especialmente en lo que a Europa se refiere (Suter & Mccracken, 2009). Algunos investigadores (Smith et al., 2012), consideran muy importante tener en cuenta la alfabetización en salud que tienen las personas con discapacidad auditiva, y que por tanto los materiales de educación para esta estén también diseñados y adaptados a sus lenguas, sus características socioculturales, y por supuesto, a sus carencias informativas (Pollard, et al., 2009).

6.2. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES DE ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

En este punto se presentan los resultados obtenidos de la recogida de información de los cuestionarios que con anterioridad han sido validados, para determinar los conocimientos, las actitudes y las prácticas afectivo-sexuales de los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva que han participado en esta investigación (n = 131).

6.2.1. Descriptivo de las respuestas sobre las opiniones de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva sobre los conocimientos afectivo-sexuales

En lo que respecta a los conocimientos, una primera aproximación a los resultados (Tabla 6.24), permiten apreciar que más del 50% de los participantes consideran como conocimientos verdaderos (Ítems 3, 7 y 1):

Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual (65.6%; n = 86); las personas LGTB pueden adoptar hijos en España (62.6; n = 82); y durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyacuación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene (50.4%; n = 66).

En referencia al Ítem 3, los resultados mostrados sobre los conocimientos de los sujetos sobre el uso del preservativo, se contradice con los resultados mostrados por Gomez Bueno et al. (2011) al determinar que los jóvenes sordos, prefieren no usar preservativos para tener relaciones sexuales, para tener más placer sexual. Por otro lado, en cuanto la información acerca de la adopción y las personas consideradas LGTB, hay que destacar que estos resultados pudieran ser debidos a que exista cierta tendencia a considerar que, si ya una persona es “etiquetada” como “persona con discapacidad”, y como tal, se “sale de lo desviado”, resulta impensable el hecho de que coexistan además actitudes y deseos que se escapan de la normalidad impuesta, lo que influye en invisibilidad aún más su sexualidad (Abreu et al., 2015).

En lo que respecta al Ítem 10, a pesar de los resultados mostrados, algunos estudios señalan que los sordos tienen una excesiva dependencia de “la marcha atrás” como forma anticonceptiva (Joseph et al., 1995).

Con porcentajes por debajo del 50% de las respuestas, destacamos los Ítems 1, 2, 4, 5, 6, 8 y 9:

En el Ítem 1 (*La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual*), 60 sujetos encuestados (45.8 %) afirma “no saber” la respuesta. En cuanto al Ítem 2, *la pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una E.T.S./I.T.S.*, un 42% (n = 55) de los participantes considera que es “falso”. Con respecto a estos dos ítems, a pesar de que no existen evidencias directas de estudios que afirmen que las personas sordas tienen menos información sobre el uso de las pastillas anticonceptivas y del día después, los resultados obtenidos en esta investigación coinciden con otros estudios (Aragao et al., 2014; Gomez Bueno et al., 2011; Gomez & Genera, 2020; Loredó

& Matus, 2012) que demuestran que las personas sordas no suelen ser recurrentes de servicios de salud sexual, ya que requieren del uso de intérpretes de Lengua de Signos y esto le produce rechazo por falta de confianza y anonimato.

En el Ítem 4 (*Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.*), un 48.9% (n = 64) de los adolescentes y jóvenes refiere que es “verdadero”. En el Ítem 5 (*Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte*), los encuestados consideran con un 45% (n = 59) que es “falso”. Estos datos coinciden con las ideas apoyadas por UNICEF (2012), quienes determinan que en general los sordos poseen un conocimiento muy limitado sobre VIH, ITS/ETS.

Del mismo modo, el Ítem 6, 50 sujetos (n = 38.2), afirman “no saber” si *las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.* En cuanto al Ítem 8, el 58% de los encuestados (n= 76), opina que es “Falso” que: *los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.* Por último, en el Ítem 9, un 45.8% de los encuestados (n = 60), considera “Falso” que *las personas bisexuales estén confundidas con su sexualidad.* De acuerdo con estos datos, según el estudio ofrecido por Angarita y Calzada (2015), las personas sordas son más propensas a determinar que el hecho de que las personas tengan otra identificación sexual diferente a la tradicional, es debido a la educación familiar y la poca atención que han recibido por parte de estos.

Tabla 6.24

Cuestionario CUCONO-DA. Descriptivo de las respuestas sobre las opiniones de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva sobre los conocimientos afectivo-sexuales (N=131)

	Respuestas totales		
	V	F	NS
1. La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual.	24 (18.3)	47 (35.9)	60 (45.8)
2. La pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual (E.T.S./I.T.S.).	28 (21.4)	55 (42)	48 (36.6)
3. Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.	86 (65.6)	8 (6.1)	37 (28.2)
4. Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.	64 (48.9)	36 (27.5)	31 (23.7)
5. Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte.	18 (13.7)	59 (45)	54 (41.2)
6. Las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.	34 (26)	47 (35.9)	50 (38.2)
7. Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España.	82 (62.6)	16 (12.2)	33 (25.2)
8. Los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	27 (20.6)	58 (76)	28 (21.4)
9. Las personas bisexuales están confundidas con su sexualidad.	27 (20.6)	60 (45.8)	44 (33.6)
10. Durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	66 (50.4)	19 (14.5)	44 (33.6)

6.2.2. Descriptivo de los aciertos, errores y desconocimiento en conocimientos afectivo-sexuales

En la Tabla 6.25, podemos apreciar los conocimientos, representados mediante los aciertos y los erróneos que poseen los encuestados, así como el desconocimiento, donde figuran las respuestas de “no sé”.

En cuanto a los conocimientos acertados (Ítem 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 y 10), en su mayoría los sujetos conocen las respuestas. Por el contrario, existe otro porcentaje de sujetos cuyas respuestas se distribuyen entre aciertos incorrectos y desconocimiento. En función a los aciertos incorrectos, se destaca el Ítem 9, ya que más de un 30% de los sujetos (33.6) considera que *las personas bisexuales están confundidas con su sexualidad*. En relación a ello, existen pocos estudios que hayan abordado las experiencias homosexuales de sujetos sordos (Abreu & Silva, 2012; Silva, 2011), sin embargo, existen evidencias cualitativas que relatan que los sordos no han tenido información sobre temas de homosexualidad ni por parte de sus familiares ni desde el ámbito educativo, adentrándose en el mundo de la sexualidad sin tener conocimientos acerca de la misma e interpretando que, al ser violados por una persona del mismo género “fueron contagiados en homosexualidad”, convirtiéndose en homosexuales a la edad de 11 y 12 años (Abreau et al., 2015). Deduciendo que el acto sexual se estableció esencial en el proceso de construcción de la identidad sexual de los sujetos (Bisol, 2008).

En función al desconocimiento, podemos comprobar que son varios los ítems que presentan elevadas tasa de respuesta “no sé” (1, 2, 3, 5, 6). En el Ítem 1, un total de 60 encuestados (45.8) posee desconocimiento en cuanto a saber si *la pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual*. Del mismo modo, un 36.6 % (n = 48) de los sujetos “desconoce” si *la pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una E.T.S./I.T.S.* Así mismo, en el Ítem 3, casi un 30% (n = 37) de los sujetos “desconoce” que *si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.* En cuanto al Ítem 5, un total de 54 sujetos (41.2) “desconoce” si *una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte*. Por último, el ítem 6, donde 50 sujetos han respondido tener “desconocimiento” acerca de si *las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.*

Estos ítems, que hacen referencia a las E.T.S./I.T.S., coinciden con estudios al señalar que existe falta de información adaptada a las personas sordas, teniendo un conocimiento limitados sobre las mismas (Hanass-Hancock et al., 2010), opinando que más de la mitad de los estudiantes que habían sido encuestados (70%), considera que las personas que más podían contraer esta enfermedad eran los homosexuales (43%).

Tabla 6.25

Cuestionario CUONO-DA. Aciertos, fallos y desconocimiento (N=131)

	Conocimiento		Desconocimiento
	Correctos	Incorrectos	
1. La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual.	47 (35.9)	24 (18.3)	60 (45.8)
2. La pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual (E.T.S/I.T.S.).	55 (42)	28 (21.4)	48 (36.6)
3. Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual.	86 (65.6)	8 (6.1)	37 (28.2)
4. Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S/I.T.S.	64 (48.9)	36 (27.5)	31 (23.7)
5. Una vez que se ha detectado la Enfermedad de Transmisión Sexual y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte.	59 (45)	18 (13.7)	54 (41.2)
6. Las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S/I.T.S.	47 (35.9)	34 (26)	50 (38.2)
7. Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España.	82 (62.6)	16 (12.2)	33 (25.2)
8. Los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	76 (58)	27 (20.6)	28 (21.4)
9. Las personas bisexuales están confundidas con su sexualidad.	60 (45.8)	44 (33.6)	27 (20.6)
10. Durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	66 (50.4)	19 (14.5)	46 (35.1)

Nota: *al tratarse de variables categóricas, no presentamos los valores máximo y mínimo.

6.2.3. Descriptivo de los conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales

Para calcular estas variables, se han tenido en cuenta, por un lado, los conocimientos de los sujetos, representados mediante los aciertos, y por otro lado los desconocimientos, donde figuran las opciones de respuestas incorrectas y “no sé”.

En primer lugar, en lo que respecta al porcentaje total de los aciertos, los datos muestran que del total de diez ítems que presenta el cuestionario, los sujetos han acertado cuatro ítems (3, 7, 8 y 10). Estos resultados, muestran que los adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva poseen algo más de información en aspectos que hacen referencia al: *uso del preservativo en el coito anal, uso de la “marcha atrás” como método anticonceptivo, adopción de hijos en colectivo LGTB y desarrollo positivo de hijos educados por padres del mismo sexo.*

Un 65.6% de los adolescentes y jóvenes participantes en el estudio afirman conocer que: *Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual* (Ítem 3). En cambio, en estudios realizados por Gomez (2011), se determina que el sexo anal es muy habitual por parte de las mujeres sordas, ya que consideran que es un medio que sustituye a los métodos anticonceptivos y la manera de no quedar embarazadas. En su estudio, las mujeres encuestadas revelaron niveles significativamente más bajos en cuanto a conocimientos sobre el VIH, E.T.S. e I.T.S. Este estudio, a su vez, coincide con los datos arrojados por el estudio de Gomez (2011), quienes las mujeres encuestadas refirieron no tener miedo a contagiarse de ITS, por considerarse unas mujeres “limpias y fuertes”.

Del mismo modo, el 62.6% (n = 82) de los encuestados manifiestan conocer que: *Las personas LGBTIQ pueden adoptar hijos en España* (Ítem 7), y el 58% que: *Los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre* (Ítem 8). Estos resultados coinciden con autores que señalan que la comunidad de sordos parece tener una mayor prevalencia de orientaciones sexuales de gays, lesbianas, bisexuales

y transexuales (Gomez & Geneta, 2020; Heiman et al., 2016), lo que puede derivar en que estos tengan conocimientos más legítimos y respetuosos sobre temas relacionados con el colectivo LGTB.

En relación al Ítem 10, un 50.4% de los sujetos están en lo cierto al considerar que: *durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo*. Estos resultados que refieren al uso de la “marcha atrás” como método anticonceptivo, difieren de algunos estudios realizados por autores como Doyle, 1995 y Joseph et al. (1995), donde se encontraron una baja prevalencia del uso de los preservativos (34-50%) y una excesiva dependencia de “la marcha atrás” como forma de anticoncepción. Otros autores (Gomez, 2011), señalan que en una muestra de jóvenes sordos, los sujetos dicen no utilizar el preservativo como método anticonceptivo, ya que se considera un obstáculo para su placer sexual.

A pesar de estos aciertos en los cuatro ítems mencionados, cabe destacar que ninguno de ellos supera el 70% de respuestas correctas, exceptuando el Ítem 3 (*Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual*), donde los sujetos sí muestran tener más información, con 86 respuestas correctas (65.6%) frente a 45 incorrectas (34.4%). Estos resultados se oponen a lo arrojado en el estudio cualitativo realizado en Filipinas a una muestra pequeña de jóvenes sordos, en que únicamente un participante, y solo a veces, refirió usar preservativo durante el sexo oral (Gomez, 2011).

Por otro lado, referente a los errores, los sujetos han fallado seis ítems, cuyas respuestas superan el 50%. El Ítem 1 (64.1%), 2 (58%), 4 (51.1%), 5 (55%), 6 (64.1%) y 9 (54.2%). Estos resultados indican que los sujetos tienen menos información en temas que hacen referencia a: *la pastilla del día después, la pastilla anticonceptiva, Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual, y el uso del preservativo durante el sexo oral*.

En primer lugar, en cuanto al *uso de la pastilla del día después y/o la pastilla anticonceptiva* (Ítem 1), los resultados mostrados coinciden con el estudio de Gomez et al. (2011), al señalar que los jóvenes sordos consideran que a pesar del riesgo de un embarazo no deseado, “tener relaciones sexuales resulta más placentero sin preservativo, ya que se

pierde sensibilidad y que ponérselo ‘corta el rollo’ (al igual que la marcha atrás), disminuye el placer en las relaciones sexuales e impide el contacto ‘piel con piel” (p. 109). De esta manera, rechazan el uso de anticonceptivos y recurren a “la marcha atrás” para evitar los embarazos. De la misma manera, en materia de *Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual* (Ítems 2, 4, 5 y 6), los resultados muestran que los sujetos tienen poca información, aspecto que coincide con otros estudios que señalan que las personas con discapacidad auditiva presentan lagunas de conocimiento sobre VIH e Infecciones de Transmisión Sexual (Joseph et al., 1995; Landsberger et al., 2014; Smith et al., 2012; Swartz 1992). A su vez, otro estudio realizado en EE.UU (Spellun et al., 2019) a una muestra de 235 jóvenes sordos de entre 18 y 26 años, demostró que los sordos apenas tenían conocimientos sobre el Virus del Papiloma Humano, resaltando lagunas en aspectos como el tratamiento y la forma de contagio. Del mismo modo, Luckner y Gonzales (1993), indicaron que el 70% de los sordos considera que podían contraer SIDA al donar sangre y que las personas que más podían contraer esta enfermedad eran los homosexuales, información que a su vez coincide con los resultados presentados en esta investigación, y arrojan que los encuestados consideran que *existe confusión sexual entre las personas LGTB* (Ítem 9).

Tras el cálculo de la puntuación total de repuestas correctas, podemos determinar que los sujetos (n = 131), han obtenido un valor medio de 4.9. Estos datos confirman que casi el 50% de los sujetos sabe la respuesta correcta, frente a otro 50% que posee desconocimiento.

Tabla 6.26

Cuestionario CUCONO-DA. Conocimiento y desconocimiento (N=131)

	Min.	Max.	Conocimiento (aciertos)	Desconocimiento (errores y “no sé”)
1. La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual.	0	1	47 (35.9%)	84 (64.1%)
2. La pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual (E.T.S./I.T.S.).	0	1	55 (42%)	76 (58%)
3. Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.	0	1	86 (65.6%)	45 (34.4%)
4. Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.	0	1	64 (48.9%)	67 (51.1%)
5. Una vez que se ha detectado la Enfermedad de Transmisión Sexual y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte.	0	1	59 (45%)	72 (55%)
6. Las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de una E.T.S./I.T.S.	0	1	47 (35.9%)	84 (64.1%)
7. Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España.	0	1	82 (62.6%)	49 (37.4%)
8. Los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	0	1	76 (58%)	55 (42%)
9. Las personas bisexuales están confundidas con su sexualidad.	0	1	60 (45.8%)	71 (54.2%)
10. Durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	0	1	66 (50.4%)	65 (49.6%)

Nota: Min. = Mínimo (0 = Desconocimiento); Max. = Máximo (1 = Conocimiento). Para la columna de conocimiento se ha tenido en cuenta las opciones de Acierto y para la columna

6.2.4. Descriptivo de las actitudes afectivo-sexuales de adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva

Los resultados descriptivos sobre el cuestionario CAPSEXAS-DA y la dimensión de actitudes afectivo-sexuales se presentan en la Tabla 6.27. Una primera aproximación a los resultados mostrados, permiten apreciar que, la media de los cinco ítems que hacen referencia a este aspecto oscilan entre 2.63 (Ítem 1) con la media más alta, y 1.67 (Ítem 5) con la media más baja, lo que nos indica que, la mayoría de las respuestas se sitúan cercanas al 2 y al 3, correspondientes a las respuestas “en desacuerdo” y “de acuerdo”, indicando que existe diversidad de opiniones entre los encuestados.

Como se puede observar, las medias más altas corresponden a los Ítems 1 y 5. Según el primer ítem, podemos determinar que los sujetos están “de acuerdo” en: *Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mi familia* (Ítem 1) ($M = 2.63$; $SD = 1.06$). Estos resultados, coinciden con un estudio realizado en la Universidad de *Gallaudet* (institución educativa para sordos). En ella, los estudiantes indicaron que obtenían información sobre sexualidad de sus compañeros, debido a la falta de comunicación con sus familias en temas sexuales (Anderson & Pezzarossi, 2012). A su vez, coinciden con el estudio realizado por Azevedo Guimarães et al. (2019), al indicar en su investigación que los sujetos jóvenes con discapacidad auditiva prefieren tener conversaciones informales con los amigos, siendo estas esenciales para el intercambio de conocimientos sobre sexualidad.

De la misma manera, los sujetos indican estar “en desacuerdo” en: *Me resulta incómodo hablar de temas LGTB* (Ítem 5) ($M = 1.67$; $SD = 1.$). Esto puede ser debido a que el colectivo de personas sordas tiene actitudes más respetuosas hacia este grupo (Everestt, 2013) o, como se afirma en otras investigaciones, en algunos jóvenes sordos, se evidencian dudas en edades más tempranas acerca de su orientación sexual (Angarita & Calzada, 2015), datos que pueden indicar que se informen antes sobre identidades sexuales.

Para estimar la representatividad de la media, según el Coeficiente de variación (porcentaje que superior al 40%, la media deja de ser representativa), se observa que los valores que están por debajo del valor significativo corresponde al Ítem 1, resultados que indican que existe una gran representatividad de sujetos que afirman estar de acuerdo en: *Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mi familia* ($CV = 34.06\%$).

Tabla 6.27

Respuestas de los sujetos al cuestionario CAPSEXAS-DA. Dimensión de actitudes afectivo sexuales (N= 131)

	Min.	Max.	\bar{X}	SD	CV (%)	Asimetría	Curto-sis
1. Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mi familia.	1	4	2.63	1.061	34.06	-.20	-1.17
2. Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mis amigos.	1	4	1.93	.921	47.72	.737	-.298
3. Si tengo que decir a mi pareja que usemos el preservativo durante el coito sexual, tengo/tendría miedo de que me rechazase.	1	4	1.8	.964	53.55	.932	-.253
4. Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.	1	4	1.86	1	53.76	.833	-.531
5. Me resulta incómodo hablar de temas LGBTB.	1	4	1.67	1.07	64.07	1.34	.278

Nota: Min. = Mínimo; Max. = Máximo; \bar{X} = Media; SD = Desviación típica; CV = Coeficiente de variación.

6.2.5. Prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva

Los resultados mostrados, permiten apreciar que la media de los diez ítems de esta dimensión, oscilan entre 2.55 (Ítem 6) con la media más alta y 1.56 (Ítem 15) con la media más baja, lo que nos indica, que la mayoría de las respuestas se sitúan cercanas al 2 y al 3, correspondientes a las respuestas “casi nunca” y “casi siempre”.

Como podemos apreciar en la Tabla 6.28, las medias más altas corresponden a los ítems 6 y 9, por tanto, podemos afirmar que los sujetos “casi siempre” *prefieren a las personas con un “buen físico”* (M = 2.55; SD = .89) y *los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de una pareja* (M = 2.24; SD = 1.14).

En cuanto al primer ítem, a pesar que no se han encontrado investigaciones que estén enfocadas hacia las preferencias físicas de las personas sordas, indirectamente algunos estudios han revelado como las personas sordas, presentan dificultades en asuntos relacionados con las emociones, es decir, conceptos como la bondad, el amor, enamoramiento, etc. (Bat-Chava, 2000; Crowe, 2003; Job, 2004; Kolibiki, 2014; Smith et al., 2012), influyendo en sus relaciones

emocionales y sociales (Jhai, 2017; Landsberger et al, 2014). De la misma manera, los datos aportados por el estudio de Collazos Aldana (2012), se revela que tanto para los hombres como para las mujeres, “el amor romántico está ubicado como un eje periférico importante para la salud sexual” (p. 41). Otros estudios similares, determinan que los hombres dan más importancia al aspecto físico de sus parejas para garantizar la estabilidad de la relación (Gil-Cano, 2019).

De igual manera, con respecto al segundo ítem (Ítem 9), a pesar de que no hay estudios que evidencien directamente el sexismo y la comunidad sorda, investigaciones aportadas por la CNSE (Confederación Estatal de Personas Sordas), sostienen que las mujeres sordas forman parte de los colectivos más vulnerables ante situaciones de malos tratos. En el estudio se entrevistó a 21 mujeres sordas de Madrid, Galicia y Andalucía. Los resultados extrajeron que un 60% de las mismas, afirmó conocer o haber detectado violencia hacia alguna mujer sorda. De forma similar, el estudio realizado por Elliott Smith y Pick (2015), demostró que el 69% de las mujeres jóvenes sordas, experimentó, al menos, un tipo de agresión sexual durante alguna vez en su vida. Según estos hallazgos, podemos afirmar que en general, las tasas de violencia hacia las mujeres sordas son más elevadas en comparación con otras mujeres (Anderson & Leigh, 2011; Anderson & Pezzarossi, 2013; Barnett et al., 2011; Pollard et al., 2013; Porter & McQuiller Williams, 2011).

Por otro lado, las medias más bajas, corresponden al Ítem 14 y el Ítem 15, determinado que los participantes de la investigación “casi nunca” *prefieren estar algo bebidos cuando intentan ligar con alguien* ($M = 1.68$; $SD = .93$). A pesar de que no hay estudios que vinculen directamente esta práctica en jóvenes sordos, si existen evidencias que revelan tasas más altas de alcoholismo entre las personas con discapacidades, incluidos los individuos con pérdida de audición (Anderson et al., 2018). Así también, según el Centers for Disease Control and Prevention (Centro de Control y Prevención de Enfermedades, 2011), las conductas de riesgo, como alcohol, drogas, sexo sin protección, etc., suelen ocurrir en grupos con la misma identidad cultural (Job, 2004). De igual manera, con respecto al Ítem 15 ($M = 1.68$; $SD = .93$), los jóvenes indican que “casi nunca” *Han publicado fotos/videos en redes sociales como Facebook, Instagram, etc., en posturas sexys y provocativas*. Sin embargo, estos resultados difieren con los datos de la encuesta realizada a personas con discapacidad por la Fundación Vodafone España (EPDFVE, 2013), en las que este colectivo, se revela como el que más utiliza las TIC, el que más usa Internet (61.8%) y el que más participa en redes sociales (56.1%).

Con respecto al Coeficiente de variación de Pearson, todos los ítems presentan valores que están por debajo del 30-45%, siendo más relevantes el Ítem 6 (*Normalmente, me gustan más las personas que tienen un buen físico*), el Ítem 12 (*El sexo que se da al nacer determina el rol sexual*) y el ítem 15 (*He enviado imágenes provocativas o insinuantes mediante mensaje a través del móvil*).

Tabla 6.28

Cuestionario CAPSEXAS-DA. Porcentaje total de respuestas de la dimensión de prácticas afectivo-sexuales (N= 131)

	Min.	Max.	\bar{X}	SD	CV (%)	Asimetría	Curtosis
6.Normalmente, me fijo más en las personas que tienen un buen físico.	1	4	2.55	.896	35.13	-.281	-.676
7.En una relación sexuales, una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.	1	4	2.08	1.02	49.03	.419	-1.062
8.Una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".	1	4	1.74	.925	53.16	1.016	-.017
9.Los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.	1	4	2.24	1.14	50.89	.234	-1.435
10.El tamaño del pecho es importante en las relaciones sexuales porque hace que la mujer sea más atractiva.	1	4	1.86	.951	51.12	.770	-.496
11.El tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.	1	4	1.96	.988	50.40	.710	-5.71
12.El sexo que se da al nacer determina el rol sexual.	1	4	2.01	.932	46.368	.390	-.983
13.En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.	1	4	1.71	.932	54.503	1.017	-.164
14.Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.	1	4	1.68	.93	55.357	1.150	.190
15.He enviado imágenes provocativas o insinuantes mediante mensaje a través del móvil.	1	4	1.56	.785	50.32	1.233	.704

Nota: Min. = Mínimo; Max. = Máximo; \bar{X} = Media; SD = Desviación típica; CV= Coeficiente de variación.

6.3. DIFERENCIAS RESPECTO AL GÉNERO EN CONOCIMIENTOS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

6.3.1. Diferencias según género entre aciertos, errores y desconocimiento afectivo-sexual

Para establecer si las diferencias en los aciertos de los encuestados son estadísticamente significativas a nivel de media en cuanto al género (Tabla 6.29), aplicamos a la prueba de independencia de chi cuadrado para ver si existe asociación con el hecho de ser hombre o mujer con respecto haber respondido correcta, incorrectamente o tener desconocimiento en las variables del cuestionario CUCONO-DA. Realizada la prueba de independencia para variables categóricas, y en función al género, determinados que los resultados indican que existen diferencias significativas en el Ítem 6 y 8.

En cuanto al Ítem 6, podemos comprobar que las mujeres poseen más conocimiento en cuanto a *si las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.*, con respecto a los hombres. De igual modo, respecto al Ítem 8, las mujeres están más informadas sobre *si los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre*, a diferencia de los hombres que lo están menos.

Tabla 6.29

Cuestionario CUCONO-DA. Diferencias según género entre aciertos, errores y desconocimiento afectivo sexual (N=131)

	Mujer			Hombre			p
	Conocimiento		Desc.	Conocimiento		Desc.	
	Correc	Incorrect		Correc	Incorrect		
Ítem 1	25 (37.9)	9 (13.6)	32 (48.5)	22 (33.8)	15 (23.1)	28 (43.1)	.377
Ítem 2	30 (45.5)	13 (19.7)	23 (34.8)	25 (38.5)	15 (23.1)	25 (38.5)	.714
Ítem 3	48 (72.7)	4 (6.1)	14 (21.2)	38 (58.5)	4 (6.2)	23 (35.4)	.086
Ítem 4	35 (53)	16 (24.2)	15 (22.7)	29 (44.6)	20 (30.8)	16 (24.6)	.335
Ítem 5	31 (47)	8 (12.1)	27 (40.9)	28 (43.1)	10 (15.4)	27 (41.5)	.654
Ítem 6	29 (43.9)	14 (21.2)	23 (34.8)	18 (27.7)	20 (30.8)	27 (41.5)	*.050
Ítem 7	41 (62.1)	8 (12.1)	17 (25.8)	41 (63.1)	8 (12.3)	16 (24.6)	.910
Ítem 8	44 (66.7)	10 (15.2)	12 (18.2)	32 (42.9)	17 (26.2)	16 (24.6)	*.043
Ítem 9	35 (53)	18 (27.3)	13 (19.7)	25 (38.5)	26 (40)	14 (21.5)	.094
Ítem 10	38 (57.6)	8 (12.1)	20 (30.3)	28 (43.1)	11 (16.9)	26 (40)	.097

Nota: Descono = desconocimiento.

6.3.2. Diferencias según género entre conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales

Existen diferencias estadísticamente significativas entre el Ítem 6 y el Ítem 8, indicando que las mujeres, a diferencia de los hombres, están más informadas y presentan tasas de aciertos significativos en temas que hacen referencia a: *las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual* (Ítem 6) y *los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre* (Ítem 8). A pesar de que no se han encontrado investigaciones relacionados con la información del colectivo de sordos hacia temas LGTB, otros estudios muestran que las mujeres que se identifican como lesbianas tienden a socializar más con otras mujeres lesbianas y heterosexuales, mientras que los hombres que se identifican gays, tienden a pasar más tiempo con otros hombres gays y mujeres heterosexuales, pero no con hombres que se identifican como heterosexuales (Leblanc & Tully, 2008).

Para el resto de ítems podemos concluir que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las respuestas en función del género.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Tabla 6.30

Cuestionario CUCONO-DA. Diferencias según género entre conocimientos y desconocimientos afectivo-sexuales

	Mujer (N= 66)		Hombre (N= 65)		p
	Cono.	Descono.	Cono.	Descono.	
1.La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual.	25 (37.9)	41 (62.1)	22 (33.8)	43 (66.2)	.630
2. La pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual (E.T.S/ I.T.S.).	30 (45.5)	36 (54.5)	25 (38.5)	40 (61.5)	.417
3.Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S/I.T.S.	48 (72.7)	18 (27.3)	38 (58.5)	27 (41.5)	.086
4.Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S/I.T.S.	35 (53)	31 (47)	29 (44.6)	36 (55.4)	.335
5.Una vez que se ha detectado la Enfermedad de Transmisión Sexual y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte.	31 (47)	35 (53)	28 (43.1)	37 (56.9)	.654
6.Las personas LGTB, tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S/I.T.S.	29 (43.9)	37 (56.1)	18 (27.9)	47 (72.3)	*.050
7.Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España.	41 (62.1)	25 (37.9)	41 (63.1)	24 (36.9)	.910
8.Los/as niños/as que son educados por padres/madres del mismo sexo tendrán más posibilidad de confundirse con su propia identidad sexual, lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	44 (66.7)	22 (33.3)	32 (49.2)	33 (50.8)	*.043
9.Las personas bisexuales están confundidas con su sexualidad.	35 (53)	31 (47)	25 (38.5)	40 (61.5)	.094
10.Durante una relación sexual entre una mujer y un hombre, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.	38 (57.6)	28 (42.4)	28 (43.1)	37 (56.9)	.097

Nota: p= pvalor respuestas correctas; * = significativo a .05.

6.3.3. Diferencias según género entre puntuación total de aciertos en conocimientos afectivo-sexuales

Los resultados obtenidos muestran que es el género masculino el que comete más fallos en conocimientos afectivo-sexuales con respecto a los conocimientos que poseen el género femenino ($X = 5.39$). Sin embargo, contradictoriamente, estudios señalan que las mujeres sordas, presentan una elevada desinformación adecuada sobre la salud sexual y reproductiva (Robles-Bykbaev et al., 2019).

En esta puntuación total, los sujetos totales ($n = 131$) han obtenido una puntuación media de 4.9 sobre 10, indicando que casi el 50% de los sujetos sabe la respuesta correcta, frente a otro 50% que está en lo erróneo.

Tabla 6.31

Diferencias según género entre puntuación total de aciertos en conocimientos afectivo-sexuales (N= 131)

	Min.	Max.	Mujer (N= 66)		Hombre (N= 65)	
			Cono.	Descono.	Cono.	Descono.
Ítem 1	0	10	25 (37.9)	41 (62.1)	22 (33.8)	43 (66.2)
Ítem 2	0	10	30 (45.5)	36 (54.5)	25 (38.5)	40 (61.5)
Ítem 3	0	10	48 (72.7)	18 (27.3)	38 (58.5)	27 (41.5)
Ítem 4	0	10	35 (53)	31 (47)	29 (44.6)	36 (55.4)
Ítem 5	0	10	31 (47)	35 (53)	28 (43.1)	37 (56.9)
Ítem 6	0	10	29 (43.9)	37 (56.1)	18 (27.9)	47 (72.3)
Ítem 7	0	10	41 (62.1)	25 (37.9)	41 (63.1)	24 (36.9)
Ítem 8	0	10	44 (66.7)	22 (33.3)	32 (49.2)	33 (50.8)
Ítem 9	0	10	35 (53)	31 (47)	25 (38.5)	40 (61.5)
Ítem 10	0	10	38 (57.6)	28 (42.4)	28 (43.1)	37 (56.9)
			Puntuación total		Puntuación total	
			$\bar{X} = 5.39$	SD = 2.37	$\bar{X} = 4.40$	SD = 2.78

Nota: Min = Mínimo; Max = Máximo; Cono = conocimientos afectivo sexuales; Descono = desconocimientos afectivo sexuales

6.3.4. Diferencias según género en las actitudes afectivo-sexuales

Los resultados indican que no existe relación en las respuestas obtenidas frente a si el individuo es hombre o mujer.

Tabla 6.32

Cuestionario CAPSEXAS-DA. Prueba U de Mann-Whitney según género. Dimensión de actitudes afectivo-sexuales

	Mujeres (N= 66)		Hombres (N= 65)		U	Z	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
1.Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mi familia.	2.62	1.092	2.65	1.037	2127.5	-.083	.933
2.Me da vergüenza hablar sobre temas sexuales con mis amigos.	2.02	.936	1.85	.905	1921.5	-1.094	.274
3.Si tengo que decir a mi pareja que usemos el preservativo durante el coito sexual, tengo/ tendría miedo de que me rechazase.	1.80	1.026	1.80	.905	2083	-.310	.757
4.Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.	1.83	.954	1.89	1.062	2118.5	-.131	.895
5.Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.	1.70	1.136	1.65	1.007	2102.5	-.232	.817

Nota: \bar{X} = Media respuestas correctas; SD = Desviación típica; U = Prueba de Mann-Whitney; p = pvalor respuestas correctas.

6.3.5. Diferencias según género de las prácticas afectivo-sexuales

En función al género, se obtuvieron diferencias significativas en el Ítem 15 (Z= -2.38, p< .05). Son los hombres los que indican tener una puntuación media superior a diferencia de las mujeres, por tanto, son más propensos a *enviar fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil*, frente al sexo femenino. Estos datos coinciden con estudios que han analizado que los jóvenes varones sordos (97.9%) son más propensos al uso del teléfono móvil con respecto a la mujer (84.6%), al igual que el uso de internet es más elevado en


hombres (62.9%) que en mujeres (55.3%), siendo esta tasa especialmente relevante en edades de 18 a 31 años (Encuesta a personas con discapacidad realizada por la Fundación Vodafone España en 2013).

Tabla 6.33

Cuestionario CAPSEXAS-DA. Prueba U de Mann-Whitney según género. Dimensión de prácticas afectivo-sexuales

Ítems	Mujeres (N= 66)		Hombres (N= 65)		U	Z	p
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD			
6. Normalmente, me fijo más en las personas que tienen un buen físico.	2.59	.911	2.51	.886	1996.5	-.729	.466
7. En una relación sexuales, una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.	2	.992	2.15	1.049	1975.5	-.819	.413
8. Una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica “fácil”.	1.74	.966	1.74	.889	2104.5	-.204	.838
9. Los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.	2.17	1.11	2.31	1.185	2001	-.695	.487
10. El tamaño del pecho es importante en las relaciones sexuales porque hace que la mujer sea más atractiva.	1.89	.979	1.83	.928	2083.5	-.303	.762
11. El tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.	1.94	.990	1.98	.992	2085	-.292	.770
12. El sexo que se da al nacer determina el rol sexual.	1.52	.728	1.62	.842	2033.5	-.586	.560
13. En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.	1.70	.894	1.72	.976	2.143	-.010	.992
14. Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.	1.62	.941	1.74	.923	1.947.5	-1.02	.307
15. He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil.	1.82	.910	2.20	.922	1653	-2.38	.017*

Nota: X = Media; SD = Desviación típica; U = Prueba de Mann-Whitney; p= pvalor respuestas correctas.



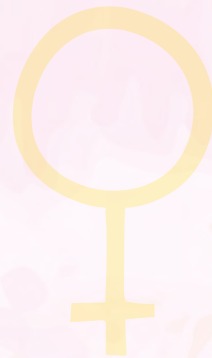
“Ninguna investigación humana puede ser llamada ciencia real si no puede demostrarse matemáticamente”

Leonardo da Vinci



CAPÍTULO 7.

CONCLUSIONS, LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH



CHAPTER 7

7.1. CONCLUSIONS

7.2. LIMITATIONS AND IMPLICATIONS OF THE STUDY

7.1. CONCLUSIONS

I shall set out the conclusions drawn from this study in relation to its objectives: (1) to construct, validate and adapt two reliable questionnaires to Spanish Sign Language in order to measure the sexual-affective knowledge, attitudes and practices of adolescents and young people with hearing impairments; and (2) to examine whether the two questionnaires predict the Sexual-Affective Knowledge, Attitudes and Practices of adolescents and young people with hearing impairments.

Regarding the first objective, the questionnaires constructed and adapted to sign language – CUCONO-DA and CAPSEXAS-DA – meet the criteria of viability (simple, viable and accepted by researchers, experts and deaf people), reliability (reliable and accurate – in other words, with error-free measurements), content validity (appropriate for the problem that is being measured), construct validity (reflects the underlying theory in the phenomenon or concept that one wants to measure), and, of course, sensitive to change (capable of measuring changes, both in different individuals and in the answer of the same individual over time).

With respect to the second objective, the questionnaires predict the Sexual-Affective Knowledge, Attitudes and Practices of adolescents and young people, drawing the following main conclusions:

The adolescents and young people with hearing impairment:

- Hold incorrect knowledge on questions such as bisexual people and sexual confusion, the morning-after pill and its protection during the whole menstrual cycle, as well as the contraceptive pill and its protection against STIs/STDs.
- In terms of ignorance, they show lack of knowledge on whether it would be possible to get a second infection if you have already been infected by an STI/STD, and on LGBT people and whether they have a higher possibility of infection.
- They possess a little more information on aspects referring to: the use of prophylactics in anal sex, the use of coitus interruptus (withdrawal) as a contraceptive method, the adoption of children in the LGBT community, and the positive development of children educated by same-sex parents.
- In the total score of correct answers, they have answered four out of ten items correctly, indicating that they possess a little more information on aspects that refer to: the use of prophylactics in anal sex, the use of coitus interruptus (withdrawal) as a contraceptive method, the adoption of children in the LGBT community and their positive development.
- In the total error count, they were incorrect in six items, showing that they have less information on subjects regarding: the morning-after pill and its protection in sexual relations, the contraceptive pill and its protection against transmitted infections or diseases, and sexual confusion in LGBT people.
- Regarding the differences in the results as a function of gender, I conclude that the people with hearing impairment who identify as female are more informed than those who identify as male in relation to questions about LGBT people and STIs/STDs, as well as the positive development of children raised in LGBT families.
- The people with hearing impairment reveal that they feel embarrassed to talk about subjects of sexuality with their families; they prefer to have conversations with their friends, although they do not feel uncomfortable talking about LGBT topics.
- They prefer relationships with people who have a “good physique” and consider that the men should take the most important decisions in the life of a couple.

- They prefer not to be drunk when they try to flirt with someone and they have not published photos or videos with a smartphone in sexy or provocative poses.
- There is no relationship in the response obtained in the Sexual-Affective attitudes depending on whether the individual is male or female.
- Those who identify as male indicate that they are more prone to resort to using the smartphone to publish photos and videos in sexy or suggestive poses.

7.2. LIMITATIONS AND IMPLICATIONS OF THE STUDY

This research process, which has resulted in the validation of two valid and reliable questionnaires for measuring the sexual-affective knowledge, attitudes and practices of adolescents and young people with hearing impairments, sets out to offer keys to other professionals to help them create action guidelines on such a relevant subject as sexuality and hearing impairment, as well as to complement previous work.

The main limitations detected during this research process are the following:

- Gaining access to the population under study. As they are adolescents and young people with hearing impairments, I did not have access to them in all the educational centres where I was informed, through the Andalusian government, that students with hearing impairment were enrolled. Once there, some schools informed me that they had not received any student with hearing impairment, or that they had been transferred to another school or that they simply did not attend the school for personal reasons.
- Refusal from the head teachers of schools, with the explanation that these were students who could not miss any lessons or be caused to fall behind in their studies.
- Refusal from families. Because this is a topic related to sexuality, many parents refused to give permission to the schools for their children to fill out the questionnaires, since the proposed subject matter made them suspicious.
- The sample size. The participant sample only comprised adolescents and young people from the provinces of the Autonomous Community of Andalusia except Huelva, creating metho-

dological limitations with regard to representativeness.

- Only quantitative research. There is no examination of the arguments of the adolescents and young people regarding their sexual-affective attitudes and practices. It would have been worthwhile to use a mixed methodology, employing a partly qualitative design in the questionnaires, through in-depth interviews.

Nevertheless, the results of this study represent a step forward in addressing sexual-affective education in adolescents and young people and in the population with hearing impairment. Researching this area has proved fundamental for defining the problem and examining the issue in a deeper way, as well as for creating suitable programmes to address the situation and find probable solutions. Knowledge of studies related to this subject will improve the identification of lacunae and help to create new research perspectives.

The validation of these questionnaires will make it possible to create guidance programmes that deal with sexual-affective issues adapted to the sign language of all the communities of Spain. In future research, the aim is to create a programme with specific material that can be replicated by different professionals in order to address the affectivity and sexuality of these young people with hearing impairment for the purpose of an integrated development. I propose that the sample should be expanded nationally and use a mixed methodology. An in-depth study would benefit families with hearing impairment and parents of deaf children who do not use sign language, since it will give them guidelines for behaviour and improvement, as well as guidance on helping their children to decide responsibly on sexuality. The implementation of this programme will enable us:

- To learn and eliminate false myths about sexuality held in this group.
- Equip adolescents and young people with the necessary knowledge related to sex education and practice.
- Promote equality of opportunity in the right to sex education.
- Improve the quality of the sex lives of adolescents and young people with hearing impairment.
- Ensure that adolescents and young people with hearing impairment are protected and that they self-protect from the risks associated with sexual activity.

CAPÍTULO 7. CONCLUSIONS, LIMITATIONS AND FUTURE RESEARCH

- Instill them with positive, respectful and positive attitudes toward their own sexuality and that of others.
- To prevent health problems associated with sexual activity, such as unwanted pregnancies and STIs/STDs.
- To learn healthy, hygienic and safe practice, both in personal hygiene and sexual relations.

The background features soft, pastel watercolor splashes in shades of pink, purple, yellow, and orange. Scattered throughout are various gender symbols: a pink female symbol (top left), a grey circle (top center), a teal female symbol (middle left), a yellow female symbol (middle right), a green female symbol with two arrows (bottom left), and two overlapping red male symbols (bottom right).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abellán García, A., & Hidalgo Checa, R.M. (2011). *Definiciones de discapacidad en España*. Informes Portal de Mayores, 109. <https://digital.csic.es/bitstream/10261/36728/1/pm-definiciones-01.pdf>
- Abreu, F. S. D., Silva, D. N. H., & Zuchiwschi, J. (2015). Surdos e homossexuais: A (des)coberta de trajetórias silenciadas. *Temas em Psicologia*, 23(3), 607-620. <https://doi.org/10.9788/TP2015.3-07>
- Acosta, H. (1993). Nuestros adolescentes: el salto al vacío de una generación. *Revista Educación y Pedagogía*, 5(10). <https://revistas.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/view/5698>
- Aguirre, A (1994). *Psicología de la adolescencia* (1ª ed.). Editorial Boixareu Universitaria.
- Alaminos, A. & Castejón, J. L. (2006). *Elaboración, análisis e interpretación de encuestas, cuestionarios y escalas de opinión*. Editorial Marfil.
- Albert, M. J. (2007). *La investigación educativa*. Claves teóricas. Editorial McGraw-Hill.
- Alderson, K., Orzeck, T., & McEwen, S. (2009). Alberta High School Counsellors' Knowledge of Homosexuality and Their Attitudes toward Gay Males.. *Canadian Journal of Education*, 32(1), 87–117. <https://www.jstor.org/stable/canajeducrevucan.32.1.87>.
- Alegría, J., Domínguez, A. B. & Van Der Straten, P. (2009) ¿Cómo leen los sordos adultos? La estrategia de palabras clave. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(3), 195-206. [http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603\(09\)70028-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0214-4603(09)70028-2)
- Alexander, A., Ladd, P., & Powell, S. (2012). Deafness might damage your health. *The Lancet*, 379(9820), 979–981. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(11\)61670-x](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(11)61670-x)
- Alfama, E., Bona, Y., & Callén, B. (2005). La Virtualización de la Afectividad. *Athenea Digital*, 7, 1-17. <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n7.196>
- Alonso, P., Gutiérrez, A., Fernández, A. & Valmaseda, M. (1991). *Las Necesidades Educativas Especiales del Niño con Deficiencia Auditiva*. MEC. Centro Nacional de Recursos para la Educación Especial.
- Amezcuaga-Aguilar, T., & Amezcuaga-Aguilar, P. (2019). Contextos inclusivos: el reconocimiento de la Lengua de Signos como derecho de las personas con diversidad funcional. *Index, comunicación, Revista científica de comunicación aplicada*, 8(2), 123-148. <https://journals.sfu.ca/indexcomunicacion/index.php/indexcomunicacion/pages/view/indexacion>
- Amezúa, E. (1978). Una nueva forma de ver y de vivir la sexualidad. *Revista Vida Sanitaria*, 2, p.31-38.
- Amezúa, E. (1999). Teoría de los sexos. La letra pequeña de la sexología. *Revista Española de Sexología*, 95-96.

- Amezúa, E. (2003). El nuevo Ars Amandi de los sexos. En Martínez Sola, F. (Eds.), *Discapacidad y vida sexual*. COCEMFE-ASTURIAS. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Erotica%20del%20Encuentro>
- Anderson, M. L., & Pezzarossi, C. M. K. (2012). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(2), 273-286. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr048>
- Anderson, M.L., Chang B.H., & Nisha K. (2018). Alcohol and Drug Use among Deaf and Hard-of-Hearing Individuals: A Secondary Analysis of NHANES 2013– 2014. *Subst Abus*, 39(3), 390–397. <https://doi:10.1080/08897077.2018.1442383>
- Anderson, M. L., & Leigh, I. W. (2011). Intimate Partner. Violence against Deaf Female College Students. *Violence against Women*, 17, 822-834. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801211412544>
- Anderson, M. L., & Pezzarossi, C. M. K. (2012). Is it abuse? Deaf female undergraduates' labeling of partner violence. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 17(2), 273-286. <https://doi.org/10.1093/deafed/enr048>
- Angarita, E., & Calzada Solano, P. (2015). Concepción de sexualidad en la población en condición de discapacidad auditiva perteneciente a la asociación de sordos de Barrancabermeja. *Revista nacional e internacional de educación inclusiva*, 8(3), 107-120. <https://revistaeducacioninclusiva.es/index.php/REI/article/view/93>
- Aragão, J., Magalhães. I., Coura, A.S., Rodrigues Silva, A.F., Cruz, G., & França, I. (2014). Access and communication of deaf adults: a voice silenced in health services. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(1), 1-7. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n1p1>
- Ariès, P., & Duby, G. (2001). *Historia de la vida privada* (1ª ed.). Editorial Taurus.
- Armsden, G., & Greenberg, M. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationships to Psychological Well-being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427–454. <https://doi.org/10.1007/BF02202939>.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationships to Psychological well- being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02202939>
- Arnet, J. (1999). Adolescent Storm and Stress, reconsidered. *American Psychologist*, 54(5), 317–326. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.5.317>
- Aparicio Ágreda, M. L. (s.f.). Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2962512>
- Asociación Dianova España (2017). Nuevas tecnologías y trastornos del comportamiento. *INFONOVA*. *Revista profesional y académica sobre adicciones*, 32, 1-103. https://dianova.es/wp-content/uploads/2018/06/Infonova_34_web.pdf

- Asociación Vale (s.f). *Guía de sexualidad de la asociación vale para la intervención con personas con discapacidad intelectual*. <http://asvale.org/wp-content/uploads/2015/02/GuiaSexualidad-WebVale.pdf>
- Atkinson, R.C. & Shiffrin, R .M. (1968). *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*. Academic Press.
- Aunos, M. & Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards Sexuality, Sterilization and Parenting Rights of Persons with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 285-296. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3148.2002.00135.x>
- Avery, L., & Lazdane, G. (2008). ¿What Do We Know about Sexual and Reproductive Health of Adolescents in Europe? *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13, 58–70. <https://doi.org/10.1080/13625180701617621>
- Azevedo Guimarães, V. M., Santos, F., de Santana Santos, B. F. & Pereira da Silva, J. (2019). Surdez e sexualidade: Uma análise a partir das representações sociais de universitários surdos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 19(2), 387-405. <https://doi.org/10.12957/epp.2019.44280>
- Azevedo Guimarães, V.M., & Pereira da Silva, J. (2020). Sexualidade e Surdez: uma Revisão Sistemática. *Psicologia: Ciência e Profissão* (40), 1-16. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003201645>
- Baessler, J. & Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=186652>
- Ballén, R. (2010). La pedagogía en los diálogos de Platón. *Revista Diálogos de Saberes*, 33, 35-54. <https://revistas.unilivre.edu.co/index.php/dialogos/article/view/2001>
- Ballester, R., Gil, M. D., Guirado, M. C., & and Bravo, J. M. (2004). *Eficacia de un Programa de Prevención del SIDA Dirigido a Estudiantes Universitarios: Datos Preliminares. Aportaciones desde la psicología a la infección por VIH: Investigación e intervención* .
- Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema*, 11(4), 705-723. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=323>
- Barnes, C. (1998). *Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas con discapacidad en la sociedad occidental* (1ª ed.). Editorial Morata.
- Barragán F. (2009). Sexualidad y currículum: Una perspectiva interdisciplinar, *Tórculo Edici3ns*, 52, 49-62. <http://www.juntadeandalucia.es/institutodelamujer/catalogo/doc/iam/1999/81>
- Barnett S., Klein, J. D., Pollard, R. Q., Samar, V. J., Schlehofer, D., Starr, M., & Pearson, T. A. (2011). Community Participatory Research to Identify Health Inequities with Deaf Sign Language Users. *American Journal of Public Health*, 101, 2235-2238. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300247>
- Barnett, S., Matthews, K. A., Sutter, E. J., DeWindt, L. A., Pransky, J. A., O’Hearn, A. M., David, T. M., Pollard, R., Samar, V. J., & Pearson, T. A. (2107). Collaboration with deaf communities to conduct accessible health surveillance. *Am J Prev Med.*, 52, S250-S254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.011>

- Barriga-Jiménez, S. (2013). La sexualidad como producto cultural. Perspectiva histórica y psicosocial. *Anduli, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 12, 91-111. <https://revistascientificas.us.es/index.php/anduli/article/view/3637>
- Barroso, J., Cabero, J. & Vázquez, A. (2012). Formación des-de la perspectiva de los entornos personales de aprendizaje, Apertura. *Revista de Innovación Educativa*, 4, 1, http://www.udgvirtual.udg.mx/apertura/num16/1_formacion.html
- Bat-Chava, Y. (2000). Diversity of Deaf identities. *American Annals of the Deaf*, 145, 420-428. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0176>
- Bayés, R., Pastells, S. & Tuldra, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 24-31. https://www.researchgate.net/publication/285511060_Percepcion_de_riesgo_de_transmision_del_virus_de_inmunodeficiencia_humana_VIH_en_estudiantes_universitarios
- Bazán Díaz, I. (2008). El modelo de sexualidad de la sociedad cristiana medieval: norma y transgresión. *Cuadernos del CEMyR*, 16, 167-191. [https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13994/CC_16_\(2008\)_08.pdf?sequence=1](https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/13994/CC_16_(2008)_08.pdf?sequence=1)
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, MB (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures, 25, 3186-3191. <https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
- Bejarano Franco, M.T. & García, B. (2016). La educación afectivo-sexual en España. Análisis de las leyes educativas en el período 1990-2016. *Opción*, 32(13), 756-789. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5844691>
- Benedicto, J., Echaves, A., Jurado, T., Ramos, M. & Tejerina, B. (2016). *INJUVE. Informe de Juventud en España*. Madrid: @Instituto de la Juventud.
- Bendit, R. & Miranda, A. (2017). La gramática de la juventud: un nuevo concepto en construcción. *Última década*, 46, 4-43. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362017000100004>
- Bendit, R. & Stokes, D. (2004). Jóvenes en situación de desventaja social: políticas de transición entre la construcción social y las necesidades de una juventud vulnerable. *Revista de Estudios de Juventud*, 65, 115-131. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3255416>
- Benito Rodríguez, L. (2015). La deficiencia auditiva. Identificación de las necesidades educativas especiales. *Revista Internacional de Apoyo a la Inclusión, Logopedia, Sociedad y Multiculturalidad*, 1(1), 95-109. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4148>
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>
- Berk, L. E. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente* (4 ed.). Editorial Prentice Hall.

- Bermúdez, M. P., de los Santos-Roig, M., & Buena Casal, G. Adaptación castellana de la escala VIH-SIDA. Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 129, 944- 95. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000800015>
- Berry, J.A. & Stewart, A. J. (2006). Communicating with the deaf during the health examination visit. *The journal of nursing practitioners*, 2(88), 509-515. <http://dx.doi.org/10.1016/J.NUR-PRA.2006.06.013>
- Besoain Saldaña, A., Carvajal Gutiérrez, B., Cornejo Aravena, C., Henríquez Ortiz, M., Rueda Castro, L., Soto Reyes, P., & Rebolledo Sanhueza, J. (2019). *Sexualidad e inclusión de personas con discapacidad* (2ª ed.). Servicio Nacional de la Discapacidad - SENADIS. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/5958>
- Bisol, C. A., Sperb, T. M., Brewer, T. H., Kato, S. K., & Shor-Posner, G. (2008). HIV/aids knowledge and health-related attitudes and behaviors among deaf and hearing adolescents in Southern Brazil. *American Annals of the Deaf*, 153(4), 349-356. <https://doi.org/10.1353/aad.0.0055>
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Editorial La Muralla.
- Blázquez Martínez, J. M. (2003). *El Mediterráneo y España en la Antigüedad*. Editorial Cátedra.
- Bobillo García, N. (2003). La lectoescritura en las personas sordas. *Bibliotecas públicas y comunidad sorda*, 138. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/118984/EB15_N138_P6977.pdf;jsessionid=00430664F289B992857BFA4D18399DA9?sequence=1
- Bojórquez, J.A., López, L., Hernández Flores, M. E., y Jiménez López, M.I. E. (2013). Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab. <http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Bowker, D. & Dillman, D. A. (2000). An experimental evaluation of left and right oriented screens for Web questionnaires. <https://subsites.sesrc.wsu.edu/dillman/papers/2000/anexperimental-evaluation.pdf>
- Brener, N.D., Billy J.O.G. & Grady W.R. (2003). Assessment of Factors Affecting the Validity of Self-Reported Health-Risk Behavior Among Adolescents: Evidence From the Scientific Literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436- 57. [http://dx.doi.org/10.1016/s1054-139x\(03\)00052-1](http://dx.doi.org/10.1016/s1054-139x(03)00052-1)
- Brunet, I., & Pizzi, A. (2013). La delimitación sociológica de la juventud. *Última década*, 38, 11-36. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362013000100002>
- Buendía (1998). *Métodos de investigación en psicopedagogía*. McGraw-Hill.
- Byrne, B. (2010). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications and programming* (2nd ed.). Taylor and Francis Group.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. (1ª ed.). Editorial Síntesis.
- Cabero, J., & Barroso, J. (2013). La utilización del juicio de experto para la evaluación de TIC: el coeficiente de competencia experta. *Bordón. Revista De Pedagogía*, 65(2), 25-38. <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/brp.2013.65202>

- Cabero, J. & Llorente, M. C. (2013). La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las tecnologías de la información (TIC). *EnEduweb. Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación*, 7(2), 11-22. <http://tecnologiaedu.us.es/tecnoedu/images/stories/jca107.pdf>
- Cachón, L. (2004). *Las políticas de transición: estrategia de actores y políticas de empleo juvenil en Europa*. Instituto de la Juventud. https://www.researchgate.net/publication/45428131_Las_politicas_de_transicion_estrategia_de_actores_y_politicas_de_empleo_juvenil_en_Europa
- Calatrava, M., López-del Burgo, C., & de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138(12), 534-540. <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020>
- Campo, M. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Dossier información psicológica*, 83, (10-19). <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/view/361>
- Campos, R. (2014). Pobres, anormales y peligrosos en España (1900-1970): de la “mala vida” a la ley de peligrosidad y rehabilitación social. XIII Coloquio Internacional de Geocrítica. El control del espacio y los espacios de control Barcelona. <https://studylib.es/doc/4905264/pobres--anormales-y-peligrosos-en-espa%C3%B1a--1900>
- Carballo, S. (2006). Educación de la expresión de la sexualidad y la inteligencia emocional en niñas, niños y adolescentes con derechos. *Actualidades investigativas en educación*, 6, 1-14. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=447/44760313>
- Cárdenas Navarro, N. (2019). Atención temprana en el niño sordo, modelos y propuestas de intervención. *Revista de Estudios de Lenguas de Signos REVLES: Aspectos lingüísticos y de adquisición de las lenguas de signos*, 1, 238-268. http://riberdis.cedd.net/bitstream/handle/11181/5817/Atenci%C3%B3n_temprana_en_el_ni%C3%B1o_sordo.pdf?sequence=1
- Camacho, J. M. (2011). Principales retos de las políticas de juventud. *Revista de Estudios de Juventud*, 94, 49-68. http://www.injuve.es/sites/default/files/2017/46/publicaciones/revista110_9-estudios-politicas-de-juventud-en-espana.pdf
- Carneiro, R., Toscano, J.C., & Díaz, T. (2021). *Los desafíos de las TIC para el cambio educativo*. Fundación Santillana. <https://www.oei.es/uploads/files/microsites/28/140/lastic2.pdf>
- Cañibano, I., & Alberto, F. (2008). El control institucional de la información financiera: aplicación de un estudio DELPHI. *Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 37(140), 795–829. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2880872>
- Carrera Fernández, M.V, Lameiras Fernández, M. & Rodríguez Castro, Y. (2012). Hacia una educación sexual que todavía es posible. *Gener-juny*. Dossier Información psicológica .Universidad de Vigo. Facultad de Ciencias de la Educación. (103) 4-14.
- Casas, J.J., & Ceñal González, C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Integral*, IX, 20-24. [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70167-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70167-2)

- Castellana R., Sánchez-Carbonell, X., Graner Jordana, C., & Beranuy Fargues, M. (2007). El adolescente ante las tecnologías de la información y la comunicación: internet, móvil y videojuegos. *Papeles del Psicólogo*, 28(3), 196-204. file:///C:/Users/usuario/Downloads/papeles-del-psicologo.pdf
- Castellanos, B. & González Hernández, A. (1997). *Hacia una sexualidad responsable y feliz: para maestros y maestras*. Pueblo y Educación
- Castillo, J. J. (2010). La sexualidad en personas con discapacidad. ¿Ficción o realidad? *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2(1), 51-58. <http://www.revrehabilitacion.sld.cu/index.php/reh/article/view/50>
- Castro, M.E., Sueiro, E., Lopez, A. & Cortegoso, M. (2004). Conocimientos y actitudes hacia la sexualidad de agresores sexuales antes y después de un programa educativo. (Estudio piloto). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 69-70, 78- 94. <http://www.editorialmedica.com/download.php?idart=177>
- Catena, A., Ramos, M. & Trujillo, H. (2003). *Análisis multivariado. Un manual para investigadores*. Biblioteca Nueva.
- Calvo Gómez, F. (1993). *Técnicas estadísticas multivariantes*. Universidad de Deusto.
- Cea, M^a A. (2001). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Editorial Síntesis.
- Cea D'Ancona M. A. (2004). *La activación de la xenofobia en España ¡qué miden las encuestas?* Centro de investigaciones sociológicas, 211.
- Cea D'Ancona M. A. (2005). La senda tortuosa de la calidad de la encuesta. *Reis*, 111(05), 75-103. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1380996>
- Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2010). *Sondeo de opinión jóvenes y diversidad sexual: conclusiones*. <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/jovenes-y-diversidad-sexual>
- Chahín-Pinzón, N. (2014). Aspectos a tener en cuenta cuando se realiza una adaptación de test entre diferentes culturas. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 109- 112. <http://dx.doi.org/10.21500/19002386.1225>
- Chrystal, P. (18 noviembre 2018). En la cama con los romanos: cómo el sexo marcó la historia del Imperio. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-46211655>
- Chomsky, N. (1988). *El lenguaje y los problemas del conocimiento. Conferencias de Managua I*. (1^a ed.). Editorial Visor.
- Claramunt, C., & Moreno Rosset, C. (2011). Valoración del programa de educación sexual (P.E.Sex) en adolescentes de 13 a 16 años. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). <http://espacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:PsicologiaCclaramunt/Documento.pdf>
- Clavero-Núñez, J. A. (2018). Historia evolutiva de la anticoncepción. *ANALES RANM, Real Academia Nacional de Medicina de España*, 135(1), 56–59. <http://dx.doi.org/10.32440/ar.2018.135.01.rev09>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI, 2017). *El acceso a la condición de ciudadanía de las personas con discapacidad en España. Un estudio sobre la desigualdad por razón de discapacidad*. <https://www.cedd.net/es/documentacion/ver-seleccion-novedad/530713/>
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS, 2007). Estudio sobre la situación educativa del alumnado con discapacidad auditiva. <https://bibliotecafiapas.es/pdf/Estudio-MEC-4-ed-2015>
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS, 2013). *Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva*. FIAPAS. https://oirpensarhablar.com/wpcontent/uploads/Manual_Basico_de_Formacion_Especializada_sobre_Discapacidad_Auditiva.pdf
- Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE, 2002). *Apuntes de lingüística de la Lengua de Signos Española*. <http://www.fundacioncnse.org/pdf/apuntes-linguistica>
- Confederación Española de Personas Sordas (CNSE, 2007). *Estudio sobre la situación educativa del alumnado con discapacidad auditiva*. <https://bibliotecafiapas.es/pdf/Estudio-MEC-4-ed-2015>
- Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE, 2011). *Situación de las mujeres sordas ante la violencia de género*. <http://bbpp.observatorioviolencia.org/proyecto/situacion-de-las-mujeres-sordas-ante-la-violencia-de-genero/>
- Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE, 2014). *Plan de actuación de la Confederación Estatal de Personas Sordas. Estrategia de actuación: plan de empleo para personas sordas: jóvenes y desempleo*. http://www.mites.gob.es/es/estrategia-empleo-joven/logos/planes/Plan_Actuacixn_CNSE_523
- Consejería de Empleo y Turismo de la Comunidad de Madrid (2010). *Guía para una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones*. Fundación Prevent. <https://www.comunidad.madrid/publicacion/1142676075513>
- Consejería para la Igualdad y Bienestar social (2012). *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de centros residenciales. Dirección general de personas con discapacidad*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad
- Consejo de la Juventud en España (2008). *Ganar salud con la juventud. Nuevas Recomendaciones sobre Salud Sexual y Reproductiva, consumo de Alcohol y Salud Mental*. <http://www.cje.org/en/our-work/empleo/actividades-y-campanas-del-cje/objovem/>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2016). *Glosario de la diversidad sexual, de género y características sexuales*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/225271/glosario-TDSyG.pdf>
- Constitución Española 1978. *Boletín Oficial del Estado* de 29 de diciembre de 1978, 311, de 28927 a 28942. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>

- Cortés-Reyes, T.F., Rubio-Romero, J.A., & Gaitán-Duarte, H. (2010). Métodos estadísticos de evaluación de la concordancia y la reproducibilidad de pruebas diagnósticas. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 16(3), 247-255. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a09.pdf>
- Couper, M.P. & Miller, P.V. (2009). Web surveys methods: Introduction. *Public Opinion Quarterly*, 72(5), 831-835. <https://doi.org/10.1093/poq/nfn066>
- Criado, M.J., & González, J. (2002). Violencia escolar: agresividad y violencia entre iguales. *Revista de ciencias de la educación, Órgano del Instituto Calasanz de Ciencias de la Educación*, 192, 421-440. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=289925>
- Crowe, T. V. (2003). Self-esteem scores among deaf college students: An examination of gender and parents' hearing status and signing ability. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8, 199–206. <https://doi.org/10.1093/deafed/eng003>
- Cuadrado, I., Recio, P., & Ramos, E. (2005). El sexismo en adolescentes: depuración de una escala. Ponencia, IX Congreso de Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud. Granada, 14-16 de septiembre del 2005.
- Dair, R., Alonso, J., Cruz, M., Barbé, A. & García, M. (2014). Infecciones de transmisión sexual: intervención educativa en adolescentes de una escuela de enseñanza técnica profesional. *Medwave*, 14(1), 5891. <http://dx.doi.org/10.5867/medwave.2014.01.5891>
- Dammeyer, J., Lehane, C.M., & Chapman, M. (2019). Sexuality Among Adults with Congenital Deaf-blindness: A Cross-Sectional Survey Study Among Primary Carers. *Sexuality and Disability*, 37, 429–439. <https://doi.org/10.1007/s11195-019-09569-4>
- Dana, G. (2020). La comunidad virtual de asexuales del área metropolitana de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad revista latinoamericana*, 34(4), 126-152. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.34.08.a>
- Dannels, SA. (2010). *Research design*. Routledge.
- Daza González, M.T., Guil Reyes, F.G., López López, F., Salmerón Romero, R., & García Giménez, N. (2011). Evaluación Neuropsicológica en niños sordos: Resultados preliminares obtenidos con la batería AWARD. *Neuropsychological Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 9(2), 849-868. http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/820/Art_24_578.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- De Juan, J., & Pérez, R. M. (2007). Sexo, género y biología. *Feminismo/s*, 163-185. <https://doi.org/10.14198/fem.2007.10.11>
- De la Fuente Fernández, S. (2011). Análisis factorial. <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIA NTE/FACTO RIAL/analisis-factorial.pdf>
- Delaporte, Y. (2002). *Les sourds c'est comme ça*. Editions de la Maison des Sciences de l'homme. <https://doi.org/10.4000/books.editionsmsmh.4134>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- D'Elío, F., Sotelo, J., Santamaría, C., & Recchi, J. (2016). *Guía básica sobre diversidad sexual*. <http://www.codajic.org/>
- De las Heras, J., & Polaino (1991). *Tus hijos y las drogas*. Palabra.
- De la Cruz, M. R. (2003). *Educación de las sexualidades. Los puntos de partida de la educación sexual*. Incisex
- De la Cruz, C. & Díezma J. C. (2008). *Construyendo sexualidades, o cómo educar la sexualidad de las hijas y de los hijos*. Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos. https://www.observatoriodelainfancia.es/OIA/esp/documentos_ficha.aspx?id=2264
- De la Fuente Fernández, S. (2011). *Análisis factorial*. <http://www.fuenterrebollo.com/Economicas/ECONOMETRIA/MULTIVARIA NTE/FACTO RIAL/analisis-factorial.pdf>
- Delgado, A. (2015). Estrategias psicosociales para el cambio de actitud hacia personas discriminadas por su discapacidad o trastorno mental. *Revista Española de Discapacidad*, 3 (2), 27-39. <https://www.cedd.net/redis/index.php/redis/article/view/178>
- Delmonico, D. (1997). Internet Sex Screening Test. <https://sexhelp.com/>
- Deschner, K. (s.f.). *Historia Sexual del Cristianismo*. http://www.ignaciodarnaude.com/textos_diversos/Historia%20Sexual%20del%20Cristianismo,K.Deschner.pdf
- Diamon, M., & Yates, A. (2004). Preface: Sex and gender. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*, 13, 14-17. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2004.03.001>
- Díaz de Rada, V. (2012). Ventajas e inconvenientes de la encuesta por internet. https://ddd.uab.cat/pub/papers/02102862v97n1/papers_a2012v97n1p193.pdf
- Díez, A. (2018). La educación sexual en las leyes educativas españolas. *Educarnos*, 82, 5-8. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6464657>
- Di Nasso, P. (2010). Mirada histórica de la discapacidad, Fundación Cátedra Iberoamericana, Universitat de les Illes Balears. www.uib.es/catedra_iberamericana
- Domínguez, A.B., Pérez, I. y Alegría, J. (2012). La lectura en los alumnos sordos: aportación del implante coclear. *Infancia y Aprendizaje*, 35, 327-341. <https://doi.org/10.1174/021037012802238993>
- Domínguez Gutiérrez, A. B., & Alonso Baixeras, P. (2004). *La educación de los alumnos sordos hoy: perspectivas y respuestas educativas*. Ediciones Aljibe.
- Doyle, A.G. (1995). AIDS knowledge, attitudes and behaviors among deaf college students: A preliminary study. *Sexuality and Disability*, 13(2), 107-34. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023063727569>
- Duce Pastor, E. (2017). Expresando el amor: la afectividad en el mundo griego antiguo. *Antesteria*, 6, 77-94. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/106-2017-05-02-7.%20Duce%20Pastor.pdf>
- Eagly, A. & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25, 582-602. <https://doi.org/10.1521/soco.2007.25.5.582>

- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud pública México*, 50(2), 255-259. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342008000800019>
- Elliott Smith, R. A. & Pick, L.H. (2015). Sexual assault experienced by deaf female undergraduates: Prevalence and characteristics. *Violence and Victims*, 30(6), 948-959. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00057>
- Encuesta Bayer de Anticoncepción en España. Equipo Daphne (2011). <https://www.acaive.com/vii-encuesta-bayer-de-anticoncepcion-en-espana-equipo-daphne/publicaciones/>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012). *La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/index.php>
- Encuesta de Población Activa, (EPA, 2002). Análisis de las estadísticas sobre discapacidad. Módulos EPA sobre discapacidad y problemas de salud y estadística del empleo de las personas con discapacidad. https://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm
- Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008 (Hogares) (EDAD, 2008). Instituto Nacional de Estadística. <https://www.msrebs.gob.es/ssi/discapacidad/informacion/encuestaEdad2008.htm>
- Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1999 (EDDES, 2000). Avance de resultados. Datos básicos. Instituto Nacional de Estadística [INE]. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=metodologia&idp=1254735573175
- Escobar, J., & Cuervo Martínez, A.. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*, 6(1), 27-36. http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf
- Escobedo Portillo, M^a Teresa, Hernández Gómez, J. A., Estebané Ortega, V., & Martínez Moreno, G. (2015). Modelos de Ecuaciones Estructurales: Características, Fases, Construcción, Aplicación y Resultados. https://webmail.ugr.es/?_task=mail&_action=get&_mbox=INBOX.Sent&_uid=1804&_part=2&_frame=1
- Escudero C. (2012). Las etapas del desarrollo madurativo. Programa de atención a niños y adolescentes. *Formación Activa en Pediatría de Atención Primaria*, 5(2), 65-72. <https://fapap.es/articulo/195/las-etapas-del-desarrollo-madurativo>
- Esteban Saiz, M. L. (2019). Panorama sociolingüístico de la Lengua de Signos Española. *E-Aesla*, 5. https://cvc.cervantes.es/lengua/eaesla/eaesla_05.htm
- Everett, B. G. (2013). Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 42, 225–236. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-9902-1>
- Fàbregues, S., Meneses, J., Rodríguez-Gómez, D., & Paré, M. H. (2016). *Técnicas de investigación social y educativa*. UOC. http://femrecerca.cat/meneses/files/tecnicas_de_investigacion_social_y_educativa_2016.pdf

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., & Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>
- Fallas, A. (2009). Educación afectiva y sexual. Programa de formación docente de secundaria. (Tesis doctoral). Universidad de Salamanca: España.
- Fallas, M., Artavia, C., & Gamboa A. (2012). Educación sexual: Orientadores y orientadoras desde el modelo biográfico y profesional, *Revista Electrónica*, 16, 53-71.
- Fava de Quevedo, R., Dambrós, S., & Sassi, R. (2017). Grupo de mães ouvintes de filhos surdos: relato de uma experiência de estágio. *Psicologia em Estudo Maringá*, 22(1), 107-115. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v22i1.31794>
- Fayanas, E. (2017, Mayo 8). La sexualidad en la historia. La sexualidad romana. *Nueva tribuna.es*. <https://www.nuevatribuna.es/articulo/historia/la-sexualidad-romana/20170508123607139564.html>
- Federación de Asociaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual (FEAPS, 2015). Dibujando la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual y/o del desarrollo: una cuestión de derechos. <http://www.codajic.org/node/3539>
- Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras de Andalucía (2012). Alumnado con sordera: implicaciones en la lectura y la comunicación. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 20. <https://www.feandalucia.ccoo.es/indicei.aspx?p=62&d=287>
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) & COGAM (Colectivo de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales de Madrid) (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. <https://cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>
- Federación de Personas Sordas de la Comunidad Valenciana (FESORD, 2000). *Guía para Profesionales del Movimiento Asociativo de Personas Sordas*. Fundación CNSE. <https://www.fundacioncnse.org/pdf/guia-para-profesionales.pdf>
- Feixa, C. (2011). Past and present of adolescence in society: The 'teen brain' debate in perspective. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(8), 1634-43. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubio-rev.2011.02.013>
- Ferguson, R.M., Vanwesenbeeck, I., & Knjin, T. (2008). A matter of fact and more: an exploratory analysis of the content of sexuality education in the Netherlands, *Journal Sex Education Sexuality, Society and Learning*, 8, 93-106. <https://doi.org/10.1080/14681810701811878>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 751-755. <http://dx.doi.org/10.2466/PRO.94.3.751-755>

- Fernández, E. (2005). Procesos socio-afectivos asociados al aprendizaje y práctica de valores en el ámbito escolar. *TELOS, Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12(1), 63-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3351025>
- Fernández, O., Luquez, P. & Leal, E. (2010). Procesos socio-afectivos asociados al aprendizaje y práctica de valores en el ámbito escolar. *TELOS, Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales*, 12 (1), 63-78. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3351025>
- Ferrández, J. A., & Villalba, A. (1996). Atención educativa de los alumnos con necesidades educativas especiales derivadas de una deficiencia auditiva. *Colleció documents de suport*, 6 http://www.ceice.gva.es/documents/162640733/162655257/d_auditiva.pdf/69aef00b-e2a0-4e95-bd38-02cdcef96088
- Ferrando, P. & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31(1), 18-33. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Férriz, J. A. (2011). Libertad sexual y laicidad. *Revista de estudios de juventud*, 10(91), 109-122. <https://laicismo.org/jovenes-y-laicidad/>
- Figueroa, C., Vazquez, P., & y Tejera, M. (2011). James Heckamn: el sesgo de selección muestral. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Figueroa, L.A., y Figueroa Pérez, L. (2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Ciencias Médicas*, 21(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020
- Fischer, S. D. & Van, D. H. (2011). *Sign language structures*. (2ª ed.). Oxford University Press.
- Fisher, T.D. & Hall, R.G. (1988). A Scale for the Comparison of the Sexual Attitudes of Adolescents and their Parents. *The Journal of Sex Research*, 24(1), 90-100. <https://doi.org/10.1080/00224498809551400>
- Frago Valls, S. & Sáez Sesma, S. (2004). Sexología y educación sexual. El sexólogo hoy. *Sal de dudas*, 129-141. <https://psicopedia.org/wp-content/uploads/2015/11/Sexologia-y-educacin-sexual.-El-sexlogo-hoy>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Ministerio de Educación Nacional (MEN), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF), (2016). *Ambientes escolares libres para la discriminación. Orientaciones sexuales e identidades de género no hegemónicas en la Escuela. Aspectos para la reflexión*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/ORIENTACIONES%20SEXUALES%20E%20IDENTIDAD%20E%20GENERO%20EN%20LA%20ESCUELA>
- Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF, 2012). *Towards an AIDS-FREE generation. Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities*. https://www.unicef.org/disabilities/files/Disability_HIV_Towards_an_AIDS-Free_Generation

- Fonner, V.A, Armstrong K. S, Kennedy C. E, O'Reilly K. R & Sweat M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9(3). <https://doi:10.1371/journal.pone.0089692>
- Frías-Navarro, D. (2019). Apuntes de consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/friasnav/AlfaCronbach.pdf>
- Fuertes, A y López, F. (2001). *Para comprender la sexualidad*. Verbo Divino. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224498809551400>
- Fuhrel, A., & Kalichman, S.C. (2006). *Biological, social and psychological risk factors for HIV infection* (1ª ed.). Editorial Nova Science Publishers
- Fundación BBVA (2019). La emancipación de los jóvenes en España. *Esenciales*, 32. <https://fes-sociologia.com/noticia/esenciales-fundacion-bbva-ivie-n-32-2019-la-emancipacion-de-los-jo/news/3418/>
- Fundación Huésped (s.f.). *Guía sobre salud sexual y reproductiva y diseño de proyectos para organizaciones sociales*. <https://www.huesped.org.ar/wpcontent/uploads/2017/04/Guia-SSR-y-Diseno-de-Proyectos.pdf>
- Fundació Victor Grifols i Lucas (2011). *Afectividad y sexualidad ¿Son educables?* (1ª ed.). <https://www.grifols.com/documents/4662337/4689121/intetic2.pdf/a5acd7be-e928-4f55-b982-e4c3b55ced67>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2012). *Towards an AIDS- FREE generation. Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities*. https://www.unicef.org/disabilities/files/Disability_HIV_Towards_an_AIDS-Free_Generation
- Fonseca H. (2010). Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolesc Med State Art Rev*, 21(1), 152-60. PMID: 20568562
- Forcada M. P., Pacheco, A. S., Pádua, E., Pérez Palacios, P., Todd, N. E., & Pulido, M. A. (2013). Conducta sexual de riesgo en estudiantes universitarios: factores de riesgo y protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15(1), 23-46. <https://www.redalyc.org/pdf/802/80225697003.pdf>
- Forero, C.G., Maydeu-Olivares, A., y Gallardo-Pujol, D. (2009). Factor analysis with ordinal indicators: A Monte Carlo study comparing DWLS and ULS estimation. *Structural Equation Modeling*, 16(4), 625-641. <https://doi.org/10.1080/10705510903203573>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de Teoría Sexual y otros escritos* (Vol.VII). Editorial Amorrortu.
- Frías-Navarro, D. (2014). *Apuntes de SPSS*. <https://docplayer.es/22648856-Apuntes-de-spss-dolores-frias-navarro-universidad-de-valencia-2014.html>
- Frost J., Darroch, J., & Remez, L. (2008). Improving Contraceptive Use in the United States. *Issues Brief*, 1, 1–8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18561392/>
- Galán, J. (2013). *Historia secreta del sexo en España*. Editorial Biblioteca erótica.

- García Fernández, B. (2004). *Cultura, educación e inserción laboral* de la comunidad sorda [tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio <https://cultura-sorda.org/cultura-educacion-e-insercion-laboral-de-la-comunidad-sorda/>
- García, C., & Parada, D. (2018). Construcción de adolescencia: una concepción histórica y social inserta en las políticas públicas. *Universitas Humanística*, (85), 347-373 <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uh85.cach>
- García Infante, A., París Ángel, A., Fernández Herrera, L., y Padrón Morales, M.M. (2009) *¿Y tú qué sabes de "eso"? Manual de Educación Sexual para Jóvenes*. <http://marpadron.com/project/manual-educacion-sexual-jovenes>
- García Muñoz, T. (2003). El cuestionario como instrumento de investigación/evaluación. http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- García Polanco M. D. (2014). Las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes españoles. *Enfermería Comunitaria, Revista de SEAPA*, 2(2), 38-61 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724676>
- García Ruíz, M. (2011). *Programa de educación sexual con asociaciones*. Gobierno del principado de Asturias <https://www.astursalud.es/documents/31867/36297/Educaci%C3%B3n+Sexual+con+Asociaciones.pdf/a162aeb8-bd7f-0a52-75cb-5584fa2b3dcb>
- García Valdés, A. (1981). *Historia y presente de la homosexualidad*. Akal.
- García, V. J. L., & González, M. L. (2010). Atención educativa a la diversidad. Los alumnos sordos en las aulas de Portugal y Turquía. *Foro de Educación*, 8(12), 111-123. <https://doi.org/10.14516/fde>
- Garvía, B. & Miquel, M. J. (2009). La vida sexual y afectiva de las personas con síndrome de Down. *Revista Down España*, (43), 12-17. <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/3342>
- Gascón Ricao, A., Storch de Gracia, J.G. & Asensio, J.G., (2004). *Historia de la educación de los sordos en España y su influencia en Europa y América* (1ª ed.). Centro de Estudios Ramón Areces.
- Geneta, A. L. P. (2016). Exploring the bisexual feelings of men in relation to their sexual experiences with the same and the opposite genders [Unpublished Master's Thesis, University of the Philippines]. College of Social Sciences and Philosophy.
- Gerard Lutte, L.M. (1991). *Liberar la adolescencia. La psicología de los jóvenes de hoy* (1ª ed.). Editorial Herder.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4ª ed.). Allyn & Bacon.
- Giedd, J.N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 77-85. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.009>
- Gil-Cano, P. A., Navarro-García, A., Serna-Giraldo, C., & Pinzón-Seguro, M. (2019). Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín. *Revista Facultativa Nacional Salud Pública*, 37(2), 107-115. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a12>

- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. Universidad Pontificia Comillas.
- Gomez, M.G.A. & Geneta, A.L.P. (2011). Curbing the Risks: Toward a Transdisciplinary Sexual Health Literacy Program for Young Adults Who are Deaf and LGBT+. *Sexuality and Disability*. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09637-0>
- Gomez, M. G. A. (2011). Sexual Behavior Among Filipino High School Students Who are Deaf. *Sex Disabil*, 29, 301–312. <https://doi.org/10.1007/s11195-011-9215-7>
- Gomez, M. G. A. & Geneta, A. L. P. (2020). Curbing the Risks: toward a transdisciplinary sexual health literacy program for young adults who are deaf and LGBT+. *Sexuality and Disability*. <https://doi.org/10.1007/s11195-020-09637-0>
- Gomez-Zapiain, J. (2005). *Aproximación a los comportamientos sexuales y de riesgo en la adolescencia*. Editorial Pearson-Prentice Hall.
- González, A., Genes Martínez, A., Mendoza Blanco, J.M., Mera Zapata, N., Gaitán Vásquez, Z., & Candelaria Salazar, L. (2017). Determinantes culturales de la salud. *Opinión novel cultural*. <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1217>
- González, A., & Castellanos, B. (2006). *Sexualidad y géneros. Alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI*. Científico-Técnica
- González, A., Genes Martínez, A., Mendoza Blanco, J.M., Mera Zapata, N., Gaitán Vásquez, Z., & Candelaria Salazar, L. (2017). Determinantes culturales de la salud. *Opinión novel cultural*. <https://revistas.unicordoba.edu.co/index.php/avancesalud/article/view/1217>
- González, N., Zerpa, M. L., Gutiérrez, D., & Pirela, C. (2007). La investigación educativa en el hacer docente. *Laurus*, 13(23), 279-309. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=761/76102315>
- Granero, M. (2014). Sexología basada en la evidencia: historia y actualización. *Revista Costarricense de Psicología*, 33(2), 179-197. <http://www.rcpscr.org/openjournal/index.php/RCPs/article/view/34/76>
- Grossman, J. M., Tracy, A. J., Richer, A. M. & Erkut, S. (2015). Comparing Sexuality Communication Among Offspring of Teen Parents and Adult Parents: a Different Role for Extended Family. *Sex Res Soc Policy*, 12, 137–144. <http://dx.doi.org/10.1007/s13178-015-0183-z>
- Grupo de Estudio del Adolescente Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (2015). *Guía de Atención al Adolescente*. <https://www.samfyc.es/guia-de-atencion-al-adolescente-2015/>
- Goossens, L. (2006). *Theories of adolescence*. (1ª ed.). Editorial Psychology Press.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M.J. & Hidalgo Vicario M.I. (2017). Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XXI (4), 233–244. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Haberland, N.A. (2015). The case for addressing gender and power in sexuality and HIV education: A comprehensive review of evaluation studies. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 41(1), 31–42. <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/4103115.html>

- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. & Black, W. (2007). *Análisis multivariante*. Editorial Pearson.
- Hall, S. (1904). *Adolescence* (1ª ed.). Editorial Appleton.
- Harmer, I. M. (1999). Health care delivery and deaf people: practice, problems, and recommendations for change. *Journal of Deaf studies and Deaf Education*, 4(2), 73-110. <https://doi.org/10.1093/deafed/4.2.73>
- Hambleton, R. K., & Zenisky, A.L. (2011). *Translating and adapting tests for cross-cultural assessments*. Cambridge University Press. https://www.researchgate.net/publication/236580333_International_Test_Commission_Guidelines_for_test_translation_and_adaptation_Second_edition [
- Hanass-Hancock, J., & Satande, L. (2010). Deafness and HIV/AIDS: A systematic review of the literature. *African Journal of AIDS Research*, 9(2), 187-192. <https://doi.org/10.2989/16085906.2010.517488>
- Heiman, E., Haynes, S., & Mckee, M. (2016). Sexual Health Behaviors of Deaf American Sign Language (ASL) Users. *Disabil Health*, 8(4), 579–585. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.06.005>
- Heras Sevilla, D., Fernández Hawrylak, M. & Cepa Serrano, A. (2017). La educación sexual en el siglo XXI, un enfoque integral. *Innovando en Educación*. https://www.researchgate.net/publication/324043112_La_educacion_sexual_en_el_siglo_XXI_un_enfoque_integral
- Herek, G., & McLemore, K. (2012). Sexual Prejudice. *Review in Advance on September 64*(17), 309-333. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143826>
- Hernán, M., Fernández, A., & Ramos, M. (2001). Parte I. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. La salud de los jóvenes. *Gaceta Sanitaria*, 18(4). http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400010
- Hernández González M., Rodríguez Morales G., & García-Valdecasas, J. (2010). Género y sexualidad: consideraciones contemporáneas a partir de una reflexión en torno a la transexualidad y los estados intersexuales. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXX(105), 75-91. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S021157352010000100004
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación* (5ª ed.). Mac Graw.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.). McGraw-Hill.
- Hernando, A., Oliva, A. y Pertegal, M.A. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 22, 15-23. <http://dx.doi.org/10.5093/in2013a3>
- Herrera, V. (2005). Habilidad lingüística y fracaso lector en los estudiantes sordos. *Estudios pedagógicos*, 31(2), 121-135. <https://doi.org/10.4067/S0718-07052005000200008>
- Herrero, J. (2010). El Análisis Factorial Confirmatorio en el estudio de la Estructura y Estabilidad de los Instrumentos de Evaluación: Un ejemplo con el Cuestionario de Autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 289-300. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n3a9>

- Herrero Blanco, Á. (2007). Lenguas de Signos: lenguas fraternas. En Libro de ponencias y comunicaciones del XV Congreso Mundial de la Federación. Editorial CNSE. <https://www.cnse.es/es/virtual-library/lenguas-de-signos-lenguas-fraternas>
- Heuttel, K.L., & W.G. Rothstein (2001). HIV/AIDS knowledge and information sources among deaf and hearing college students. *American Annals of the Deaf*, 146(3), 280–286. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0067>
- Hidalgo, M., & Ceñal González-Fierro, M.J. (2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. [http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818\(14\)70167-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1696-2818(14)70167-2)
- Hindley, P.A., Hill, P.D., Mcguigan, S. & Kitson, N. (1994). Psychiatric disorder in deaf and hearing impaired children and young people: a prevalence study. *Child Psychol Psychiatry*, 35(5), 917-34. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb02302.x>
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural Equation Modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60. <https://doi.org/10.21427/D7CF7R>
- Huerta Paredes, J.M. (2008). Actitudes humanas, Actitudes sociales. Universidad de Mayores de Experiencia Recíproca. <https://studylib.es/doc/5613478/actitudes-humanas--actitudes-sociales>
- Hueso, A., & Cascant, M. J. (2012). *Metodología y técnicas cuantitativas de investigación*. Universitat Politècnica de Valencia.
- Huitrón Bravo G, Denova Gutiérrez E, Halley Castillo E, Santander Rigollet S, Bórquez Puga M, Zapata Pérez L, HUINCA, B., Zubarew, T. G., & Villarroel-del-Pino, L. (2011). Conductas de riesgo en una muestra de adolescentes chilenos y mexicanos: un estudio comparativo. *Papeles de Población*, 17(70), 33-47. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000400003
- Iglesias, J.L. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral*, XVII(2), 88-93. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-anteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>
- Informe Planned Parenthood Federation of America (2012). *Historia de los métodos anticonceptivos*. Biblioteca Katharine Dexter McCormick. https://www.plannedparenthood.org/files/9913/9978/2156/bchistory_Spanish_2012.pdf
- Instituto Andaluz interuniversitario de Criminología (Sección Málaga). Artículo 3/2017, mayo-junio (nº170). <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/170.pdf>
- Instituto de Juventud en España (INJUVE, 2007). *Sondeo de opinión y situación de la gente joven* (1ª encuesta). <http://www.injuve.es/taxonomy/term/6012>
- Instituto de la Juventud en España (INJUVE, 2010). *Sondeo de opinión. Jóvenes y diversidad sexual: Tablas de resultados*. <http://www.injuve.es/observatorio/salud-y-sexualidad/jovenes-y-diversidad-sexual>

- Instituto de Juventud en España (INJUVE, 2016). *Informe de Juventud en España 2016*. <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/inform-juventud-en-espana-2016>
- Instituto de Salud Pública (2014). Análisis sobre educación sexual integral, conocimientos y actitudes en sexualidad en adolescentes escolarizados. Informe final. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/estudios_opiniones/InformeFinal_INSP.pdf
- Instrucciones de 8 de marzo de 2017, de la Dirección General de Participación y Equidad, por las que se actualiza el protocolo de detección, identificación del alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo y organización de la respuesta educativa. <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/ced/normativa/-/normativas/detalle/instrucciones-de-8-de-marzo-de-2017-de-la-direccion-general-de-participacion-y-equidad-por-las-que-se-actualiza-el-1xr2aw1d841t>
- Instrucción 9/2020, de 15 de junio, de la dirección general de ordenación y evaluación educativa, por la que se establecen aspectos de organización y funcionamiento para los centros que imparten educación secundaria obligatoria promoción y titulación en Educación Secundaria Obligatoria. <https://www.juntadeandalucia.es/educacion/portals/web/ced/novedades/-/contenidos/detalle/instruccion-9-de-15-de-junio-por-la-que-se-establece- aspectos-de-organizacion-y-funcionamiento-para-los-centros-que>
- Jaramillo, J. M., Díaz, K., Niño, L. A., Tavera, A. L. & Velandia, A. (2006). Factores individuales, familiares y escolares asociados a la aceptación y el rechazo social en grupos de niños escolarizados entre los 9 y 11 años de edad. *Revista Diversitas*, 2, 205-215. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67920202>
- Jáuregui, M., & Razumiejczyk, E. (2011). Memoria y aprendizaje: una revisión de los aportes cognitivos. *Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 26, 20-44. <https://racimo.usal.edu.ar/4501/1/174-712-1-PB.pdf>
- Jhai, Z. T. (2017). Impact of a Romantic Relationships Counseling Group Project on Deaf Male Adolescents in a Deaf School. *Sexuality and Disability*, 35, 185– 206. <https://doi.org/10.1007/s11195-017-9481-0>
- Jiménez, A. (2007). *Conceptos y tipologías de la discapacidad. Documentos y normativas de clasificación más relevantes. Tratado sobre Discapacidad* (1ª ed.). Editorial.
- Jiménez, M., González, F.J., Serna, R., & Fernández, M. (2009). *Expresión y Comunicación* (1ª ed). Editex.
- Job, J. (2004). Factors Involved in the Ineffective Dissemination of Sexuality Information to Individuals Who Are Deaf or Hard of Hearing. *American Annals of the Deaf*, 149(3), 264–273. <https://doi.org/10.1353/aad.2004.0025>
- Joharchi, H., & Clark, M.D. (2014). A Glimpse at American Deaf Women's Sexuality. *Psychology*, 5, 1536-1549. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.513164>
- Joly, E. (2007). La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía. <http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-alservicio-de-la-economia-clase-facderuba>

- Jones L., Bellis M.A., Wood S., Hughes K., McCoy E., Eckley L., Bates G & Shakespeare T. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational Studies. *The Lancet*, 380(9845), 899-90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)
- Joseph J.M, Sawyer R., & Desmond S. (1995). Sexual knowledge, behavior and sources of information among deaf and hard of hearing college students. *American annals of the deaf*, 140(4), 338–345. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0379>
- Junta de Andalucía. Consejería de Educación, Cultura y Deporte (2015-16). *Programa Forma Joven*. <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/webportal/web/vida-saludable/programas/forma-joven>
- Kashubeck-West, S., & Szymanski, D. M. (2008). Risky sexual behavior in gay and bisexual men. *The Counseling Psychologist*, 36, 595–614. <https://doi.org/10.1177/0011000007309633>
- Kelley, T.L. (1935). Essential Traits of Mental Life. *Harvard Studies in Education*, 26, 146. [https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=2599974](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferencelD=2599974)
- Kirby, D. Obasi, A. & Laris, B. (2007). The effectiveness of sex education and HIV education interventions in schools in developing countries.
- Kirkman, M., & Oswald, D. (2020). Is It Just Me, or Was That Sexist? The Role of Sexism Type and Perpetrator Race in Identifying Sexism. *The Journal of Social Psychology*, 160(2), 236–247. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1634505>
- Klettke, B., Hallford, D., & Mellor, D. (2014). Sexting Prevalence and Correlates: a Systematic Literature Review. *Clinical Psychology Review*, 34, 44–53. <http://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.007>
- Kohan, N. (1994). *Diseño Estadístico*. Editorial Eudeba.
- Kolibiki, H. M. (2014). A Study of emotional relationships among deaf adolescents. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 114, 399-402. <https://kopernio.com/viewer?doi=10.1016%2Fj.sbspro.2013.12.719&token=Wz ExOTgwNjgsljEwLjEwMTYvai5zYnNwcm8uMjAxMjY4xMi43MT-kiXQ.KNbj EwyURzju28I7IO2TQlhCbQM>
- Kyle, F. E., & Harris, M. (2010). Predictors of reading development in deaf children: A three-year longitudinal study. *Journal of Experimental Child Psychology*, 107, 229-243. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2010.04.011>
- Labarre, A. (1998). Treatment of sexually abused children who are deaf. *Sexuality and Disability*, 16(4), 321-324. <https://doi.org/10.1023/A:1023072029386>
- Lamb, S., Kosterina, E., Tangela, R., Madaline, B., Maroney, M., & Dangler, L. (2018). Voices of the Mind: Hegemonic Masculinity and Others in Mind during Young Men's Sexual Encounters. *Men and Masculinities* 21(2), 254–275. <http://doi.org/10.1177/1097184X17695038>
- Lameiras, M. & Carrera, M.V. (2009). *Educación sexual: de la teoría a la práctica*. Pirámide.

- Lameiras, M., & Carrera, M. V. (2009). Prevenció de la violència de gènere des del sistema educatiu: cap a una escola coeducativa. *Quaderns d'educació contínua*, 20, 27-36. <https://dialnet.uni-rioja.es/servlet/articulo?codigo=5388478>
- Landarroitajaurei, J. (2003). Sexualidad y minusvalías: precios, aprecio, desprecios y menosprecios sexuales. En *La erótica del encuentro*. COCEMFE-Asturias.
- Landsberger, S., Díaz, D., Spring, N., Sheward, J., & Sculley, Ch. (2014). Psychiatric Diagnoses and Psychosocial Needs of Outpatient Deaf Children and Adolescents. *Child Psychiatry Hum Dev*, 45, 42–51. <https://doi.org/10.1007/s10578-013-0375-9>
- Lao, T. & Takakuwa, R. (2017). Análisis de confiabilidad y validez de un instrumento de medición de la sociedad del conocimiento y su dependencia en las tecnologías de la información y comunicación. *Revista de Iniciación Científica*, 2(2), 64-75. <https://n9.cl/YPZ6>
- Lauwerier, L., de Lenclave, M. B. D. C., & Bailly, D. (2003). Déficience auditive et développement cognitive. *Archives de pédiatrie*, 10(2), 140-146.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre García, M. C., Castillo-Trejo, M., & Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), 38-43. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745480010>
- Leblanc, J. M., & Tully, C. T. (2008). Deaf and Hearing-Impaired Lesbians and Gay Males. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 13(3), 57-84. https://doi.org/10.1300/J041v13n03_04
- Ledesma, R. (2004). AlphaCI: un programa de cálculo de intervalos de confianza para el coeficiente alfa de Cronbach. *Psico-USF*, 9(1), 31–37. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712004000100005>
- León, M.J., & Crisol, E. (2019). Atención a la diversidad. Técnica Avicam.
- León-Larios, F., & Gómez-Baya, D. (2018). Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Revista España Salud Pública*, 92(e1-e15). <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/16166/Dise%c3%b1o%20y%20validaci%c3%b3n%202.pdf?sequence=2>
- Lerner, R. M., Boyd, M. J., Kiely, M. K., Napolitano, C. M., Schmid, K. L., & Steinberg, L. (2011). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 169-176. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00019-3>
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, de 30 de abril de 1982. *Boletín Oficial del Estado*, 103, de 11106 a 11112. <https://www.boe.es/eli/es/l/1982/04/07/13>
- Ley de Ordenación General del Sistema Educativo 1/1990, de 3 de octubre. *Boletín Oficial del Estado*, 238, de 4 de octubre de 1990, de 28927 a 28942. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo. *Boletín Oficial del Estado*, 238, de 4 de octubre de 1990, de 28927 a 28942. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1990/10/03/1>
- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 07, de 24 de diciembre de 2002, de 45188 a 45220. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2002/12/23/10>

- Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. *Boletín Oficial del Estado*, 106, de 04 de mayo de 2006. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2006/05/03/2/con>
- Ley Orgánica 2/2010, de 4 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 22, de 4 de marzo de 2010, de 21001 a 21014. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2010/03/03/2/con>
- Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre para la Mejora de la Calidad Educativa. *Boletín Oficial del Estado*, 295, de 10 de diciembre de 2013, de 97858 a 97921. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2013/12/09/8>
- Ley 9/2018, de 8 de octubre, de 26 de noviembre, para la promoción de la igualdad de género en Andalucía. *Boletín Oficial Junta de Andalucía*, 269, de 7 de noviembre de 2018, de 108202 a 108237. <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2018/199/2>
- Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-17264
- Liga Española de la Educación (2013). *Relaciones afectivas y sexualidad en la adolescencia*. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=4113
- Londoño Pérez, C., & Velasco Salamanca, M., (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, imc, y riesgo de tca como predictores de calidad de vida relacionada con la salud Psychologia. *Avances de la disciplina*, 9(2), 35-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=297241658003>
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Biblioteca Nueva.
- López, F. (2011). *Desarrollo de la planificación y tutorización individual. Guía para el desarrollo de la afectividad y de la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual*. <https://diarium.usal.es/jlopez/2011/10/03/guia-para-el-desarrollo-de-la-afectividad-y-de-la-sexualidad-de-las-personas-con-discapacidad-intelectual/>
- López, F. (2013). Identidad sexual y orientación del deseo en la infancia y adolescencia. *Actualización Pediatría*, 209-225. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=3275757>
- López, F. (2014). Sexualidad en la adolescencia ¿Y qué podemos hacer con los adolescentes los diferentes agentes educativos? *Adolescere*, II (1), 24-34. <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/ff808181463cc53c0147482f120d04a2>
- López-Roldán, P. & Fachelli, S. (2015). La encuesta (capítulo 3). Depósito Digital de Documents, Universitat Autònoma de Barcelona. <http://ddd.uab.cat/record/163567>
- López Sánchez, F. (2015). Adolescencia. Necesidades y problemas. Implicaciones para la intervención. *Adolescere revista de Formació Continuada de la Societat Espanyola de Medicina de la Adolescencia*, III(2), 9-17. <https://studylib.es/doc/4831320/adolescencia.-necesidades-y-problemas.-implicaciones-para-la>
- Loredo, N., & Matus, R. (2012). Intervenciones de comunicación exitosas para el cuidado a la salud en personas con deficiencia auditiva. *Enfermería Universitaria*, 9(4), 57-68. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S166570632012000400006&lng=es&nrm=iso

- Lorenzo-Seva, U. & Ferrando, P. (2007). FACTOR: A computer program to fit the exploratory factor analysis model. University Rovira. *Última década*, 40, 11-36. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362014000100002>
- Luces, A. M., Porto, M., Mosquera, L., & Tizón, E. (2015). Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual desde la escuela en la Costa da Morte. *Enfermería Global*, 39, 137-154. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n39/docencia2.pdf>
- Luckner, J. L., & Gonzales, B. R. (1993). What deaf and hard of hearing adolescents know and think about AIDS. *American Annals of the Deaf*, 138(4), 338–342. <https://doi.org/10.1353/aad.2012.0390>
- Luterman, D. M., Kurtzer-White, E., & Seewald, R.C. (1999). *The Young Deaf Child*. (1ª ed.). Clave.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una Guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151–1169. <http://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Loewenthal, K.M. (1996). *An introduction to psychological tests and scales*. (2ª ed). Psychology Press.
- McDonald, R. P., & Marsh, H. W. (1990). Choosing a multivariate model: Noncentrality and goodness of fit. *Psychological Bulletin*, 107(2), 247–255. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.107.2.247>
- Machado, M., León, C., Martínez, S., Hernández, M., López, M. & Rodríguez, O. (2013). Programa educativo para ampliar información sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes femeninas. *Acta Médica del Centro*, 7(3). <http://www.medigraphic.com/pdfs/medicadelcentro/mec2013/mec133f.pdf>
- Machado País, J., & Pohl, A. (2004). Los dilemas del reconocimiento del aprendizaje informal. *Revista de Estudios de Juventud*, 65, 83-98. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=553361>
- Maio, G. & Haddock, G. (2010). *The psychology of attitudes and attitude change* (1ª ed.). SAGE Publications Ltd.
- Mackenzie, K., & Oswald, D. (2020). Is It Just Me, or Was That Sexist? The Role of Sexism Type and Perpetrator Race in Identifying Sexism. *The Journal of Social Psychology*, 160(2), 236–247. <https://doi.org/10.1080/00224545.2019.1634505>
- Mantecón Movellán, T.A. & Torres Arce, M. (2011). Hogueras, demonios y brujas: significaciones del drama social de Zugarramurdi y Urdax, *Clio & Crimen*, 8, 247-288. <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/2218>
- Mañas, M. (2003). Mujer y sociedad en la época Imperial del siglo I. *Norba*, revista de historia, 16, 191-207. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=809540>
- Marchesi, A. (1987). *El desarrollo cognitivo y lingüístico de los niños sordos: perspectivas educativas* (Vol. 17) (1ª ed.). Editorial Alianza.
- Martín Criado, E. (1998). *Producir la juventud: Crítica de la Sociología de la Juventud*. (1ª ed.). Editorial Istmo.

- Martínez Benlloch, I., Bonilla Campos, A. & Gomez Sanchez, L. (2008). Identidad de género y afectividad en la adolescencia: asimetrías relacionales y violencia simbólica. *Anuario de Psicología*, 39(1), 109-118. <https://revistes.ub.edu/index.php/Anuario-psicologia/article/view/8399>
- Martínez González, R.A. (2007). *La investigación en la práctica educativa: Guía metodológica de investigación para el diagnóstico y evaluación en los centros docentes*. Ministerio de Educación y Ciencia. <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/PdfServlet?pdf=VP12309.pdf&area=E>
- Martínez Sola, F., Amezúa, E., Orrmaza, A., Sáez, S., Landarroitajauregi, J.R., De la Cruz Martín-Romo, C., Lázaro, O., Rotella Arregui, I., & Astarloa Azkue, A. (2003). *Discapacidad y vida sexual. La erótica del encuentro*. Jornadas discapacidad y vida sexual. La erótica del encuentro. <http://salutsexual.sidastudi.org/es/registro/d25f08043443ca12013443cdb78200c6>
- Mayberry, R. I., Del Giudice, A. & Lieberman, A. M. (2010). Reading achievement in relation to phonological coding and awareness in deaf readers: a meta-analysis. *Journal of deaf studies and deaf education*. 16(2), 164-188. <https://doi.org/10.1093/deafed/enq049>
- McMillan, J. H. y Schumacher, S. (2005). *Investigación Educativa. Una introducción conceptual*. Editorial Pearson.
- Melendro, E., & Rodríguez, A.E. (2015). Los estudios sobre la juventud en España: Pasado, presente, futuro. *Revista de Estudios de Juventud*, 110, 201-215. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=116657>
- Mendoza Berjano, R. (2008). *La adolescencia como fenómeno cultural*. Universidad de Huelva. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4252/b15209660.pdf?sequence=3>
- Meresman, S., & Rossi, D. (2019). *Un material sobre adolescencia, discapacidad y sexualidad destinado a docentes de enseñanza media. Es parte de la vida II*. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL004887.pdf>
- Merleau-Ponty, M. (1975). *Fenomenología de la percepción*. Ediciones península.
- Meneses, C. (2010). Usos y abusos de drogas en contextos de prostitución. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3). <https://roderic.uv.es/handle/10550/22457>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ENSSRIIntro.htm>
- Molina, J. (2017). *La discapacidad empieza en tu mirada. Las situaciones de discriminación por motivo de diversidad funcional: escenario jurídico, social y educativo* (1ª ed.). Editorial Delta.
- Montané, J., Jariot, M. & Rodríguez, M. (2007). *Actitudes, Cambio de Actitudes y Conducción segura: Un enfoque crítico aplicado a la reducción de accidentes* (1ª ed.). Editorial Laertes.
- Montoya Suárez, O. (2007). Aplicación del análisis factorial a la investigación de mercados. Caso de estudio. *Scientia et Technica*, XIII(35), file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet- APLICACIONDELANALISISFACTORIALALAINVESTIGACIONDEME- 4804281.pdf

- Moreno, A. (2015). Produciendo la juventud: la imagen de los jóvenes en los estudios generales sobre la juventud española. *Revista de estudios de la juventud*, 110, 35-47. <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/revista-de-estudios-de-juventud-110-los-estudios-sobre-la-juventud-en-espana-pasado-presente-futuro>
- Moreno Sánchez, A., & Pichardo Galán, J.I. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 143-156. <http://www.aibr.org/antropologia/netesp/0101.php>
- Moreno, C., Ramos, P., Rivera, F., Sánchez-Queija, I., Jiménez-Iglesias, A., García-Moya, I., Moreno-Maldonado, C., Paniagua, C., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Morgan, A., & Leal-López, E. (2018). *Resultados del estudio HBSC2018 en España sobre conductas sexuales. Análisis de tendencias 2002-2018*. Ministerio de Sanidad. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/estudioHBSC/docs/HBSC2018/HBSC2018_ConductaSexual.pdf
- Morgade, G. (2016). *Educación en la sexualidad desde el enfoque de género. Una antigua deuda en la escuela*. Editorial La Crujía.
- Morokoff, P.J., Quina, K., Harlow, L.L., Whitmire, L., Grimley, D.M., Gibson, P.R., Muehlenhard, C. L. & Quackenbush, D. M. (1988). *The sexual double standard scale*. Thousand Oaks.
- Morris, M., Saunders, D., & Lantaffi, A. (2017, 23 de junio). *Intersectional and intermodal: Making sexual health information accessible to LGBTQ+ Deaf people* [Ponencia]. Ifla Wlik, Wrocław, Polonia. <https://www.ifla.org/ES/ifla-publications>
- Muehlenhard, C. L & Quackenbush, D. M (1998). Sexual Double Standard Scale. En Davis, CM, Yarber, W. L, Bauserman, R., Scherer, G. & Davis S.L. (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures* (186- 188). Sage
- Muñiz, J., Elosua, P., & y Hambleton, R. H. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157 <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Muñoz- Baell, I.M. (2009). *Invirtiendo en salud: bases para un estudio benchmarking de la educación de los niños sordos en España, Alicante* [tesis doctoral, Universidad de Alicante].
- Muñoz, M., & Revenga, M. (2005). Aprendizaje y educación afectivo-sexual: una revisión de los planteamientos iniciales del aprendizaje de las cuestiones sexuales. *Revista galego-portuguesa de psicología e educación*, 10(12). https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7013/RGP_12-3.pdf?sequence=1
- Muthén, L. K., & Muthén, B. O. (2007). *Mplus User's guide* (5ª ed.). Muthén & Muthén.
- Nágera, H. (1969). *Desarrollo de la teoría de la libido en la obra de Freud* (1ª ed.). Editorial Hormé.
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. (2010). Quick statistics. <http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/quick.htm>

- Napier, J., & Kidd, M.R. (2013). English literacy as a barrier to health care information for deaf people. *Australian family physician*, 42(12), 896-899. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24324995/>
- Navarro, E., Jiménez-García, E., & Rappoport, B. (2017). *Fundamentos de la investigación y la innovación educativa* (1ª ed.). UNIR.
- Nussbaum, M. (2010). Sin fines de lucro. Por qué la democracia necesita de las humanidades. *Signo y Pensamiento*, 58(XXX). http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-48232011000100021
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI, 2018). *La sociedad en red. Informe anual 2017*. Ministerio de Economía y Empresa. [https://www.ontsi-red.es/sites/ontsi/files/La%20sociedad%20en%20red.%20Informe%20anual%202017%20\(Edici%3b3n%202018\).pdf](https://www.ontsi.red.es/sites/ontsi/files/La%20sociedad%20en%20red.%20Informe%20anual%202017%20(Edici%3b3n%202018).pdf)
- Olavarrieta, B., Darín, L., Suárez, Tur Bonnin, N., Besteiro, B., & Gómez-Jarabo G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: un estudio preliminar. *Revista Siglo Cero*, 248. https://sid.usal.es/idocs/F8/ART20314/Actitudes_248
- Oliva Delgado, A., Hernando Gómez, A., Parra Jiménez, A., Pertegal Vega, M.A., Ríos Bermúdez, M., & Antolín Suárez, L. (2008). *La promoción del desarrollo adolescente: recursos y estrategias de intervención*. https://www.educacion.navarra.es/documents/27590/38595/promocion_desarrollo_adolescente.pdf/0bed92e5-e473-49de-a05f-8d9f2c5365bc
- Oliva Delgado, A., Parra Jiménez, Águeda, López Gaviño, F., & Sánchez Queija, I. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales De Psicología / Annals of Psychology*, 23(1), 49-56. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23201>
- Oliver, M. (2008). *Políticas sociales y discapacidad. Algunas consideraciones teóricas. Superar las barreras de la discapacidad*. Editorial Morata.
- O'Malley, G., Irwin, L., & Guerin, S. (2020). Supporting People with Intellectual Disability Who Have Experienced Abuse: Clinical Psychologists' Perspectives. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 17(1), 59-69. <http://dx.doi.org/10.1111/jppi.12323>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018). *Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad*.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2014). *Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias*. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000232800>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2015). *La educación integral en sexualidad. Una revisión global de evidencia, prácticas y lecciones aprendidas*. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Santiago/pdf/educacion-integral-sexualidad.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia. Edición revisada. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/es/>
- Opsahl, N., & Pick, L.H. (2017). Understanding The Sexual Assault Disclosure Experiences Of Deaf Women. *Jadara*, 51(3). <https://repository.wcsu.edu/jadara/vol51/iss3/3/>
- Pabón, S. (2009). La discapacidad auditiva ¿Cómo es el niño sordo? *Revista digital Innovación y experiencias educativas*, 16. <https://www.csif.es/contenido/andalucia/educacion/243667>
- Parchomiuk, M. (2012). Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sexuality and Disability*, 30(4), 407-419. <http://dx.doi.org/10.1007/s11195-011-9249-x>
- Piaget J. (1969). *Psicología y Pedagogía* (1ª ed.). Editorial Ariel.
- Pinquart, M. (2010). Ambivalence in Adolescents. Decisions about Having Their First Sexual Intercourse. *Journal of Sex Research* 47, 440–450. <https://doi.org/10.1080/00224490903161639>
- Polo, A. y Cáceres M. (2014). 1ª Jornada sobre maltrato a las personas con discapacidad. Universidad Internacional de Andalucía. <https://dspace.unia.es/handle/10334/3371>
- Pollard, R., Sutter, E., & Cerulli, C. (2013). Intimate Partner Violence Reported by Two Samples of Deaf Adults via a Computerized American Sign Language Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 948-965. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260513505703>
- Porter, J. L., & Williams, L. M. (2011). Intimate Violence among Underrepresented Groups on a College Campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 3210-3224. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510393011>
- Pope, A.M. & Tarlov, A.R. (1991). *Disability in America. Toward a National Agenda for Prevention*. NAP.
- Pozueta, I., & Ibáñez, R. (2005). Sexualidad infantil y del adolescente como elemento de salud. En: AE-Pap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones, 245-251.
- Robles-Bykbaev, Y., Oyola-Flores, C., Robles-Bykbaev, V.E., López-Nores, M., Ingavélez-Guerra, P., Pazos-Arias, J.J., Pesántez-Avilés, F., & Ramos-Cabrer, M. (2019). A Bespoke Social Network for Deaf Women in Ecuador to Access Information on Sexual and Reproductive Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 3962. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16203962>

- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización de las Naciones Unidas dedicada a promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), (2018). Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad. Un enfoque basado en la evidencia - Edición revisada, 1-147. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/technical-guidance-sexuality-education/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. OMS
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). *Informe Mundial sobre la discapacidad*. https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274656>
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Padrón Morales, M. M., Fernández Herrera, L., Infante García, A., & París Ángel, A. (2009). *Libro Blanco sobre educación sexual de la provincia de Málaga*. Área de Juventud, Deportes y Formación de la Diputación de Málaga. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=24&subs=164&cod=1626&page=>
- Palacios, A. (2008). *Modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (1ª ed). Editorial CINCA.
- Palacios, A. & Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (1ª ed). Editorial CINCA.
- Palacios, A. & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas. <https://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9899/?sequence=1>
- Páramo, P. (2020). *Como elaborar una revisión sistemática*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31465.85608>
- Pardo, A., & Ruíz, M. A. (2002). *Guía para el análisis de datos*. McGraw-Hill
- Pereira, R. (2011). *Adolescentes en el siglo XXI: entre impotencia, resiliencia y poder*. Editorial Morata.
- Pérez Serrano, G., De Juanas Oliva, A., Vargas Vergara, M., Pérez González, A.B. & Pérez de Guzman, V. (2014). *Educación y Jóvenes en tiempos de cambio*. Editorial UNED. https://www.researchgate.net/publication/269571857_Educacion_y_Jovenes_en_tiempos_de_cambio

- Piña, J. A., Robles, S. & Rivera, B. M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 295-303.
- Planella, J. & Pié, A. (2012). *Militancia y diversidad funcional*. UOC.
- Porter, J. L., & Williams, L. M. (2011). Intimate Violence among Underrepresented Groups on a College Campus. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 3210-3224. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260510393011>
- Quiroga, F. (2001). La dimensión afectiva de la vida. *Cuadernos de anuarios filosóficos*, 143, 101- 150. <https://dadun.unav.edu/handle/10171/5862>
- Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil, 206, de 25 de julio de 1889. [https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/\(1\)/con](https://www.boe.es/eli/es/rd/1889/07/24/(1)/con)
- Requena, F., & Ayuso (2018). *Estrategias de investigación en las Ciencias Sociales*. Editorial Tirant lo Blanch.
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud pública de México*, 55(1). <https://scielosp.org/pdf/spm/2013.v55n1/57-66/es>
- Ramos, S. (2013). *Desafíos de la diferencia en la escuela. Guía de orientación para la inclusión de alumnos con necesidades educativas especiales en el aula ordinaria*. Escuelas católicas. <http://www2.escuelascaticas.es/pedagogico/Documents/auditivos%205.pdf>
- Ríos, P. (2006). Psicología. La aventura de conocernos, *Acción Pedagógica*, 18(12), 98-103. <https://docplayer.es/56918188-Psicologia-la-aventura-de-conocernos.html>
- Rodríguez Mayoral J.M.; López, F., Morentin R., & Arias B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, una propuesta de trabajo. *Siglo cero. Revista Española sobre discapacidad intelectual*, 37(1), 23-40. <https://sid.usal.es/articulos/discapacidad/8918/8-2-6/afectividad-y-sexualidad-en-personas-con-discapacidad-intelectual.aspx>
- Rodríguez-Rodríguez, B., Hernández-Nodarse, T., Santos-Fernández, D.Y., & Carrera-Morales, M. (2016). Caracterización de las familias con hijos sordos para el desarrollo de la orientación educativa. *Ra Ximhai*, 12(5), 27-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461/46147584002>
- Rodríguez, S., & Farré, J. M. (2004). Actitudes Sexuales: Estudio Piloto Integeneracional en un Medio Urbano. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 69, 61. <https://xdoc.mx/documents/n-112-cuadernos-de-medicina-psicosomatica-5c589c2bc4732>
- Rodríguez, S., & Ferrerira, M.A. (2010). Desde la discapacidad hacia la diversidad funcional un ejercicio de dis-normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 68(2), 289-309. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2008.05.22>
- Rodríguez Otero, L.M., & Facal Fondo, T. (2019). Diversidad sexual: imaginarios y actitudes en estudiantes de enseñanzas medias y superiores mexicanos. *OBETS. Revista de Ciencias Sociales*, 14(1), 183-205. <https://doi.org/10.14198/OBETS2019.14.1.06>

- Rodríguez, J. & Traverso Blanco, C. I. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26, 519-526. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.02.005>
- Rodrigo, M. J., Máiquez, M. L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. & Matín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16, 203-210. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1183>
- Rodríguez, J. M., Fernández, M. J. (2015). Diseño y validación de un instrumento de medida del clima en centros de educación secundaria. *Educación XX1*, 18(1), 71-98. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70632585003>
- Robles Garrote, P. & Rojas, M. D. C. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística Aplicada*, 18. https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf
- Romañach, J. & Lobato, M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. *Comunicación e Discapacidades*, 322-330. <http://centrodocumentaciondown.com/documentos/%20show/doc/1347/from>
- Romero, R., Cabero, J., Llorente, M. C & Vázquez Martínez, A. (2012). El método Delphi y la formación del profesorado en TIC. *Global*, 9(44), 81-93. <https://idus.us.es/handle/11441/24653>
- Rousseau, J. J. (1962). *The Emile of Jean Jacques Rousseau*. (1ª ed.). Teachers College Press.
- Rubio, E. (2014). *Lo que todo clínico debe saber de Sexología*. <https://nietoeditores.com.mx/producto/lo-que-todo-clinico-debe-saber-de-sexologia>
- Saéz, S. (2004). Reflexiones y propuestas de modificación acerca del hecho sexual humano. *Anuario de Sexología*, 8, 57-67. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4540556>
- Sánchez, L., Crespo, G., Aguilar, R., Bueno, F.J., Benavent, R., Valderrama, J.C. (2009). *Los adolescentes y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Guía para padres, ayudándoles a evitar riesgos*. <https://digital.csic.es/handle/10261/132633>
- Sánchez-Navarro, J., & Aranda, D. (2011). Internet como fuente de información para la vida cotidiana de los jóvenes españoles. *El profesional de la información*, 20(1), 32-37. <https://doi.org/10.3145/epi.2011.ene.04>
- Santos Dias de Abreu, F., Nunes Henrique Silva, D. & Zuchiwschi, J. (2015). Surdos e Homossexuais: A (Des) coberta de Trajetórias Silenciadas. *Trends in Psychology/ Temas em Psicologia*, 23(5), 607-620. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.3-07>
- Save The Children (2017). *Resumen trimestral que destaca los hallazgos más significativos de la investigación sobre el bienestar de los adolescentes durante los tres últimos meses*. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/DIGEST%2008-SPANISH%20FINAL>
- Schaefer, C., & DiGeronimo, T. (1997). *How to talk to teens about really important things* (1ª ed.). Editorial Jossey-Bass.
- Serapio Costa, A. (2006). Realidad psicosocial: La adolescencia actual y su temprano comienzo. En *Revista de estudios de juventud, Adolescencia y comportamiento de género* (11-23). INJUVE. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/injuve/injuve0071.pdf

- Serrano, A., Maldonado, A., Cañestro, A., Martín, A., Bautista, A., Velez, C., Collado, D., Leal, E., Marin, I., Olmedo, J.A., Gonzalez, J.A., Trillo, L.J., Parrado, M., Ortega, R., & Álvarez, R. (2012). *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad física usuarias de centros residenciales*. Consejería para la Igualdad y Bienestar social. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf
- Serrano, J. (2007). *Whipping girl: a transsexual woman on sexism and the scapegoating of femininity*. Seal Press.
- Sharon, L., Kosterina, E., Tangela, R., Madaline, B., Maroney, M., & Dangler, L. (2018). Voices of the Mind: Hegemonic Masculinity and Others in Mind during Young Men's Sexual Encounters. *Men and Masculinities*, 21(2), 254–275. <http://doi.org/10.1177/1097184X17695038>
- Simón Cayuela, P., Pastor Bravo, M.M. & Conesa Guillén, M.A. (2019). Calidad asistencial percibida y satisfacción de las personas sordas con la atención primaria de un Área de Salud de la Región de Murcia. *Enfermería Global*, 54 <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.2.344761>
- Singly, F. (2005). Las formas de terminar y de no terminar la juventud. *Revista de Estudios de Juventud* (INJUVE), 70(9), 111-121. <http://www.injuve.es/observatorio/economia-consumo-y-estilos-de-vida/no-71-autonomia-de-la-juventud-en-europa>
- Skliar, C. (1997). *La Educación de los Sordos* (1ª ed.). Editorial de la Universidad de Cuyo.
- Smith, C. E., Massey-Stokes, M., & Lieberth, A. (2012). Health Information Needs of D/Deaf Adolescent Females: A Call to Action. *American Annals of the Deaf*, 157(1), 41-55. <http://dx.doi.org/47.10.1353/aad.2012.1608>
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (2015). *Guía de atención al adolescente*. Junta de Andalucía, Consejería de Salud. <https://www.samfyc.es/pdf/GdTAdol/2015009.pdf>
- Soledad, M. (2015). Erotismo, Sexualidad y Cultura Islámica: Notas sobre lo impensado pensable. *Anaquel de Estudios Árabes*, 28, 181-208. <https://doi.org/10.5209/ANQE.55190>
- Sosman Selowski, V. (2010). Sexualidad adolescente, informada y responsable ligada a los afectos. *Revista Obstétrica Ginecológica*, 5, 133-138.
- Souto, S. (2007). Juventud, teoría e historia: la formación de un sujeto social y de un objeto de análisis. *Historia Actual Online*, 13, 171-192. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2479343>
- Spellun, A. H., Moreland, C. J., & Kushalnagar, P. (2019). Young Deaf Adults' Knowledge of Human Papillomavirus (HPV) and Perceived Risk of Vaccine in Preventing Cervical, Anal, Penile, and Oral Cancer. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 32(3), 293-299. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpag.2018.11.013>
- Steiner, V. & Perry, R. (1998). *La educación emocional*. Javier Vergara Editor.
- Sureda García I. (1998) Autoconcepto y Adolescencia. Una línea de intervención psicoeducativa. *Educació i Cultura*, 11, 157-170. http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/educacio/index/assoc/Educacio/_i_Cultu/ra_1998v/11p157.dir/Educacio_i_Cultura_1998v11p157

- Suter, S., & Mccracken, W. (2009). Sex and Relationships Education: Potential and Challenges Perceived by Teachers of the Deaf. *Deafness and Education International*, 11(4), 211–220. <https://doi.org/10.1002/dei.268>
- Swartz, D.B. (1992). A comparative study of sex knowledge among hearing and deaf college freshmen. Master thesis, Loyola College, Baltimore, MD.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. Al-lyn and Bacon.
- Tagliacarne, G. (1968). *Técnicas y práctica de las investigaciones de mercado*. Editorial Ariel.
- Tanaka, J.S. & Huba, G.J. (1985). A fit index for covariance structure models under arbitrary GLS estimation. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 197–201. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8317.1985.tb00834.x>
- Tavakol, M., & Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53–55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Thompson Reuters Aranzadi. Junta de Andalucía. *Guía Forma Joven: Una estrategia de Salud para adolescentes y Jóvenes de Andalucía*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Tejedor, F. J. (2018). Investigación educativa: la utilidad como criterio social de calidad. *Revista de Investigación Educativa*, 36(2), 315-330. <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.2.326311>
- Toboso, M. y Guzmán, F. (2010). Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales y otros lechos de Pro-custo. *Política y Sociedad*, 47(1), 67-83. <https://dx.doi.org/10.5209/POSO>
- Torres González, J. A. (2010). Pasado, presente y futuro de la atención a las necesidades educativas especiales: Hacia una educación inclusiva. *Perspectiva educacional*, 49(1), 62-89. <http://www.perspectivaeducacional.cl/index.php/peducacional/article/view/4>
- Torres, G. (2013). Identidades de género, sexualidad y ciudadanía: un análisis crítico del currículum de educación sexual integral. *Contextos Educativos, Revista de educación*, 16, 41-54. <https://publicaciones.unirioja.es/ojs/index.php/contextos/article/view/1289>
- Tratado Internacional de los derechos de la juventud, Convención iberoamericana de los derechos de los jóvenes. Protocolo adicional (2016). <https://oij.org/convencion-iberoamericana-de-derechos-de-los-jovenes-cidj/>
- Tzilos, G., Countryman, K., Khatibi, K., Riley, E., & Stephenson, R. (2020). Love My Body: Pilot Study to Understand Reproductive Health Vulnerabilities in Adolescent Girls. *Journal of Medical Internet Research* 22(3), 1–12. <https://doi.org/10.2196/16336>
- Ullman, S. E. (2010). *Talking about sexual assault: Society's response to survivors*. (1º ed.). Editorial American Psychological Association
- Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (2008). *Implante coclear bilateral en niños: efectividad, seguridad y costes. Situación en las comunidades autónomas*. <http://implantecoclear.org/documentos/implante/icbilateral>
- Unis, B.D., & Sällström, C. (2020). Adolescents' Conceptions Oflearning and Education about Sex and Relationships. *American Journal of Sexuality Education*, 15(1), 25–52. <https://doi.org/10.1080/15546128.2019.1617816>

- Unterhalter, E., North, A., Arnot, M., Lloyd, C., Moletsane, L., Murphy-Graham, E., Parkes, J. & Saito, M. (2014). Interventions to enhance girls' education and gender equality. *Education Rigorous Literature Review*. <http://eppi.ioe.ac.uk>
- Valencia, L.A. (2014). Breve historia de la discapacidad. De la opresión a la lucha por sus derechos. <https://www.rebellion.org/docs/192745>
- Van Dalen, B. D. & Meyer, W. J. (1981). *Manual de técnica de la investigación educacional*. Editorial Paidós.
- Vega, A., Aramendi, P., & Garín, S. (2012). Adolescentes y jóvenes: desde las conductas de riesgo a la inclusión social. *Abendua*, 52(12), 167-178. <https://doi.org/10.5569/1134-7147.52.11>
- Venegas (2011). El modelo actual de educación afectivo-sexual en España. El caso de Andalucía, *Revista Iberoamericana de Educación*, 55(3), 1-10. <https://doi.org/10.35362/rie5531592>
- Venegas, M. (2013). Sex and relationships education and gender equality: recent experiences from Andalusia (Spain). *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, 13(5), 573-584. <https://doi.org/10.1080/14681811.2013.778823>
- Vera-Gamboa, L. (1998). Historia de la sexualidad. *Revista Biomed*, 9,116-121. <http://www.cirbiomedicas.uady.mx/revbiomed/pdf/rb98927.pdf>
- Villalba, A. (2010). *Implicaciones de la sordera: repercusiones en el desarrollo lingüístico, cognitivo, afectivo y social. Manual Básico de Formación Especializada sobre Discapacidad Auditiva* (Confederación Española de Padres y Amigos de los Sordos (FIAPAS). https://www.researchgate.net/publication/261704125_Dificultades_del_desarrollo_asociadas_a_deficit_auditivo_y_actuaciones_preventivas
- Villa Sepúlveda, M.E. (2011). Del concepto de juventud al de juventudes y al de lo juvenil. *Revista Educación y Pedagogía*, 23(60). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4157845>
- Wesley G. J., Rocque, M., Hahn Fox, B., Piquero, A. R., & Farrington, D.P. (2016). Can they recover? An assessment of adult adjustment problems among males in the abstainer, recovery, life-course persistent, and adolescence-limited pathways followed up to age 56 in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Development and Psychopathology*, 28, 537–549. <https://10.1017/S0954579415000486>
- Wilson, F. R., Pan, W., & Schumsky, D.A. (2012). Recalculation of the critical values for lawshe's content validity ratio. *Measurement an evaluation in counseling and development*, 45(3), 197-210. <https://doi.org/10.1177/0748175612440286>
- Wood, D.W., Griffiths, A. & Howarth, I. (1986). *Teaching and talking with deaf children*. (1ª ed.). Editorial Wiley.
- Yu, B., Chen, J., Jin, Y., Zhang, W., Feng, Y., & Zhao, X. (2017). The knowledge and skills related to sexual abuse prevention among Chinese children with hearing loss in Beijing. *Disability and Health Journal*, 10, 344-349. <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2016.12.014>

ANEXOS



CONTENIDO DEL CAPÍTULO ANEXOS

ANEXO I. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SEXUAL SOCIO-EDUCATIVA EN ESPAÑA Y PAÍSES INTERNACIONALES

ANEXO II. DATOS SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA

ANEXO III. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. MUESTRA SUJETOS D.A.

ANEXO IV. PRIMERA REVISIÓN DE INSTRUMENTOS

ANEXO V. PLANTILLA PRIMER COMITÉ DE EXPERTOS PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

ANEXO VI. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

ANEXO VII. CUESTIONARIO ONLINE DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

ANEXO VIII. PLANTILLA SEGUNDO COMITÉ DE EXPERTOS (LSE) PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

ANEXO I.

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN SEXUAL SOCIO- EDUCATIVA EN ESPAÑA Y PAÍSES INTERNACIONALES

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

PROGRAMA	AUTOR (EDICIÓN), AÑO, CIUDAD	OBJETIVOS
ESPAÑA		
Harimaguada	1994, editado por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias	Favorecer el desarrollo y la aceptación positiva de la propia identidad sexual, eliminando elementos discriminatorios de género
Educación Sexual, Género y Constructivismo	1999, Barragán, Junta de Andalucía, Consejería de Educación y Ciencia y el Instituto Andaluz de la Mujer	Inclusión de la Educación Afectivo y Sexual, desde una perspectiva no sexista en los Proyectos de Centro
Agarimos. Programa Coeducativo de Desarrollo Psicoafectivo y Sexual	2004, Lameiras Fernández, M., Rodríguez Castro, Y., Ojea Rúa, M. y, Dopereiro Rodríguez, M.	Desarrollo psicoafectivo y sexual de estudiantes con edades comprendidas entre 12 y 16 años, con la finalidad de que los tutores puedan desarrollarlo dentro de los programas de acción tutorial

CONTENIDOS	METODOLOGÍA	COMENTARIOS
<p>Desarrollo sexual, fecundación, embarazo, parto, anticoncepción, aborto, I.T.S., SIDA, seres sexuados, relaciones interpersonales con la familia, grupo de iguales, orientación del deseo, sentimientos, conductas sexuales, respuesta sexual humana, disfunciones sexuales, comercialización del sexo, violencia sexual, sexismo, ocio y tiempo libre</p>	<p>Programa sistemáticamente diseñado y elaborado, compuesto por tres fases principales:-Fase preactiva-Fase activa-Fase evaluativa</p>	<p>Se trata de uno de los programas interdisciplinares más relevantes en la historia de la Educación Sexual de España</p>
<p>La Guía está compuesta por cuatro volúmenes:-conceptos de Educación Sexual, Sexualidad y Género así como sus relaciones, incluyendo cuales son los procesos básicos de discriminación-características básicas de la adolescencia tanto en lo referente a cómo se construye el conocimiento sexual como al desarrollo sexual en esta etapa de la vida humana.- perspectiva de género: Sexualidad, cultura y género; el V.I.H (Virus Inmunodeficiencia Humana), el género, la agresión y sus consecuencias sociales -conjunto de talleres</p>	<p>Diagnóstico de los intereses, elección del tema, y programación: objetivos, estrategias, medios y materiales, función del profesorado y evaluación</p>	<p>Ha recibido el Premio Nacional Emilia Pardo Bazán de Material Didáctico no SexistaSe incluyen materiales complementarios de apoyo tanto para el profesorado como para el alumnado así como instrumentos de evaluación y bibliografía comentada para su consulta</p>
<p>El contenido de la guía está dividido en dos bloques: -contenido para adolescentes -contenido padres y madres autoconcepto, la autoestima, las habilidades sociales y las relaciones socioafectivas y sexuales. A través de la práctica, el programa promueve mediante las actividades diseñadas, el desarrollo de hábitos saludables, habilidades sociales y la prevención de problemas psicológicos, como los trastornos de la conducta alimentaria y conductas adictivas, así como las prácticas sexuales de riesgo</p>	<p>Abordar el desarrollo psicoafectivo y sexual de estudiantes de edades comprendidas entre 12 y 16 años</p>	<p>Está pensado para que los tutores puedan desarrollarlo dentro de los programas de acción tutorial. Integra los contenidos relativos a las esferas socioafectiva y sexual de los jóvenes</p>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

PROGRAMA	AUTOR (EDICIÓN), AÑO, CIUDAD	OBJETIVOS
ESPAÑA		
SEXPRESAN. Multimedia para la Educación Afectiva-Sexual	2009, Colectivo Harimaguada (Canarias).	Que el alumnado asuma positivamente como ser sexuado, viva su sexualidad de manera placentera y saludable y establezca relaciones interpersonales gratificantes y no discriminatorias
Educación Afectivo-sexual en la ESO "Ni ogros ni princesas"	2008-2009, editado por la Consejería Salud y Servicios Sanitarios, el Instituto Asturiano de la mujer y la Consejería de Educación y Ciencia	Fomentar la autoestima y la autonomía en la libertad de elección bajo el conocimiento, en igualdad de hombres y mujeres y respetando las orientaciones sexuales.
Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)	2009-2010, Comunidad Valenciana	General la educación en valores y que promocionen una vivencia positiva de la propia sexualidad y unos comportamientos sexuales acordes con las opciones más saludables
Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES)	2017, Comunidad Valenciana	Inculcar acciones preventivas a través de la promoción de una sexualidad placentera, igualitaria, diversa y respetuosa
Programa Forma Joven	2008, Junta de Andalucía	Acercar las actividades de promoción de la salud y de prevención de los riesgos asociados a la salud, a los entornos donde conviven jóvenes y adolescentes y otorgarles, además, un papel activo y central en dichas actividades

CONTENIDOS	METODOLOGÍA	COMENTARIOS
CD didáctico con varias actividades interactivas como: animaciones, videoclips, puzzles, tests, completar frases, resolver problemas, sobre temáticas como la Iniciación Sexual, la Violencia de Género, la Orientación Sexual y los métodos anticonceptivos	Diagnóstico de los intereses, elección del tema, secuenciar los contenidos didácticamente, desarrollarlos abiertamente, reformular nuevas propuestas de trabajo	En el mismo, también se incorporan folletos con fines informativos, un diccionario digital sobre sexualidad, vídeos didácticos y animaciones, selección de enlaces para profesores y alumnos, guía didáctica, etc.
Actividades dirigidas al profesor, al alumno y a la familia	Activa y participativa. Los cuatro bloques comienzan con sesiones de dinámicas de grupo para trabajar la autoestima	Programa dirigido para jóvenes desde 1º hasta 4º de la E.S.O.
El PIES consta de tres talleres de dos horas cada uno: Taller 1: Somos seres sexuados Taller 2: Exploro, reconozco y significo Taller 3: Valoro el riesgo y decido	Unidades Didácticas, desarrolladas en el aula a través de cuatro talleres impartidos allí mismo por personal sanitario formado en Educación Sexual, en coordinación con el gabinete de psicopedagogía o el profesorado responsable del PIES en el centro	Programa para intervenir en las aulas con diferentes profesionales sanitarios
Unidad Competencial 1. Somos seres sexuados. La sexualidad como experiencia vivencial Unidad Competencial 2. Exploro, reconozco y significo mi cuerpo Unidad Competencial 3. Los comportamientos sexuales. Valoración del riesgo y decisión	Metodología participativa basada en el aprendizaje colectivo, producido al compartir ideas, vivencias y experiencias individuales en el grupo	Un total de 389 de centros docentes de la Comunidad se ha implementado este programa
Actividades divididas en cuatro bloques temáticos: -Estilos de vida -Sexualidad y relaciones afectivas -Convivencia -Salud mental	Actividades individuales y grupales sobre los temas más importantes relativos a la salud de la juventud	Se da protagonismo a la propia población joven con la que se interviene

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

PROGRAMA	AUTOR (EDICIÓN), AÑO, CIUDAD	OBJETIVOS
ESPAÑA		
Coeducación y relaciones igualitarias y saludables	2015-16, Servicio de la Mujer. Área de Igualdad, Juventud y Relaciones con la Comunidad Universitaria. Dirección General de Igualdad y Cooperación. Excmo. Ayuntamiento de Sevilla	Promover la educación para la igualdad de género, prevenir y sensibilizar frente a cualquier manifestación de la violencia de género a la comunidad educativa de la ciudad de Sevilla
Sexualidades. Una propuesta para la Educación Secundaria Obligatoria	2018. Álvarez Iglesias et al.	Contribuir a la educación sexual de la adolescencia asturiana

PROGRAMA	AUTOR/ORGANISMO, AÑO, CIUDAD	OBJETIVOS	PAÍSES INTER
Long Live Love Program (LLL)	(s.f.) Países Bajos	Creencias y las actitudes sobre la infección por el VIH en general y aumentar la confianza de los jóvenes en el tratamiento	
Educación Sexual. Estrategia en Sexualidad,	2018, Chile. Ministerio de Educación Ministerio de Salud Ministerio	Construir una red intersectorial integrada que permita el desarrollo de estrategias territoriales orientadas a la	
Guía sobre salud sexual y reproductiva y diseño de proyectos para organizaciones sociales	2017, Argentina. Fundación Huésped	Favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes	

	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	COMENTARIOS
	Programa de coeducación para el alumnado Programa de relaciones igualitarias y saludables	Material didáctico y cuadernillos de trabajo	Dirigido para alumnos de Infantil, Primaria, Secundaria y Bachillerato
			Dirigido a alumnos de educación secundaria obligatoria

NACIONALES	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	COMENTARIOS
	Pubertad, enamoramiento, relaciones, homosexualidad, lo que quieres, trazar la línea y la asertividad, internet, la primera vez, problemas con el sexo, obtener ayuda, sexo seguro, condones y anticoncepción.	6 lecciones de 50 minutos. Intervenciones teóricas con visualización de videos y definición de conceptos de forma expositiva e ilustrativa	Para diseñar este programa se ha tenido en cuenta a jóvenes con diversos antecedentes culturales, diferencias en valores y principios con respecto a la sexualidad, diversidad en la forma en que los jóvenes comienzan relaciones, diferencias entre niños y niñas y jóvenes de diferentes regiones
	Orientaciones para elaborar programas de Educación en Sexualidad; conocimiento de sí mismo y autocuidado, embarazo adolescente, VIH-ITS, Diversidad Sexual,	Metodologías que fomenta la creación de espacios de reflexión y de	Contribuye a la formación y desarrollo integral de los y las estudiantes, incluyendo
	Adolescentes y jóvenes Derechos sexuales y reproductivos Promoción de la salud Salud sexual y reproductiva Diseño de proyectos	Desarrollos conceptuales y propuestas de actividades para trabajar sobre los diferentes conceptos de cada temática	Guía de utilidad para cualquier persona que tenga interés en favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

PROGRAMA	AUTOR/ORGANISMO, AÑO, CIUDAD	OBJETIVOS	PAÍSES INTER
Be Proud! Be Responsible! HIV-education and skill- training program for AfricanAmerican n adolescent 13–18 years	(s.f.) Sweet Jemmott, L; Jemmott III, J.B; McCaffree, K.A. (University of Pennsylvania)	Proporcionar a los adolescentes el conocimiento, la motivación y las habilidades para cambiar sus conductas de manera que se reduzca su riesgo de contraer el VIH, evitar los embarazos no deseados y otras enfermedades de transmisión sexual	
Focus on Youth: An HIV Prevention Program for African-American Youth 9-15 years	2009, Advancing health equity,ETR	Prevenir el SIDA en afroamericanos de bajos ingresos	
Promoting Sexual Health 18-24 years	2011, Charles,V. Kirby, D. Lepore, G. MEd, Walker, J. Coyle, K.K.	Mejorar la calidad de la experiencia sexual Reducir los embarazos no deseados Reducir la transmisión de ITS/VIH	
¡Making proud choices!	(s.f.). Sweet Jemmott, L.; Jemmott J.B.; McCaffree K.A.; Wilson, P.M.	Capacitar a los adolescentes para que cambien su comportamiento de manera que reduzcan el riesgo de un embarazo no planificado o de infectarse con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Específicamente, este plan de estudios enfatiza que los adolescentes pueden reducir su riesgo de contraer ETS, VIH y embarazo usando un condón, si deciden tener relaciones sexuales	
Health promotion	2020, Advancing health equity,ETR	Mejorar la salud y aumentar las oportunidades para los jóvenes, las familias y las comunidades.	

Fuente: elaboración propia a partir de la revisión de programas de educación afectivo sexual publicados

NACIONALES	CONTENIDOS	METODOLOGÍA	COMENTARIOS
	-Introducción al VIH y el SIDA; Construir el conocimiento sobre el VIH; Comprender la vulnerabilidad a la infección por VIH; Actitudes y creencias sobre el VIH, el SIDA y las relaciones sexuales seguras; Construir habilidades de uso del condón; Desarrollo de habilidades de negociación y de rechazo	Seis horas de contenido divididas en seis módulos de 50 minutos en las que se realizan actividades interactivas (20 minutos) mediante videos educativos, películas, juegos de rol, demostraciones de preservativos y otros ejercicios	Puede aplicarse en diversos entornos comunitarios, incluidas las escuelas y los organismos que prestan servicios a los jóvenes
	Toma de decisiones, valores, cómo acceder a la información, comunicación, negociación, metas para el futuro, embarazo adolescente, abstinencia, anticonceptivos, ETS, VIH, alcohol y otras drogas, y hechos sobre un estilo de vida sexual saludable	Ocho sesiones curriculares para trabajar en grupos reducidos de 6-10 jóvenes, actividades interactivas cultural y lingüísticamente apropiadas, como juegos, juegos de roles, debates y proyectos comunitarios	Proporciona información actualizada y más herramientas para facilitar la implementación y aumentar la relevancia del programa para los jóvenes afroamericanos entre las edades de 12 y 15 años que están en riesgo de infección por VIH.
	Información sobre los embarazos no deseados, riesgos sexuales en la transmisión ITS/ VIH y experiencias sexuales	Ocho horas de actividades divididas en cuatro sesiones. Las actividades incluyen discusiones en grupo, lluvia de ideas, juegos, trabajo en pequeños grupos, demostraciones y juegos de rol	Además de prevenir los embarazos no deseados y las ITS/ VIH, añade contenidos para mejorar la experiencia sexual
	Teorías cognitivo-conductuales, grupos de discusión y experiencias similares	9 módulos para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH y embarazo al abstenerse de tener relaciones sexuales o usar preservativo si eligen tener relaciones sexuales	Se trata de una guía que también tiene una adaptación de 10 módulos para los jóvenes que están fuera del hogar (instalaciones de vivienda independiente y de transición y los entornos de justicia de menores). Puede implementarse en grupos pequeños y grandes
	Sexualidad y salud sexual Nutrición y actividades físicas Obesidad Educación saludable Sustancias adictivas Violencia y bullying Bienestar y salud mental	Información muy extensa sobre diversos temas relacionados con la adolescencia y la juventud. Incluye actividades con test para resolver	Guía muy completa con versión en inglés y en español

ANEXO II.

DATOS SOBRE DISCAPACIDAD AUDITIVA

**NUMERO DE PERSONAS VALORADAS EN
LOS CENTROS DE VALORACION Y ORIENTACION DE ANDALUCIA
CON UN GRADO DE DISCAPACIDAD IGUAL O SUPERIOR AL 65%
DEFICIENCIA AUDITIVA GRAVE, MUY GRAVE Y SORDERA**

En el segmento de edad entre 12 y 30 años.

(Datos desagregados por provincia y sexo a fecha 31 de diciembre de 2017)

Provincia	Hombre	Mujer	Total	%POBL.	‰ POBL.
ALMERIA	27	20	47	0,01%	0,0665‰
CADIZ	51	28	79	0,01%	0,0637‰
CORDOBA	23	26	49	0,01%	0,0622‰
GRANADA	36	24	60	0,01%	0,0657‰
HUELVA	20	15	35	0,01%	0,0674‰
JAEN	41	19	60	0,01%	0,0932‰
MALAGA	64	55	119	0,01%	0,0730‰
SEVILLA	61	61	122	0,01%	0,0629‰
ANDALUCIA	323	248	571	0,01%	0,0681‰
%POBL/sex	0,01%	0,01%			
‰ POBL/sex	0,0781‰	0,0584‰			

Discapacidades incluidas en el informe:

HIPOACUSIA SEVERA
HIPOACUSIA PROFUNDA
SORDERA
SORDOMUDEZ

Revisión del Padrón Municipal. Fuente: INE
Población de Andalucía a 1 de enero de 2017 por provincia de residencia y sexo

Provincias	Hombres	Mujeres	Total
Almería	359.676	346.996	706.672
Cádiz	612.191	627.244	1.239.435
Córdoba	386.736	401.483	788.219
Granada	449.821	463.117	912.938
Huelva	257.613	261.317	518.930
Jaén	318.430	325.054	643.484
Málaga	800.551	830.064	1.630.615
Sevilla	948.817	990.710	1.939.527
Total Andalucía	4.133.835	4.245.985	8.379.820

ANEXO III.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS. MUESTRA SUJETOS D.A.

(N=131)

	GÉNERO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	65	49.6	66	50.4	131	100.0
POBLACIÓN						
Almería	8	12.3	7	10.6	15	11.5
Granada	15	23.1	16	24.2	31	23.7
Cádiz	8	12.3	8	12.1	16	12.2
Córdoba	4	6.2	2	3.0	6	4.6
Huelva	3	4.6	7	10.6	10	7.6
Jaén	4	6.2	4	6.1	8	6.1
Málaga	15	23.1	16	24.2	31	23.7
Sevilla	8	12.3	6	9.1	14	10.7
PÉRDIDA AUDITIVA						
Menor 33%	7	10.8	5	7.6	12	9.2
Igual 33%	3	4.6	4	6.1	7	5.3
Más de 33%	55	84.6	57	86.4	112	85.5
CAUSA PÉRDIDA AUDITIVA						
Genética	38	58.5	34	51.5	72	55.0
Congénita	22	33.8	21	31.8	43	32.8
Adquirida	5	7.7	10	15.2	15	11.5
Otro	0	0	1	1.5	1	.8
NIVELES PÉRDIDA AUDITIVA						
Leve (20-40 db)	3	4.6	4	6.1	7	5.3
Moderada (40-70db)	9	13.8	12	18.2	21	16.0
Severa (70-90db)	11	16.9	18	27.3	29	22.1
Profunda (+90-100db)	42	64.6	32	48.5	74	56.5
SITUACIÓN LABORAL						
Activo/a	8	12.3	12	18.2	20	15.3
Desempleado/a	8	12.3	2	3.0	10	7.6
Estudiante	45	69.2	47	71.2	92	70.2
Activo y estudiante	4	6.2	5	7.6	9	6.9

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

	GÉNERO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	65	49.6	66	50.4	131	100.0
RELIGIÓN						
Católica	32	49.2	28	42.4	60	45.8
Evangelista	2	3.1	1	1.5	3	2.3
Ninguna	28	43.1	34	51.5	62	47.3
Judía	0	0	0	0	0	0
Otra	3	4.6	3	4.5	6	4.6
IDENTIFICACION						
Heterosexual	53	81.5	57	86.4	110	84.0
Homosexual	6	9.2	0	0	6	4.6
Bisexual	5	7.7	7	10.6	12	9.2
Otro	1	1.5	1	1.5	2	1.5
PAREJA ESTABLE						
Si	22	33.8	31	47.0	53	40.5
No	43	66.2	35	53.0	78	59.5
RELACIONES SEXUALES						
Si	42	64.6	33	57.9	84	64.1
No	23	35.4	24	42.1	47	35.9
RECUERDO PRIMERA VEZ						
Satisfactoria	8	12.7	7	10.6	15	11.5
Agradable	8	12.3	26	39.4	52	39.7
Desagradable	5	7.7	12	18.2	17	13.0
No ha tenido	19	29.2	19	28.8	38	29.0
No lo recuerdo	7	10.8	2	3.0	9	6.9
PASTILLA DEL DÍA DESPUÉS						
No, nunca	57	87.7	55	83.3	112	85.5
Si, 1 vez	6	9.2	7	10.6	13	9.9
Si, 2 veces	1	1.5	2	3.0	3	2.3
Si, 3 o más veces	1	1.5	2	3.0	3	2.3

	GÉNERO					
	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
	65	49.6	66	50.4	131	100.0
MOTIVO PRIMERA VEZ						
Se presentó la oportunidad	20	30.8	12	18.2	30	24.4
Estaba bajo la influencia del alcohol	2	3.1	1	1.5	3	2.3
Existía una relación afectiva importante con mi pareja	9	13.8	21	31.8	30	22.9
Tenía interés en saber qué se sentía	13	20.0	8	12.1	21	16.0
Mis amigos/as ya lo habían experimentado	1	1.5	2	3.0	3	2.3
No he tenido aun relaciones sexuales	19	29.2	19	28.8	38	29.0
Otros motivos	1	1.5	3	4.5	4	3.1
NIVEL INFORMACIÓN SEXUAL						
Malo	3	4.6	2	3.0	5	3.8
Regular	17	26.2	18	27.3	35	26.7
Bueno	32	49.2	36	54.5	68	51.9
Muy bueno	13	20.0	10	15.2	23	17.6
MOTIVO PARA NO USAR PRESERVATIVO						
No encuentro ninguna dificultad para su uso	22	33.8	33	50.0	55	42.0
El precio	8	12.3	5	7.6	13	9.9
Menor sensibilidad	23	35.4	19	28.8	42	32.1
Me daría vergüenza usarlos	1	1.6	0	0	1	1.6
Me daría vergüenza comprarlos	0	0	7	10.6	14	10.7
Si los llevas contigo pueden pensar que buscas rollo	3	4.6	0	0	3	2.3
Otro motivo	1	1.5	2	3.0	3	2.3

ANEXO IV.

PRIMERA REVISIÓN DE INSTRUMENTOS

INSTRUMENTOS	AUTOR/ES	AÑO
Escala de Apego a Iguales	Armsden & Greenberg	1987
Youth Self Report	Achenbac	1991
Escala para la Evaluación de la Satisfacción Vital	Huebner	1991
Escala Autoconcepto Forma A (AFA)	Musitu, García & Gutiérrez	1991
Cuestionario de conducta antisocial (CCA)	Martorell & R. González	1992
Escala autoconcepto (AC)	Martorell	1993
SOS (Sexual Opinion Survey)	Carpintero & Fuertes	1994
Attachment Style Questionnaire(ASQ)	Feeney, Noller & Hanrahan	1994
Cuestionario de Percepción de riesgo VIH	García Blanco	1994
Cuestionario de conductas antisociales-delictivas (A-D)	Seisdedos	1995
Escala para la Evaluación de la Planificación y Toma de Decisiones	Darden & Gazda	1996
Escala de Autoeficacia Generalizada	Baessler & Schwarzer	1996
Cuestionario de Conocimientos sobre Riesgos Sexuales	Bayés, Pastells & Tuldrá	1996
Escala de Satisfacción Corporal (SCP)	Gismero	1996
SCALA Sexual Assertiveness Scale (SAS)	Morokoff	1997
Cuestionario de Autocontrol Infantil y adolescente (CACIA)	Capafóns Bonet & Moreno	1998
Cuestionario sobre comunicación parental	Wingood & Di Clemente	1998
Escala sobre locus de control de salud adaptada para el SIDA	Bermúdez, Sánchez & Buela-Casal	2000
Escala para la Evaluación del Optimismo	Bar-On & Parker	2000
Escala para la Evaluación de la Tolerancia a la Frustración	Bar-On & Parker	2000
Cuestionario sobre comunicación con amigos	Bermúdez, Sánchez & Buela-Casal	2000
Escala sobre percepciones de normas del grupo de iguales	Bermúdez, Sánchez & Buela-Casal	2000
Cuestionario sobre comunicación con amigos	Bermúdez, Sánchez & Buela-Casal	2000
Escala sobre percepciones de normas del grupo de iguales	Bermúdez, Sánchez & Buela-Casal	2000

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

INSTRUMENTOS	AUTOR/ES	AÑO
Escala para la Evaluación de las Habilidades Sociales	Gismero	2002
Cuestionario de Prevención del Sida-CPS	Ballester, Gil, Guirado & Bravo	2004
Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones TMMS-24	Fernández-Berrocal, Extremera & Ramos	2004
Cuestionario de Identificación de Mitos (CIM)	Castro, Sueiro, López & Cortegoso	2004
Cuestionario sobre el SIDA (CSUCA-2)	Lameiras, Rodríguez, Calado & González	2004
Cuestionario de sexualidad en la adolescencia (14-17)	Rodríguez & Farré	2004
Actitudes hacia los métodos de control de natalidad	Sueiro, Diéguez, Chas & Diz	2004
Doble Moral Sexual (Sexual Double Standard Scale)	Cuadrado, Recio & Ramos	2005
Cuestionario de valoración del comportamiento sexual	Gomez-Zapiain	2005
Escala VIH/SIDA-66	Bermúdez, De los Santos-Roig & Buela-Casal	2006
Escala de Empatía	Jolliffe & Farrington	2006
Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes	Piña, Robles y Rivera	2007
Cuestionario de relaciones entre sexos (CRS)	Martínez Benlloch	2008
Inventory on Parent and Peer Attachment (IPPA)	Armsden & Greenberg	2009
Batería de instrumentos de evaluación en educación sexual: -Cuestionario de conocimientos y actitudes sexuales (CAS) -Cuestionario de métodos anticonceptivos (ANTI) - Cuestionario de sexualidad y salud (SYS)	Claramunt & Moreno-Rosset	2009
Batería explotaría de adicción al Cibersexo (BEAC) -Cuestionario de adicción a internet -Cuestionario internet sex addiction test" (Delmonico, 1997)	Young, Ballester, Gil & Gómez	2010
Escala de actitudes hacia la diversidad sexual	Herek, Kevin & McLemore	2011
Cuestionario de personalidad IPIP-FFM	Gross, Salazar-Jaime, Piccolo, & Cupani,	2012

ANEXO V.

PLANTILLA PRIMER COMITÉ DE EXPERTOS PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

Estimado experto:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar su colaboración como experto/a para validar los cuestionarios CUCNO-DA (Conocimientos Afectivo-Sexuales) y CAPSEXAS-DA (Actitudes y Prácticas Afectivo-Sexuales). Agradecemos su participación como juez en esta consulta que forma parte de la tesis doctoral sobre los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

Los objetivos que persigue el presente juicio de expertos son:

- Valorar la claridad, coherencia y relevancia de los ítems, para caracterizar si son aptos para evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.
- Identificar áreas de mejora, así como aspectos por añadir o eliminar en cada cuestionario propuesto.

Por favor, valora los indicadores y aspectos de cada dimensión según los siguientes criterios:

- *CLARIDAD*: La redacción del ítem es clara y su significado se comprende sin ambigüedad. Su semántica y sintáctica son adecuadas.
- *COHERENCIA*: El ítem es adecuado para el objetivo del estudio. Tiene relación lógica con el cuestionario indicado.
- *RELEVANCIA*: Grado de importancia del ítem para el cuestionario.

Le rogamos que señale en cada casilla el grado que le parezca que cumple cada uno de los ítems expuestos según su juicio experto, de acuerdo a la siguiente escala:

1: Deficiente 2: Aceptable 3: Bueno 4: Excelente

En el campo de observaciones indique si considera necesaria alguna modificación o hace falta integrar algún aspecto.

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

CONOCIMIENTOS AFECTIVO-SEXUALES

Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito.

Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.

Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados.

Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales.

La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.

La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.).

Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de E.T.S./I.T.S.

Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.

Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.

Abrazar, tocar o besar a una persona con VIH es muy peligroso porque puedes contagiarte también.

Las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.

Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España.

Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.

Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.

Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.

OBSERVACIONES:

ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES

Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.

Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.

Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.

Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.

Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.

Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".

Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.

Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.

Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.

Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.

Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.

Creo que las personas LGBT tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.

Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún comportamiento afectivo.

Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de trasmisión sexual.

Me resulta incómodo hablar de temas LGTB

En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.

Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.

He enviado fotos/videos a través del móvil en posturas sexys y provocativas.

OBSERVACIONES:



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

ANEXO VI.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUCONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

Este cuestionario forma parte de una tesis doctoral. El objetivo es identificar los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales.

Por favor, te pedimos que contestes con toda libertad y sinceridad. El cuestionario es totalmente anónimo y tus respuestas son totalmente confidenciales. Los datos serán utilizados con fines científicos-educativos y no lucrativos.

Muchas gracias

Género	<input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer
¿Cómo te identificas?	<input type="checkbox"/> Heterosexual	<input type="checkbox"/> Homosexual
	<input type="checkbox"/> Bisexual	<input type="checkbox"/> Intersexual
	<input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?	
Edad		
Grado pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Menor al 33%	<input type="checkbox"/> Igual o superior al 33%
Tipo pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Prelocutiva	<input type="checkbox"/> Poslocutiva

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Causa pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Genética/hereditaria <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita
Niveles pérdida auditiva	<input type="checkbox"/> Hipoacusia leve (20-40 dB.) <input type="checkbox"/> Hipoacusia moderada (40-70 dB.) <input type="checkbox"/> Hipoacusia severa (70-90 dB.) <input type="checkbox"/> Profunda (+ 90-100 dB.)
¿Utilizas la LSE para comunicarte?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Situación laboral	<input type="checkbox"/> Activo (solo trabajo) <input type="checkbox"/> Desempleado (ni estudio ni trabajo) <input type="checkbox"/> Estudio (solo estudio) <input type="checkbox"/> Estudio y trabajo
¿Tienes pareja estable actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no tienes pareja estable actual, ¿Tienes ligue o rollo actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Has tenido relaciones sexuales completas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual completa?	
¿Recuerdas cómo fue esa primera vez?	<input type="checkbox"/> Satisfactoria <input type="checkbox"/> Agradable <input type="checkbox"/> Desagradable <input type="checkbox"/> No lo recuerdo <input type="checkbox"/> No he tenido relaciones sexuales todavía
¿Cuál fue el motivo de iniciar tu primera relación sexual?	<input type="checkbox"/> Se presentó la oportunidad <input type="checkbox"/> Estaba bajo los efectos de alcohol <input type="checkbox"/> Existía una relación afectiva importante con mi pareja <input type="checkbox"/> Tenía interés en saber qué se sentía <input type="checkbox"/> Mis amigos ya lo habían experimentado <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?
¿De cuál de los siguientes temas te gustaría saber más?	<input type="checkbox"/> Sexualidad en general <input type="checkbox"/> Enfermedades/ Infecciones de Transmisión Sexual (E.T.S.) <input type="checkbox"/> Diversidad sexual <input type="checkbox"/> Métodos anticonceptivos <input type="checkbox"/> Relaciones amorosas y/o pareja <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?

<p>¿Has recibido en alguna ocasión información sobre alguno de los siguientes temas?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sexualidad en general</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedades/ Infecciones de Transmisión Sexual (E.T.S.)</p> <p><input type="checkbox"/> Diversidad sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Métodos anticonceptivos</p> <p><input type="checkbox"/> Relaciones amorosas y/o pareja</p>
<p>¿De quién o cómo has obtenido más información?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nunca he tenido información sobre sexualidad</p> <p><input type="checkbox"/> Amistades</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos</p> <p><input type="checkbox"/> Centro educativo</p> <p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Libros</p> <p><input type="checkbox"/> Padres</p> <p><input type="checkbox"/> Televisión</p> <p><input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál?</p>
<p>Piensas que tu nivel de conocimientos sobre sexualidad es:</p>	<p><input type="checkbox"/> Malo</p> <p><input type="checkbox"/> Regular</p> <p><input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Muy bueno</p>
<p>En caso de necesidad o curiosidad, si quieres información sobre sexualidad, ¿Cómo te informarías?</p>	<p><input type="checkbox"/> Internet</p> <p><input type="checkbox"/> Consulta médica</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Familia</p> <p><input type="checkbox"/> Otro medio, ¿Cuál?</p>
<p>¿Cuál es el último método anticonceptivo que has usado como método de protección?</p>	<p><input type="checkbox"/> Inyectables</p> <p><input type="checkbox"/> “Marcha atrás”</p> <p><input type="checkbox"/> Parches</p> <p><input type="checkbox"/> Pastilla anticonceptiva</p> <p><input type="checkbox"/> Preservativo masculino</p> <p><input type="checkbox"/> Preservativo femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Dispositivo intrauterino (DIU)</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca he utilizado métodos Anticonceptivos</p>
<p>¿Alguna vez tú o tu pareja habéis tenido que utilizar la pastilla del día después?</p>	<p><input type="checkbox"/> No, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, 1 vez</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, 2 veces</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, 3 o más veces</p>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES
EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

Cuál es la principal dificultad que encuentras o encontrarías para usar el preservativo?	<input type="checkbox"/> No encuentro ninguna dificultad
	<input type="checkbox"/> El precio
	<input type="checkbox"/> Menos sensibilidad o disfrute con la pareja sexual
	<input type="checkbox"/> Me daría vergüenza usarlos
	<input type="checkbox"/> Si los llevas encima pueden pensar que buscas "rollo"
	<input type="checkbox"/> Me daría vergüenza comprarlos

INDICA VERDADERO (V) , FALSO (F) O NO SABE, NO CONTESTA (NS)

La pastilla del día después, una vez tomada, te protege de las siguientes relaciones sexuales que tengas durante todo ese ciclo menstrual	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
La pastilla anticonceptiva protege a la mujer del contagio de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Si no utilizas preservativo en el coito anal es peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Una vez que se ha detectado la Enfermedad o Infección de Transmisión Sexual y se empieza a tratar, ya no hay peligro de volver a contagiarte	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Las personas LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Las personas LGTB pueden adoptar hijos en España	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Los niños que son educados por padres y madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>
Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene	V <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	NS <input type="checkbox"/>

1= TOTALMENTE EN DESACUERDO; 2= EN DESACUERDO; 3= DE ACUERDO; 4= MUY DE ACUERDO

Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia	1	2	3	4
Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos	1	2	3	4
Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase	1	2	3	4
Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse otener algún comportamiento afectivo	1	2	3	4
Me resulta incómodo hablar de temas LGTB	1	2	3	4

1= NUNCA ; 2= CASI NUNCA ; 3= CASI SIEMPRE ; 4= SIEMPRE

Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico	1	2	3	4
Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales	1	2	3	4
Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil"	1	2	3	4
Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja	1	2	3	4
Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva	1	2	3	4
Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer	1	2	3	4
Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual	1	2	3	4
En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo	1	2	3	4
Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido	1	2	3	4
He enviado fotos/videos en posturas sexys o insinuantes mediante mensajes a través del móvil	1	2	3	4

Gracias por tu participación



ANEXO VII.

CUESTIONARIO ONLINE DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

https://docs.google.com/forms/d/1ZLAJOy4HphsaZMqMbVCjyINJScLDSg1N2HJbVk_Acrl/edit





UNIVERSIDAD
DE GRANADA

ANEXO VIII.

PLANTILLA SEGUNDO COMITÉ DE EXPERTOS (LSE) PARA EVALUAR EL CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO- SEXUALES EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON DISCAPACIDAD AUDITIVA (CUONO-DA Y CAPSEXAS-DA)

Estimado/a juez/a:

Me es grato dirigirme a usted a fin de solicitar su colaboración como experto/a para validar los cuestionarios CUONO-DA y CAPSEXAS-DA presentados a través de videos adaptados en Lengua de Signos Española. Agradecemos su participación en esta consulta que forma parte de la tesis doctoral sobre los conocimientos, actitudes y prácticas afectivo-sexuales en adolescentes y jóvenes con discapacidad auditiva.

Los objetivos que persigue el presente juicio de expertos son:

- Valorar la claridad y coherencia de los ítems interpretados a la Lengua de Signos Española.
- Identificar signos o ítems completos de mejora así como aspectos por añadir o eliminar.

Por favor, valora los indicadores y aspectos de cada dimensión según los siguientes criterios:

- **CLARIDAD:** La redacción del ítem es clara y su significado se comprende sin ambigüedad. Su semántica y sintáctica son adecuadas.
- **COHERENCIA:** El ítem interpretado tiene relación lógica y es adecuada su interpretación con el indicador que se está midiendo.

Le rogamos que señale en cada casilla el grado que le parezca que cumple cada uno de los videos aportados según su juicio experto, de acuerdo a la siguiente escala:

1: Deficiente 2: Aceptable 3: Bueno 4: Excelente

En el campo de observaciones indique si considera necesaria alguna modificación o hace falta integrar algún aspecto relevante.

¡Muchas gracias por su valiosa colaboración!

ENLACE AL CUESTIONARIO:

https://docs.google.com/forms/d/1ZbsvvZtK9zo_0UIvvKB0-NvSbBVnAS40d4KzR3KYIPA/edit?usp=drive_web



Yessica Sánchez Hernández ysancher@ugr.es

PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Género:

- Hombre
- Mujer

2. ¿Cómo te identificas?

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Intersexual
- Otro ¿Cuál?

3. Edad

4. ¿Tienes pareja estable actualmente?

5. Si no tienes pareja estable actual, ¿Tienes ligue o rollo actualmente?

6. ¿Has tenido relaciones sexuales completas?

7. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual completa?

8. Recuerdas cómo fue esa primera vez:

- Satisfactoria
- Agradable
- Desagradable
- No lo recuerdo
- No he tenido relaciones sexuales todavía

9. ¿Cuál fue el motivo de iniciar tu primera relación sexual?

- Se presentó la oportunidad
- Estaba bajo los efectos de alcohol
- Existía una relación afectiva importante con mi pareja
- Tenía interés en saber que se sentía
- Mis amigos ya lo habían experimentado
- Otro ¿Cuál?

10. ¿De cuál de los siguientes temas te gustaría saber más?

- Sexualidad en general
- Enfermedades/ Infecciones de Transmisión Sexual
- Diversidad sexual
- Métodos anticonceptivos
- Relaciones amorosas y/o pareja, otro ¿Cuál?

PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

11. ¿Has recibido en alguna ocasión información sobre alguno de los siguientes temas?

- Sexualidad en general
 - Enfermedades/ Infecciones de Transmisión Sexual (E.T.S.)
 - Diversidad sexual
 - Métodos anticonceptivos
 - Relaciones amorosas y/o pareja
-

12. ¿De quién o cómo has obtenido más información?

- Nunca he tenido información sobre sexualidad, Amistades
 - Hermanos
 - Centro educativo
 - Internet
 - Libros
 - Padres
 - Televisión
 - Otro ¿Cuál?
-

13. Piensas que tu nivel de conocimientos sobre sexualidad es:

- Malo
 - Regular
 - Bueno
 - Muy bueno
-

14. En caso de necesidad o curiosidad, si quieres información sobre sexualidad, ¿Cómo te informarías?

- Internet
 - Consulta médica
 - Amigos
 - Familia
 - Otro medio, ¿Cuál?
-

	CLARIDAD				COHERENCIA			
	-+				-+			
	1	2	3	4	1	2	3	4

PREGUNTAS SOCIODEMOGRÁFICAS

15. ¿Cuál es el último método anticonceptivo que has usado como método de protección?

- Inyectables
 - “marcha atrás”
 - Parches
 - Pastilla anticonceptiva
 - Preservativo masculino
 - Preservativo femenino
 - Dispositivo intrauterino (DIU)
 - Nunca he utilizado métodos anticonceptivos
-

16. ¿Alguna vez tú o tu pareja habéis tenido que utilizar la pastilla del día después?

- No, nunca
 - Sí, 1 vez
 - Sí, 2 veces
 - Sí, 3 o más veces
-

17. ¿Cuál es la principal dificultad que encuentras o encontrarías para usar el preservativo?

- No encuentro ninguna dificultad
 - El precio
 - Menos sensibilidad o disfrute con la pareja sexual
 - Me daría vergüenza usarlos
 - Si los llevas encima pueden pensar que buscas “rollo”
-

	CLARIDAD				COHERENCIA			
	-+				-+			
	1	2	3	4	1	2	3	4

CONOCIMIENTOS AFECTIVO-SEXUALES

1. Es importante ir al ginecólogo u urólogo al menos una vez al año, después de haber tenido las primeras relaciones sexuales con coito.
2. Los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres.
3. Es aconsejable hacer la marcha atrás (sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación) si no hay preservativo para prevenir embarazos no deseados.
4. Cuanto más tamaño tenga el pene, más se disfruta en las relaciones sexuales.
5. La pastilla del día después, una vez tomada, protege también de las siguientes relaciones sexuales durante ese ciclo menstrual.
6. La pastilla anticonceptiva protege a las mujeres del contagio de Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S.).
7. Si no utilizas preservativo en el coito anal, es peligroso porque puedes contagiarte de E.T.S./I.T.S.
8. Practicar sexo oral sin preservativo es muy peligroso porque puedes contagiarte de una E.T.S./I.T.S.
9. Una vez que se ha detectado la E.T.S./I.T.S. y se empieza a tratar, ya no hay riesgo de volver a contagiarse.
10. Abrazar, tocar o besar a una persona con VIH es muy peligroso porque puedes contagiarte también.
11. Las personas LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales e Intersexuales), tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de E.T.S./I.T.S.
12. Las personas LGBTI pueden adoptar hijos en España.
13. Los niños que son educados por padres o madres del mismo sexo, tendrán más posibilidades de confundirse después con su identidad sexual, por eso lo ideal es que sean educados por un padre y una madre.
14. Las personas que se identifican como bisexuales, están confundidas con su sexualidad.
15. Durante una relación sexual entre un hombre y una mujer, es peligroso sacar el pene de la vagina segundos antes de que se dé la eyaculación, porque existe riesgo de embarazo con el líquido preseminal que hay dentro del pene.

ACTITUDES Y PRÁCTICAS AFECTIVO-SEXUALES

1. Normalmente me gustan más las personas que tienen un buen físico.
2. Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mi familia.
3. Me da vergüenza hablar de temas de sexualidad con mis amigos.
4. Si tengo que decir a mi pareja que usemos preservativo tendría miedo de que me rechazase.
5. Opino que una mujer debe satisfacer a un hombre en todos sus deseos sexuales.
6. Creo que una chica que tiene relaciones sexuales en la primera cita es una chica "fácil".
7. Pienso que los hombres deben tomar las decisiones más importantes en la vida de la pareja.
8. Creo que el tamaño del pecho es importante porque hace que la mujer sea más atractiva.
9. Creo que el tamaño del pene es importante en las relaciones sexuales porque da más placer.
10. Considero que el sexo biológico debe determinar el rol sexual.
11. Pienso que nunca me sentiría atraído por una persona del mismo sexo que yo.
12. Creo que las personas LGBTI tienen más posibilidades de transmitir y contagiarse de Infecciones de Transmisión Sexual.
13. Me siento incómodo si veo a dos personas del mismo sexo besarse o tener algún.
14. Normalmente pregunto a mis parejas sexuales o ligues si se han realizado pruebas de trasmisión sexual.
15. Me resulta incómodo hablar de temas LGTB.
16. En mis relaciones sexuales he realizado alguna práctica sexual de riesgo.
17. Cuando intento ligar con alguien prefiero estar algo bebido.
18. He enviado fotos/videos a través del móvil en posturas sexys y provocativas.

*Cree en ti
y todo será posible.*



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

**PROGRAMA DE DOCTORADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**